

B A D A N I A



Bezpieczeństwo i higiena pracy w aspekcie płci pracownika

Przegląd



Europejska Agencja
Bezpieczeństwa i Zdrowia
w Pracy



Europejska Agencja
Bezpieczeństwa i Zdrowia
w Pracy

Bezpieczeństwo i higiena pracy w aspekcie płci pracownika — Przegląd

Współpracownicy:

Członkowie Centrum Tematycznego ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia:

Kaisa Kauppinen i Riitta Kumpulainen, FIOH, Finlandia

Irene Houtman, TNO Praca i Zatrudnienie, Niderlandy

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy: Sarah Copsey

Współudział:

Członkowie Centrum Tematycznego ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia:

Anneke Goudswaard, TNO Praca i Zatrudnienie, Niderlandy

Maria Castriotta, ISPESL, Włochy

Alan Woodside, OSHII, Irlandia

Birgit Aust, AMI, Dania

Veerle Hermans, Prevent, Belgia

Dolores Solé, INSHT, Hiszpania

Karl Kuhn, BAuA, Niemcy

Ellen Zwink, BAuA, Niemcy

Bardzo wiele informacji na temat Unii Europejskiej znajduje się w Internecie.

Dostęp można uzyskać przez serwer Europa (<http://europa.eu>).

Dane katalogowe znajdują się na końcu niniejszej publikacji.

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, 2006

ISBN 92-9191-125-9

© Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, 2006

Powielanie materiałów jest dozwolone, pod warunkiem że zostanie podane ich źródło.

Printed in Belgium

PRZEDMOWA

Osiągnięcie równości płci we wszystkich aspektach zatrudnienia stanowi obecnie jeden z europejskich priorytetów. Jest to kwestia praw, ale także kwestia zdrowej polityki gospodarczej – zwłaszcza w kontekście ludzkich i ekonomicznych kosztów wypadków przy pracy i złego stanu zdrowia spowodowanego albo pogłębionego przez pracę.

Komisja Europejska przyjęła wszechstronną politykę⁽¹⁾ dotyczącą nierówności płci, opartą na włączaniu zagadnień płci do głównego nurtu wszystkich jej działań. W strategii Wspólnoty dotyczącej ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006⁽²⁾ podkreślono, że powinny zostać podjęte odpowiednie kroki w celu wprowadzenia kwestii równości płci do jej podstawowych założeń. Niniejszy raport, podejmując takie zagadnienia, jak stopień uwzględniania czynnika płci w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zależność między płcią a wielkością ryzyka i rodzajem prewencji, powinien wnieść znaczący wkład w rozwój polityki w tym zakresie.

W raporcie poruszono problem zagrożeń, na jakie narażone są w pracy kobiety, oraz ich powstawania, a także porównano sytuację kobiet i mężczyzn. Przeanalizowano istniejące informacje naukowe i praktyczne na temat zapobiegania ryzyku z uwzględnieniem sprawy płci i przedstawiono konkretne propozycje do rozważenia na poziomie polityki Wspólnoty.

Raport podkreśla podwójne znaczenie czynnika płci przy zapobieganiu ryzyku i włączaniu kwestii bezpieczeństwa i higieny pracy do działań na rzecz równości płci w polityce zatrudnienia. Związek między tymi dwoma kierunkami polityki ma decydujące znaczenie, zarówno na szczeblu europejskim, jak i w miejscu pracy, dla promocji zapobiegania ryzyku w pracy.

Komisja uważa, iż niniejszy raport będzie stanowił istotny wkład w dyskusję wszystkich zainteresowanych stron (instytucji europejskich, władz krajowych, partnerów społecznych i ekspertów), a także w tworzenie konkretnych środków w celu skutecznego włączenia sprawy płci do programów działania z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa.

Anna Diamantopoulou

komisarz Unii Europejskiej odpowiedzialna za zatrudnienie i sprawy społeczne

(1) Komunikat Komisji Europejskiej COM(2000) 335.

(2) Komunikat Komisji Europejskiej COM(2002) 118.

WSTĘP

Świat pracy zmienia się. Nastąpiło odejście od pracy na roli, a także od przemysłu ciężkiego i produkcji. Tworzone są nowe miejsca pracy w sektorze usług, a zmiana technologii informacyjnej stworzyła nowe typy i formy pracy. Globalizacja zwiększyła konkurencję i naciski na większą racjonalizację i elastyczność. Ważną zmianą jest większy udział kobiet w rynku pracy.

Zapobieganie zgonom, urazom i chorobom zawodowym związanym z pracą jest ważne z powodu dużych kosztów ponoszonych przez przedsiębiorstwa, społeczeństwo i zainteresowane jednostki w wypadku zaniedbania tych kwestii. Potrzebne są więc nieustanne wysiłki zwiększające skuteczność polityki zapobiegawczej, zarówno w odniesieniu do mężczyzn, jak i kobiet. Jednak wymienione zmiany oraz warunki zatrudnienia i życia poza pracą mogą mieć różne następstwa dla pracujących kobiet i mężczyzn, w tym – dotyczące ich zdrowia. Częścią polityki UE jest promowanie równych praw mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach – w tym także w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Wobec rosnącego udziału kobiet w unijnym rynku pracy oraz planów UE zwiększenia tego udziału wprowadzenie kwestii płci

do głównego nurtu programu bezpieczeństwa i higieny pracy stało się jednym z kluczowych celów strategii Wspólnoty Europejskiej w tym zakresie na lata 2002–2006.

By przyczynić się do osiągnięcia założonego celu, Zarząd Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy postanowił włączyć niniejszy raport do programu pracy Agencji na 2002 r.

Celem raportu jest nie tylko przedstawienie różnic w podejściu do sprawy bezpieczeństwa i higieny pracy ze względu na płeć oraz źródeł powstawania tych różnic, lecz także udostępnienie informacji na temat wpływu tych problemów na politykę prewencji.

Mamy nadzieję, że w ten sposób raport może dostarczyć solidnych podstaw do podejmowania niezbędnych inicjatyw mających na celu wprowadzenie zagadnienia płci do głównego nurtu BHP w praktyce i będzie jednocześnie ważnym wkładem w realizację strategii Wspólnoty, w której zakłada się traktowanie zagadnień płci w kategoriach priorytetu.

Osoby, którym Agencja pragnie podziękować za ich wkład w opracowanie projektu niniejszego raportu, to: Kaisa Kauppinen i Riitta Kumpulainen z FIOH, Irene Houtman i Anneke Goudswaard z TNO, Maria Castriotta z ISPESL, Alan Woodside z OSHI, Birgit Aust z AML, Veerle Hermans z Prevent, Dolores Solé z INSHT oraz Karl Kuhn i Ellen Zwink z BAuA. Agencja pragnie także podziękować swoim punktom centralnym i innym członkom grupy sieciowej oraz wszystkim współpracownikom za ich cenne uwagi i sugestie odnośnie do niniejszego raportu.

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy, listopad 2003



Spis treści

STRESZCZENIE	9
1. WSTĘP	19
<i>Po co badać problemy zdrowia i bezpieczeństwa pod kątem płci?</i>	20
<i>Główne problemy, którymi należy się zająć</i>	20
<i>Co uwzględnić – model pojęciowy</i>	20
<i>Metodyka</i>	22
<i>Pojęcia i terminologia</i>	22
<i>Dane statystyczne</i>	22
2. PRACA W EUROPIE – RÓŻNICE MIĘDZY PŁCIAMI	25
<i>Wstęp</i>	25
<i>Udział kobiet w rynku pracy</i>	26
<i>Czas pracy</i>	26
<i>Status zatrudnienia</i>	28
<i>Niepłatne prace domowe i opiekuńcze</i>	29
<i>Wpływ zmian w świecie pracy</i>	30
<i>Różnica w płacach</i>	32
<i>Płeć a zawód</i>	32
<i>Zakończenie</i>	34
3. CZYNNIK PŁCI W KONTEKŚCIE NARAŻENIA ZAWODOWEGO I WYNIKÓW ZWIĄZANYCH Z PRACĄ	35
<i>Wstęp</i>	35
<i>Wypadki przy pracy</i>	35
<i>Choroby układu mięśniowo-szkieletowego</i>	40
<i>Stres w pracy</i>	47
<i>Urazy i stres wynikające ze związanej z pracą przemocy ze strony społeczeństwa</i>	58
<i>Skutki molestowania seksualnego przez kolegów z pracy</i>	62
<i>Skutki tyranizowania w miejscu pracy</i>	63
<i>Przemoc w pracy i w domu</i>	65
<i>Choroby zakaźne</i>	66
<i>Astma, inne schorzenia dróg oddechowych i zespół „chorego budynku”</i>	67
<i>Choroby skóry</i>	69
<i>Nowotwory o podłożu zawodowym</i>	70
<i>Schorzenia słuchu</i>	74
<i>Choroby związane z wibracjami</i>	77
<i>Temperatury podczas pracy</i>	78
<i>Rozrodczość</i>	79
<i>Szytywne godziny pracy i obciążenie obowiązkami domowymi</i>	85
<i>Utrata głosu w wyniku pracy zawodowej – nowe ryzyko</i>	89
<i>Wygląd zewnętrzny</i>	90
<i>Zdrowie i bezpieczeństwo kobiet w rolnictwie</i>	91
<i>Zdrowie i bezpieczeństwo w sektorze rybołówstwa</i>	93
<i>Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników domowych i osób pracujących w domu</i>	93
<i>Bezpieczeństwo i higiena pracy kobiet pracujących w dziedzinach „nietradycyjnych”</i>	97

<i>Praca w MŚP</i>	98
<i>Bezpieczeństwo i higiena pracy kobiet świadczących usługi seksualne</i>	99
<i>Zdrowie starszych kobiet związane z pracą</i>	100
<i>Kobiety migrujące w celach zarobkowych</i>	101
<i>Zagrożenia zawodowe a płeć – sytuacja na świecie</i>	101
<i>Różne zawody, różne czynniki ryzyka – konsekwencje rozdziału płci</i>	102
4. ABSENCJA, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, ODSZKODOWANIA I REHABILITACJA	105
<i>Absencja chorobowa</i>	105
<i>Odszkodowania za urazy i zły stan zdrowia związane z pracą</i>	107
<i>Rehabilitacja w celu powrotu do pracy</i>	108
5. ZAGADNIENIE PŁCI W BADANIACH, PRAWODAWSTWIE, ZASOBACH, USŁUGACH I PRAKTYCE	109
<i>Wstęp</i>	109
<i>Gromadzenie informacji do badań i monitorowania statystycznego</i>	109
<i>Informacja i wsparcie działań w miejscu pracy</i>	112
<i>Dostęp do służb medycyny pracy i ich funkcjonowanie</i>	115
<i>Konsultowanie się z kobietami i ich udział w sprawach bezpieczeństwa i higieny pracy</i>	116
6. WPROWADZANIE ZAGADNIENIA PŁCI DO GŁÓWNEGO NURTU	123
<i>Prawodawstwo z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy</i>	123
<i>Czynnik płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy – strategia UE</i>	126
<i>Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy</i>	127
<i>Wprowadzanie bezpieczeństwa i higieny pracy do głównego nurtu inicjatyw na rzecz równości</i>	129
<i>Równość płci w miejscu pracy i poza nim</i>	130
7. OMÓWIENIE I WNIOSKI	131
8. ZALECENIA	139
9. GLOSARIUSZ	143
10. BIBLIOGRAFIA	145
11. ZAŁĄCZNIKI	175
<i>Załącznik 1: Podziękowania</i>	176
<i>Załącznik 2: Organizacja projektu, uczestnicy i eksperci</i>	177
<i>Załącznik 3: Fragmenty dotyczące płci ze strategii Wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006</i>	179
<i>Załącznik 4: Fragmenty dotyczące płci z rezolucji Parlamentu Europejskiego na temat strategii Wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006</i>	181
<i>Załącznik 5: Dane statystyczne dotyczące płci i zatrudnienia w UE</i>	183
<i>Załącznik 6: Dane z Trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy</i>	189
<i>Załącznik 7: Dane Eurostatu na temat zdrowia i bezpieczeństwa mężczyzn i kobiet w pracy</i>	195
<i>Załącznik 8: Zagrożenia zawodowe a płeć na świecie</i>	201
<i>Załącznik 9: Związek między płcią, statusem zawodowym a warunkami pracy: wyniki analizy pod kątem płci Trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy</i>	209
<i>Załącznik 10: Różnice między państwami członkowskimi w dziedzinie przepisów z zakresu ubezpieczeń społecznych, absencji chorobowej i niezdolności do pracy</i>	212
<i>Załącznik 11: Wyniki ankiety TUTB na temat czynnika płci w kontekście bezpieczeństwa i ochrony zdrowia oraz przykłady inicjatyw związków zawodowych</i>	214
<i>Załącznik 12: Ustawodawstwo i polityka z zakresu równości płci w UE</i>	217
<i>Załącznik 13: Kryteria oceny równości w miejscu pracy</i>	218
<i>Załącznik 14: Jakość pracy kobiet: strategie zmian ustalone przez Europejską Fundację</i>	219

STRESZCZENIE

Zagadnienie płci w odniesieniu do bezpieczeństwa i higieny pracy

Udział kobiet wśród ogółu zatrudnionych w większości krajów UE wzrósł w latach 1990–2000. Obecnie kobiety stanowią 42% siły roboczej UE, chociaż istnieją różnice między państwami członkowskimi, zwłaszcza między północą a południem. Wraz z rosnącymi wskaźnikami udziału kobiet w rynku pracy pojawiły się nowe sposoby i formy świadczenia pracy. Zmiany te, jak również różne działania podejmowane w zakresie zatrudnienia, spraw społecznych i zdrowia, mogą mieć odmienny wpływ na pracę kobiet i mężczyzn. W tym miejscu należy także wspomnieć o różnicach kulturowych.

Kobiety i mężczyźni są narażeni na różne zagrożenia środowiska pracy i różne typy wymagań i stresorów, nawet kiedy są zatrudnieni w tym samym sektorze i wykonują ten sam zawód. Istnieje istotny podział między branżami, między zawodami w ramach branż. Może też istnieć rozdział zadań, nawet kiedy kobiety i mężczyźni zajmują takie samo stanowisko w tym samym miejscu pracy. Występuje także duży pionowy podział w miejscach pracy,

mianowicie mężczyźni częściej zajmują wyższe stanowiska.

Inne różnice między płciami w warunkach zatrudnienia także oddziałują na bezpieczeństwo i higienę pracy. Więcej kobiet wykonuje nisko płatną, niepewną pracę, co wpływa na zagrożenia, na jakie są narażone. Istnieje wyraźny związek między szerszymi zagadnieniami dyskryminacji a zdrowiem.

Unia Europejska ogłosiła jako swój cel dalsze zwiększenie zatrudnienia kobiet i mężczyzn, poprawę jakości życia zawodowego dla wszystkich i zapewnienie równości między kobietami i mężczyznami. W odpowiedzi na to w strategii Wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006 (Komisja Europejska, 2002c) zagadnienie płci włączono do programu działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, uznając jego rosnące znaczenie w tej dziedzinie.

Obecne podejście UE do zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy jest „neutralne wobec płci”, tzn. zagadnienie różnic między płciami jest ignorowane w polityce, strategiach i działaniach. Jest także często ignorowane w badaniach. Decyzje na temat polityki BHP, które wydają się „neutralne wobec płci”, mogą mieć zróżnicowany wpływ na kobiety i mężczyzn, nawet kiedy taki wpływ nie był ani zamierzony, ani przewidywany. Dzieje się tak dlatego, że istnieją znaczne różnice w sytuacji zatrudnionych kobiet i mężczyzn i, co za tym idzie, w bezpieczeństwie i higienie pracy. Dlatego też trzeba uwzględniać zagadnienie płci, rozpatrując zagrożenia związane z pracą i zapobieganie im.

W raporcie przeanalizowano następujące kwestie:

- Czy występują różnice między płciami, na przykład pod względem wielkości zagrożeń i ich skutków dla zdrowia oraz dostępu do zasobów?
- Jeśli tak, jakie to są różnice i co je powoduje?
- Jakie istnieją luki w wiedzy?

- Jakie działania podejmuje się w celu promowania równości płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu BHP?
- Jakie inne działania można podjąć?

Wnioski raportu dotyczą następujących kluczowych zagadnień:

- Zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą być w znacznym stopniu narażeni na czynniki ryzyka w pracy.
- Różne zawody to różna wielkość zagrożeń.
- Nierówny podział obowiązków domowych – większe obciążenie kobiet pracą.
- Różna wielkość zagrożeń w pracy to różne skutki dla zdrowia.
- Zagrożenie płodności – nierówne traktowanie tej kwestii.
- Przykłady zagrożeń i ryzyka w strefach pracy zdominowanych przez kobiety.
- Łączenie kwestii równości z zagadnieniami BHP.
- Zagrożenia wynikające z ignorowania zagadnienia płci.
- Luki w badaniach – poszerzenie wiedzy o zagrożeniach dla kobiet.
- Promowanie równości w polityce prewencji – wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu.

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą być w znacznym stopniu narażeni na czynniki ryzyka w pracy

Lepsza jakość zatrudnienia kobiet i mężczyzn oraz jakość życia zawodowego przejawia się w tym, że: kobiety i mężczyźni nie muszą opuszczać rynku pracy z powodu urazu albo złego stanu zdrowia; pracę można pogodzić z życiem domowym; kobiety i mężczyźni mogą pracować bezpiecznie i zdrowo w określonym zawodzie niezależnie od tego, czy jest to pielęgniarstwo czy budownictwo. Istnieją także duże koszty ekonomiczne zaniedbania działań prewencyjnych w miejscu pracy. Wydaje się, że udział kobiet w rynku pracy ma pozytywny wpływ na ich

zdrowie. Jednak pracownicy, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, mogą być w znacznym stopniu narażeni na czynniki ryzyka w związku z wykonywanymi zawodami, co podkreśla znaczenie odpowiednich środków oceny ryzyka i prowadzenia polityki zapobiegawczej w odniesieniu do obu płci. Z różnych powodów więcej uwagi poświęca się zagrożeniom, wobec których częściej stają mężczyźni, oraz zapobieganiu im. Natomiast zagrożenia, z którymi stykają się kobiety, mogą być niedostrzegane albo całkowicie ignorowane.

Różne zawody – różna wielkość zagrożeń

W przypadku wszelkiego typu zagrożeń, zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych, rozdział pracy w dużym stopniu decyduje o wielkości narażenia i, co za tym idzie, skutkach zdrowotnych tego narażenia. Generalnie mężczyźni częściej ulegają wypadkom przy pracy niż kobiety, podczas gdy kobiety zgłaszają więcej problemów zdrowotnych, takich jak schorzenia kończyn górnych i stres.

Kobiety częściej pracują w zawodach związanych z opieką, wychowywaniem i usługami dla ludności, natomiast mężczyźni – w zawodach związanych z zarządzaniem oraz fizycznych i technicznych, związanych z obsługą maszyn albo urządzeń (Fagan, Burchell, 2002). Nawet w obrębie sektorów istnieje poziomy podział, na przykład w sektorze produkcji kobiety skupione są w przemyśle włókienniczym i przetwórstwie spożywczym. Występuje także podział pionowy, mianowicie mężczyźni częściej zajmują wyższe stanowiska w hierarchii zawodowej. Na przykład w rolnictwie mężczyźni zajmują większość stanowisk wymagających wysokich kwalifikacji, natomiast kobiety są reprezentowane w nieproporcjonalnej liczbie na najniższym szczeblu (zawody niewymagające kwalifikacji). Nawet wtedy gdy wydaje się, że mężczyźni i kobiety są zatrudnieni do wykonywania takiej samej pracy, w praktyce zadania, które wykonują, mogą często być rozdzielone ze względu na płeć.

Ponadto kobiety o wiele częściej niż mężczyźni pracują w niepełnym wymiarze godzin i w zawodach

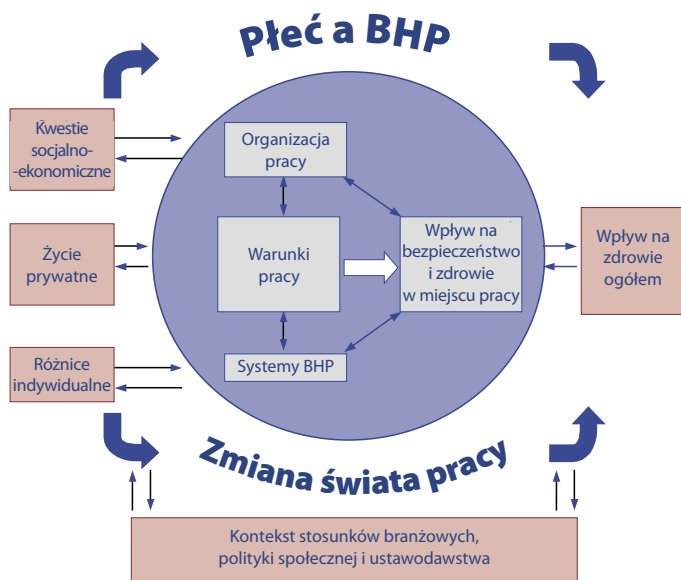
sfeminizowanych. Praca w niepełnym wymiarze godzin jest bardziej monotonna i daje mniejsze możliwości rozwoju. Kobiety także częściej pracują w sektorze publicznym albo w małych firmach na podstawie umów na czas określony (Fagan i Burchell 2002).

Nierówny podział obowiązków domowych zwiększa obciążenie kobiet pracą

Inną uderzającą różnicą między warunkami pracy kobiet i mężczyzn jest to, że kobiety nadal

wykonują większość niepłatnej pracy w domu (prace domowe, opieka nad dziećmi i krewnymi), nawet jeśli są zatrudnione w pełnym wymiarze godzin. Zwiększa to znacznie ich codzienny czas pracy, jest dodatkowym czynnikiem depresyjnym, a także podnosi koszt chorób i urazów związanych z pracą, które ponosi gospodarka. Ważne jest, by uznać, że długie i często sztywne godziny pracy mężczyzn mogą wpływać na zatrudnienie i obowiązki domowe ich partnerek.

Wpływy na różnice między płaciami w BHP



Zróżnicowane zagrożenie w miejscu pracy oznacza różne skutki dla zdrowia

Podział zadań ze względu na płeć w znacznym stopniu przyczynia się do zróżnicowania warunków pracy i, w związku z tym, do zróżnicowania wielkości zagrożeń i ich skutków dla zdrowia. Osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin są w mniejszym stopniu zagrożone niż pełnoetatowi pracownicy na takich samych stanowiskach. Jeśli, oceniając rzeczywiste zagrożenie, nie uwzględnimy

się różnic w warunkach pracy, niemożliwe będzie oszacowanie prawdziwych wskaźników wypadkowości i złego stanu zdrowia albo ustalenie podatności na zagrożenia ze względu na płeć.

Nawet uwzględniając liczbę przepracowanych godzin, mężczyźni częściej niż kobiety ulegają wypadkom i doznają urazów w pracy, podczas gdy kobiety częściej zgłaszają schorzenia kończyn górnych i dolegliwości związane ze stresem. Nowotwory zawodowe są powszechniejsze wśród mężczyzn, ale ist-

nieją określone zawody, na przykład w usługach związanych z żywnością i w pewnych branżach przemysłu wytwórczego, w których wskaźnik ten jest wyższy u kobiet. Wydaje się, że astma i alergię są powszechniejsze wśród kobiet – źródłem zagrożeń dróg oddechowych są środki czyszczące, środki sterylizujące i rękawice ochronne zawierające pył lateksowy, używane w sektorze opieki zdrowotnej, oraz pyły przy produkcji tekstyliów i odzieży.

Kobiety cierpią częściej na choroby skóry, na przykład pracujące w gastronomii lub mające kontakt ze środkami czyszczącymi czy chemikaliami fryzjerskimi. Wśród mężczyzn częstsza jest utrata słuchu spowodowana hałasem maszyn i narzędzi; niemniej kobiety zatrudnione przy produkcji tekstyliów i żywności także mogą być narażone na wysoki poziom hałasu.

Kobiety są bardziej narażone na choroby zakaźne, zwłaszcza w zawodach związanych z opieką i edukacją. Mężczyźni częściej podnoszą ciężary; niemniej kobiety wykonujące prace związane z utrzymaniem czystości i sprawowaniem opieki, a także zatrudnione w gastronomii doznają różnych urazów w wyniku podnoszenia i przenoszenia ciężarów. Kobiety częściej zgłaszają schorzenia kończyn górnych; zwłaszcza odnosi się to do pracy monotypowej (na przykład „lekkiej” pracy przy linii produkcyjnej, pracy związanej z wprowadzaniem danych), w której kobiety mają niewielką kontrolę nad sposobem wykonywania czynności zawodowych.

Zarówno kobiety, jak i mężczyźni zgłaszają duży stres związany z pracą; na pewno nie jest to tylko „kobięcy problem”. Jednak istnieją pewne stresory, na które kobiety są częściej narażone z racji wykonywanego zawodu. Problem ten dotyczy prac obciążających emocjonalnie i zawodów o niskim statusie, w których kobiety mają niewielką kontrolę nad wykonywaną przez siebie pracą. Źródłami stresu, wobec których kobiety stają częściej niż mężczyźni, są także dyskryminacja i molestowanie seksualne oraz podwójne obciążenie pracą: zawodową i nieodpłatną, wykonywaną w domu. Kobiety mają w pracy więcej kontaktów z innymi ludźmi i w konsekwencji są bardziej narażone na przemoc.

Zagrożenie płodności – nierówne traktowanie tej kwestii

Wiele uwagi poświęcono problemom zagrożenia zawodowego kobiet w ciąży i karmiących piersią, natomiast mniej – zagadnieniom płodności mężczyzn i ogólnie kwestiom rozrodczości, w tym menstruacji i menopauzie. Europejska dyrektywa dotycząca ochrony kobiet w ciąży powinna zostać przeanalizowana pod kątem jej zastosowania w praktyce: czy warunki na stanowiskach pracy są rzeczywiście ulepszone w celu ochrony tych kobiet i czy opcja udzielania przedłużonego urlopu, w wypadku gdy nie można w inny sposób wyeliminować ryzyka, jest stosowana naprawdę jako ostateczna?

Przykłady zagrożeń i ryzyka w strefach pracy zdominowanych przez kobiety

Strefa pracy	Czynniki ryzyka i problemy zdrowotne			
	biologiczne	fizyczne	chemiczne	psychospołeczne
Służba zdrowia	choroby zakaźne, np. przenoszone przez krew, drogą oddechową	przenoszenie ciężarów i pozycje ciała obciążające kręgosłup; promieniowanie jonizujące	środki do czyszczenia, sterylizacji i dezynfekcji; leki; gazy anestetyczne	praca obciążająca emocjonalnie; praca zmianowa i nocna; przemoc ze strony klientów i osób trzecich
Żłobki	choroby zakaźne, zwłaszcza przenoszone drogą oddechową	przenoszenie ciężarów; pozycje ciała obciążające kręgosłup		praca obciążająca emocjonalnie
Utrzymanie czystości	choroby zakaźne; zapalenie skóry	przenoszenie ciężarów, pozycje ciała obciążające kręgosłup; poślizgnięcia i upadki; wilgotne ręce	substancje czyszczące	praca w nietypowych godzinach; przemoc (np. praca w izolacji lub praca nocna)

Przykłady zagrożeń i ryzyka w strefach pracy zdominowanych przez kobiety

Strefa pracy	Czynniki ryzyka i problemy zdrowotne			
	biologiczne	fizyczne	chemiczne	psychospołeczne
Produkcja żywności	choroby zakaźne, np. od zwierzęce, z pleśni i zarodników; pyły organiczne	czynności powtarzalne, np. przy pakowaniu lub w rzężniach; zranienia nożem; niskie temperatury; hałas	pozostałości pestycydów; środki do sterylizacji; uczulające przyprawy i dodatki	stres związany z czynnościami powtarzalnymi (linie produkcyjne)
Gastronomia i restauracje	zapalenie skóry	przenoszenie ciężarów; czynności powtarzalne (krajanie); zranienia nożem; oparzenia; poślizgnięcia i upadki; wysokie temperatury; środki czyszczące	biernie palenie tytoniu; środki czyszczące	stres wynikający z tempa pracy, kontaktu z klientami, przemocy i molestowania
Tekstylia i odzież	pyły organiczne	hałas; czynności powtarzalne i niewygodna pozycja ciała; zranienia igłami	barwniki, farby i inne substancje chemiczne, w tym formaldehydy i środki do usuwania plam; pył	stres związany z wykonywaniem czynności powtarzalnych (linie produkcyjne)
Pralnie	zainfekowana bielizna, np. w szpitalach	przenoszenie ciężarów i obciążające pozycje; wysokie temperatury	środki do czyszczenia na sucho	stres związany z wykonywaniem czynności powtarzalnych i szybkim tempem pracy
Branża ceramiczna		czynności powtarzalne; przenoszenie ciężarów	szkliwo, ołów, pył krzemionkowy	stres związany z wykonywaniem czynności powtarzalnych (linie produkcyjne)
Przemysł lekki		czynności powtarzalne (np. na linii produkcyjnej); niewygodna pozycja ciała; przenoszenie ciężarów	substancje chemiczne w mikroelektronice	stres związany z wykonywaniem czynności powtarzalnych (linie produkcyjne)
Informacja telefoniczna		problemy z głosem; niewygodna pozycja ciała; zbyt długie pozostawanie w pozycji siedzącej	zła jakość powietrza w pomieszczeniach	stres związany z kontaktami z klientami, tempem pracy i czynnościami powtarzalnymi
Edukacja	choroby zakaźne, np. przenoszone drogą oddechową	długie utrzymywanie pozycji stojącej; problemy z głosem	zła jakość powietrza w pomieszczeniach	praca obciążająca emocjonalnie; przemoc
Fryzjerstwo		obciążające pozycje ciała, czynności powtarzalne; długie pozostawanie w pozycji stojącej; wilgotne ręce; rany cięte	rozpylacze chemiczne, farby itp.	stres związany z kontaktami z klientami; szybkie tempo pracy
Praca urzędnicza		czynności powtarzalne; niewygodna pozycja ciała, ból pleców	zła jakość powietrza w pomieszczeniach; opary z fotokopiarek	stres związany np. z brakiem kontroli nad pracą, częstymi zmianami normalnego trybu pracy lub monotonią
Rolnictwo	choroby zakaźne, np. od zwierzęce, z pleśni i zarodników; pyły organiczne	przenoszenie ciężarów, obciążające pozycje ciała; nieodpowiedni sprzęt i odzież ochronna; skrajne temperatury; wilgoć	pestycydy	

Łączenie problemu równości z zagadnieniami BHP

Istnieją istotne powiązania między zagadnieniami dyskryminacji w ogóle a związanym z pracą stanem zdrowia kobiet, które w dużym stopniu znajdowały się poza zakresem badań. Jednak różnice między płciami w odniesieniu do warunków społecznych i warunków zatrudnienia mają wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy i nie można ich ignorować. Jak wspomniano, więcej kobiet wykonuje słabo płatną, niepewną pracę, co wpływa na warunki pracy oraz wzrost zagrożenia. Molestowanie seksualne i dyskryminacja w miejscu pracy to dwa czynniki stresu, z którym kobiety mają częściej do czynienia niż mężczyźni. Ponieważ nierówność płci, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim, może wpływać na bezpieczeństwo i higienę pracy kobiet, sprawę tę powinno się wprowadzić do „głównego nurtu” programów działań na rzecz równości. Niewielki udział kobiet w procesie konsultacji i podejmowania decyzji w dziedzinie BHP przyczynia się także do poświęcania mniejszej uwagi ich potrzebom oraz nieadekwatnej oceny ryzyka.

Zagrożenia wynikające z ignorowania zagadnień płci

Istnieją dowody na to, że neutralne wobec płci podejście do bezpieczeństwa i higieny pracy przyczynia się do utrzymywania luk w wiedzy i mniej skutecznej polityki zapobiegawczej. Na przykład wpływa na:

- zaciemnianie lub niedostrzeganie różnic między płciami;
- poświęcanie mniejszej uwagi pewnym dziedzinom badań istotnie związanym z problemami kobiet;
- lekceważenie zagrożeń dla kobiet;
- ograniczenie udziału kobiet w podejmowaniu decyzji w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, ponieważ brakuje konkretnych działań zapewniających ich włączenie w proces decyzyjny;
- pomijanie najodpowiedniejszych rozwiązań prewencyjnych.

Decyzje co do działań ustawodawczych albo działań inspekcji pracy w zakresie wsparcia i wdrażania są w coraz większym stopniu oparte na analizie ryzyka. Dlatego bardzo ważne jest, by zagrożenia dotyczące kobiet nie były lekceważone. Jednakże tam, gdzie uwzględniano sprawy płci, koncentrowano się głównie na problemach kobiet, które urodziły dziecko, co doprowadziło do zaniedbania innych kwestii, na przykład płodności, zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

Luki w badaniach a poszerzanie wiedzy o zagrożeniach dla kobiet

Obecnie poświęca się więcej uwagi bezpieczeństwu i higienie pracy kobiet. Jednak związane z pracą zagrożenie kobiet może być lekceważone w różny sposób. Metody uzyskania dokładniejszych informacji to m.in.:

- Systematyczne i rutynowe włączanie kwestii płci do monitorowania i badania stanu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Uwzględnienie w statystykach liczby przepracowanych godzin (kobiety na ogół pracują krócej niż mężczyźni) w odniesieniu do rzeczywistości wykonywanych prac.
- Analizowanie danych liczbowych dotyczących określonych zawodów, a nie wartości średnich dla wszystkich zawodów.
- Uwzględnianie obu płci w badaniach i takie prowadzenie analiz, by można było zaobserwować różnice między nimi, a nie „kontrolowanie” pod kątem płci. Na przykład choroby wieńcowe są jedną z głównych przyczyn zgonów kobiet, lecz mimo to badania w dużej mierze koncentrują się na zachorowalności mężczyzn. Częściowo wynika to z faktu, że u kobiet choroby serca rozwijają się później niż u mężczyzn, po przejściu na emeryturę, a więc możliwość ich związku z pracą zawodową jest na ogół często ignorowana.
- Uwzględnianie urazów i złego stanu zdrowia, związanych z pracą i istotnych dla pracowników płci żeńskiej, w monitorowaniu statystycznym i badaniach. Na przykład urazy będące skutkiem

przemocy w pracy nie zawsze są brane pod uwagę w krajowych statystykach, a zagadnienia równowagi między pracą a sprawami pozazawodowymi nie zawsze są uwzględniane przy badaniu stresu w miejscu pracy.

- Zwrócenie uwagi na poprzednio ignorowane zagadnienia zdrowia kobiet w środowisku pracy, na przykład na możliwy związek między pracą a niektórymi przypadłościami zdrowotnymi kobiet (zaburzenia menstruacji, menopauza itp.).
- Skrupulatniejsze gromadzenie danych na temat związku między złym stanem zdrowia kobiet a charakterem wykonywanej pracy (na przykład w epidemiologicznym monitorowaniu zdrowia, aktach zgonu).
- Uwzględnianie w badaniach rzeczywiście wykonywanych zadań, a nie wyłącznie charakterystyki stanowisk i związanego z nimi ryzyka.
- Skoncentrowanie badań na zagrożeniach, na jakie są narażone kobiety, i zapobieganiu im. Na przykład amerykański Instytut ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH) wprowadził program badań pracy kobiet i zawodów zdominowanych przez kobiety.

Ponadto powinno się krytycznie ocenić dotychczasowe badania epidemiologiczne w celu zidentyfikowania wszelkich nieprawidłowości w sposobie ich prowadzenia oraz opracowania doskonalszych metod.

Promowanie równości płci w programach prewencyjnych – wprowadzanie tego zagadnienia do głównego nurtu i ocena wpływu czynnika płci

Podejście prezentowane w dyrektywach UE na temat bezpieczeństwa i higieny pracy jest generalnie neutralne wobec płci. Oznacza to, że nie uwzględnia się tam konkretnie zagadnienia płci. Jednak należy stwierdzić, że w określonych dyrektywach UE lepiej omówione są zagrożenia, na

które powszechniej narażeni są mężczyźni (takie jak hałas), czy strefy pracy zdominowane przez mężczyzn (takie jak budownictwo), niż zagrożenia powszechniejsze dla kobiet (takie jak schorzenia kończyn górnych i stres). Jedną strefę pracy zdominowanej przez kobiety – płatną pracę domową – całkowicie pominięto w dyrektywach dotyczących BHP. Wiele norm bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wartości normatywnych dla substancji niebezpiecznych oparto na wynikach badań populacji męskiej albo na wynikach badań laboratoryjnych odnoszących się raczej do męskich stref pracy. Wypadki przy pracy i choroby zawodowe, powszechniejsze wśród mężczyzn, są w większym stopniu uwzględniane w statystykach tworzonych na potrzeby programów odszkodowań. Trzeba zająć się tymi zagadnieniami.

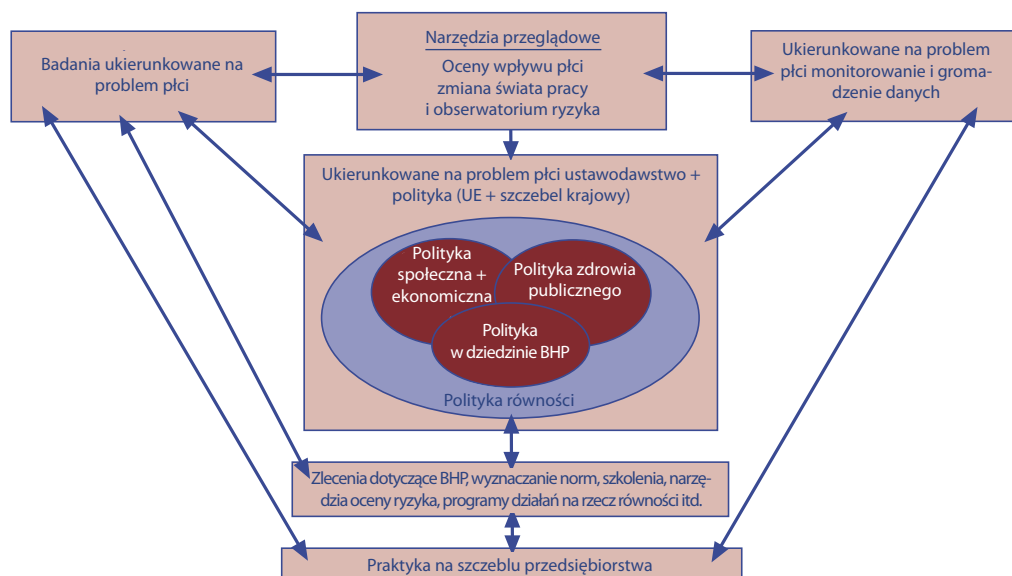
W strategii Wspólnoty w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2002–2006 wprowadzenie zagadnienia płci do „głównego nurtu” jest traktowane jako jeden z kluczowych celów (na przykład włączanie kwestii płci do działań z zakresu oceny ryzyka, wprowadzanie środków prewencyjnych, programy odszkodowań i działania porównawcze). Chodzi tu przede wszystkim o uwzględnienie zagadnienia płci w analizach oraz w formułowaniu i monitorowaniu polityki, programów i projektów mających na celu zmniejszenie nierówności między mężczyznami i kobietami. Sugeruje to, że sprawa płci powinna być uwzględniana w całej strategii Wspólnoty, także w dziedzinach opracowywania i promowania instrumentów politycznych, takich jak ustawodawstwo, dialog społeczny, programy dobrych praktyk, odpowiedzialność społeczna biznesu, bodźce ekonomiczne i wprowadzanie zagadnień BHP do głównego nurtu innych działań polityki.

Wnioski z niniejszego raportu potwierdzają potrzebę wprowadzania zagadnienia płci do „głównego nurtu”, a ocena wpływu czynnika płci powinna być jednym z narzędzi do osiągnięcia tego celu. Ocena ta, która stanowi część strategii Komisji na rzecz

równości płci, powinna być stosowana we wszystkich obszarach polityki bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym w przeglądach dyrektyw z zakresu BHP, opracowywaniu przepisów prawnych i zaleceń, procesie normalizacji i programach odszkodowań.

Pomimo niedostatków neutralnego podejścia wobec płci w ustawodawstwie i zaleceniach UE możliwe jest ich stosowanie w sposób ukierunkowany na zagadnienia płci. Wskazówki, instrumenty oceny ryzyka i szkolenia są konieczne, aby wspierać stosowanie dyrektyw w prezentowany tu sposób.

Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu systemu BHP – poziomy działania



Podejmowanie działań w celu uwrażliwienia na problem płci w dziedzinie zapobiegania ryzyku

Wrażliwość na problem płci wyraża się w uwzględnianiu różnic i nierówności płci w strategiach i działaniach. Wnioski niniejszego raportu w odniesieniu do dotychczasowych badań i dobrej praktyki oraz zalecenia takich organizacji, jak Międzynarodowa Organizacja Pracy (International Labour Organisation – ILO) i Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO), a także współtwórców raportu Biura Technicznego Związków Zawodowych (Trade Union Technical Bureau – TUTB) – (Messing, 1999) wskazują, że można już podejmować różne działania w celu wypracowania podejścia do

zapobiegania ryzyku w unijnych miejscach pracy bardziej uwrażliwionego na problem płci.

Miejsce pracy – przedsiębiorstwo

Pomimo pewnych niedostatków wiedza, którą mamy, umożliwia podejmowanie działań w celu zapobiegania związanym z pracą zagrożeniom dla kobiet, przedstawionym w niniejszym raporcie. Szczególnie ważne jest to, że podczas oceny ryzyka brane są pod uwagę miejsca pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn oraz uwzględniane prace i zadania faktycznie wykonywane, a także wszystkie wynikające stąd oddziaływania na pracowników. Ocena ryzyka w przedsiębiorstwie powinna odbywać się z rzeczywistym udziałem wszystkich zain-

teresowanych. Na poziomie miejsca pracy należy podjąć następujące kroki:

- Mieć wrażliwe na problem płci podejście do oceny ryzyka i zapewnić udostępnianie informacji i szkoleń na temat zagadnienia płci w BHP.
- Stworzyć powiązania między działaniami na rzecz równości i działaniami z zakresu BHP, na przykład włączyć warunki pracy do polityki i działań na rzecz równości oraz takie zagadnienia, jak molestowanie seksualne i „równowaga pracy w życiu” do działań z dziedziny BHP, na przykład w zakresie zapobiegania stresowi. Przyjrzeć się takim zagadnieniom, jak elastyczność i ulepszanie miejsc pracy oraz harmonogramy pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
- Ułatwić kobietom udział w konsultacjach w dziedzinie BHP i komisjach do spraw bezpieczeństwa, a także w podejmowaniu decyzji.
- Uwzględnić wpływ wszelkich zmian w organizacji pracy zarówno na BHP, jak i na zagadnienia płci.
- Wykorzystać model oceny ryzyka i praktyczne przykłady podane w niniejszym raporcie jako punkt wyjścia do działania, dostosowując je do potrzeb.

Partnerzy społeczni

- Uwzględnić zagadnienia płci we wszystkich działaniach z zakresu BHP.
- Wykorzystać komitety dialogu społecznego, na poziomie UE albo krajowym, do opracowywania zaleceń i planów działania oraz do promowania podejścia ukierunkowanego na problem płci.
- Prowadzić działania uświadamiające na temat zagadnienia płci w BHP.
- Opracować informatory i materiały szkoleniowe oraz zachęcać kobiety do większej aktywności w charakterze przedstawicieli pracowników, w komisjach do spraw bezpieczeństwa itd.
- Włączyć BHP do działań na rzecz równości.

Władze do spraw BHP

- Wyraźnie zaznaczyć czynnik płci w polityce i programach bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Opracować wskazówki i narzędzia kontroli, na przykład stosowanie przepisów w sposób ukierunkowany na problem płci; materiały szkoleniowe.
- Zapewnić szkolenia i akcje uświadamiające wśród inspektorów pracy, a także na stanowiskach pracy.
- Zapewnić kierowanie zasobów i działań interwencyjnych na stanowiska pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
- Propagować badania nad zagrożeniami i zawodami o szczególnym znaczeniu dla kobiet, jeśli to zaniedbano.

Polityka

- Zastosować oceny dotyczące wpływu czynnika płci do dyrektyw z zakresu BHP, prawodawstwa, wyznaczania wartości normatywnych, norm, analizy porównawczej, wyznaczania priorytetów, programów odszkodowań itd.
- Opracować nowe programy działań w zakresie BHP ukierunkowanych na problem płci.
- Stworzyć grupy doradcze do spraw wprowadzania zagadnienia płci do „głównego nurtu” BHP.
- Włączyć sprawy płci do wszystkich działań z zakresu BHP.
- Włączyć BHP do działań z zakresu polityki równości.
- Promować udział kobiet w ustalaniu polityki BHP.
- Włączyć zagadnienia płci i narażenia kobiet na zagrożenia w miejscu pracy do programów badań nad BHP.
- Promować holistyczne podejście do BHP, obejmujące interakcję praca – dom.
- Promować współpracę interdyscyplinarną.

Podstawowe wnioski

- Konieczne jest podejmowanie permanentnych działań w celu poprawy warunków pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Ułatwianie pracy kobietom to także ułatwianie pracy mężczyznom.
- Kobiety wykonują większość nieodpłatnych prac w domu. Częściej także pracują w niepełnym wymiarze godzin. Te różnice mają istotny wpływ na ich problemy zdrowotne związane z pracą. Zarówno w badaniach, jak i działaniach interwencyjnych należy uwzględnić rzeczywisty charakter pracy wykonywanej przez mężczyzn i kobiety. Konieczne są dalsze badania nad odmienną sytuacją kobiet i mężczyzn wykonujących takie same zadania w takich samych warunkach, a także nad odmiennością i zróżnicowaniem zagrożeń.
- Jakość podejmowanych badań i działań kontrolnych (monitoringu) można polepszyć przez konsekwentne uwzględnianie czynnika płci na etapie zbierania danych i analizy rzeczywistej liczby przepracowanych godzin. Metody badań epidemiologicznych powinny być oceniane pod kątem neutralnego traktowania czynnika płci w odniesieniu do otrzymywanych wyników pomiarów. Wskaźniki stosowane w systemach kontroli warunków pracy, takich jak krajowa sprawozdawczość i ankiety na temat wypadków przy pracy, powinny obejmować wszystkie aspekty ryzyka zawodowego w pracy kobiet.
- Zagrożenie bezpieczeństwa i zdrowia kobiet prawdopodobnie było dotąd niedoceniane. Różne czynniki ryzyka w pracy kobiet i ich interakcje były niedostatecznie badane i poświęcano im mniej uwagi w ocenie ryzyka i działaniach prewencyjnych. Dziedziny te powinny być traktowane priorytetowo w badaniach, działaniach uświadamiających i prewencyjnych.
- Przyjęcie neutralnego stanowiska wobec płci w polityce i ustawodawstwie doprowadziło do tego, że mniej uwagi i środków poświęcono na analizę zagrożeń zawodowych kobiet i zapobieganie im. Ponadto w dyrektywach nie uwzględniono pracowników domowych. Przepisy nie zawsze też dotyczą kobiet pracujących nieformalnie, na przykład żon lub partnerek mężczyzn zatrudnionych w rodzinnych gospodarstwach rolnych lub rybackich. Dotychczasowe i planowane dyrektywy w sprawie BHP, normy i programy odszkodowań należy przeanalizować pod kątem wpływu czynnika płci.
- Na podstawie aktualnej wiedzy na temat prewencji wypadkowej, a także wskutek zainteresowania problematyką płci w obszarze BHP przyjmuje się, że dotychczasowe dyrektywy mogą być wdrażane przy szerszym uwzględnieniu czynnika płci.
- Działania interwencyjne, uwzględniające czynnik płci, powinny opierać się na udziale w nich zainteresowanych pracowników i analizie rzeczywistych warunków pracy.
- Poprawa stanu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia kobiet oraz jakości ich życia zawodowego nie może być oderwana od szerszego problemu: dyskryminacji w pracy i społeczeństwie. Podstawowe znaczenie ma to, by działania na rzecz równości w zatrudnieniu uwzględniały kwestie BHP. W działaniach na rzecz bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy podejmowanych w innych dziedzinach, takich jak publiczna ochrona zdrowia czy inicjatywy dotyczące odpowiedzialności społecznej biznesu, powinno się uwzględniać kwestię płci.
- Kobiety mają zbyt mały udział w podejmowaniu decyzji w sprawach dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy. Ich zaangażowanie powinno być bardziej bezpośrednie, a wiedza, doświadczenia, umiejętności i opinie powinny znaleźć odzwierciedlenie przy formułowaniu i wdrażaniu strategii promocji zdrowia w ramach BHP.
- Są przykłady badań, interwencji, konsultacji i decyzji, w których wzięto pod uwagę czynnik płci i które przyniosły sukces. Należy się dzielić doświadczeniami we wprowadzaniu do głównego nurtu i stosowaniu rozwiązań uwzględniających czynnik płci.
- Choć tendencje w zakresie kształtowania warunków pracy i sytuacji kobiet są podobne we wszystkich państwach członkowskich i kandydujących, rozwiązania przyjmowane w poszczególnych państwach są różne. W każdym państwie powinno się przeanalizować specyfikę zagadnień BHP pod kątem uwzględniania kwestii płci, aby móc zaplanować przyszłe działania w tym zakresie.
- Wszechstronne podejście do kwestii BHP, uwzględniające relacje praca – dom oraz ogólne problemy związane ze zmianą świata pracy (organizacja pracy, zatrudnienie itp.), poprawiłoby skuteczność zapobiegania zagrożeniom zawodowym, z korzyścią zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.
- Kobiety nie stanowią jednolitej grupy (różne grupy wiekowe, pochodzenie etniczne itp.) i nie wszystkie wykonują tradycyjnie żeńskie zawody. To samo dotyczy mężczyzn. Przy wszechstronnym podejściu powinno się brać pod uwagę to zróżnicowanie. Działania mające na celu doprowadzenie do równowagi między życiem zawodowym a prywatnym powinny uwzględniać harmonogram pracy kobiet i mężczyzn oraz być atrakcyjne dla obu grup.

1.



WSTĘP

Po co badać problemy zdrowia i bezpieczeństwa pod kątem płci?

Udział kobiet w rynku pracy wzrasta. W Lizbonie (23–24 marca 2000 r.) Rada Europejska postawiła sobie za zadanie osiągnięcie ogólnego współczynnika aktywności na rynku pracy wynoszącego 70%, w tym 60% dla kobiet. Zapewnienie bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy jest ważnym elementem gwarancji zatrudnienia i daje szansę pogodzenia życia zawodowego z prywatnym. Zapobieganie złemu stanowi zdrowia i propagowanie dobrego samopoczucia w pracy ma znaczenie dla jakości pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn, a koszty związanego z pracą złego stanu zdrowia są duże

dla pracodawców i społeczeństwa, jak również dla zainteresowanych jednostek.

Propagowanie równości, w tym równości w pracy, jest ważną dziedziną polityki społecznej Wspólnoty Europejskiej. Włączanie czynnika płci w politykę Wspólnoty jest nazywane „wprowadzaniem zagadnienia płci do głównego nurtu”. Problem płci został uwzględniony w strategii Wspólnoty w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy na lata 2002–2006 (Komisja Europejska, 2002c). Strategia uwzględnia rosnący udział kobiet w zatrudnieniu i uznaje, że między płciami zachodzą różnice w częstości występowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych. W strategii przedstawiono wiele celów służących osiągnięciu wszechstronnego podejścia do dobrego samopoczucia w pracy, którymi muszą zająć się wspólnie wszyscy zainteresowani. Obejmują one „wprowadzanie czynnika płci do głównego nurtu oceny ryzyka, programów prewencyjnych i programów odszkodowań, by uwzględnić szczególne cechy kobiet, jeśli chodzi o zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy”. Parlament Europejski wyraźnie podkreślił w swoich uwagach na temat strategii bezpieczeństwa i higieny pracy znaczenie czynnika płci i zalecił zwrócenie uwagi na wiele zagadnień (zobacz załączniki 3 i 4).

Dla rozwinięcia strategii wprowadzania zagadnienia płci do „głównego nurtu” bezpieczeństwa i higieny pracy ważne jest krytyczne spojrzenie na to, co wiemy o różnicach między płciami w odniesieniu do bezpieczeństwa i higieny pracy, na przyczyny możliwych różnic i luki w wiedzy.

Istnieją też inne zjawiska, z powodu których ważne jest przyjrzenie się różnicom w sytuacji płci w kontekście BHP. Kobiety wkroczyły głównie do sektora usług i mają zbyt duży udział w pracy w niepełnym wymiarze godzin i krótkoterminowej. W jaki sposób wpływa to na bezpieczeństwo i higienę ich pracy? Czy istnieją różnice ze względu na płeć w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny

pracy między państwami członkowskimi UE a państwami kandydującymi ⁽¹⁾ ?

Dane statystyczne pokazują, że mężczyźni częściej niż kobiety ulegają wypadkom przy pracy, w tym wypadkom śmiertelnym, ale pokazują również, że praca może być poważnym źródłem złego stanu zdrowia i absencji kobiet.

Rośnie świadomość faktu, że kobiety i mężczyźni są narażeni na różne zagrożenia w pracy i mają różne uwarunkowania zdrowotne. Niemniej zagrożenie kobiet w miejscu pracy jest nadal często ignorowane. Zarówno badania, jak i działania prewencyjne koncentrowały się dotąd na zagrożeniach w zawodach zdominowanych przez mężczyzn.

Główne problemy, którymi należy się zająć

Czy dane statystyczne są wystarczające? Do jakiego stopnia różnice w związanym z pracą zdrowiu kobiet i mężczyzn wynikają z różnic płciowych (zdeteminowanych biologicznie), a do jakiego stopnia z różnic między płciami (społecznych, które są zmienne)? W jaki sposób różne prace i zadania wykonywane przez kobiety i mężczyzn wpływają na bezpieczeństwo i higienę ich pracy? Czy występują dodatkowe zagrożenia dla kobiet wkraczających w zdominowane przez mężczyzn strefy zatrudnienia? W jaki sposób potrzeby kobiet i mężczyzn są zaspokajane przez służby medycyny pracy? Zakłada się, że bezpieczne i zdrowe miejsce pracy będzie każdemu tak samo odpowiadać. Jaki wpływ ma na to neutralne podejście wobec płci? Jaki wpływ mają większe obowiązki kobiet w domu? Czy taki sam obraz dostrzegany jest w państwach członkowskich i kandydujących? W jaki

sposób odpowiedzi na te pytania wiążą się z polityką prewencyjną w miejscu pracy?

W niniejszym raporcie przeanalizowano wymienione problemy, a także inne zagadnienia. Kluczowe są następujące pytania:

- Czy występują różnice między mężczyznami i kobietami w odniesieniu do kwestii bezpieczeństwa i higieny pracy, a jeśli tak, to co je powoduje?
- Jak bardzo wrażliwe na problem płci są obecne badania i jakie są luki w wiedzy na ten temat?
- Co już zrobiono i co można zrobić w celu propagowania równości w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy?
- Jak bardzo wrażliwy na problem płci jest obecny system bezpieczeństwa i higieny pracy i jakie są potrzeby w zakresie podejmowanych działań?
- W jaki sposób wprowadzanie zagadnienia płci do „głównego nurtu” może zostać włączone do ustawodawstwa i zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy?

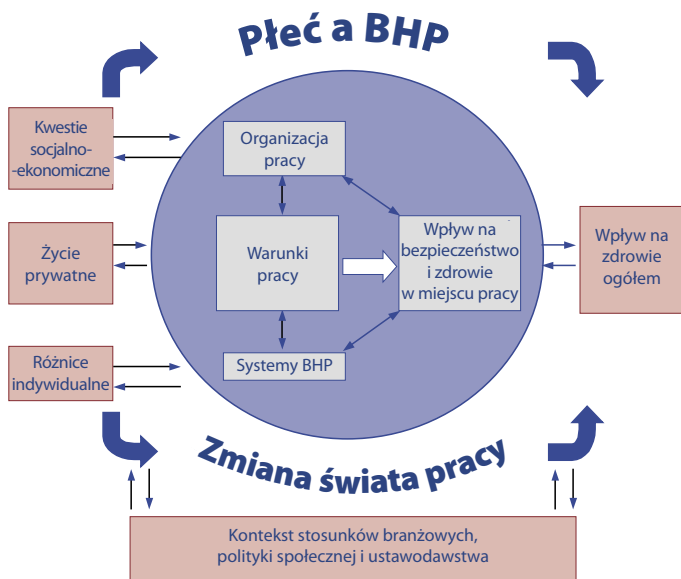
Co uwzględnić? – model pojęciowy

Wiele czynników występujących w miejscu pracy i poza nim może mieć wpływ na zdrowie i samopoczucie pracowników. Są to: fizyczne warunki pracy, system bezpieczeństwa i higieny pracy, życie poza pracą i polityka społeczna. Ważne jest uwzględnienie wszystkich czynników i ich oddziaływania na siebie przy analizowaniu kwestii różnic między płciami w BHP. W przedstawionym poniżej modelu starano się pokazać te wzajemnie powiązane czynniki. Jednak nie było możliwości dokładnego zbadania wszystkich zagadnień i w centrum uwagi znajdzie się podstawowa część modelu, bezpieczeństwo i higiena pracy (rysunki 1 i 2).

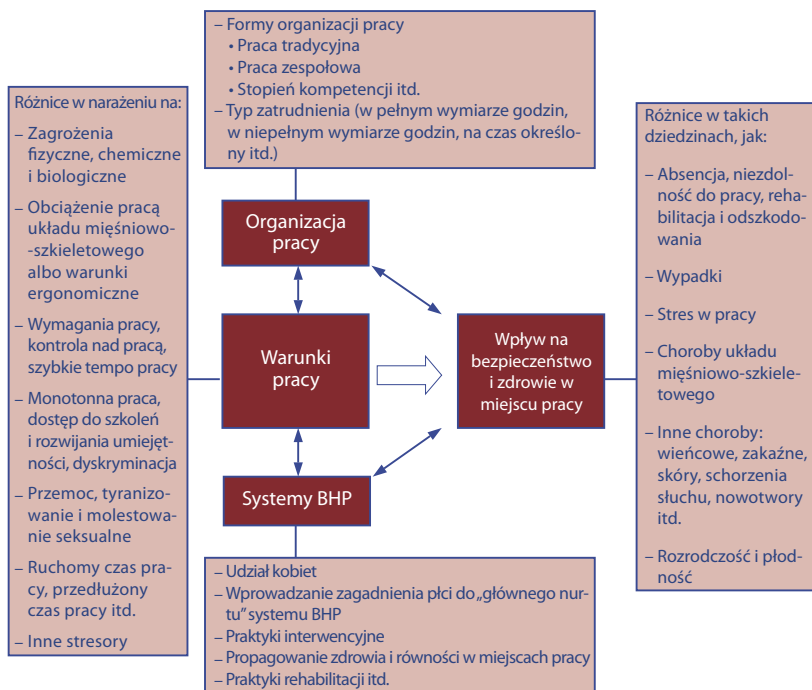
Raport rozpoczyna się od spojrzenia na ogólne różnice w sferze zatrudnienia między kobietami i mężczyznami. Następnie podjęto wiele tematów związanych ze szczególnymi zagrożeniami, stanowiskami pracy i problemami zdrowotnymi. Poświęcono także uwagę określonym grupom, na przykład starszym pracownikom. Zagadnienie rozpoznawania i zapobiegania ryzyku będzie

⁽¹⁾ Określenie „państwa kandydujące” dotyczy 13 państw kandydujących do wejścia do Unii Europejskiej w czasie, gdy opracowywano raport: Bułgarii, Cypru, Estonii, Litwy, Łotwy, Malty, Polski, Republiki Czeskiej, Rumunii, Słowacji, Słowenii Turcji i Węgier. Niniejszy raport powołuje się na ankietę Europejskiej Fundacji na temat warunków pracy przeprowadzoną w 12 państwach kandydujących, jako że ankietą ta nie obejmowała Turcji (Paoli, 2002).

Rysunek 1. Teoretyczne ramy badania



Rysunek 2. Wyszczególnienie elementów włączonych w ramy teoretyczne



rozpatrzone bardziej szczegółowo; omówiono m.in. informację, systemy BHP, partycypację siły roboczej i wprowadzanie do „głównego nurtu”. Raport przedstawia wnioski i sugestie dotyczące realizacji zadania „równe zdrowie w pracy dla wszystkich”.

Metodyka

Centrum Tematyczne ds. Badań Europejskiej Agencji przygotowało wstępną wersję raportu. Informacje zebrano za pomocą wcześniejszej ankiety i dyskusji na spotkaniu ekspertów, przeglądu literatury i poszukiwań w Internecie. Podczas spotkania ekspertów opracowano także teoretyczne ramy raportu. Sieć Agencji w państwach członkowskich i państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA), a także kolejna grupa ekspertów w tej dziedzinie skomentowała wstępną wersję raportu. Jego ostateczna wersja została zredagowana przez Agencję, we współpracy z centrum tematycznym. Dane na temat wszystkich zaangażowanych w to osób podane są w załącznikach 1 i 2.

Pojęcia i terminologia

Definicje takich określeń, jak: płeć, wrażliwy na problem płci i wprowadzanie zagadnienia płci do „głównego nurtu” są podane w glosariuszu.

Dane statystyczne

Dane statystyczne do raportu czerpano z trzech głównych źródeł: oficjalnych rejestrów wypadków przy pracy państw członkowskich, które są porównywane i analizowane przez europejski urząd statystyczny Eurostat; ankiety typu autoraport przeprowadzonej wśród zatrudnionych w poszczególnych państwach członkowskich, które wyniki także analizuje Eurostat; europejskiej ankiety na temat warunków pracy przeprowadzonej przez Europejską Fundację na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy. Dane statystyczne są uzupełniane informacjami z badań poszczególnych państw członkowskich. Każde źródło ma swoje

ograniczenia, zarówno ogólne, jak i w zakresie możliwości uzyskiwania dokładnego obrazu różnic między płciami.

Dane statystyczne z poszczególnych państw członkowskich nie są bezpośrednio porównywalne, jako że nie wszystkie gromadzą takie same informacje w taki sam sposób. Gromadzone są tylko informacje na temat poważnych wypadków, czyli takich, których skutkiem jest absencja w pracy dłuższa niż trzy dni. Wiadomo natomiast, że kobiety częściej cierpią na choroby związane z pracą, a mężczyźni częściej ulegają wypadkom. Rejestrowane informacje państw członkowskich na temat przypadków chorób związanych z pracą są dość ograniczone i jeszcze bardziej zróżnicowane. Wiadomo, że przemoc w miejscu pracy jest jednym ze zjawisk, które dotyczą kobiet. Nie wszystkie państwa członkowskie gromadzą zaś informacje na temat przypadków przemocy związanej z pracą i nie wszystkie – z podziałem na płeć.

Ankiety typu autoraport zostały przeprowadzone w celu uzyskania informacji na temat występowania mniej poważnych wypadków oraz dodatkowych informacji na temat chorób związanych z pracą. Chociaż dają szerszy obraz, także mają ujemne strony. Ich jakość zależy od zadanych pytań. Na przykład zakłada się, że znaczna rozbieżność między państwami w odpowiedziach na pytanie (na temat warunków pracy) o nękanie w pracy prawdopodobnie wynika z różnic w poziomie świadomości. Nie wszystkie państwa członkowskie wzięły udział w ankiecie. Aby mieć pewność, że różnice nie są maskowane i respondenci prawidłowo rozumieją pytania, badania ankietowe powinny być uzupełniane, na przykład dyskusją w grupach kontrolnych. Fagan i Burchell (2002) zgłosili wiele uwag służących zwiększeniu wrażliwości na problem płci w europejskiej ankiecie na temat warunków pracy i uzyskaniu tym samym wyraźniejszego obrazu różnic między płciami i zagrożeń, które dotyczą zwłaszcza kobiet. Na przykład sugerowano poprawki w sformułowaniu pytania na temat przemocy, nękania i zastraszania.

Z raportu wynika, że zawody wykonywane przez ludzi i miejsca ich pracy mają wielki wpływ na zagrożenia, na jakie są narażeni. Jednak obecnie gromadzone są tylko dość ogólne informacje o sektorze i miejscu pracy. Struktura przemysłu i sektorowe rozmieszczenie siły roboczej są także różne w poszczególnych państwach. O prawdopodobieństwie stania się ofiarą wypadku albo choroby zawodowej w wielkiej mierze decyduje poziom narażenia. Kobiety pracują krócej niż mężczyźni; między sektorami także występują różnice w liczbie godzin pracy. Dlatego kiedy bada się różnice

między płciami dotyczące wskaźników wypadków przy pracy i złego stanu zdrowia, bardzo ważne jest uwzględnienie liczby przepracowanych godzin. Eurostat przeprowadził dodatkowe analizy danych, które gromadzi, i ta statystyka jest wykorzystywana w niniejszym raporcie (Dupré 2002). Europejska Fundacja dokonała także obszernej analizy swoich informacji z ankiet przeprowadzanych pod kątem płci oraz pracy w pełnym i niepełnym wymiarze godzin; w niniejszym raporcie uwzględniono wiele z tych wyników.

2.



B A D A I A

PRACA W EUROPIE – RÓŻNICE MIĘDZY PŁCIAMI

Dane podstawowe

- Udział kobiet w rynku pracy wzrósł. Stanowią one obecnie 42% siły roboczej w UE.
- Kobiety o wiele częściej niż mężczyźni pracują w niepełnym wymiarze godzin. Mężczyźni częściej mają wydłużony czas pracy.
- Rynek pracy jest silnie zróżnicowany poziomo. Na przykład więcej kobiet jest zatrudnianych w sektorze publicznym i w sektorze usług, w handlu i pracy biurowej. Mężczyźni częściej są operatorami maszyn, zajmują stanowiska techniczne i pracują fizycznie w zawodach specjalistycznych, w przemyśle budowlanym, transporcie i przemyśle wydobywczym.

- Nawet w obrębie tych samych stanowisk w tej samej organizacji kobiety i mężczyźni często wykonują różne zadania.
- Rynek pracy jest także mocno zróżnicowany pionowo; więcej mężczyzn zajmuje stanowiska kierownicze wyższego szczebla.
- Kobiety częściej pracują „z ludźmi” (opieka, wychowanie, usługi). Mężczyźni dominują na stanowiskach kierowniczych i przy obsłudze maszyn oraz wytwarzaniu produktów uważanych za „ciężkie” albo „skomplikowane”.
- W prostych zawodach kobiety częściej wykonują prace związane z utrzymaniem czystości i w rolnictwie, a mężczyźni częściej pracują jako robotnicy.
- Kobiety mają zbyt mały udział w umowach na czas nieokreślony i wśród samozatrudnionych.
- Mężczyźni zarabiają więcej niż kobiety, nawet po uwzględnieniu liczby przepracowanych godzin.
- Poza pracą kobiety częściej niż mężczyźni zajmują się opieką nad dziećmi oraz starszymi lub niepełnosprawnymi krewnymi, a także gotowaniem i pracami domowymi.
- W porównaniu z UE w państwach kandydujących rozdział pod względem płci jest mniejszy: liczba godzin pracy jest mniej zróżnicowana, mniej jest pracy w niepełnym wymiarze godzin, a podwójne obciążenie pracą zawodową i nieodpłatną (domową lub opieką) jest bardziej zrównoważone.

Wstęp

Nie można omawiać różnic między płciami i zagrożeń związanych z pracą bez przyjrzenia się pozycji kobiet w pracy i temu, czym różni się ona od pozycji mężczyzn. Na przykład narażenie zmienia się zależnie od liczby przepracowanych godzin, sektorów gospodarki, miejsc pracy i wykonywanych zadań. Ważne jest także, by przyglądać się założeniom co do „ryzykowności” różnych prac wykonywanych przez kobiety i mężczyzn, a także dotychczasowym priorytetom w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Udział kobiet w rynku pracy

Udział kobiet w europejskim rynku pracy wzrósł znacznie w ciągu ostatnich 25 lat. Jednak kobiety nadal mają mniejszy wskaźnik udziału niż mężczyźni i ogólnie mniejszą liczbę godzin pracy. Istnieją znaczne wahania danych w państwach członkowskich. Najwięcej kobiet pracuje w Szwecji, gdzie ich udział w ogólnym zatrudnieniu osiągnął 48% w 2000 r.; wskaźnik dla Hiszpanii wynosi natomiast 35% (rysunek 1 w załączniku 5). Według ankiet Europejskiej Fundacji na temat warunków pracy większy odsetek kobiet pracuje w państwach kandydujących: 46% (42% w państwach członkowskich; Paoli, 2002).

Występują także duże różnice między wskaźnikami udziału kobiet w rynku pracy, jeśli chodzi o różne grupy wiekowe. Najwięcej kobiet w wieku 25–49 lat jest zatrudnionych w krajach skandynawskich (około 80%), a najmniej we Włoszech, w Hiszpanii i Grecji (około 55%). W krajach skandynawskich jest też najwyższy wskaźnik zatrudnienia kobiet w wieku 50–64 lat; poza domem pracuje 60–70% kobiet należących do tej grupy wiekowej; dla porównania – w Grecji, Luksemburgu, Belgii, Hiszpanii i we Włoszech tylko 20–30% (rysunki 2 i 3 w załączniku 5). Kobiety pracują rzadziej niż mężczyźni w każdej kategorii wiekowej, ale ta różnica jest największa w średnim wieku. Ważne jest, by zwracać uwagę na wiek, ponieważ wskaźniki poziomu bezpieczeństwa i higieny pracy wśród młodych i starych pracowników mogą się różnić.

Posiadanie dzieci istotnie wpływa na wskaźnik udziału kobiet w rynku pracy. W 2000 r. pracowało 72% bezdzietnych kobiet w wieku 20–50 lat i tylko 59% posiadających dzieci w wieku do sześciu lat. Inaczej wyglądała sytuacja wśród mężczyzn. W 2000 r. pracowało 94% mężczyzn w wieku 20–50 lat posiadających dzieci i 89% bezdzietnych (Komisja Europejska, *Agenda Społeczna*, 2002). Wpływ na wskaźnik udziału i liczbę przepracowanych godzin ma dostępność opieki nad dziećmi i innych środków ułatwiających łączenie pracy z życiem rodzinnym (Europejska Fundacja, 2002c). Wiele kobiet

powracających do pracy podejmuje zajęcia niewymagające kwalifikacji, o niskim statusie, takie jak prace związane z utrzymaniem czystości albo prace domowe (McCarthy i Scannell, 2002).

Główne powody nieaktywności Europejek w zakresie zatrudnienia to brak wykształcenia i szkoleń (27%), obowiązki osobiste albo rodzinne (20%), wcześniejsza emerytura (16%) i choroba albo niezdolność do pracy (9%) (Komisja Europejska, 2002d; raport na prośbę uczestników szczytu w Sztokholmie).

Czas pracy

Podstawowe wyniki trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy, w kontekście czasu pracy w odniesieniu do płci, podane są w zestawieniu 1. Ogólnie kobiety pracują krócej od mężczyzn. Około 20% zatrudnionych mężczyzn i 8% kobiet regularnie pracuje długo: 10 godzin dziennie (Fagan i in., 2001; Fagan i Burchell, 2002). W UE przede wszystkim wzrasta zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin (Clarke, 2001). Zwłaszcza wskaźnik udziału kobiet w zatrudnieniu wzrósł wskutek podejmowania przez nie takich prac; występuje znaczna różnica między płciami pod względem liczby przepracowanych godzin. Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy 17% respondentów pracowało w niepełnym wymiarze godzin, przy czym wskaźnik dla kobiet wynosił 32%, a dla mężczyzn tylko 7%. Także w tym wypadku uwidaczniają się duże różnice między państwami, na przykład 33% ludzi zgłasza pracę w niepełnym wymiarze godzin w Niderlandach, a tylko 5% w Grecji (rysunek 4 w załączniku 5).

Różnice między osobami pracującymi w pełnym i niepełnym wymiarze godzin widać także w rodzaju wykonywanej pracy, warunkach tej pracy i szkoleniach. Praca w niepełnym wymiarze godzin jest bardziej typowa dla sektora usług i handlu, prac biurowych i prac fizycznych niewymagających kwalifikacji. Stanowiska wyższego szczebla rzadko są dostępne w niepełnym wymiarze godzin.

Zestawienie 1: Różnice między płciami pod względem czasu pracy – część wyników trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy

- Tygodniowy czas pracy kobiet jest przeciętnie o dwie godziny krótszy niż czas pracy mężczyzn.
- 20% zatrudnionych mężczyzn i 10% zatrudnionych kobiet ma bardzo długi tygodniowy czas pracy (ponad 48 godzin).
- Kobiety pracujące w zdominowanych przez mężczyzn dziedzinach zarządzania, a także wykonujące fizyczne zawody specjalistyczne częściej mają dłuższy dzienny czas pracy niż kobiety pracujące w innych zawodach, ale jeśli chodzi o zarządzanie, długi czas pracy jest nadal rzadszy w wypadku kobiet niż mężczyzn.
- 32% kobiet i 7% mężczyzn pracuje w niepełnym wymiarze godzin.
- Mężczyźni częściej niż kobiety mają możliwość zmiany czasu rozpoczęcia i zakończenia pracy (26% mężczyzn i 19% kobiet); ta różnica jest najbardziej wyraźna w obszarze pracy umysłowej, wśród specjalistów i dyrektorów.
- 20% pracowników to pracownicy zmianowi – ten wskaźnik jest podobny dla pracowników na pełnym i niepełnym etacie oraz dla obu płci.
- Wśród specjalistów kobiety częściej niż mężczyźni pracują w systemie rotacyjnym, na przykład pracownicy służby zdrowia, natomiast wśród osób wykonujących fizyczne prace związane z obsługą urządzeń częściej w tym systemie pracują mężczyźni.
- Kobiety pracujące w systemie zmianowym częściej pracują w nocy, jeśli są zatrudnione w niepełnym wymiarze godzin.
- Osoby pracujące w pełnym wymiarze godzin, zwłaszcza mężczyźni, częściej mają najdłuższe dojazdy do pracy.
- Zarówno kobiety, jak i mężczyźni pracujący w pełnym wymiarze godzin częściej twierdzą, że wymagania związane z ich pracą nie dają się pogodzić z obowiązkami rodzinnymi i społecznymi; sytuacja ta jest bardziej dotkliwa dla rodziców. Jedna czwarta wszystkich mężczyzn i jedna czwarta kobiet pracujących w pełnym wymiarze czasu zgłasza niezgodność między pracą a życiem prywatnym.
- Połowa matek pracujących w niepełnym wymiarze godzin zgłasza, że ich czas pracy daje się pogodzić z innymi obowiązkami, co oznacza, że druga połowa inaczej ocenia swoją sytuację.
- Mężczyźni częściej niż kobiety twierdzą, że praca według „nietypowych” harmonogramów powoduje niezgodność z życiem prywatnym, często dlatego, że łączy się ona z długimi godzinami pracy.
- Uwidaczniają się różnice ze względu na wiek i państwo, z którego pochodzą osoby badane.
- Różnice kształtowane są przez sytuacje domowe, możliwości na rynku pracy, obszar zatrudnienia, ustawodawstwo, politykę społeczną itd.
- Czas pracy jest dłuższy i najczęściej mniej zróżnicowany ze względu na płeć w państwach kandydujących. Odzwierciedla to fakt, że status pracy kobiet zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin jest niski. Zarówno w wypadku mężczyzn, jak i kobiet praca w niepełnym wymiarze godzin jest rzadsza – 7% zatrudnionych zgłasza taką pracę w państwach kandydujących, a 17% – w UE (dodatkowe informacje z ankiety na temat warunków pracy przeprowadzonej w 12 krajach kandydujących).

Źródła: Paoli i Merllié (2001); Fagan i Burchell (2002); Paoli (2002)

Liczba przepracowanych godzin wpływa na poziom zagrożenia w pracy. Jednak, analizując dane z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy, Fagan i Burchell (2002) odkryli wiele różnic między osobami pracującymi w pełnym i niepełnym wymiarze godzin, w tym następujące:

- Praca w niepełnym wymiarze godzin daje mniej możliwości uczenia się i oznacza mniej obowiązków z zakresu planowania. Kobiety tak pracujące mają ich najmniej.

- Osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin najczęściej mówią o tym, że ich umiejętności są niedostatecznie wykorzystywane, a one same odbywają mniej szkoleń niż pracownicy pełnoetatowi. Kobiety tak pracujące zgłaszają najmniej odbytych szkoleń.

(Zobacz także rozdział na temat umów o pracę.)

Czynnik niedostatecznego wykorzystania umiejętności może przyczyniać się do stresu. Brak szkoleń sygnalizuje, że pracownik nie zna sposobów

właściwego albo bezpiecznego wykonywania swojej pracy; może to także stanowić przeszkodę w jego karierze.

Czas pracy będzie omówiony ponownie w rozdziale dotyczącym równowagi pracy w życiu.

Status zatrudnienia

Wbrew powszechnemu pogładowi zatrudnienie za wynagrodzeniem, w przeciwieństwie do samozatrudnienia, nadal jest normą (82%). Jednak zwiększa się zakres pracy tymczasowej i na czas określony, co jest spowodowane rozwojem agencji pracy tymczasowej (Europejska Fundacja, 2002a). Niektóre różnice między płciami w statusie zatrudnienia podane są poniżej (rysunki 5 i 6 w załączniku 5).

Według respondentów, którzy odpowiedzieli na trzecią europejską ankietę na temat warunków pracy:

- większość pracujących mężczyzn i kobiet ma typową umowę na czas nieokreślony;
- wskaźnik samozatrudnienia wynosi 19% dla mężczyzn i 12% dla kobiet;
- kobiety są nieco bardziej narażone na niepewność umów na czas określony;
- pracownicy obu płci, zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin, częściej nie mają pewności zawarcia umowy na czas określony niż osoby na pełnym etacie;
- 32% zatrudnionych kobiet i 7% zatrudnionych mężczyzn zgłasza pracę w niepełnym wymiarze godzin;
- istnieją różnice między państwami członkowskimi.

Źródła: Paoli i Merllié (2001); Fagan i Burchell (2002).

Hiszpania ma największą liczbę niestałych umów o pracę wśród państw UE i, wyłączając Zjednoczone Królestwo i Francję, dotyczą one większej liczby kobiet niż mężczyzn. Niestale umowy to: umowy sezonowe, czasowe umowy agencyjne i praca na telefon (rysunek 5 w załączniku 5). W Finlandii niestałe umowy są typowe dla zdominowanych przez kobiety sektorów służby zdrowia, opieki społecznej

i edukacji (Sutela i in., 2001). Naumanen (2002) stwierdził, że w Finlandii młode kobiety ze stopniem naukowym o wiele częściej niż mężczyźni pracują na niestałą umowę.

Występują także różnice ze względu na wiek (rysunek 6 w załączniku 5). Największe różnice w statusie zatrudnienia między mężczyznami i kobietami wynikają z pracy kobiet w niepełnym wymiarze godzin i pracy kobiet w wieku 25–45 lat na podstawie niestałych umów. Większość mężczyzn pracuje na podstawie niestałej umowy tylko na początku kariery. Ponad 90% wszystkich pracowników płci męskiej w wieku 25 lat lub starszych ma stałą umowę (głównie w pełnym wymiarze godzin). Kobiety częściej mają niepewną sytuację na rynku pracy przez cały okres pracy zawodowej. Więcej kobiet niż mężczyzn w wieku powyżej 25 lat ma niestałą umowę (na część etatu lub na pełny etat): 15% kobiet w grupie wiekowej 25–39 lat i 8% kobiet w grupie wiekowej 40–45 lat; 35–40% pracowników płci żeńskiej ma stałą umowę na część etatu.

Przyczyn różnic między płciami pod względem czasu trwania pracy i typu umowy prawdopodobnie należy się doszukiwać w równoczesnym rozwoju sektora usług, wzroście liczby niestałych umów i wejściu większej liczby kobiet na rynek pracy w ciągu ostatniej dekady. Większa rola kobiet w opiece nad dziećmi powoduje ponadto, że wchodzą one na rynek pracy i odchodzą z niego częściej niż mężczyźni oraz szukają prac w niepełnym wymiarze godzin albo na telefon.

Konsekwencje dla bezpieczeństwa i higieny pracy

Badania przeprowadzone przez Europejską Fundację pokazały wyraźną współzależność między niepewnymi formami zatrudnienia a zdrowiem (Europejska Fundacja, 2002a). Na przykład Benach i in. (2002) badali wpływ na zdrowie różnych typów zatrudnienia na podstawie danych z europejskiej ankiety na temat warunków pracy. Stwierdzili, że pracownicy nieposiadający stałej umowy o pracę zgłaszali większe niezadowolenie z pracy. Pracow-

nicy pełnoetatowi z umową na czas określony zgłaszali dotkliwe bóle mięśni i duże zmęczenie (w porównaniu z pracownikami pełnoetatowymi na stałej umowie). Benach i jego współpracownicy wykorzystali płęć jako jedną ze zmiennych kontrolnych i stwierdzili związek między niestałym zatrudnieniem a niezadowoleniem po uwzględnieniu indywidualnych zmiennych, takich jak płęć.

Na podstawie tych samych danych na temat warunków pracy niestałych pracowników można też wyciągnąć inne wnioski (Goudswaard i in., 2002; Goudswaard i Andries, 2002): pracownicy bez stałej umowy o pracę mają gorsze warunki ergonomiczne niż pracownicy stali, ale te różnice można wyjaśnić zatrudnieniem w różnych sektorach i zawodach. Zarówno pracownicy nieposiadający stałej umowy o pracę, jak i osoby pracujące w niepełnym

wymiarze godzin mają mniejsze poczucie bezpieczeństwa zatrudnienia, mniejszą kontrolę nad pracą, bardziej ograniczony dostęp do szkoleń, mniejsze możliwości doskonalenia umiejętności i słabsze perspektywy kariery niż pracownicy zatrudnieni na stałe. Jeśli patrzy się na kontrolę nad pracą jako na sposób radzenia sobie z wysokimi wymaganiami, można stwierdzić, iż możliwe jest, że następstw intensyfikacji mogą bardziej doświadczać pracownicy nieposiadający stałej umowy o pracę, ponieważ mają oni mniejszą nad nią kontrolę.

Jak wspomniano, pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin mogą mieć ograniczony dostęp do szkoleń. Tego typu praca w sektorze usług może ograniczać się do godzin szczytu, kiedy jest najbardziej intensywna. Ponieważ kobiety częściej niż mężczyźni pracują w niepełnym wymiarze

Zestawienie 2

W porównaniu z pracą pełnoetatową praca w niepełnym wymiarze godzin jest:

- gorzej płatna, często z gorszą stawką za godzinę;
- skoncentrowana w niektórych zawodach, zwłaszcza w sektorze usług;
- najczęściej bardziej monotonna, z mniejszymi możliwościami rozwoju i szkoleń;
- rzadziej związana z intensywnym tempem.

W porównaniu z pracownikami pełnoetatowymi osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin są:

- w mniejszym stopniu zagrożone, jako że czas narażenia jest krótszy;
- bardziej zadowolone z godzin pracy, a mniej z płacy, dostępu do szkoleń i możliwości awansu.

Źródło: Fagan i Burchell (2002).

godzin i na podstawie niestałych umów, może to wpływać na obserwowane różnice między płciami. Jednak potrzebna tu jest analiza pod kątem statusu zatrudnienia, zawodu i płci, by móc wyciągnąć wnioski na temat ich przyczyn.

Niepłatne prace domowe i opiekuńcze

Na początku raportu wykazano, że niektóre z różnic między płciami dotyczące warunków pracy są związane z szerszym zjawiskiem nierówności płci w społeczeństwie. Wyraźnie to widać w podwójnej pracy kobiet: płatnej i niepłatnej w domu (Fagan i Burchell, 2002). Niepłatne obo-

wiązki to: gotowanie, robienie zakupów, prace domowe, opieka nad dziećmi i starszymi krewnymi itd. W trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy 63% pracujących kobiet i 12% pracujących mężczyzn zgłosiło, że wykonuje prace domowe przez godzinę albo dłużej każdego dnia; 41% kobiet i 24% mężczyzn zajmuje się dziećmi i ich edukacją przez godzinę albo dłużej każdego dnia; 6% kobiet i 2% mężczyzn opiekuje się starszymi i niepełnosprawnymi krewnymi przez godzinę albo dłużej każdego dnia (Europejska Fundacja, 2000c; Fagan i Burchell, 2002; tabela 9 w załączniku 6).

Podwójne obciążenie pracą jest bardziej zrównoważone między płciami w państwach kandydujących, chociaż nadal wiele brakuje do równego podziału (Paoli, 2002). Jednak jednym z następstw transformacji w niektórych państwach kandydujących, na przykład na Litwie, jest likwidacja przedшкоlniej opieki nad dziećmi w miejscach pracy (Gonäs, 2002).

Czas na zajęcia poza pracą i obowiązki domowe jest ważny dla jakości życia. Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy kobiety poświęcają mniej czasu niż mężczyźni na wypoczynek, sport, kulturę, a nawet sen, zwłaszcza kiedy są matkami, mieszkają z partnerem i są zatrudnione w pełnym wymiarze godzin. Natomiast kobiety samotne i bezdzietne częściej niż mężczyźni biorą udział w przedsięwzięciach edukacyjnych i szkoleniowych (Fagan i Burchell 2002; tabela 10 w załączniku 6).

Zatrudnione kobiety spędzają przeciętnie więcej czasu niż mężczyźni w płatnej i niepłatnej pracy, zwłaszcza jeśli pracują w pełnym wymiarze godzin. Chociaż wydłużył się czas poświęcony przez mężczyzn obowiązkom domowym i opiece, to ich główny ciężar nadal spoczywa na barkach kobiet. Zagadnienie to będzie omawiane przy okazji rozpatrywania tematu – równowaga pracy w życiu.

Wpływ zmian w świecie pracy

Pod wpływem nowości technicznych, rosnącej presji rynku, globalizacji, polityki gospodarczej itd. następują zmiany w świecie pracy. Zmiany te obejmują: bardziej elastyczne umowy, wzrost liczby małych i średnich przedsiębiorstw, „spłaszczony” organizacje ze zdecentralizowanymi strukturami zarządzania, większy udział podwykonawców, nowe formy organizacji pracy, organizacje sieciowe, mniej trwałe i bardziej płynne granice między firmami, bardziej zindywidualizowane związki wewnątrz firm i mniej sprecyzowane granice między pracą a życiem prywatnym (Europejska Agencja, 2002f; Goudswaard i in., 2002; Castells, 1996; Ekstedt, 1999; Sennet, 1998). Tempo zmian i złożo-

ność organizacji pracy stwarzają także wyzwania w dziedzinie skutecznego zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy. Na przykład w wyniku rosnącej współzależności między firmami decydująca staje się współpraca w sprawach dotyczących ochrony zdrowia w pracy. Wniosek o konieczności badania wpływu na bezpieczeństwo i higienę pracy zmian, które następują w świecie pracy, znalazł się w wielu raportach (Cooper, 1998; Europejska Agencja, 2002f; Goudswaard i in., 2002). W ramach tych badań więcej uwagi powinno się poświęcić problemowi płci (Goudswaard i in., 2002).

Intensyfikacja pracy

Wyniki europejskich ankiet na temat warunków pracy wskazują na intensyfikację pracy i szybsze tempo jej wykonywania we wszystkich państwach UE i wszystkich sektorach przemysłu. Zmiany w przedsiębiorstwach i organizacji pracy, w tym presja rynku, mogą być tu jedną z przyczyn (Europejska Fundacja, 2002a). Z trzeciej europejskiej ankiety wynika, że tempo pracy kobiet częściej wyznaczane jest przez żądania klientów, a tempo pracy mężczyzn jest determinowane przez cele produkcyjne. Nie stwierdzono żadnej różnicy między płciami w sferze wymaganego przez pracodawcę tempa pracy (Fagan i Burchell, 2002). Potwierdzają to inni autorzy, na przykład Vinke i Wevers (1999) oraz Goudswaard i in. (1999). Intensywna praca łączy się bezpośrednio zarówno ze stresem, jak i chorobami układu mięśniowo-szkieletowego (Buckle i Devereux, 1999; Cox i in., 2000; Europejska Fundacja, 2002a). Może także istnieć powiązanie między tyranizowaniem w miejscu pracy a presją czasu.

Praca „napędzana” przez rynek i klientów – elastyczna firma

Firmy starają się lepiej reagować na potrzeby klientów i kładą większy nacisk na swoją elastyczność wobec zmian rynkowych.

Dostosowywanie się przedsiębiorstw do wymagań rynkowych oraz większe wykorzystanie technologii

informacyjnych ma wpływ na miejsca i warunki pracy.

Vickery i Wurzburg (1996) twierdzą, że około jedna czwarta firm to firmy „elastyczne”. Oeij i Wiezer (2002) oceniają, że wykorzystywanie nowych form organizacji pracy dotyczy 10–25% przedsiębiorstw.

Opisano dwa typy „elastycznych” organizacji. Pierwszy typ to organizacje ze zdecentralizowanym zarządzaniem i niewielką autonomią pracowników, tzw. organizacje spłaszczone. Ten typ charakteryzują bardziej stresujące warunki pracy, powstałe w wyniku kombinacji dużych wymagań, niewielkiej autonomii i braku możliwości uczenia się podczas pracy. Drugi typ to organizacje ze zdecentralizowanym zarządzaniem, ale ze stosunkowo dużą autonomią pracowników, na przykład wykorzystujące autonomiczne grupy. Większa autonomia, wymaganie większych umiejętności i możliwość ich rozwijania powodują, że ten typ organizacji jest znany z mniej stresujących warunków pracy. Zatem nie wszystkie nowe formy organizacji pracy przyczyniają się do polepszenia jej warunków (Daubas-Letourneux i Thébaud-Mony, 2002; Europejska Fundacja, 2002a).

Oeij i Wiezer (2002) zaobserwowali u pracujących poczucie braku bezpieczeństwa w pracy w wyniku zmian w strukturze i strategii firm, zagrożeń

zdrowia i dobrego samopoczucia w następstwie ryzyka psychospołecznego i fizycznego, które wiąże się ze zwiększoną konkurencją i wydajnością pracy, ciągłej presji na rozwijanie kwalifikacji i możliwości występowania problemów ze zharmonizowaniem pracy z życiem prywatnym. Autorzy sugerują, że kobiety doświadczają większego poczucia braku bezpieczeństwa zatrudnienia niż mężczyźni z tej przyczyny, że pracują częściej niż mężczyźni na podstawie niestałych umów. Nie ma jednak żadnych dowodów na istnienie takiego związku i to zagadnienie musi być dokładniej zbadane.

Zmiany organizacyjne stanowią okazję do zajęcia się takimi zagadnieniami, jak rozdział płci i nierówność w warunkach pracy oraz bezpośredni udział pracowników w procesie zmian. Nie wydaje się jednak, by rzeczywiście zajmowano się tymi kwestiami przy okazji wprowadzania zmian organizacyjnych. Webster i Schnabel (1999) sugerują, że bezpośredni udział pracowników w procesie zmian także nie przyczynia się do poświęcania większej uwagi tym zagadnieniom, chociaż zmiany organizacyjne można wykorzystać na przykład do wprowadzenia pracy zespołowej obu płci albo podniesienia kwalifikacji mężczyzn i kobiet. Potrzebne są dalsze badania nad mechanizmami dającymi się wykorzystać do zmniejszenia rozdziału płci i nierówności pod względem warunków pracy w trakcie zmian organizacyjnych.

Zestawienie 3: Callcentre (informacja telefoniczna) – nowy typ pracy

Informacja telefoniczna to branża rozwijająca się w Europie, m.in. w Irlandii. Celem tych, którzy korzystają z placówek *call centre*, jest zwiększenie skuteczności usług i efektywności jeśli chodzi o koszty. Ogromna większość pracowników placówek *call centre* to kobiety. Pracownicy zgłaszają duże niezadowolenie, co objawia się wysoką fluktuacją kadr. Brak możliwości rozwoju zawodowego, monotony charakter pracy, praca ściśle zaplanowana i obciążająca pod względem psychicznym i fizycznym, trudni klienci i „sytuacje, w których nie jest się w stanie

podjąć decyzji”, to najczęstsze przyczyny skarg pracowników. Wynikiem jest frustracja, wyczerpanie emocjonalne i rozczarowanie. Ponadto powszechny jest stres i brak zaangażowania (McCarthy i Scannell, 2002).

Chociaż psychospołeczne czynniki ryzyka powszechnie występują w placówkach *call centre*, kiedy tworzone jedną z nich, wszechstronna strategia prewencyjna dotycząca stresu w pracy była czynnikiem rozwoju. Środki prewencyjne obejmowały: zaprojektowanie środowiska pracy i zasobów pracy oraz zapewnienie odpowiedniej rotacji stanowisk i urozmaiconej pracy (Europejska Agencja, 2002b).

Różnica w płacach

Mężczyźni zarabiają więcej od kobiet, nawet po uwzględnieniu liczby przepracowanych godzin. Chociaż stopień nierówności w zarobkach pracowników w UE obniżył się, kobiety nadal mają zbyt duży udział w dochodach małych i średnich, a o wiele za mały w kategoriach dużych dochodów. Różnica w płacach jest mniejsza w krajach kandydujących (Paoli, 2002).

Płeć a zawód

Szczególnie ważne jest dokładne przyjrzenie się miejscom, w których pracują kobiety i mężczyźni, jako że tam stwierdza się różne zagrożenia i warunki pracy, co wywołuje różne skutki dla zdrowia (przegląd zatrudnienia pod kątem płci podany jest w niniejszym rozdziale). W następnej części raportu przedstawione zostaną szczegółowo różnice między

działami ze względu na zagrożenia i ich skutki dla zdrowia. Kwestia rozdziału płci w pracy będzie miała wtedy znaczenie.

Rozdział płci sprowadza się do tego, że kobiety mają zbyt mały udział w niektórych zawodach i zbyt duży w innych w stosunku do ich procentowego udziału w ogólnym zatrudnieniu. Poziomy rozdział pracy polega na tym, że kobiety i mężczyźni pracują w różnych sektorach zatrudnienia, a pionowy – że nawet w obrębie danego zawodu kobiety i mężczyźni zajmują różne stanowiska w hierarchii. Rozdział w obrębie tego samego zawodu może też polegać na tym, że kobiety i mężczyźni na takim samym stanowisku wykonują różne zadania. Dane statystyczne i ankiety wskazują, że w strukturze zatrudnienia w UE występuje wysoki stopień rozdziału płci, nawet w państwach, w których wskaźniki zatrudnienia kobiet są wysokie.

Zestawienie 4

Poziomy rozdział płci

Kobiety mają zbyt duży udział w:

- niektórych zawodach i sektorach przemysłu;
- sektorze publicznym;
- małych firmach z sektora prywatnego.

Pionowy rozdział płci

Kobiety mają zbyt mały udział w:

- zawodach o wyższym statusie i lepiej płatnych;
- wyższych szczeblach zarządzania i władzy oraz wielu zawodach specjalistycznych;
- wyższych stanowiskach w obrębie jednej firmy.

Rozdział poziomy

Rozdział zawodowy w UE jest następujący (Europejska Fundacja, 2002c; Fagan i Burchell, 2002; rysunek 7 i tabele 1, 2 i 3 w załączniku 5):

- Duża koncentracja kobiet występuje w sektorze publicznym.
- Kobiety zatrudnione w sektorze prywatnym zwykle pracują w małych i średnich firmach.
- Zdominowane przez kobiety strefy pracy to: usługi w prywatnych gospodarstwach domowych, opieka zdrowotna, edukacja i inne działania związane z opieką, handel oraz hotelarstwo i katering.

- Zdominowane przez mężczyzn strefy pracy to: budownictwo, przemysł wytwórczy, transport, rolnictwo i usługi finansowe.
- Tylko mały odsetek stref zatrudnienia można uznać za „mieszane”.
- W stosunku do ogólnego udziału w zatrudnieniu kobiety są nieproporcjonalnie reprezentowane w sferach opieki, wychowania i usług.
- W stosunku do ogólnego udziału w zatrudnieniu mężczyźni są nieproporcjonalnie reprezentowani w sferach zarządzania oraz fizycznych i technicznych prac związanych z obsługą maszyn lub

wytwarzaniem produktów uważanych za „ciężkie” albo „skomplikowane”.

- Mężczyźni zajmują 80% lub więcej stanowisk pracy w siłach zbrojnych, stanowisk robotniczych w przemyśle i rzemiośle, a także stanowisk operatorów maszyn i urządzeń.
- W zawodach związanych z produkcją i specjalistycznych fizycznych obecność kobiet jest znikoma. Tylko w przemyśle spożywczym, włókienniczym i rzemiośle, a także na stanowiskach operatorów i monterów urządzeń reprezentowane są w około 30%.
- Mężczyźni zajmują ponad dwie trzecie stanowisk wymagających wysokich kwalifikacji w rolnictwie i rybołówstwie.
- Dwie trzecie pracowników biurowych oraz pracowników usług i handlu to kobiety.
- Mężczyźni przeważają w zawodach inżynierskich, a kobiety – w zawodach związanych z ochroną zdrowia i edukacją.
- Jeśli chodzi o prace niewymagające kwalifikacji, kobiety są nieproporcjonalnie reprezentowane w sektorach związanych z utrzymaniem czystości i rolnictwem, a mężczyźni, ogólnie, na stanowiskach robotniczych.
- Choć istnieją różnice między państwami, ogólny obraz rozdziału płci w UE-15 i w poszczególnych państwach jest w dużym stopniu zgodny.
- Rozdział płci jest mniej powszechny w państwach kandydujących (dodatkowe dane z ankiety przeprowadzonej w 12 państwach kandydujących – Paoli, 2002).

Należy więc stwierdzić, że typowe strefy zatrudnienia kobiet obejmują następujące zawody: pracownice biurowe i sekretarki, nauczycielki, sprzedawczynie sklepowe, kucharki, pomocnice w gastronomii i kelnerki, pielęgniarki i pracownice pomocy społecznej, operatorki maszyn włókienniczych, pracownice w przetwórstwie spożywczym i przy precyzyjnych pracach montażowych, fryzjerki i kosmetyczki, sprzątaczkę i pracownice domowe. Mniej kobiet jest zatrudnionych w przemyśle wytwórczym (dziedziny, w których przeważają, takie jak przemysł włó-

kienniczy i przetwórstwo spożywcze, nie są uważane za równie ważne jak te, które są zdominowane przez mężczyzn, na przykład produkcja samochodów). Ponadto, na przykład w przetwórstwie spożywczym, kobiety mogą pracować przy linii produkcyjnej, mężczyźni natomiast – w magazynach albo jako kierowcy wózków podnośnikowych.

Rozdział pionowy

Chociaż w całej UE udział kobiet w zarządzaniu zwiększył się, mężczyźni nadal przeważają na szczytach hierarchii zawodowej. Na przykład:

- dla 63% siły roboczej bezpośrednim zwierzchnikiem jest mężczyzna, a dla 21% – kobieta;
- mężczyźni zajmują ponad 60% stanowisk kierowniczych;
- ponad 70% dyrektorów przedsiębiorstw i urzędników rządowych wysokiego szczebla to mężczyźni;
- dwie trzecie samozatrudnionych to mężczyźni; odsetek ten wzrasta w grupie zatrudniających pracowników.

Źródła: Europejska Fundacja (2002c); Fagan i Burchell (2002).

Chociaż pionowy rozdział w państwach kandydujących pozostaje duży, kobiety i tak częściej zajmują tam stanowiska kierownicze (Paoli, 2002).

Przykłady pionowego rozdziału: kobiety przeważają wśród personelu pielęgniarskiego, ale to mężczyźni częściej zajmują stanowiska kierownicze w pielęgniarstwie; w przetwórstwie spożywczym i produkcji tekstyliów kobiety przeważnie wykonują rutynowe prace przy linii produkcyjnej, mężczyźni natomiast częściej zajmują stanowiska nadzorcze, kierownicze i techniczne.

Rozdział zadań

Rozdział płci odnosi się do wykonywania przez kobiety i mężczyzn, którzy reprezentują ten sam zawód, różnych czynności. Kobiety i mężczyźni nie tylko pracują w różnych sektorach i wykonują różne

prace w obrębie tego samego sektora albo takiego samego stanowiska pracy, lecz także – są na to dowody – w tej samej firmie, na takim samym stanowisku mogą często wykonywać różne zadania.

Badacze z Cinbiose (Uniwersytet Quebec) stwierdzili, że jest to powszechne. Jeden z badanych przypadków dotyczył sprzątaczy szpitalnych: sprzątaczkę wykonywały „lekkie” zadania, a mężczyznom przydzielano zadania „ciężkie”. Po dokładnym zbadaniu „lekka” praca okazała się nie taka lekka. Kobiety wykonywały bardziej różnorodne zadania, przyjmując bardzo różne pozycje ciała. Obciążenie pracą było duże, z ograniczeniami pozycji ciała wynikającymi z wykonywania czynności powtarzalnych, stałego tempa pracy i bardzo krótkich przerw na odpoczynek. Często była konieczność zachowania wymuszonych pozycji ciała. Kobiety musiały wielokrotnie się schylać, by opróżnić wiele koszy w krótkim czasie, przy czym wyjmowały worki, które mogły ważyć ponad 10 kg. Wiele zadań przydzielanych mężczyznom, takich jak zamiatanie, wykonywano w mniej męczących pozycjach.

Inny przykład – ogrodnictwo. Badacze stwierdzili, że kobiety częściej sadzą i pielą, a mężczyźni oczyszczają drzewa. Może to oznaczać, że mężczyźni i kobiety w różnym stopniu są narażeni na pestycydy (Messing, 1998, 1999).

Innymi słowy, mężczyźni mogą być przydzielani do zadań związanych z bardziej widocznymi zagrożeniami, natomiast kobiety – do zadań wymagających wykonywania czynności powtarzalnych, przyjmowania nienaturalnych, wymuszonych pozycji ciała (Messing i in., 1994, 1998a).

Zakończenie

Jak widać, warunki zatrudnienia kobiet i mężczyzn mogą się różnić pod wieloma względami (m.in. charakter pracy, typ umowy, obowiązki domowe). Te odmienne warunki wpływają na zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy. Ich oddziaływanie zostanie dokładniej rozpatrzone w następnym rozdziale, w którym przeanalizowano różnice między płciami z uwagi na różne zagrożenia w pracy i ich skutki dla zdrowia.

3.



CZYNNIK PŁCI W KONTEKŚCIE NARAŻENIA ZAWODOWEGO I WYNIKÓW ZWIĄZANYCH Z PRACĄ

Wstęp

Europejskie dane statystyczne i ankiety wskazują na następujące zjawiska:

- Ból pleców, stres, bóle mięśni szyi i barków oraz ogólne zmęczenie to najpowszechniejsze w UE problemy zdrowotne związane z pracą.
- Mężczyźni częściej niż kobiety ulegają wypadkom przy pracy (absencja czterodniowa albo dłuższa).

- Kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają związane z pracą problemy zdrowotne.
- Kobiety częściej zgłaszają związane z pracą schorzenia kończyn górnych, stres, choroby zakaźne i schorzenia skóry.
- Mężczyźni częściej zgłaszają choroby serca, problemy ze słuchem, choroby płuc i problemy z oddychaniem.
- Kobiety są bardziej narażone na zastraszanie w miejscu pracy.
- Warunki pracy są z reguły ściślej związane ze stanowiskiem w hierarchii zawodowej albo sektorze niż z samą płcią.

Źródła: Dupré (2002); Fagan i Burchell (2002); Paoli i Merli (2001); załączniki 6 i 7.

W niniejszym rozdziale raportu poruszono kwestie różnic między płciami w odniesieniu do zagrożeń związanych z pracą i ich skutków dla zdrowia, a także znaczenia i przyczyn występowania tych różnic. Uwzględniono określone sektory, takie jak rolnictwo, i określone grupy, na przykład starsze kobiety, jak również sytuację poza Europą. Przeanalizowano, w jakim stopniu różnice między płciami, wynikające z zagrożenia i jego skutków zdrowotnych, wiążą się z różnicami co do warunków zatrudnienia, opisanymi w poprzednim rozdziale.

Wypadki przy pracy

Dane podstawowe

- Mężczyźni częściej niż kobiety ulegają poważnym albo śmiertelnym wypadkom przy pracy. Wskaźnik wypadkowości wśród mężczyzn jest prawie trzy razy większy niż wśród kobiet. Po uwzględnieniu liczby przepracowanych godzin nadal jest ponad dwukrotnie większy. Różnica między wskaźnikami zmniejsza się, kiedy weźmie się pod uwagę lżejsze wypadki, lecz wskaźnik dla mężczyzn nadal jest ponad 1,33 raza większy.
- Wskaźnik wypadków przy pracy zmniejsza się szybciej dla mężczyzn niż dla kobiet.

- Kobiety i mężczyźni ulegają różnym typom wypadków. Różnice te silnie wiążą się z rozdziałem zawodów i zadań.
- Wskaźnik wypadkowości wśród kobiet jest większy w wypadku pracy wykonywanej w szybkim tempie i związanej z większymi wymaganiami – a więc mogą się do tego przyczyniać zmęczenie i wyczerpanie.
- Używanie sprzętu roboczego, maszyn i narzędzi zaprojektowanych dla mężczyzn może przyczyniać się do większej liczby wypadków wśród kobiet.
- Dane statystyczne na temat wypadków powinny uwzględniać liczbę przepracowanych godzin oraz rzeczywiście wykonywane przez pracowników zadania. Powinno się zbadać, jakie są praktyczne możliwości poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy z uwzględnieniem czynnika płci.
- Pomocna byłaby większa liczba informacji na temat typów wypadków przy pracy, z uwzględnieniem czynnika płci, a także bardziej szczegółowe dane na temat poszczególnych państw członkowskich.
- Potrzebne są dalsze działania w celu zapobieżenia wszystkim wypadkom, zarówno poważnym, jak lekkim, zwłaszcza że często dostępne są proste środki kontroli.

Mężczyźni częściej niż kobiety ulegają wypadkom przy pracy (powodującym na przykład czterodniową albo dłuższą absencję). Według danych za 1998 r., dotyczących wypadków oficjalnie zgłoszonych w państwach członkowskich i zestawionych przez Eurostat), pracujący mężczyźni uczestniczyli w wypadkach prawie trzykrotnie częściej niż kobiety. Te dane nie uwzględniają liczby przepracowanych godzin. Po uwzględnieniu pełnoetatowego równownika różnica między wskaźnikami wypadków dla mężczyzn i kobiet zmniejsza się, lecz wskaźnik dla mężczyzn nadal jest większy niż w UE (2,2). Te ujednolicone dane wykazywały ponad 2,5 raza większe prawdopodobieństwo doświadczenia wypadku przez mężczyzn w Belgii, Francji, Austrii i Portugalii, a tylko około 1,5 raza większe – przez mężczyzn w Zjednoczonym Królestwie i Szwecji (Dupré, 2002; załącznik 7).

Ankieta wśród zatrudnionych w UE z 1999 r. obejmowała także mniej poważne wypadki (z absencją krótszą niż cztery dni albo żadną). Według odpowiedzi – i po wprowadzeniu opisanych wyżej poprawek – częstość występowania wypadków w pracy nadal była o ponad 1,33 raza większa w wypadku mężczyzn. Natomiast kobiety 1,5 raza częściej niż mężczyźni cierpiały na związane z pracą inne problemy zdrowotne (Dupré, 2002; załącznik 7).

W trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy 9% mężczyzn i 6% kobiet zgłosiło absencję w ciągu poprzedzających ankietę 12 miesięcy z powodu obrażeń ciała doznanych podczas pracy. W tej samej ankiecie kobiety przyznały, że są w mniejszym stopniu niż mężczyźni narażone na zagrożenia fizyczne. Niemniej jednak najbardziej narażeni są mężczyźni pracujący fizycznie. W wypadku prac niefizycznych różnica jest nieistotna statystycznie, chociaż i tu mężczyźni są bardziej narażeni. Niezależnie od absencji w wyniku wypadków – 10% zatrudnionych mężczyzn i 10% kobiet było nieobecnych w pracy z powodu problemów zdrowotnych, które przypisywali warunkom, w jakich pracują. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin rzadziej byli nieobecni z powodu wypadków związanych z pracą albo złego stanu zdrowia (Fagan i Burchell, 2002; tabela 7 w załączniku 6).

Dane Eurostatu potwierdzają, że zarówno sektor gospodarki, jak typ wykonywanej pracy mają wpływ na różnicę w sytuacji obu płci. Mężczyźni częściej są zatrudnieni w sektorach o dużym ryzyku wypadków, w budownictwie i transporcie, natomiast tam gdzie ryzyko wypadków jest mniejsze, w biurach i sklepach, nieproporcjonalnie częściej zatrudniane są kobiety. Jednak kiedy popatrzy się na wskaźniki dla mężczyzn i kobiet w obrębie sektorów, dużą różnicę dostrzec można w budownictwie oraz przemyśle energetycznym i wodnym, w których mężczyźni i kobiety są silnie skoncentrowani w różnych strefach pracy: na przykład w budownictwie mężczyźni pracują na placach budów, a kobiety w biurach. W sektorze hoteli i restauracji,

gdzie kobiety i mężczyźni wykonują zwykle podobne zadania, wskaźnik wypadków dla mężczyzn jest tylko marginalnie wyższy. W sektorze finansowo-biznesowym taki wskaźnik jest 1,5 raza wyższy dla mężczyzn, lecz do tego sektora zalicza się rodzaje działalności zdominowane przez mężczyzn, na przykład ochronę. W Szwecji największe dla ko-

biet zagrożenie poważnymi wypadkami przy pracy występuje w przemyśle tartacznym, transporcie publicznym, regularnej komunikacji autobusowej i branży opakowań z tworzyw sztucznych. W tych wszystkich branżach ryzyko wypadku związanego z pracą jest od dwóch do trzech razy większe niż przeciętnie (Broberg, 2001).

Zestawienie 5: Przyczyny urazów w sektorze restauracji i cateringu

W handlu, hotelach i cateringu jest zatrudnionych więcej kobiet niż mężczyzn. W hotelach i restauracjach

wskaźnik wypadków jest podobny dla mężczyzn i kobiet. Analiza przyczyn wypadków zgłoszonych w sektorze cateringu w Zjednoczonym Królestwie, w tym w hotelach i restauracjach, wykazała co następuje (według częstości występowania):

Poślizgnięcia i potknięcia	30% zgłoszonych urazów (75% poważnych urazów)
Przenoszenie ciężarów	29%
Narażenie na niebezpieczne substancje, gorące powierzchnie, parę	16%
Uderzenie przez poruszające się lub spadające przedmioty, w tym ręczne narzędzia	10%
Zderzenie z przedmiotami (głównie zamocowanymi)	4%
Maszyny, np. do krajania i mieszanía żywności	3%
Upadki	1,8%
Pożary i wybuchy	1,6%
Porażenie prądem	0,5%
Transport, np. wózek podnośnikowe	0,3%

Źródło: Priorytety z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w działaniach związanych z cateringuem, Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa, 1997

Poślizgnięcia, potknięcia i upadki w sektorze edukacji

Poślizgnięcia i potknięcia są jedną z głównych przyczyn wypadków w sektorze edukacji. Większość urazów to nadwężenia i skręcenia, ale występują także złamania

kości i urazy głowy. Niektóre wypadki mogą nawet doprowadzić do śmierci na skutek powikłań. Nie zawsze traktuje się je poważnie, częściowo dlatego, że uważane są za nieuniknione, chociaż istnieją proste środki prewencji.

Urazy w wyniku poślizgnięć i potknięć w sektorze edukacji (dane ze Zjednoczonego Królestwa)

Urazy zgłoszone (brytyjskiemu urzędowi ds. BHP 2001–2002; dane wstępne)	Ogółem	Urazy na skutek poślizgnięć i potknięć	%
Szkolnictwo stopnia podstawowego i średniego	3700	1399	38
Szkolnictwo wyższe i dla dorosłych	1793	643	36

Oto niektóre sposoby kontrolowania zagrożenia poślizgnięciami i potknięciami:

- Zapobieganie poślizgnięciom i potknięciom na etapie projektowania przez zapewnienie odpowiednich podłóg z nawierzchnią antypoślizgową.
- Natychmiastowe usuwanie rozlanych cieczy i suszenie podłóg po ich oczyszczeniu.
- Zapewnienie odpowiedniego obuwia dla wszystkich pracowników i uczniów.

- Zapewnienie odpowiedniego oświetlenia (słabe światło albo oślepiający blask mogą spowodować poślizgnięcia i potknięcia).
- Informowanie i szkolenie – środki kontroli związane ze zmianą sposobu wykonywania pracy mogą być równie skuteczne jak środki fizyczne.

Źródło: Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa (2003a, 2003b).

Podział pracy w zależności od płci ma także wpływ na typy i przyczyny wypadków z nią związanych. Na przykład pewne szwedzkie badania na temat poślizgnięć i upadków wykazały, że kobiety co prawda rzadko spadają z rusztowań, ale typowe jest dla nich poślizgnięcie podczas próby zapobieżenia upadkowi pacjenta, ucznia albo klienta (Kemmlert i Lundholm, 2001). Grönkvist i Lagerlöf (1999) podają przykład z sektora spożywczego: urazy u kobiet częściej powodowały maszyny, natomiast urazy u mężczyzn – ostre narzędzia, takie jak noże, a także zęby zwierząt. Świadczy to o tym, że kobiety i mężczyźni wykonywali w tym sektorze różne zadania.

Użyteczne byłoby otrzymywanie z państw członkowskich informacji nie tylko na temat liczby wypadków (z podziałem na płci), lecz także ich typu (śmiertelne, powodujące ponadczterodniową absencję, mniej poważne). Dodatkowe uwzględnienie podziału na sektory albo typ pracy byłoby bardzo pożądane.

Według danych z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy wskaźnik wypadkowości u kobiet jest większy tam, gdzie występuje duże tempo pracy i stawiane są duże wymagania, gdyż wiąże się to z dotrzymywaniem napiętych terminów (Paoli i Merlié, 2001). Do zaistnienia wypadku mogą przyczynić się stres, zmęczenie i wyczerpanie. Tempo pracy mężczyzn częściej wyznaczają produkty i maszyny, tempo pracy kobiet – klienci i usługobiorcy (Fagan i Burchell, 2002).

Kobiety nieco bardziej niż mężczyźni narażone są na niepewność umów na czas określony. Są dowody na to, że pracownicy z niestałymi umowami mają więcej wypadków niż zatrudnieni na czas nieokreślony (Notkola i Vänskä, 1999; Goudswaard i Andries, 2002). Zwiększone ryzyko może wynikać z odmiennego charakteru pracy, mniejszej liczby szkoleń i słabszej znajomości określonego miejsca pracy albo zadań. Jednak mężczyźni częściej są samozatrudnionymi, a wskaźnik wypadków związanych z pracą jest większy dla osób samozatrudnionych.

Według danych Eurostatu ogólny unijny wskaźnik wypadków przy pracy obniża się, bardziej w przypadku mężczyzn niż kobiet. Sugerowanymi przyczynami tego zjawiska są: liczniejsze odejście mężczyzn od bardzo ryzykownych, tradycyjnych zawodów fizycznych, poprawa stanu BHP na stanowiskach, na których pracują mężczyźni, oraz bezpieczniejsze sposoby wykonywania pracy stosowane przez samych mężczyzn, ponieważ ich zawody i miejsca pracy częściej są obiektem starań służących zmniejszeniu liczby wypadków (Dupré, 2002; załącznik 7). Wydaje się, że potrzebne są dalsze wysiłki w celu zapobieżenia zagrożeniom wypadkowym wśród mężczyzn, ale powinno się także zwracać uwagę na zagrożenia wypadkami wśród kobiet; prowadzone są już kampanie dotyczące sektorów, w których dominują kobiety (zestawienie 6).

Zestawienie 6

Recepta na bezpieczeństwo

Kampania jednego z krajowych organów do spraw BHP w sektorze spożywczym wyznaczyła podstawowe krajowe cele w zakresie zmniejszania liczby wypadków. Wsparto ją poradnictwem, udział stowarzyszeń branżowych i związków zawodowych, uzgodniona strategia inspekcji pracy i wytypowanie zakładów o najwyższych wskaźnikach wypadków, które otrzymały specjalne wsparcie w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i bezpieczeństwem. Spośród zagrożeń wzięto pod uwagę przenoszenie ciężarów, poślizgnięcia i potknięcia oraz wypadki związane z obsługą maszyn.

Zapobieganie powodowanym przez igły urazom operatorów maszyn do szycia

Jedna z firm odzieżowych podjęła współpracę ze związkiem zawodowym w celu znalezienia sposobu zabezpieczenia palców operatorów przed przekłuciem igłą maszyny podczas szycia. Rozwiązaniem okazało się zaprojektowanie osłony igły. Projekt ten stał się podstawą do opracowania nowej normy bezpieczeństwa CEN dla maszyn do szycia.

Źródło: Europejska Agencja (2001a).

Stosowanie przez kobiety sprzętu roboczego, maszyn i narzędzi zaprojektowanych dla mężczyzn może mieć wpływ na wskaźnik wypadkowości w tej grupie. Messing (1998) przytacza przykład, kiedy to nie można było przydzielić kobietom zadania okrzyszowania drzew, ponieważ „pas urządzenia, które podnosiło pracowników, był zbyt duży dla większości kobiet, i mogły się one z niego wyslizgnąć”. Jednym z obszarów badań umożliwiających porównanie wskaźników urazów dla kobiet i mężczyzn w sytuacji, gdy wykonują zadania w tych samych warunkach, jest szkolenie w armii brytyjskiej. Identyczne wymagania szkoleniowe zostały tam wprowadzone w celu przestrzegania przepisów prawa dotyczących równych szans. Według wojskowych raportów medycznych kobiety służące w wojsku są w większym stopniu zagrożone urazami i chorobami układu mięśniowo-szkieletowego (Bergman i Miller, 2001; Strowbridge, 2002; Geary i in., 2002). Przypuszczalnie stosowane metody szkolenia i wyposażenie szkoleniowe zostały zaprojektowane zgodnie z „męską” normą. Strowbridge (2002) stwierdza: „te wyniki mogą stanowić podstawę do wybiórczej interwencji w celu zmniejszenia nierówności bez zaniżania ogólnych standardów szkolenia”. Strowbridge przytacza także dowody na to, że rekruci płci żeńskiej być może częściej niż ich koledzy zgłaszają urazy.

Przyczyną wypadków wśród mężczyzn jest też nieodpasowanie wymagań stawianych w pracy do ich możliwości. Jeśli mężczyznom przydziela się więcej zadań związanych z dźwiganiem ciężarów, ponieważ uważa się ich za sprawniejszych od kobiet, doznawać będą większej liczby wypadków powodowanych dźwiganiem. Najlepszym zatem rozwiązaniem jest eliminowanie ryzykownych procesów, tam gdzie jest to możliwe, oraz dążenie do tego, by praca była dostępna i bezpieczna dla większej liczby osób.

Główny wniosek jest następujący: mężczyźni ulegają częściej wypadkom przy pracy, kobiety natomiast częściej skarżą się na zły stan zdrowia związany z pracą. W badaniach, jak również w polityce i działaniach m.in. inspekcji pracy często przyznaje się priorytet obszarom „wysokiego ryzyka wypadkowego”,

a powinno się brać pod uwagę co najmniej ogólną liczbę osób, które skorzystałyby na planowanych inicjatywach, jak również wskaźnik wypadków. Na przykład więcej osób jest zatrudnionych w sektorze hoteli i restauracji oraz w biurach niż w sektorze rybołówstwa morskiego. Nie znaczy to, że nie jest właściwe zajmowanie się sektorem rybołówstwa morskiego, gdzie jest wysoki poziom ryzyka, ale poprawa w sektorach o mniejszym ryzyku wypadków, lecz większym zatrudnieniu wpłynęłaby korzystnie na bezpieczeństwo i zdrowie bardzo dużej liczby osób.

Jak już wspomniano, są luki w zbiorach danych. Wyraźne jest także to, że chociaż w każdym państwie członkowskim mężczyźni częściej ulegają wypadkom niż kobiety, obraz wskaźnika wypadków nie jest jednolity. Na przykład według danych Eurostatu wskaźnik poważnych wypadków wśród kobiet w Hiszpanii zwiększył się w latach 1994–1998. Powodem jest być może to, że więcej kobiet zaczęło pracować w sektorach dużego ryzyka, a być może mniejsza restrykcyjność norm bezpieczeństwa (Grönkvist, Lagerlöf, 1999). Wskaźnik ten zwiększył się także w Belgii, Luksemburgu i Szwecji, chociaż zmniejszył się w innych państwach członkowskich. Przydatne byłyby dodatkowe informacje na temat różnic we współczynnikach wypadków wśród mężczyzn i kobiet w państwach członkowskich, w tym różnic z uwagi na płeć. Przydatne byłoby też, gdyby wszystkie państwa członkowskie przeprowadziły bardziej szczegółową analizę (pod kątem płci) swoich danych na temat wypadków i złego stanu zdrowia, uzupełniły informacje za pomocą ankiet przeprowadzonych wśród pracowników i podjęły stosowne badania w wypadku stwierdzenia niepełnych danych.

Ponadto przydatne byłyby bardziej wiarygodne informacje na temat typów zaistniałych wypadków (z uwzględnieniem płci), zarówno ciężkich, jak i mniej poważnych. W danych statystycznych powinna być uwzględniona liczba przepracowanych godzin i rzeczywiście wykonywane zadania. Powinny być także analizowane praktyczne działania umożliwiające poprawę stanu BHP, ukierunkowane zarówno na mężczyzn, jak i na kobiety.

Zestawienie 7: Czy istnieje różnica ze względu na płeć we wskaźnikach wypadków?

Według danych Eurostatu i europejskiej ankiety na temat warunków pracy mężczyźni częściej ulegają wypadkom niż kobiety, nawet po uwzględnieniu różnic w liczbie przepracowanych godzin. W Zjednoczonym Królestwie, w celu uzupełnienia oficjalnych raportów na temat wypadków przy pracy, pewne pytania dotyczące bezpieczeństwa i ochrony zdrowia formułuje się w krajowej ankiecie. Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa dokonuje dodatkowej analizy tych danych pod kątem różnych zagadnień, w tym – kwestii płci (Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa, 2000).

Ogólny wskaźnik urazów w miejscu pracy jest według danych z ankiety o ponad 75% większy dla mężczyzn niż dla kobiet. Jednak po uwzględnieniu zawodu, godzin pracy i innych czynników wskaźnik ten zmniejsza się znacznie (różnica 20%). Specyfika zawodu wyjaśnia tę różnicę w dużym stopniu, lecz mężczyźni mają nadal

o 20% większe względne ryzyko, wyraźnie niewyjaśnione specyfiką zawodu. Urząd ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia podał, że mężczyźni w wieku 16–20 lat są w znacznie większym stopniu zagrożeni wszystkimi urazami niż mężczyźni starsi. W wypadku kobiet nie ma znaczących wahań między grupami wiekowymi. Jednak próba kobiet zgłaszających urazy była zbyt mała, aby można było stwierdzić istotne statystycznie różnice z uwagi na grupę wiekową.

Czy kobiety pracują bezpieczniej niż mężczyźni? Odpowiedź na to nie jest prosta. Inne pytanie, które należy zadać, brzmi: Czy mężczyźni i kobiety zatrudnieni w tych samych zawodach naprawdę wykonują takie same zadania? Messing (1998) stwierdziła, że kobiety i mężczyźni, nawet wykonujący te same zawody, niekoniecznie narażeni są na takie same zagrożenia. Zauważa ona, że istnieją nie tylko biologiczne różnice między pracującymi kobietami i mężczyznami. Występują także różnice ze względu na rodzaj pracy, przedziały wiekowe, wykonywane czynności, techniki pracy i życie poza pracą.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego*Dane podstawowe*

- Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (MSD – *musculoskeletal disorders*) są w Europie coraz poważniejszym problemem. To najczęściej zgłaszana dolegliwość związana z pracą, dotycząca zarówno kobiet, jak i mężczyzn.
- Kobiety i mężczyźni zgłaszają podobne nasilenie dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. Jednak kobiety zgłaszają częściej ból kończyn górnych.
- Choroby układu mięśniowo-szkieletowego są spowodowane złymi warunkami ergonomicznymi. Kobiety często pracują w niewygodnych, wymuszonych pozycjach, wykonują pracę monotonną (czynności powtarzalne), doświadczają skutków nieodpowiednich metod i organizacji pracy oraz, częściej niż się to uznaje, dźwigają ciężary.
- Wiedza na temat ergonomicznych zagrożeń zawodowych jest wystarczająca, aby zapobiec wielu dolegliwościom układu mięśniowo-szkieletowego. Środki prewencyjne powinny być stosowane niezależnie od płci.

- Pomimo powszechnego przekonania, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego (MSD) częściej występują u kobiet, zagadnienie to badano w większym stopniu pod kątem mężczyzn. Potrzebne są kolejne badania czynników prognostycznych u kobiet, jak również sprawdzenie, czy zagrożenie jest różne dla kobiet i mężczyzn pracujących w takich samych warunkach.
- Niektóre uciążliwe aspekty pracy, charakterystyczne raczej dla pracy kobiet, takie jak stanie, zbadano nie tak wnikliwie jak na przykład dźwiganie ciężarów.
- Pomocne może być rozróżnienie typów MSD w systemach sprawozdawczości, zwłaszcza urazów kręgosłupa na skutek przenoszenia ciężarów i schorzeń kończyn górnych.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego to szeroki zakres problemów zdrowotnych. Z pracą związane są przede wszystkim bóle i urazy kręgosłupa oraz schorzenia kończyn górnych, obejmujące szyję, barki, łokcie, ramiona, nadgarstki i dłonie. Dolegliwości mogą także dotyczyć kończyn dolnych. Zapalenie kaletki maziowej rzepki, schorzenie związane z pracą na kłęczkach (m.in. przy szorowaniu podłóg),

zostało w przeszłości dobrze udokumentowane. Dolegliwości kończyn obejmują stany zapalne oraz zwyrodnieniowe ścięgien, więzadeł, nerwów, mięśni i chrząstek stawowych, powodujące ból oraz osłabienie czynności. Schorzenia kręgosłupa to także problemy z dyskiem oraz urazy mięśni i tkanki miękkiej. Większość chorób układu mięśniowo-szkieletowego rozwija się miesiącami lub latami. Częściej występują w formie chronicznej lub podchronicznej niż ostrej (Punnett i Herbert, 2000).

Europejskie ankiety wskazują, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego są najpowszechniejszym problemem zdrowotnym związanym z pracą zarówno mężczyzn, jak i kobiet, oraz że ich liczba wzrasta. Wzrósł także poziom czynników wywołujących te choroby, takich jak intensywność pracy. Około 30% kobiet i mężczyzn zgłasza związane z pracą dolegliwości mięśniowe (bóle pleców i innych mięśni). Jeśli porówna się te dane w kontekście pracy w pełnym i niepełnym wymiarze godzin, to okazuje się, że kobiety zgłaszają więcej problemów związanych z pracą w obu grupach, chociaż różnica jest nieznaczna (Dupré, 2001; Fagan i Burchell, 2002). Jeśli chodzi o bóle szyi, barków i kończyn górnych, zgłosiła je jedna czwarta respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy. Nie było istotnej różnicy w odpowiedziach kobiet i mężczyzn, poza tym że znacznie więcej kobiet zgłosiło bóle kończyn górnych. Podobna liczba kobiet i mężczyzn zgłosiła natomiast bóle kręgosłupa związane z pracą (Paoli i Merillé, 2001; Punnett i Herbert, 2000).

Schorzenia kończyn górnych są skutkiem przyjmowania niewłaściwej pozycji, wykonywania czynności powtarzalnych, szybkiego tempa pracy, wibracji przekazywanych na kończyny górne, pracy w niskiej temperaturze i oddziaływania czynników psychospołecznych, w tym stresu. Schorzenia kręgosłupa wiążą się z przenoszeniem ciężarów; czynnikami ryzyka są tu: ciężar ładunku, częstość przenoszenia i nieodpowiednia pozycja ciała. Schorzenia te generalnie są związane z nieodpowiednimi pozycjami ciała, w tym zarówno z długotrwałym sie-

dzeniem, jak i długotrwałym staniem. Występowanie tych czynników ryzyka stwierdza się w wielu zawodach wykonywanych przez kobiety. Narażenie na wibracje całego ciała, zwłaszcza w pozycji siedzącej, jest kolejnym czynnikiem wywołującym ból kręgosłupa. Powszechniejsze jest w zawodach zdominowanych przez mężczyzn (np. prowadzenie ciężarówek i autobusów). W trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy kobiety i mężczyźni zgłaszali podobne problemy związane z wykonywaniem pracy powtarzalnej oraz przyjmowaniem wymuszonych pozycji; mężczyźni częściej zgłaszali skutki zdrowotne dźwigania ciężarów. We wcześniejszej ankiecie kobiety częściej niż mężczyźni uskarżały się na uciążliwości wynikające z wykonywania pracy powtarzalnej; sugeruje się, że mogło dojść do niewłaściwej interpretacji tego pytania w trzeciej ankiecie (Paoli i Merillé, 2001).

Porównania między czynnikami pracy i płcią w odniesieniu do częstości występowania schorzeń kończyn górnych często wykazują ich silny związek z czynnikami ryzyka (Buckle i Devereux, 1999). Punnett i Herbert (2000) przeanalizowali zakres występowania chorób układu mięśniowo-szkieletowego u pracujących kobiet. Stwierdzili, że są rozpowszechnione w przemyśle odzieżowym, wśród pakowaczek, w przemyśle włókienniczym i elektronicznym (produkcja), na liniach montażowych, w sektorze przetwórstwa drobiu i ryb, wśród operatorów komputerowych i telefonistek, sprzątaczek, pracownic kuchennych i kasjerek w supermarketach. Pakowanie i montaż, zdominowane przez kobiety, najczęściej wymagają szybkich, precyzyjnych, powtarzalnych ruchów i długotrwałego siedzenia. Nawet gdy mężczyźni wykonują tego typu prace, na stanowiskach o takiej samej nazwie, ich zadania mogą się różnić, przy czym bardziej narażone na ryzyko są kobiety (Messing, 2000). Ariëns i in. (2001) stwierdzili, że wymagania związane z zawodem są zapowiedzią bólu szyi i barków.

Chociaż według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy mężczyźni częściej przenoszą ciężary, liczba kobiet wykonujących tę czynność nie jest znikoma: 28% mężczyzn i 17% kobiet zgłasza, że

Zestawienie 8: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników przemysłu włókienniczego i odzieżowego

Praca powtarzalna i inne czynniki ryzyka dla układu mięśniowo-szkieletowego są rozpowszechnione w przemyśle odzieżowym, podobnie jak te systemy płac, które tradycyjnie związane są z tempem pracy. Przemysł ten został w ostatnich dziesięcioleciach zmuszony do masowej restrukturyzacji przez coraz ostrzejszą konkurencję na rynku światowym. Wynikająca z tego intensyfikacja pracy doprowadziła do pogorszenia warunków pracy i większej częstości występowania schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Jednak w różnych przedsiębiorstwach w całej Europie z powodzeniem wykorzystano podejście partycypacyjne do rozwiązywania istniejących i pojawiających się problemów związanych z dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego,

- W wyniku interwencyjnych badań we włoskiej firmie produkującej i pakującej damską bieliznę powstał poradnik na temat działań zapobiegawczych, sponzorowany przez tę firmę i inne ośrodki; uznano potrzebę ciągłego monitorowania środowiska pracy pod kątem omawianych problemów, zaproponowa-

no opracowanie dla pracowników prostych narzędzi, służących do oceny wykonywanej przez nich pracy.

- Hiszpański producent džinsów próbował wprowadzić „modułowy system produkcji”. W praktyce jednak pracownicy nadal wykonywali pojedyncze zadania, nie przeszli także wcześniej szkolenia w zakresie pracy zespołowej. Rynek džinsów jest bardzo trudny i prowadzący przedsiębiorstwo mieli nadzieję, że dzięki tym zmianom poprawią swoją konkurencyjność. Konieczne jednak było zwrócenie większej uwagi na czynniki ergonomiczne i ogólne zagadnienia organizacji pracy. Jedną z przeszkód w osiągnięciu sukcesu był brak dostępu do nowatorskich rozwiązań i wymiany doświadczeń.
- Duńskie związki zawodowe i pracodawcy opracowali krajowy plan działania w celu zapobiegania chorobom układu mięśniowo-szkieletowego w tym sektorze. Plan ten otrzymał dofinansowanie. Przygotowano podręcznik na temat alternatywnych systemów wynagrodzeń za pracę akordową.

Wyznaczono cele zmian organizacyjnych i wprowadzenia pracy zespołowej oraz przeprowadzono badania pilotażowe.

Źródła: Hague i in. (2001); Barros Duarte i in. (2002); strona internetowa IDICT; Europejska Agencja (2001a).

spędza przynajmniej połowę czasu pracy na przenoszeniu albo przesuwaniu ciężarów.

Występowanie schorzeń kręgosłupa w wyniku ciężkiej pracy fizycznej zostało udokumentowane u pielęgniarek i pielęgniarzy oraz osób sprawujących opiekę, sprzątaczek i sprzątaczy, personelu kuchennego i pracowników pralni. Często nie uwzględnia się tego, że w niektórych zawodach kobiety mogą wykonywać ciężką, fizyczną pracę. Według Krajowego Instytutu ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w USA (NIOSH) wskaźnik urazów w wyniku nadmiernego wysiłku u pracowników służby zdrowia, zwłaszcza przemieszczających pacjentów, ponad dwukrotnie przekracza średnią krajową, natomiast u pracowników domowej opieki zdrowotnej jest około trzykrotnie wyższy (zestawienie 9). W wyniku badań przeprowadzonych przez Dassena i in. (1990) stwierdzono, że pielęgniarki częściej dźwigały pacjentów niż pielęgniarze, którzy raczej sprawowali funkcje kierownicze albo pracowali na oddziałach chirurgii czy inten-

sywnej terapii (gdzie dźwiganie jest mniej). Żeński personel biurowy i robotnice w gospodarstwie rolnym mogą być zmuszone do dźwigania znacznych ciężarów, a robotnice rolne mogą także wykonywać ciężką, fizyczną pracę w niewygodnych pozycjach, na przykład pochylone. Nawet w biurach kobiety mogą dźwigać ciężkie teczki z dokumentami, pudła z papierem do fotokopiarek albo sprzęt biurowy. Ponadto, kiedy zbada się dokładniej zawody niektórych kobiet, ich „lekka” praca często jest związana z większym wysiłkiem fizycznym, niż początkowo się wydaje (przenoszenie ciężarów, praca powtarzalna, niewłaściwa pozycja ciała). Messing (1998 i 1999) podaje tu przykład obciążenia pracą sprzątaczy opróżniających kosze.

Wyniki badań wskazują na to, że korzystanie z komputera przez sześć albo więcej godzin dziennie może się łączyć ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia schorzeń kończyn górnych. Istnieją pewne dowody, że to zagrożenie dotyczy bardziej kobiet niż mężczyzn; u kobiet objawy można zaobserwować już po

Zestawienie 9: Domowa opieka zdrowotna – rozwijająca się usługa, głównie kobieca, z rosnącym wskaźnikiem dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego

Krajowy Instytut ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy w USA (NIOSH) był zaniepokojony rosnącym wskaźnikiem dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, zwłaszcza urazów kręgosłupa, u pracowników służby zdrowia, w szczególności pracowników świadczących usługi w zakresie opieki w domach pacjentów. W Stanach Zjednoczonych wskaźnik urazów wynikających z nadmiernego wysiłku u pracowników służby zdrowia około dwukrotnie przekracza średnią krajową, a u pracowników domowej opieki zdrowotnej jest jeszcze wyższy – mniej więcej trzykrotnie przekracza wskaźnik krajowy. Ponadto stwierdzono, że bardzo niewiele było dotąd badań nad stanem zdrowia pracowników domowej opieki zdrowotnej, mimo że w USA jest to najszybciej rozwijająca się część sektora opieki zdrowotnej. Naukowcy z NIOSH zauważyli, że pewne czynniki ryzyka były istotniejsze w otoczeniu domowej opieki zdrowotnej niż w otoczeniu szpitalnym, na przykład praca w samotności, brak kontroli nad rozmieszczeniem mebli czy wyposaże-

nia, niedające się regulować łóżka, brak wyposażenia do przemieszczania pacjentów i ich coraz większa niesprawność. Polityka opieki nad pacjentami i kwestie prywatności powodują dalsze komplikacje. Po dokonaniu przeglądu literatury naukowej i dotychczasowych badań interwencyjnych w NIOSH opracowano następujące wnioski: rozpowszechnienie dolegliwości (urazów) układu mięśniowo-szkieletowego wynika z nieergonomicznych warunków pracy, zmuszających pracowników do przyjmowania nieodpowiednich pozycji i dużego wysiłku przy wykonywaniu czynności związanych z opieką nad pacjentami. Ergonomia, czyli projektowanie wszystkich elementów środowiska pracy z uwzględnieniem przede wszystkim możliwości pracownika, jest najbardziej obiecującym podejściem prewencyjnym. Potrzebne są specjalne rozwiązania ergonomiczne dla otoczenia domowego. Należy także dokumentować i udostępniać zainteresowanym programy ergonomiczne z powodzeniem wprowadzone w życie w tym otoczeniu. W NIOSH przeprowadzono dalsze badania nad ilościowym określeniem zagrożeń dla pracowników domowej opieki zdrowotnej i działaniami interwencyjnymi mającymi na celu zapobieganie m.in. chorobom układu mięśniowo-szkieletowego (Galinsky i in., 2001).

czterogodzinnym korzystaniu z komputera (Blatter i Bongers, 2002). Kontrola nad tempem pracy i możliwość robienia regularnych przerw na odpoczynek to równie ważne elementy profilaktyki jak odpowiednie stanowisko pracy i rozplanowanie pomieszczeń.

Coraz częściej sugeruje się, że czynniki psychospołeczne, takie jak intensywna praca, mała kontrola nad pracą, małe wsparcie społeczne i monotonia, które przyczyniają się do stresu w pracy, odgrywają rolę w rozwoju związanych z pracą schorzeń kończyn górnych (Devereux, 2000; Vingård i Hagberg, 2001). Jak omówiono to w następnym rozdziale, czynniki te są powszechne w pracy wielu kobiet.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a konstrukcja sprzętu roboczego

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego mogą dotyczyć pracowników we wszystkich sektorach, ale dla wielu kobiet dodatkowym czynnikiem ryzyka jest posługiwanie się narzędziami i sprzętem nie zawsze zaprojektowanymi dla pracowników płci żeńskiej (Punnett i Herbert, 2000). Wykazują to dwa badania przedstawione w zestawieniu 10. Jedno dotyczy chorób układu mięśniowo-szkieletowego u kobiet zatrudnionych w ogrodnictwie, gdzie można się spodziewać sprzętu niezaplanowanego

Zestawienie 10: Miejscy ogrodnicy – przykład używania przez kobiety wykonujące nietradycyjne zawody słabo przystosowanych narzędzi

Stwierdzono, że wiele zadań sprawia fizyczne trudności zarówno mężczyznom, jak i kobietom. W pewnych ba-

daniach stwierdzono między innymi następujące problemy u ogrodników płci męskiej i żeńskiej:

- Problemy kobiet oraz mężczyzn o nietypowej budowie ciała przy korzystaniu ze sprzętu roboczego zaprojektowanego dla mężczyzn typowych.
- Problemy związane z budową fizyczną. Kobiety zgłaszały podobne problemy jak niscy mężczyźni przy

wykonywaniu zajęć wymagających siły fizycznej, takich jak przemieszczanie ciężarów i kopanie.

- Kobiety i wysocy mężczyźni często zgłaszali problemy z posługiwaniem się sprzętem i narzędziami oraz z pozycjami przy pracy.
- Problemy, zwłaszcza kobiet, z nieodpowiednio zaprojektowanym sprzętem ochronnym, narzędziami i przyrządami oraz obsługą pojazdów (za duże rozmiary, siedzenie traktora usytuowane za wysoko itd.).
- Różnice w typach bólu doświadczanego przez mężczyzn i kobiety można częściowo wyjaśnić wykonywaniem przez nich różnych zadań (choć pracują w tych samych zawodach), różnymi metodami pracy i różnicami w budowie ciała.

Proponuje się między innymi następujące rozwiązania:

- Zajęcie się problemami, które są wyjątkowo uciążliwe dla wszystkich pracowników, na przykład przez wykorzystanie pracy zespołowej, zmiany w metodach pracy i sprzęcie roboczym.
- Oferowanie dużego wyboru narzędzi albo narzędzi, które można regulować.

Źródło: Streszczenie studium przypadku w: Messing (1999).

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a konstrukcja sprzętu roboczego używanego przez sprzątaczy

W pewnych brytyjskich badaniach zajęto się schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego u sprzątaczy, występującymi przeważnie u kobiet i starszych pracowników (Woods i in., 1999). Stwierdzono, że czynniki pracy są związane ze wzrostem zagrożenia chorobami układu mięśniowo-szkieletowego w badanej grupie. Te czynniki to: nieodpowiednio zaprojektowany sprzęt,

niektóre zadania i pozycje przy pracy, zła organizacja pracy i brak szkolenia.

Przedstawiono zalecenia na temat zmian projektów maszyn i sprzętu, zmian w organizacji i harmonogramach pracy oraz rozwoju lokalnej polityki monitorowania zdrowia i programów konserwacji sprzętu. Podczas badań przyjrano się wykorzystaniu maszyn do polerowania albo froterowania podłóg, mopów i odkurzaczy. Głównymi obszarami zainteresowania były: podnoszenie i przesuwanie maszyn, nieodpowiedni kształt, rozmiar i kąt uchwytu oraz trudności z jego regulacją, siła konieczna do obsługi maszyn i używania sprzętu, wibracje spowodowane przez maszyny, nieodpowiednia konserwacja maszyn.

Niektóre zalecenia były zaadresowane konkretnie do projektantów i producentów: polerki – ciężar, kontrola wysokości, elementy kontrolne, wibracje i tarcze; mopy – długość, stabilność wiadra, poręczność, system wyciskania; odkurzacze – ciężar, długość i konstrukcja uchwytu, położenie elementów kontrolnych.

Badacze doszli do wniosku, że konstrukcja sprzętu powinna uwzględniać wymiary i siłę fizyczną bardzo zróżnicowanej grupy potencjalnych użytkowników, w tym osób o drobnej budowie i słabszych. W szczególności w konstrukcji powinno się brać pod uwagę problemy, które dotyczą personel utrzymania czystości (i które zostały udowodnione w obiektywny sposób). Wyniki tych badań zostały uzupełnione wieloma inicjatywami, w tym seminarium z pracodawcami, związkami zawodowymi, producentami sprzętu i krajowym organem inspekcji pracy oraz projektem dotyczącym opracowania studiów przykładów dobrej praktyki. Badania wykorzystano do opracowania krajowych zaleceń w zakresie polityki zapobiegawczej.

Źródła: Woods i in. (1999); Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa (2003c).

z myślą o kobietach. Drugie badanie dotyczy sprzątarek i sprzątaczy, grupy zawodowej w dużej mierze sfeminizowanej; jednak i tu nadal stwierdzano obecność nieodpowiedniego sprzętu roboczego. Zwracanie większej uwagi na ergonomiczne dopasowanie narzędzi i zadań roboczych do budowy ciała pracownika powinno przynieść korzyść nie tylko kobietom w nietradycyjnych dla nich strefach pracy, lecz także mężczyznom, którzy charakteryzują się nietypową budową ciała (Messing, 1999).

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a płeć – luki w informacjach

Brak jest informacji porównawczych na temat chorób układu mięśniowo-szkieletowego, ponieważ obejmują one wiele schorzeń i nie wszystkie przypadki są oficjalnie uznawane za uszkodzenia ciała wynikające z wykonywania pracy. Nie ma też zgodnych informacji w państwach członkowskich, co

Zestawienie 11: Zapobieganie chorobom układu mięśniowo-szkieletowego u fryzjerów

Fryzjerstwo jest typowym zawodem sfeminizowanym i problemy z układem mięśniowo-szkieletowym są tam jednym z powodów absencji. Czynniki ryzyka to: praca powtarzalna i czas wykonywania zadań (dzienny i tygodniowy czas pracy oraz częstość i długość przerw), jako że praca jest często bardzo intensywna, z ograniczonymi możliwościami robienia przerw na odpoczynek; konstrukcja narzędzi i sprzętu roboczego oraz posługiwanie się nim; pozycja ciała podczas pracy, w tym trzymanie ramion w pozycji uniesionej i jednostronne nadwężenie układu mięśniowo-szkieletowego; stanie; fizyczne i psychospołeczne środowisko pracy.

W odpowiedzi na wysoki wskaźnik dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego (prawie 10% zgłoszonych chorób jest spowodowanych bólem pleców) niemiecki fundusz ubezpieczeń zdrowotnych AOK opracował program dla całej firmy, który obejmował szkolenie przez odpowiednią szkołę zawodową w Bawarii. Zmniejszyło to ab-

sencję w firmach i ograniczyło kontakty pracowników z AOK. Uczestnicy szkoleń nabywają wiedzę z zakresu ochrony zdrowia, zanim pojawią się szkodliwe skutki oddziaływania czynników związanych z pracą. Od 1997 r. odbywają się w szkołach zawodowych coroczne warsztaty szkoleniowe, które obejmują następujące elementy:

1. Teorię (podstawowe informacje na temat kręgosłupa i chorób układu mięśniowo-szkieletowego, przyczyn schorzeń zawodowych i higieny pracy).
2. Praktykę (analiza dolegliwości możliwych w miejscu pracy i ćwiczenia).
3. Szkolenie przeglądowe i przypominające (powtórzenie najważniejszych treści i zapewnienie indywidualnych porad w ostatnim roku nauki w szkole zawodowej).

Opracowano ponadto przewodnik „Zdrowy kręgosłup w branży fryzjerskiej”, który jest wykorzystywany w akcjach informacyjnych o zasadach zdrowego i bezpiecznego wykonywania pracy.

Źródło: AOK Bayern (2002).

wpływa na rodzaj gromadzonych danych i ich rozbieżność.

Wspomniano już, że nawet kiedy mężczyźni i kobiety pracują na takim samym stanowisku, mogą wykonywać różne zadania (Messing, 1999) i w konsekwencji być w różnym stopniu narażeni na dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. W wielu badaniach nie bierze się tego pod uwagę.

Pozycja stojąca jest powszechna w wielu zawodach zdominowanych przez kobiety (sprzedawczynie sklepowe, nauczycielki, fryzjerki). Jednak istnieje o wiele więcej badań nad dźwiganiem w związku z pracą niż nad wymuszoną pozycją stojącą (Messing, 1998). Stanie łączy się ze statycznym obciążeniem mięśni. Utrzymywanie każdej pozycji przez jakiś czas jest męczące i stanowi uznany element ryzyka przyczyniający się do chorób układu mięśniowo-szkieletowego.

Istnieje wiele pytań dotyczących chorób układu mięśniowo-szkieletowego dotąd pozostawionych bez odpowiedzi. Ze schorzeniami tymi wiązano wiek, płeć, status społeczno-ekonomiczny, rasę albo narodowość, historię ostrych urazów, różne choroby

ogólnoustrojowe, palenie, spożywanie alkoholu, otyłość i czynniki wpływające na poziom żeńskich hormonów, takie jak stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych. Ale dowody na to, czy i w jaki sposób te czynniki mogą wpływać na uwarunkowania zawodowe w zakresie narażenia układu mięśniowo-szkieletowego, wcale nie są jednoznaczne (Punnett i Herbert, 2000). Wiele wyników badań jest sprzecznych, a metodologia badań – dyskusyjna. Na przykład chociaż wiele badań wskazuje na to, że mężczyźni częściej doświadczają chorób układu mięśniowo-szkieletowego, obszerne przekrojowe badania reprezentatywne mogą zaciemniać różnice ze względu na płeć, jako że często kładą większy nacisk na wysiłek i wydatek energetyczny całego organizmu, a nie na miejscowe powtarzalne obciążenia typowe dla kobiecych zawodów (Punnett i Herbert, 2000) i specyficzne typy narażenia kobiet (Messing, 2000). Sugerowano również, że kobiety zgłaszają więcej problemów zdrowotnych po prostu dlatego, że lepiej niż mężczyźni rozpoznają, artykułują i komunikują objawy chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Istnieją także pewne dowody na to, że kobiety zasięgają porady lekarskiej szybciej niż mężczyźni, kiedy pojawiają się problemy zdrowotne.

Wnioski

Pomimo istnienia kwestii jeszcze niewyjaśnionych, jest już znacząca liczba dowodów na związek pracy z dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego. Na podstawie przeglądu ponad 200 badań Punnett i Herbert (2000) wyciągnęli wiele wniosków na temat wpływu płci na choroby układu mięśniowo-szkieletowego i określili potrzeby w zakresie badań uzupełniających – zobacz zestawienie 12. Ogólnie wia-

domo, że występowanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego łączy się z czynnikami związanymi z pracą zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, że istnieje wystarczająca wiedza naukowa, by przedsięwziąć środki prewencyjne oparte na interwencyjnych działaniach ergonomicznych oraz że w działaniach interwencyjnych trzeba uwzględniać czynnik płci. Analiza płci jako czynnika ryzyka nie pomaga w zrozumieniu tych zagadnień. Jednak potrzebne są dalsze badania w wielu obszarach, na przykład nad

Zestawienie 12

Punnett i Herbert (2000) przeanalizowali zagadnienie płci w badaniach nad związanymi z pracą chorobami układu mięśniowo-szkieletowego. Ich wnioski były następujące:

- Choroby układu mięśniowo-szkieletowego występują w związku z narażeniem ergonomicznym zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Istnieją znaczące dowody kliniczne, biomechaniczne i epidemiologiczne potwierdzające związek między chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i czynnikami ergonomicznymi w miejscu pracy (m.in. czynności powtarzalne, duży wysiłek fizyczny, wibracje).
- Zatem istnieje wystarczająca wiedza naukowa na temat określonych zawodowych stresorów związanych z ergonomicznymi warunkami pracy, by zapobiegać znacznemu odsetkowi chorób układu mięśniowo-szkieletowego u pracowników. Środki prewencyjne nie powinny i nie muszą być jednakowe dla obu płci. Najlepszym podejściem do wyeliminowania chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest wprowadzenie technicznych środków, takich jak zmiany w projektowaniu sprzętu i stanowisk pracy, w kontekście wszechstronnego programu ergonomicznego z udziałem przedstawicieli wszystkich szczebli przedsiębiorstwa.
- Potrzebne są dalsze badania w celu wyjaśnienia, czy zagrożenie chorobami układu mięśniowo-szkieletowego jest różne dla kobiet i mężczyzn jednakowo narażonych w miejscu pracy, i czy związane z pracą choroby układu mięśniowo-szkieletowego mają taki sam wpływ na kobiety i mężczyzn. Kobiety zgłaszają choroby układu mięśniowo-szkieletowego częściej niż mężczyźni; jednak ta różnica wydaje się mniej wyraźna w przypadku schorzeń dolnej części kręgosłupa, a także gdy mężczyźni i kobiety porównywani są w obrębie jednakowych grup zawodów. Związki między narażeniem a reakcją, z uwzględnieniem czynnika płci, były przedmiotem badań tylko w kilku projektach badawczych, a ich wyniki nie są zgodne. Jednak niektóre ba-

dania wskazują na to, że mężczyźni mogą być bardziej zagrożeni niż kobiety przy wzrastającym narażeniu na fizyczne stresory, chociaż u kobiet potencjalne ryzyko schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego jest większe. Może to oznaczać, że inne czynniki mają większy wpływ na kobiety w zawodach o niskim stopniu narażenia i są mniej ważne, kiedy istnieje duże obciążenie fizyczne, albo też że kobiety bardziej narażone (fizycznie lub psychospołecznie) częściej niż mężczyźni opuszczają sferę zatrudnienia lub zmieniają pracę z powodu związanych z nią dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego. Dostępna literatura wskazuje na to, że kobiety mogą zarówno wkładać różny wysiłek w wykonywaną pracę, jak i być w większym stopniu nieodporne na niego niż mężczyźni, być może z powodu dodatkowych obciążeń obowiązkami domowymi. Wszystkie te kwestie wymagają dalszych badań.

- Pomimo rozpowszechnionego przekonania, że choroby układu mięśniowo-szkieletowego w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą kobiety, skutki tych chorób zbadano przede wszystkim u mężczyzn. W celu przystosowania odpowiednich działań profilaktycznych w zakresie zapobiegania niezdolności do pracy priorytetowe stają się dalsze badania w tym obszarze wśród kobiet.
- Analiza płci jako czynnika ryzyka w odniesieniu do chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz uwzględnianie różnic płci nie wyjaśnia wątpliwych kwestii. Badania epidemiologiczne nad chorobami układu mięśniowo-szkieletowego powinny obejmować zarówno kobiety, jak i mężczyzn, aby uniknąć ograniczenia danych dotyczących zróżnicowanego narażenia. Związek chorób układu mięśniowo-szkieletowego z narażeniem zawodowym powinien być oceniany osobno dla obu płci w celu ustalenia, czy ryzyko dla kobiet jest większe niż dla mężczyzn, kiedy są one narażone na takie same stresory ergonomiczne. Zróżnicowana ze względu na płeć prezentacja danych jest cenna, ponieważ umożliwia zbadanie, a nie wyównanie różnic w związkach narażenie – skutek.

ustaleniem, czy istnieją wahania ze względu na płeć w wielkości zagrożenia układu mięśniowo-szkieletowego, w przypadkach gdy narażenie zawodowe jest takie samo, i czy istnieją różnice ze względu na płeć w związkach między narażeniem a reakcją organizmu.

Stres w pracy

Dane podstawowe

- Stres jest w Europie poważnym problemem zdrowotnym związanym z pracą zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.
- Kobiety zgłaszają częściej niż mężczyźni dolegliwości zdrowotne związane ze stresem w pracy.
- Istnieją znane przyczyny stresu w pracy; te czynniki występują w wielu zawodach typowo kobiecych.
- Kobiety są bardziej narażone na pewne specyficzne stresory z powodu: typu wykonywanej przez nie pracy; ich pozycji w hierarchii organizacji; dyskryminacji; molestowania seksualnego; ich sytuacji poza pracą.
- Obecne podejście do oceny ryzyka i zarządzania w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia może być stosowane do zapobiegania powstawaniu stresu w pracy.
- Zarówno instrumenty stosowane do badań, jak i ocena ryzyka powinny obejmować zagadnienia, które bardziej dotyczą kobiet, takie jak warunki pracy niedające się pogodzić z obowiązkami rodzinnymi, molestowanie seksualne i dyskryminacja.
- Praca, w przeciwieństwie do jej braku, ma pozytywny wpływ na zdrowie kobiet.
- Niezbędne są dalsze badania w celu umieszczenia zjawiska stresu w pracy w kontekście innych zagadnień, takich jak czynnik płci, by uzyskać kompletny obraz służący zarządzaniu stresem w pracy.

Co powoduje stres w pracy?

Można stwierdzić, że stresu doświadcza się, „kiedy wymagania środowiska pracy przekraczają zdolność pracowników do radzenia sobie z nimi (albo ich kontrolowania). Zdefiniowanie stresu w ten sposób koncentruje uwagę na przyczynach związanych

z pracą i wymaganych środkach kontrolnych” (Cox i in., 2000). Stres może przybrać formę reakcji emocjonalnych, kognitywnych, behawioralnych i fizjologicznych, i reakcje na te same typy narażenia psychologicznego mogą być inne u każdej jednostki.

Chociaż jednostki mogą doświadczać stresu w rozmaity sposób i okazywać go na różne sposoby, ustalono wiele czynników będących źródłami stresu. Zostały one przedstawione w zestawieniu 13. Panuje dość zgodna opinia, oparta na dowodach zarówno teoretycznych, jak i empirycznych, że te czynniki zwiększają zagrożenie stresem w pracy (Cox i in., 2000). Nie stwierdzono różnic w źródłach stresu w pracy ze względu na płeć (na przykład Miller i in., 2000). Pewne specyficzne źródła stresu, mianowicie narażenie na przemoc, a także tyranizowanie i molestowanie seksualne przez kolegów z pracy, omówione zostały w dalszych rozdziałach.

Niektóre konsekwencje zdrowotne stresu

Stres może wywołać wiele złych skutków, jeśli chodzi o stan zdrowia psychicznego i fizycznego, a doświadczenie ciągłego stresu jest szkodliwe. Stres może zwiększyć ryzyko chorób serca i depresji oraz osłabić układ odpornościowy, czyli zwiększyć podatność na choroby. Może nawet prowadzić do samobójstwa. Istnieją także powiązania między stresującą pracą a dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego (Ariëns i in., 2001; Bongers i in., 1993; Buckle i Devereux, 1999; Hoogendoorn i in., 2000; Punnett i Herbert, 2000). Do objawów stresu można zaliczyć między innymi: podwyższone ciśnienie krwi, nastrój przygnębienia, drażliwość, bóle w klatce piersiowej, zaburzenia trawienne, zaburzenia snu oraz zwiększone spożycie alkoholu albo palenie.

Czy kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają stresu w pracy?

Stres jest drugim z kolei pod względem częstości występowania problemem zdrowotnym związanym z pracą, zgłaszanym w całej Europie (według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy), bowiem 28% respondentów twierdzi, że

Zestawienie 13: Stresujące cechy pracy

Kategoria	Źródła stresu
KONTEKST ORGANIZACJI	
Kultura i funkcja organizacji	Słaba komunikacja, niski poziom wsparcia w zakresie rozwiązywania problemów i rozwoju osobistego, brak określenia celów organizacji.
Rola w organizacji	Dwuznaczność i konflikt roli, odpowiedzialność za ludzi.
Rozwój kariery	Stagnacja kariery i jej niepewność, niedostateczny albo nadmierny awans, niska płaca, brak poczucia bezpieczeństwa zatrudnienia, mała społeczna wartość pracy.
Swoboda i kontrolowanie decyzji	Mały udział w podejmowaniu decyzji, brak kontroli nad pracą (kontrola, zwłaszcza w postaci udziału, jest także szerszą sprawą organizacyjną).
Związki międzyludzkie w pracy	Izolacja społeczna albo fizyczna, złe kontakty z przełożonymi, konflikty międzyludzkie, brak wsparcia społecznego.
Interakcja dom – praca	Sprzeczne wymagania w pracy i w domu, niski poziom wsparcia w domu, problemy z podwójną karierą.
KONTEKST PRACY	
Środowisko pracy i sprzęt roboczy	Problemy dotyczące niezawodności, dostępności, odpowiedniości i konserwacji albo remontu zarówno sprzętu, jak i obiektów.
Projektowanie zadań	Brak urozmaicenia albo krótkie cykle pracy, praca „fragmentaryczna” albo mało istotna, niedostateczne wykorzystanie umiejętności, wysoki poziom niepewności.
Obciążenie pracą i tempo pracy	Przeciążenie lub niedostateczne obciążenie pracą, brak kontroli nad tempem, duża presja czasu.
Harmonogram pracy	Praca zmianowa, sztywne harmonogramy pracy, niemożliwy do przewidzenia, długi albo nietypowy czas pracy.

Źródło: Cox i in. (2000).

wpływa on na ich zdrowie (Paoli i Merllié, 2001). Stres w pracy jest przyczyną ponad jednej czwartej dwutygodniowych albo dłuższych nieobecności w pracy związanych z problemami zdrowotnymi (wg europejskiej ankiety przeprowadzonej wśród pracowników; Dupré, 2001).

Z analizy, pod kątem płci, odpowiedzi na pytania z trzeciej europejskiej ankiety o choroby i dolegliwości związane z pracą wynika, że „we wszystkich państwach członkowskich wahania były nieco mniejsze wśród mężczyzn zgłaszających dolegliwości związane z pracą i w każdym przypadku odsetek był mniejszy niż wśród kobiet [...] W UE 17% mężczyzn i 20% kobiet zgłosiło, że stres, depresja i lęk są najpoważniejszymi dolegliwościami, a dole-

gliwości związane ze stresem były drugą z najczęściej zgłaszanych dolegliwości, zarówno przez kobiety, jak i przez mężczyzn” (Dupré, 2002). Chociaż istnieje niewielka różnica między postrzeganiem przez mężczyzn i kobiety problemów związanych ze stresem, także w tym przypadku osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin rzadziej zgłaszały jego objawy. Według wyników ankiety największego stresu doświadczali specjaliści, technicy, menedżerowie, operatorzy maszyn, usługodawcy, urzędnicy i specjaliści w zawodach fizycznych.

Źródła stresu w pracy, podane w zestawieniu 13, mogą występować zarówno w pracy kobiet, jak i mężczyzn. Jednak kobiety mogą być w nieproporcjonalnym stopniu narażone na te czynniki z powo-

du rozdziału pracy i większych obowiązków opiekuńczych i domowych. Ponadto molestowanie seksualne, dyskryminacja, zahamowany rozwój ka-

riery i lekceważące traktowanie są stresorami powszechniejszymi w pracy zawodowej kobiet (Landrine i Klonoff, 1997). Dodatkowymi stresorami dla

Zestawienie 14

Odpowiedzi w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy wskazują na to, że w porównaniu z mężczyznami kobiety:

- rzadziej są odpowiedzialne za planowanie;
- częściej wykonują monotonne prace;
- rzadziej pracują w zawodach związanych z rozwiązywaniem problemów i uczeniem się;

- mają mniejszą swobodę w wyborze godzin przerw;
- częściej są zmuszone do przerywania pracy, by zająć się nieprzewidzianymi zadaniami;
- rzadziej odbywają szkolenia.

Co więcej kobiety wykonujące zawody specjalistyczne mają mniejszą autonomię pracy niż specjaliści płci męskiej.

Źródła: Paoli i Merlii (2001); Fagan i Burchell (2002).

kobiet na stanowiskach specjalistycznych albo kierowniczych są: polityka organizacji, nadmierne obciążenie, konflikt roli i oczekiwania odnośnie do zachowań społeczno-seksualnych oraz konieczność pogodzenia pracy z obowiązkami domowymi (Nelson i Burke, 2000). Brak kontroli nad własną pracą jest często uznawany za stresor związany z pracą (na przykład Karasek i Theorell, 1990). Wyniki trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy wskazują, że kobiety mogą być bardziej narażone na ten stresor niż mężczyźni. Jest to zgodne z wynikami badań naukowych (na przykład Vinke i in., 1999).

Wielu badaczy stwierdza, że poziom stresu i wyczerpania jest wyższy u pracujących kobiet niż u pracujących mężczyzn (Williams i Umberson, 2000). Odpowiedzialność wobec licznych przełożonych (na przykład praca biurowa) i niejasne oczekiwania dotyczące pracy to stresory powszechne w branżach zdominowanych przez kobiety, zwłaszcza w sektorze usług. Także praca w godzinach nadliczbowych i niemożliwe do przewidzenia albo sztywne harmonogramy są stresorami, które dotyczą zwłaszcza kobiet mających obowiązki opiekuńcze. Monotonna praca i niski poziom kontroli są cechami typowymi dla wielu sfeminizowanych zawodów. Miller i in. (2000) stwierdzili niewielką różnicę ze względu na płeć w źródłach stresu w pracy wśród menedżerów, ale stwierdzili też, że kobiety na kierowniczych stanowiskach częściej doświadczają wyczerpania. Stawiają hipotezę, że gorszy stan zdrowia psychiczne-

go i fizycznego kobiet wynika z przeciążenia obowiązkami w pracy i w domu oraz z konfliktu tych obowiązków. W badaniach obejmujących menedżerów płci żeńskiej i męskiej Davidson i in. (1995) stwierdzili, że kobiety na kierowniczych stanowiskach są pod o wiele większą presją niż mężczyźni, wynikającą m.in. ze „struktury i klimatu organizacji” oraz dyskryminacji i uprzedzeń.

Praca obciążająca emocjonalnie, czyli „praca z ludźmi”, jest powszechniejsza wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Przykłady takiej pracy to: pielęgnowanie cierpiących i umierających pacjentów, zajmowanie się chorymi krewnymi, uczenie dzieci specjalnej troski. Osoby pracujące w takich zawodach są podatne na choroby związane ze stresem, depresję i wypalenie (na przykład Houtman i Dhondt, 1994). Praca zmianowa jest tu dodatkowym stresorem, który poza zakłócaniem rytmów organizmu może zwiększać konflikt między pracą a życiem prywatnym.

Ballard i in. (2002a, 2002b) badali personel pokładowy linii lotniczych i uznali, że chociaż ta grupa była obiektem wielu badań nad rakiem, niewiele uwagi poświęcano zagrożeniom psychospołecznym. Stwierdzili podwyższony wskaźnik samobójstw wśród stewardes. Żeński personel kabinowy zgłaszał: troskę o jakość swoich ról jako matek i członków rodziny, ograniczenie stosunków towarzyskich; ograniczoną ilość czasu na życie osobiste; uczucie samotności i izolacji w pracy i poza nią. Wiele kobiet

Zestawienie 15

„Zakłócające przerwy [w zadaniach roboczych] wiążą się z wyższym poziomem chorób związanych z pracą zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, ale ich skutki u kobiet są poważniejsze. To samo obserwuje się w przypadku intensywności pracy, gdzie znów najzdrowszą grupą są kobiety pracujące w zawodach, w których jest najmniejsza presja czasu. Ten sam wzór obowiązuje w przypadku pracy w nietypowych i zmiennych godzinach. Dowody [...] wskazują na to, że kobiety mogą zyskać więcej na poprawie warunków pracy”.

„Kiedy kontrolowaliśmy różnice w warunkach pracy i pozycji zawodowej mężczyzn i kobiet, w analizach

[Trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy] stwierdziliśmy, że kobiety są bardziej podatne na związany z pracą zły stan zdrowia niż mężczyźni. Może to częściowo wynikać z obciążenia obowiązkami domowymi wielu kobiet. Może tak się dziać również dlatego, że istnieją czynniki pracy, na które kobiety są narażone w nieproporcjonalnym stopniu, których nie wykrywa [...] ankieta. To zagadnienie wymaga dalszej analizy i rozważenia w świetle obecnego przeglądu przepisów UE z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa”.

Wyjątki z analizy pod kątem płci trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy, Fagan i Burchell (2002).

zgłaszało ataki paniki, niepokój i depresję, doświadczane osobiście albo przez kolegów czy koleżanki.

W typowych zawodach wiele kobiet wykonuje pracę powtarzalną i ma mniejszą kontrolę nad nią. Jak już wspomniano, wiele zawodów zdominowanych przez kobiety to zawody obciążające emocjonalnie (Hochschild, 1983; Boyd, 2002). Pielęgniarstwo często wiąże się z pracą na zmiany, o której wiadomo, że powoduje problemy społeczne i psychologiczne (Hatch i in., 1999). Poza tym podwójne obciążenie kobiet pracą może zwiększać ryzyko związanych ze stresem zaburzeń psychicznych, takich jak chroniczne zmęczenie, nerwowość,

lęk, problemy seksualne i depresja (Wedderburn, 2000).

Niektóre różnice w zgłaszanych przyczynach stresu łączą się z pionowym podziałem zawodów. Na przykład w badaniach pracowników uniwersytetów na stanowiskach kierowniczych, specjalistycznych i urzędniczych Vagg i in. (2002) stwierdzili, że skutki zajęcia określonego miejsca w organizacji są zarówno liczniejsze, jak i bardziej znaczące niż powodowane przez czynnik płci. Pracownicy na wyższych szczeblach zgłaszali częstsze doświadczanie stresu przy podejmowaniu przełomowych decyzji i zajmowaniu się sytuacjami kryzysowymi niż pracownicy na niż-

Zestawienie 16

Badania przeprowadzone w jednej z włoskich firm produkujących garnitury potwierdziły związek między stresem, chorobami układu mięśniowo-szkieletowego i doznawaniem bólu. Im wyższy był poziom stresu zgłaszany przez pracowników, tym większy ból, jakiego doświadczali w wyniku urazów związanych z pracą (Hague i in., 2001).

Pewne włoskie badania poświęcono zgromadzeniu danych na temat cech społeczno-demograficznych, związku między zdrowiem psychicznym i środowiskiem pracy oraz ograniczeń organizacyjnych w grupie użytkowników usług z zakresu zdrowia psychicznego, medycyny pracy i publicznej służby zdrowia. Jedna trzecia użytkowników, głównie kobiety, określiła środowisko pracy jako szkodliwe dla zdrowia psychicznego. Głównymi zgłaszanymi ograniczeniami organizacyjnymi były: małe możliwości rozwoju kariery, kontakty z pacjentami i obciążenie pracą. Nadmierne obciążenie pracą jest główną

przyczyną negatywnej oceny wpływu warunków pracy na zdrowie psychiczne (Salerno i in., 2002a).

W innych włoskich badaniach dokonano przeglądu literatury na temat stresu i pracy kobiet w celu wskazania priorytetów w dziedzinie polityki zapobiegawczej. Włoszki najczęściej zatrudnione są w sektorach: tekstylnym, odzieżowym, obuwniczym, żywności i farmaceutycznym, w zawodach związanych z edukacją i pielęgniarstwem oraz w usługach: pralniczych, utrzymania czystości, fryzjerskich itd. Badania te potwierdziły, że wiele zawodów wykonywanych przez kobiety charakteryzuje się monotonnymi i powtarzalnymi czynnościami, które są proste, ale wymagają koncentracji (jest to także cechą pracy domowej, płatnej czy też niepłatnej), dużym tempem pracy i wysokimi wymaganiami przy niskim poziomie kontroli. Kobiety zgłaszają większe zmęczenie psychiczne, niezadowolenie, tyranizowanie i niskie zarobki. Stwierdzono także wysoki poziom schorzeń kończyn górnych (Salerno i in., 2002b).

szych szczeblach, dla których bardziej stresujące było nieodpowiednie wynagrodzenie i brak możliwości awansu. Stwierdzono pewne różnice ze względu na płeć: w przypadku mężczyzn stres w pracy był silniej związany z ich rolą w strukturze władzy organizacji, natomiast pracownice zgłaszały, że doświadczają

poważniejszego stresu, kiedy istnieje sprzeczność między obowiązkami w pracy i w domu. Potrzebne są dalsze badania w celu wskazania procesów społecznych i psychologicznych, przez które wspieranie i troszczenie się o innych w miejscu pracy wpływa na podatność na stres (Williams i Umberson, 2000).

Zestawienie 17

Cykl stresu: szwedzcy nauczyciele i stres

Według szwedzkiej ankiety przeprowadzonej wśród 1000 nauczycieli z przedszkoli i niższych klas szkół podstawowych (Lärarförbundet, 2002) częstość występowania stresu zwiększyła się w szkołach wśród nauczycieli, uczniów i ich rodziców. Ogółem kobiety stanowiły 91% respondentów. Duża liczba uczniów w klasie została uznana za główny powód wysokiego poziomu stresu u nauczycieli. Także rodzice, którzy przyjeżdżają po swoje dzieci spóźnieni z powodu pracy w godzinach nadliczbowych, uważani byli za poważne źródło stresu.

Nauczanie jest dobrym przykładem zawodu obciążającego emocjonalnie. Źródłem stresu jest interaktywny charakter pracy nauczyciela, a ponadto praca w hałaśliwym otoczeniu, które samo przez się powoduje stres. Długotrwałe stanie może być szkodliwe dla rozrodczości oraz układów sercowo-naczyniowego i mięśniowo-szkieletowego.

wego. Nauczyciele mogą mieć także problemy z głosem, zwłaszcza że muszą często mówić głośno (Sala i in., 1999). Ponadto nauczyciele mogą być mocno krytykowani albo obwiniani przez rodziców i uczniów, na przykład za wszelkie problemy w klasie albo słabe wyniki egzaminów. Stres nie tylko wpływa na zdrowie nauczycieli, lecz także na jakość ich pracy i interakcje z uczniami.

Stres zawodowy a związek rodzic – dziecko

Według Kinnunen i in. (2001) wypalenie, stres i inne negatywne zjawiska w pracy zawodowej mają wpływ na związek rodzic – dziecko. Zestresowani rodzice zwracają mniej uwagi na swoje dzieci, nie zapewniają pozytywnego kontaktu i po prostu mniej się o dzieci troszczą. Dzieci z łatwością wyczuwają stres u swoich rodziców i natychmiast nań reagują. Stwierdzono, że dzieci mają różne oczekiwania w stosunku do matki i ojca: to matka ma zapewniać opiekę, nawet jeśli pracy poświęca więcej czasu niż ojciec (Kinnunen, 2002).

Czy typy stresu i jego skutki dla zdrowia są różne dla kobiet i mężczyzn?

Co prawda istnieje zgodna opinia na temat przyczyn stresu związanego z pracą, ale reakcje jednostek na te same typy narażenia psychospołecznego różnią się. Innymi słowy, doświadczane objawy albo zły stan zdrowia związane ze stresem mogą być u każdego inne. Istnieje wiele powodów, dla których ważne jest analizowanie reakcji stresowych, na przykład, by:

- rozpoznawać objawy stresu związanego z pracą;
- precyzyjnie określić związek między problemami zdrowotnymi a pracą;
- wzmocnić wsparcie dla jednostek doświadczających stresu.

Ważne jest rozpatrzenie czynnika płci odnośnie do doświadczania problemów związanych ze stresem. W niniejszym raporcie omówione zostaną bliżej wypalenie, depresja i choroba wieńcowa, a także

zbadana kwestia, czy łączenie problemów zdrowotnych z pracą dotyczy wszystkich pracowników.

Wypalenie a płeć

Wypalenie polega na ogólnym wyczerpaniu psychicznym, coraz bardziej cynicznym nastawieniu do pracy i obniżeniu poziomu fachowości. Ogólny związek między płcią i wypaleniem jest niejasny (Bakker i in., 2000). Niektóre badania wskazują, że kobiety zgłaszają wypalenie częściej niż mężczyźni, inne dowodzą odwrotnych zależności (Bakker i in., 2000; Houtman i in., 2000b; Taris i in., 2000). Kalimo i Toppinen (1997) stwierdzili w swojej ankiecie, która była reprezentatywna dla ludności w wieku produkcyjnym w Finlandii (53% respondentów stanowiły kobiety), że wypalenie jest tylko nieznacznie powszechniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Stwierdzono, że spośród objawów wypalenia wy-

czerpanie jest nieco powszechniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn, natomiast cynizm jest nieco powszechniejszy wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Różne role pełnione w organizacji przez kobiety i mężczyzn mogą wyjaśniać tę różnicę. Pięć branż, w których stwierdzono najczęstsze występowanie wypalenia, to: hotelarstwo i catering, bankowość i ubezpieczenia, edukacja i nauka (te trzy branże są zdominowane przez kobiety), naprawy mechaniczne (zdominowane przez mężczyzn) oraz rolnictwo i leśnictwo (Kalimo i Toppinen, 1997).

Jedną z przyczyn sprzecznych wyników może być to, że w wielu badaniach nad wypaleniem koncentrowano się na określonych grupach zawodowych, wykazując, że wypalenie jest silnie powiązane z wykonywanym zawodem. Schaufeli i Enzmann (1998) zgromadzili wyniki 73 badań, które pokazały dość duże różnice w wypaleniu ze względu na zawód, zależnie od analizowanego „wymiaru” wypalenia. Wykazano, że nauczyciele – a także, kolejno, pracownicy służby zdrowia i opieki społecznej – byli najbardziej wyczerpani emocjonalnie. Pracownicy opieki społecznej, pielęgniarze i pielęgniarki, policjanci i strażnicy więzienni odczuwali zmniejszony poziom osobistego spełnienia, a policjanci (a po nich lekarze) byli najbardziej zdystansowani i cyniczni. Menedżerowie i policjanci mieli dość słabe wyniki z zakresu wyczerpania emocjonalne-

go. Analiza 29 badań nad wypaleniem w różnych zawodach związanych z „pracą z ludźmi”, przeprowadzona przez Bakker i in. (2000), wykazała także wysoki poziom zagrożenia wypaleniem w zawodach związanych z „troską o ludzi”, przy czym lekarze ogólni, personel opieki domowej, pracownicy zakładów psychiatrycznych, pielęgniarze i pielęgniarki oraz pracownicy sektora opieki społecznej są na szczycie listy zagrożonych, policjanci zaś na samym jej końcu.

Istnieją jednak dowody na to, że kobiety postępują w bardziej racjonalny sposób niż mężczyźni w celu pokonania syndromu wypalenia. Według Hakana (1999) kobiety mają więcej grup wsparcia niż mężczyźni, biorą udział w sesjach szkoleniowych, korzystają ze zwolnień lekarskich częściej niż mężczyźni i zwykle starają się o pomoc z zewnątrz, kiedy uznają, że taka pomoc jest konieczna.

Nie istnieje wystarczająca wiedza na temat różnych przyczyn powodujących wypalenie u mężczyzn i kobiet. Na przykład Pretty i in. (1992) stwierdzili w swoich badaniach na temat pracowników na kierowniczych stanowiskach płci męskiej i żeńskiej, że naciski w pracy powodują wyczerpanie związane z pracą. Jednak naciski wywierane na kobiety wiązały się ze stosunkami interpersonalnymi w miejscu pracy, podczas gdy w przypadku męż-

Zestawienie 18: Zwolnienia lekarskie i syndrom wypalenia wśród młodych specjalistek w Szwecji

Według statystyk Zakładu Ubezpieczeń Społecznych młode, wykształcone, dobrze zarabiające kobiety zajmują pierwsze miejsce w szwedzkich statystykach dotyczących wypalenia i zwolnień lekarskich. Płatna absencja chorobowa wśród kobiet w wieku poniżej 35 lat wzrosła ponad dwukrotnie w latach 1997–2001, a wśród przyczyn absencji dominowały przyczyny psychologiczne. Sjögren i Rappe (2002) wymieniają następujące przyczyny: umowy tymczasowe i na czas określony, nierówność w pracy i słaba jakość zarządzania.

Zastępstwa, umowy tymczasowe i praca nad projektami zwiększają presję, by stale udowadniać swoje umiejętności. Może wydawać się, że pojedynczy pracownicy

mają dużą swobodę działania na stanowisku pracy, ale często towarzyszy temu brak wyraźnych celów, sprzeczne wymagania itd. Ponadto specjalistom gotowym pracować dłużej często przydziela się jeszcze więcej pracy. Kobiety mogą czuć dodatkową presję związaną z „udowadnianiem, że nadają się do tego zajęcia”, i na przykład pracować dłużej, bardziej sumiennie i zgodnie z wyznaczonymi sobie bardzo ostrymi normami.

Oto dane statystyczne:

- W 2002 r. ponad 120 000 Szwedów przebywało na zwolnieniu lekarskim od ponad roku. Prawie jedna trzecia osób na długoterminowym zwolnieniu była nieobecna w pracy z przyczyn natury psychicznej.
- Kobiety biorą zwolnienie lekarskie częściej niż mężczyźni: zwolnienia lekarskie kobiet w Szwecji to 65% ogólnej liczby zwolnień.

czyzn wypalenie powodowały przede wszystkim czynniki organizacyjne. Ponadto problemy w życiu prywatnym powodowały dodatkowe naciski na kobiety, natomiast wypalenie wśród mężczyzn było ściśle związane z pracą, nawet kiedy byli żonaci i ich żony także pracowały.

Depresja

Według niedawnego raportu WHO i dwóch dobrze znanych badań epidemiologicznych nad zaburzeniami psychicznymi, badania nad rejonem epidemiologicznym (Epidemiological Catchment Area Study – ECA) i krajowej ankiety na temat zachorowalności (National Comorbidity Survey – NCS) w większości kobiety doświadczają zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, lęk i dolegliwości somatyczne. Inne badania (Middleton i in., 2001) wskazują na to, że kobiety starają się o wyleczenie z depresji dwa razy częściej niż mężczyźni. Ponadto wyniki badań wskazują, że depresja nie tylko jest najpowszechniejszym problemem psychicznym wśród kobiet, ale może także być bardziej uporczywa u kobiet niż u mężczyzn. Dla kontrastu – wskaźnik uzależnienia od alkoholu, innego powszechnego zaburzenia w krajach rozwiniętych, jest ponad dwukrotnie wyższy u mężczyzn niż u kobiet. U mężczyzn rozpoznaje się też ponad trzykrotnie częściej niż u kobiet antyspołeczne zaburzenie osobowości (Robins i Regier, 1991; Kessler i in., 1994; WHO, b.d.w.; Middleton i in., 2001; Haslam i in., 2003). W krajach rozwiniętych role, stresory i negatywne wydarzenia życiowe oparte na czynniku płci przyczyniają się do wzrostu zachorowalności (Ayuso-Mateos i in., 2001; Bildt i Michélsen, 2002).

Czynniki ryzyka w zakresie powszechnych zaburzeń psychicznych, które w nieproporcjonalnym stopniu dotyczą kobiety, to: przemoc oparta na płci, niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna, niskie dochody i nierówność dochodów, niski status i ranga społeczna oraz nieustanna odpowiedzialność za opiekę nad innymi. Lekarze częściej rozpoznają depresję u kobiet niż u mężczyzn, nawet kiedy

mają one podobne wyniki według znormalizowanych miar depresji albo identyczne objawy.

Wpływ pracy na rozwój depresji wymaga dalszego zbadania. Jednak istnieją obecnie spójne dowody, pochodzące z wielu badań przekrojowych, na to, że wysoki poziom wymagań (w tym duże tempo pracy i sprzeczne wymagania) wróży zły stan zdrowia psychicznego (Stansfeld, 2002). Duży wysiłek w pracy jest łączony z wyższymi wskaźnikami poważnych epizodów depresyjnych, zespołu depresyjnego i dysforii, mierzonymi za pomocą harmonogramu wywiadów diagnostycznych w badaniach ECA (Mausner-Dorsch i Eaton, 2000). W starannie przeprowadzonych badaniach kontrolnych przypadków depresji wśród pracowników służby zdrowia stwierdzono, że chociaż dotkliwie stresujące sytuacje i chroniczne trudności poza pracą są ważne w zaburzeniach lękowych i depresyjnych, istnieją także niezależne skutki „konfliktu roli w pracy” i „braku wsparcia ze strony kierownictwa” (Weinberg i Creed, 2000). Saurel-Cubizolles i in. (2002) stwierdzili, że u personelu pielęgniarskiego zgłaszającego przemoc w pracy bardziej rozpowszechnione są objawy depresji i stresu. Haslam i in. (2003) sugerują, że duże obciążenie pracą, odhumanizowane zarządzanie, słaba komunikacja, niski poziom wiedzy w organizacji na temat zdrowia psychicznego i słabe więzi w pracy to czynniki sprzyjające powstawaniu lęku i depresji. Stwierdzili oni, że problemy ze zdrowiem psychicznym nie wydają się dobrze rozumiane przez pracodawców i menedżerów, stąd w miejscu pracy jednostki cierpiące na lęk albo depresję mogą liczyć tylko na niewielkie wsparcie (Haslam i in., 2003).

Wreszcie, niejasne jest, dlaczego istnieje tak wielka różnica między mężczyznami i kobietami w radzeniu sobie z problemami psychicznymi: kobiety zwykle stosują lekarstwa zapisane przez lekarza, natomiast mężczyźni częściej sięgają po alkohol i narkotyki. Z punktu widzenia pracy zawodowej zarówno stosowanie leków, jak i substancji uzależniających wpływa na wydajność pracy, powoduje absencje i zwiększa ryzyko wypadku. Poza tym po-

wróć do pracy po długim zwolnieniu lekarskim albo programie rehabilitacji może być trudny (Hunter i in., 1998; Kivistö i in., 2001).

Według raportu WHO istnieją trzy główne czynniki w dużym stopniu chroniące przed problemami psychicznymi, zwłaszcza depresją. Są to:

- posiadanie wystarczającej autonomii, by sprawować pewną kontrolę nad ważnymi wydarzeniami;
- dostęp do pewnych materialnych zasobów, które umożliwiają dokonywanie wyborów w obliczu poważnych wydarzeń;
- wsparcie psychiczne ze strony rodziny, przyjaciół albo służby zdrowia.

Haslam i in. (2003) uważają, że w miejscu pracy: istnieje potrzeba zwiększania świadomości na temat problemów zdrowia psychicznego i lepszego zrozumienia kwestii wpływu chorób natury psychicznej na pracę zawodową; powinny zostać poczynione kroki w celu zapobieżenia stresowi związanemu z pracą; rehabilitacja wymaga dobrej koordynacji działań menedżerów, personelu, służb medycyny pracy, a także indywidualnej oceny i monitorowania ryzyka oraz elastycznych zasad pracy.

Zestawienie 19: Stres a choroba wieńcowa

W pewnym szwedzkim studium przypadku kobiety i mężczyźni zostali porównani pod kątem ich wrażliwości na psychospołeczne czynniki ryzyka związane z chorobą wieńcową. Ujawniły się znaczne różnice między płciami w związku z wykonywanymi zadaniami, obciążeniem pracą i kontrolą nad nią, fizycznymi reakcjami stresowymi, emocjonalnymi reakcjami stresowymi i wypaleniem. Wyniki wskazują na to, że kobiety są znacznie bardziej wrażliwe niż mężczyźni na psychospołeczne czynniki ryzyka związane z chorobą wieńcową (Hallman i in., 2001).

Inne badania, którymi objęto kobiety-menedżerów, wskazują na to, że kobiety odprężają się wolniej niż mężczyźni po powrocie do domu z pracy. Ten wynik można wyjaśnić różnicami związanymi z poziomem zawodowym lub z płcią odnośnie do autonomii i wsparcia społecznego w pracy, konkurencyjności

Choroba wieńcowa

Stres jest jednym ze związanych z pracą czynników wpływających na powstawanie choroby wieńcowej. Według ankiety przeprowadzonej wśród pracowników UE mężczyźni częściej zgłaszają, że związana z pracą choroba serca i towarzyszące jej dolegliwości są ich najpoważniejszym problemem zdrowotnym (5,4% mężczyzn w porównaniu z 2,4% kobiet Dupré, 2002). Z uwagi na to, że kobiety zgłaszają związane z pracą dolegliwości serca, a także na miejsce choroby wieńcowej na liście przyczyn zgonów kobiet, niepokoi to, że w wielu badaniach nad chorobami serca związanymi z zatrudnieniem pominięto kobiety albo skoncentrowano się na zawodach zdominowanych przez mężczyzn.

NIOSH streścił część z dostępnych badań na temat powiązań między chorobą wieńcową a zatrudnieniem. Wiadomo na przykład, że pewne toksyny zawodowe, zwłaszcza disiarczki węgla, nitrogliceryna i tlenek węgla, oddziałują na serce. Czynniki ryzyka są także dym tytoniowy w otoczeniu oraz skrajne temperatury. Liczne badania wskazują na związki między narażeniem na stres w pracy a chorobami serca. Istnieją także dowody potwierdzające związek między hałasem i podwyższonym ciśnieniem krwi. Praca zmianowa, która zakłóca rytm

i konfliktu między pracą płatną a obowiązkami domowymi. W badaniach tych stres kobiet-menedżerów rozpatrzony został pod kątem możliwych długoterminowych zagrożeń zdrowotnych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe (Frankenhaeuser i in., 1989; zobacz także Lundberg i Frankenhaeuser, 1999).

Pewne fińskie badania (Kivimäki i in., 2002) potwierdzają, że duże przemęczenie w pracy i brak równowagi między wysiłkiem a nagrodą zwiększa ryzyko zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Badania te zostały przeprowadzone w przemyśle metalowym wśród 812 pracowników (545 mężczyzn, 267 kobiet), którzy nie mieli chorób sercowo-naczyniowych w punkcie wyjścia. Przeciętny czas trwania obserwacji wynosił 25,6 lat.

European Heart Network – Europejska Sieć Serca (1998) ocenia, że 16% przypadków chorób sercowo-naczyniowych wśród mężczyzn i 22% wśród kobiet wynika ze stresu związanego z pracą.

organizmu, także wpływa na rozwój chorób serca. Zarówno niedostateczna aktywność, jak i nadmierny wysiłek, zwłaszcza dźwiganie ciężarów, to czyniki ryzyka (strona internetowa NIOSH (b)).

Wyniki kilku niedawnych dużych badań epidemiologicznych wskazują na to, że zagrożenia psychospołeczne w pracy, zwłaszcza niski poziom kontroli, są związane z wyższym ryzykiem śmiertelności w wyniku chorób układu sercowo-naczyniowego zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet, nawet kiedy kontrolowane są takie zmienne, jak wiek, cholesterol, otyłość i status socjoekonomiczny (Alterman i in., 1994; Kornitzer i in., 2002; Kuper i in., 2002; Marmot i in., 1997; Bosma i in., 1997; Steenland i in., 1997).

Niektóre badania miały na celu przyjrzenie się psychospołecznym czynnikom ryzyka w chorobie wieńcowej i różnicom ze względu na płeć we wrażliwości; wskazały one, że kobiety mogą być bardziej wrażliwe (Hallman i in., 2001; Wamala i in., 2000). Połączenie dużych wymagań, małej kontroli i niesatysfakcjonujących nagród jest szczególnie szkodliwe, a wiele kobiet jest zatrudnionych w tego rodzaju „rutynowej pracy”. Wiadomo również, że praca zmianowa ma wpływ na poziom hormonów, i istnieją dowody na to, że pielęgniarki pracujące na zmiany przeciętnie palą więcej i mają większą nadwagę niż pracujące w dzień. Te zjawiska także przyczyniają się do powstawania problemów zdrowotnych, w tym do choroby wieńcowej (Kivimäki i in., 2001). Ponadto kobiety, którym zapisano hormonalną terapię zastępczą w związku z menopauzą, i kobiety, które przechodzą menopauzę przedwcześnie po usunięciu macicy, są w większym stopniu narażone na raka piersi oraz chroniczne choroby serca i sercowo-naczyniowe. Na to zagrożenie może dodatkowo wpływać charakter wykonywanej pracy (Westerholm, 1998).

Obserwowane są znaczne różnice w zagrożeniu chorobami sercowo-naczyniowymi wśród grup zawodowych. Mimo to duńscy badacze stwierdzili, że 16% chorób sercowo-naczyniowych wśród mężczyzn i 22% wśród kobiet można by zapobiec, usuwając czynniki ryzyka zawodowego ze środo-

wiska pracy. Wśród największych zagrożeń wymieniono: nadmierny wysiłek w pracy, ze wskaźnikiem 6% dla mężczyzn i 14% dla kobiet, oraz pracę zmianową, ze wskaźnikiem po 7% dla przedstawicieli obu płci (Kristensen i in., 1998).

Badania epidemiologiczne nad czynnikami ryzyka w pracy i śmiertelnością w wyniku chorób sercowo-naczyniowych rzadko koncentrują się na kobietach. Jednym z powodów jest to, że kobiety zwykle zapa- dają na choroby serca 10–20 lat później niż mężczyźni; w praktyce oznacza to, że większość kobiet jest już na emeryturze, kiedy rozpoczyna się choroba, a zatem powiązanie jej z pracą zawodową pozostaje niezbadane. Śmiertelność w wyniku chorób sercowo-naczyniowych jest znacznie niższa wśród pracujących kobiet poniżej 50–55 lat niż wśród mężczyzn. Nawet kiedy kobiety są w centrum uwagi badaczy, ogólna liczba tych, które umierają przed emeryturą, jest zbyt mała, by wyciągnąć wnioski, ponieważ niewiele jest publikowanych wyników badań kohortowych nad śmiertelnością kobiet na skutek chorób sercowo-naczyniowych. Niski poziom śmiertelności w wyniku chorób sercowo-naczyniowych tłumaczy się faktem, że żeńskie hormony – progesteron i estrogen – chronią kobiety. Jednak ta ochrona zanika po menopauzie (Alterman i in., 1994; Kornitzer i in., 2002; Kuper i in., 2002; Marmot i in., 1997; Steenland i in., 1997; Houtman i Kornitzer, 1999; WHO, 1994b).

Z pewnością przeprowadzone zostaną dalsze badania nad zawodowym zagrożeniem chorobą wieńcową, i w tych badaniach powinno się uwzględniać czynnik płci.

Zapobieganie stresowi i chorobom związanym ze stresem

W raporcie Europejskiej Agencji pt. „Badania nad stresem związanym z pracą” (Cox i in., 2000) stwierdzono, opierając się na wynikach dostępnych badań naukowych, że stresem związanym z pracą można zajmować się w taki sam sposób jak innymi zagadnieniami z zakresu ochrony zdrowia oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Można bowiem

dostosować dobrze już funkcjonujące metody zarządzania ryzykiem zawodowym związanym z innymi czynnikami szkodliwymi do zarządzania stresem w pracy. Drugi raport Agencji (Europejska Agencja, 2002a), oparty na analizie przykładów działań interwencyjnych i narzędzi stosowanych w miejscach pracy w celu zapobiegania stresowi, przedstawia główne czynniki powodzenia działań w tym obszarze. Są one następujące:

- opieranie interwencji na odpowiedniej analizie ryzyka;
- dokładne planowanie i podejście stopniowe – w tym ustalanie wyraźnych celów i grup docelowych;
- połączenie środków ukierunkowanych na pracę i na pracowników, z uprzywilejowaniem interwencji zbiorowych i organizacyjnych, które dotyczą eliminacji zagrożeń u źródła;
- rozwiązania odpowiednie w określonym kontekście, przy czym doświadczenie pracowników zdobyte w pracy jest istotne do właściwego określenia problemu i sposobu jego rozwiązania;
- wykorzystywanie wiedzy doświadczonych praktyków z zewnątrz i działania interwencyjne oparte na dowodach;
- dialog społeczny, partnerstwo i udział pracowników;
- stałe działania zapobiegawcze i wsparcie kierownictwa wysokiego szczebla.

Zatem punktem wyjścia jest przyjrzenie się zadaniom i działaniom rzeczywiście wykonywanym przez kobiety i mężczyzn oraz rzeczywistym warunkom i okolicznościom ich pracy w celu uwzględnienia wszystkich czynników mogących przyczyniać się do stresu związanego z pracą. Warunki i doświadczenia mężczyzn i kobiet w pracy nie są identyczne. Stają oni wobec różnych poziomów narażenia na te same stresory oraz narażenia na różne stresory nawet w tym samym miejscu pracy i w takim samym zawodzie. Zasadnicze znaczenie ma także zapewnienie rzeczywistego udziału kobiet w tym procesie. Ważne jest zrozumienie roli płci przy planowaniu programów zapobiegania stresowi, jako że z powodu rozdziału pracy mężczyźni i kobiety doświadczają

stresu z różnych powodów w tym samym miejscu pracy. Wiele działań interwencyjnych, które dotąd nie były ukierunkowane na problem płci, nie przyniosło realnych wyników (na przykład Östlin, 2002). Ocena ryzyka powinna zatem uwzględniać takie stresory, jak molestowanie seksualne, dyskryminacja i obowiązki rodzinne, jak również te, które występują częściej w zawodach zdominowanych przez kobiety. Można na przykład przeanalizować problem indywidualnej kontroli nad pracą i kwestię nieprzewidywanych przerw w pracy.

Wielu pracodawców zaczyna rozumieć potrzebę podjęcia kroków służących zapobieganiu stresowi w pracy. Przykłady dobrych praktyk w strefach pracy zdominowanych przez kobiety znajdują się w trzech raportach Agencji (Europejska Agencja, 2002a, 2002b, 2002e). Przypadki te pokazują, że możliwe jest interweniowanie i usprawnianie obciążającej emocjonalnie pracy pracowników służby zdrowia i nauczycieli, zapewnienie pracownikom zmianowym większej kontroli nad rozkładem czasu pracy oraz wprowadzenie większej autonomii, udziału i kontroli, na przykład do pracy pomocników opiekunów społecznych i operatorów w centrach obsługi telefonicznej (*call centre*). Działania interwencyjne, które mogą być podejmowane w celu zrównoważenia udziału pracy w życiu, w tym adresowane do osób obciążonych rodziną i obowiązkami opiekuńczymi, opisano w rozdziale na temat równowagi pracy w życiu.

Radzenie sobie ze stresem

Sprawą podstawową jest eliminowanie źródeł stresu. Jednak radzenie sobie z nim jest także częścią procesu. Jest to próba zarządzania wymaganiami, która może być postrzegana jako strategia rozwiązywania problemów. Wykorzystywane sposoby i strategie muszą być odpowiednie do określonej sytuacji. Jednak prawdopodobnie jest to najmniej rozpoznany obszar badań nad stresem w pracy i powszechnie uznaje się potrzebę szerszych informacji na temat radzenia sobie ze stresem (Cox i in., 2000).

Houtman i Van den Heuvel (2001) przeanalizowali wyniki międzynarodowych projektów badawczych

Zestawienie 20: Przykład działań profilaktycznych w jednym z ministerstw w Zjednoczonym Królestwie

W ministerstwie zatrudniającym ponad 25 000 pracowników zrealizowano program zarządzania stresem. Organizacja ta właśnie przeszła zmianę strukturalną i zadowolenie z pracy zmniejszyło się, natomiast poziom stresu wzrósł. Przez swoje działania interwencyjne Whatmore i in. (1999) dążyli do poprawy radzenia sobie ze stresem u pojedynczych pracowników. Ogółem w programie zapobiegawczym udział wzięło 270 pracowników (w tym 157 kobiet). Programem działań objęto trzy obszary: edukację i świadomość, ćwiczenia i poznawczą restrukturyzację. Zaobserwowano korzystne zmiany u jednostek uczestniczących w progra-

mach ćwiczeń i w szkoleniach z zakresu świadomości po trzech miesiącach, i ten efekt był nadal obserwowany po sześciu miesiącach. Jednak program poznawczej restrukturyzacji nie przyniósł pozytywnych rezultatów. Działania interwencyjne nie wpłynęły na zmienne organizacyjne, tj. zadowolenie z pracy i zaangażowanie. Wskaźnik zgłoszonych absencji z powodu chorób został obniżony w grupie ćwiczącej, ale wzrósł w innych grupach. W podsumowaniu badacze stwierdzają, że indywidualnie adresowane działania interwencyjne z zakresu zarządzania stresem mogą przynieść korzyści, ale dla utrzymania tych korzyści wymagane jest określenie i zminimalizowanie stresorów organizacyjnych.

Źródło: Whatmore i in. (1999).

na temat płci i różnic ze względu na płeć w sprawności fizycznej, osobowości, postawach i aspektach radzenia sobie w różnych sytuacjach. Przyjrano się różnicom ze względu na płeć w radzeniu sobie z wymaganiami pracy. Większość przeanalizowanych badań dotyczyła wyłącznie różnic pomiędzy zdolnością kobiet i mężczyzn do radzenia sobie ze skutkami zdrowotnymi problemów związanych z pracą. Zidentyfikowano kilka badań, w których zajmowano się hamującym albo stymulującym działaniem zdolności do radzenia sobie w różnych sytuacjach.

W badaniach stresu zawodowego u menedżerów płci żeńskiej i męskiej Davidson i in. (1995) stwierdzili, że kobiety częściej niż mężczyźni stosują pozytywne strategie radzenia sobie, na przykład w znacznie większym stopniu wykorzystują strategię wsparcia społecznego i zadań.

Z uwagi na zmiany demograficzne zaczęto omawiać zdolność starszych pracowników do radzenia sobie z pracą, zwłaszcza w kontekście zmian w miejscu pracy, takich jak wprowadzenie nowych technologii albo nowych metod pracy. Ta dyskusja dotyczy wszystkich aspektów pracy, nie tylko stresu. W jednym z przeglądów w tym obszarze stwierdzono, że o starszych pracownikach zwykle myśli się jako o jednorodnej grupie, i mało uwagi poświęca się wszelkim możliwym różnicom ze względu na płeć. Jednak przykładowo starsza pracująca kobieta częściej ma obowiązki opiekuńcze nad niepełnospraw-

nym rodzicem albo partnerem. Potwierdzono, że szczególnie starsze pracujące kobiety (w wieku powyżej 45 lat) są pomijane zarówno w badaniach, jak i w polityce (Doyal, 2002). Problemy starszych kobiet będą omówione w jednym z kolejnych rozdziałów.

Dlaczego kobiety nie doświadczają w większym stopniu stresu w pracy?

Z uwagi na to, że wiele ze znanych przyczyn stresu dominuje w zawodach sfeminizowanych i wiąże się z dodatkowymi obowiązkami domowymi, być może warto zadać pytanie: „Dlaczego kobiety nie cierpią w większym stopniu z powodu stresu?” Wspomniano już o lepszym i częstszym wykorzystaniu przez kobiety wsparcia społecznego i ich mechanizmach radzenia sobie, które są bardziej zorientowane na zadania. Wyniki badań wskazują także na to, że zdrowie fizyczne i psychiczne pracujących kobiet, mających dzieci czy też nie, jest lepsze niż kobiet niepracujących (na przykład Rout i in., 1997). Zamężne pracujące kobiety mające dzieci są najzdrowsze ze wszystkich kobiet (na przykład Kivelä i Lahelma, 2000). Innymi słowy, praca zawodowa może zwiększyć stres, ale zapewnia także kontakty społeczne i inne korzyści, które nie są dostępne w domu. Płatna praca ma pozytywne konsekwencje emocjonalne i społeczne, które przyczyniają się do dobrego samopoczucia; wpływa także dodatnio na sytuację ekonomiczną (Bildt Thorbjörnsson i Lindelöw, 1998).

Udoskonalenie badań i priorytety dla przyszłych badań

Raport Europejskiej Agencji pt.: „Badania nad stresem związanym z pracą” określił wiele obszarów dalszych badań, w tym działania interwencyjne i zarządzanie w dziedzinie stresu na poziomie przedsiębiorstwa; nowe sposoby pracy, takie jak praca na odległość; zdolność do radzenia sobie. Ponadto w raporcie przedstawiono wniosek o umieszczenie problemu stresu w pracy w kontekście innych wzajemnie powiązanych zagadnień, takich jak płęć, i że ma to zasadnicze znaczenie dla osiągnięcia kompletnej perspektywy w obszarze zarządzania stresem w pracy (Cox i in., 2000).

Chociaż w wielu badaniach analizuje się płęć jako zmienną, a większość instrumentów badawczych obejmuje skale do badania czynników i moderatorów stresu, takie jak wymagania pracy i kontrola nad pracą oraz związki z innymi osobami w pracy, niewiele badań obejmuje warunki pracy, które są powszechniejsze dla kobiet, na przykład warunki pracy niedające się pogodzić z obowiązkami rodzinnymi, molestowanie seksualne, dyskryminację i „niewidoczną” pracę (Messing, 2000). Są dowody na to, że różnice ze względu na płęć istnieją nawet w tych klasycznych czynnikach; na przykład stwierdzono, że wsparcie społeczne jest silniejszym buforem i moderatorem stresu dla kobiet niż dla mężczyzn (Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne – American Psychological Association, 1996). Te różnice ze względu na płęć i ich konsekwencje zasługują na dalsze badania. Poza tym nie zbadano dostatecznie rozpowszechnienia i wpływu na zdrowie stresorów specyficznych dla kobiet i grup etnicznych czy mniejszości.

Tu także, tak jak w przypadku innych kwestii zdrowotnych, badania napotykają na przeszkody, jeśli schorzenia nie są uznawane za wynikające z pracy i nie są gromadzone dane albo istnieje niezgoda co do klasyfikacji. Na przykład w Niderlandach wprowadzono system klasyfikacji (kodowanie CAS), który obejmuje wypalenie jako podkategorię zaburzeń psychicznych. Jednak nie ma zgody co do klasyfikacji problemów z zakresu zdrowia psychicznego

(wypalenie czy depresja) wśród lekarzy medycyny pracy i lekarzy ogólnych (Houtman i in., 2002).

Urazy i stres wynikające ze związanej z pracą przemocy ze strony społeczeństwa

Dane podstawowe

- Zarówno mężczyźni, jak i kobiety doświadczają przemocy związanej z pracą. Kobiety są bardziej narażone, ponieważ narażenie jest istotnie związane z pracą „z ludźmi”.
- Krąg osób dotkniętych przemocą znacznie przekracza poza „ofiary”, obejmuje bowiem świadków i innych, którzy doznają uczucia strachu w miejscu pracy.
- Skutki przemocy są różnorodne: urazy fizyczne, stres, a nawet śmierć.
- Kroki, jakie mogą poczynić organizacje w celu zapobiegania przemocy związanej z pracą, są dobrze udokumentowane. Potrzebne są dalsze badania i dobra praktyka w dziedzinie zapobiegania w poszczególnych sektorach, jak również wymiana istniejących informacji.
- Nie wszystkie kraje wliczają nagle incydenty (np. rozboje) do oficjalnych danych dotyczących wypadków przy pracy.
- Podczas gromadzenia danych powinno się wyrażać nie rozróżniać przypadki przemocy ze strony społeczeństwa od tyranizowania w miejscu pracy.

Komisja Europejska definiuje przemoc w pracy jako „zajścia, w których maltretuje się osoby, grozi im albo je napada w okolicznościach związanych z ich pracą, stanowiące wyraźne albo domniemane wyzwanie dla ich bezpieczeństwa, dobrego samopoczucia albo zdrowia”. Definicja ta obejmuje maltretowanie zarówno słowne, jak i fizyczne, na przykład ataki fizyczne, rozboje, pogróżki, krzyki i obelgi (Wynne i in., 1997). Przemoc związana z pracą, poza tym, że stanowi przyczynę urazów fizycznych, jest poważnym źródłem stresu. W porównaniu z mężczyznami kobiety cierpią także częściej z powodu stresu pourazowego po nagłym incydencie, na przykład rozboju (Yehuda, 2002).

Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy 4% pracujących zgłasza, że padło ofiarą rzeczywistej przemocy fizycznej ze strony osób spoza miejsca pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, przy czym kobiety zgłaszają to częściej (Paoli i Merllié, 2001; zobacz także Cooper i in., 2003). O wiele więcej osób ucierpiało z powodu pogroźek i obelg albo innych form agresji psychicznej. Na przykład według pewnej szwedzkiej ankiety 17% kobiet i 9% mężczyzn doświadczyło przemocy albo jej groźby w miejscu pracy w 1997 r. (dane cytowane w Menckel, 2001). To maltretowanie albo zastraszanie może obejmować molestowanie seksualne albo nękanie ze względu na rasę. Strach przed przemocą jest rozpowszechniony i sam w sobie jest problemem, zwłaszcza w zawodach o wysokim stopniu ryzyka, a negatywne konsekwencje tych incydentów dla ich świadków są pewne (Cooper i in., 2003). Zwiększa to jeszcze bardziej liczbę pracowników dotkniętych przemocą. Fagan i Burchell (2002) stwierdzają, że w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy „na pewno zbyt nisko oceniono prawdziwe wskaźniki zastraszania, nękania i dyskryminacji z powodu ograniczonego charakteru zadanych pytań”.

Według Coopera i in. (2003) trzeba także rozróżniać formy przemocy, ponieważ, stwierdzono, że kobiety mają zbyt duży udział wśród ofiar zastraszania i przemocy psychicznej (podczas gdy mężczyźni częściej narażeni są na przemoc i napad fizyczny). Potencjalne różnice między mężczyznami i kobietami pod względem ich gotowości do uznania i zakwalifikowania ich doświadczenia jako przemocy i nękania będą wpływać na te wyniki”.

Jednak urazy, a nawet śmierć pracujących kobiet mogą być wynikiem incydentów w miejscu pracy. W Stanach Zjednoczonych zabójstwo jest główną przyczyną śmierci kobiet w miejscu pracy, dotyczy to 40% wszystkich zgonów w miejscu pracy wśród pracujących kobiet. Te zabójstwa w miejscu pracy są przede wszystkim związane z rozbojami i często zdarzają się w całodobowych sklepach spożywczych, placówkach gastronomicznych oraz na sta-

cjach benzynowych (NIOSH, 2001). Poziom występowania tego przestępstwa w Stanach Zjednoczonych związany jest z powszechniejszym niż w krajach UE wykorzystaniem broni palnej. W UE zdarzały się zabójstwa pracowników służby zdrowia popełniane przez pacjentów chorych psychicznie, a pewien urzędnik do spraw mieszkaniowych opieki społecznej został zabity przez klienta. Były też incydenty wkraczania do szkół z bronią palną osób chorych psychicznie.

Zestawienie 21: Policjantki na linii ognia

Według badań z 1998 r. 24% fińskich policjantek doświadczyło fizycznej przemocy w pracy, a 22% zostało rannych podczas ataku. Prawie połowie policjantek grożono bezpośrednio, a 21% przez telefon. Policjantki doświadczyły słownego molestowania seksualnego (na przykład seksistowskie dowcipy i obraźliwe uwagi) ze strony klientów, ale również kolegów z pracy. Wyniki badań wskazują na to, że przemoc i molestowanie seksualne mogą wiązać się ze stresem w pracy i wypaleniem.

Źródło: Kauppinen i Patoluoto (w druku).

W niektórych krajach UE przypadki przemocy w miejscu pracy nie są zgłaszane na mocy ustawy i w konsekwencji nie rejestruje się ich na poziomie krajowym (Cooper i in., 2003), co zaniża szacunek urazów związanych z pracą w krajowej statystyce i powoduje brak danych niezbędnych do podejmowania działań prewencyjnych. Na przykład Saurel-Cubizolles i in. (2002) przeprowadzili badania w sektorze służby zdrowia, mając na uwadze istnienie znaczącego problemu i brak danych na temat jego rzeczywistego zasięgu (zobacz także schemat przytoczony w: Vogel, 2002). Poza tym w niektórych badaniach i działaniach z zakresu gromadzenia danych nie rozdziela się wyraźnie incydentów związanych z przemocą ze strony społeczeństwa i tyranizowania w miejscu pracy przez kolegów, chociaż są to dwa osobne zagadnienia.

Zwiększone zagrożenie kobiet przemocą ze strony społeczeństwa jest także, przynajmniej częściowo, związane z rozdziałem pracy. Kobiety często dominują w zajęciach i zawodach o wysokim stopniu ryzy-

ka, takich jak pielęgniarstwo, opieka społeczna i nauczanie. Przemoc w miejscu pracy rozpowszechniona jest we wszystkich zawodach, w których pracownicy stykają się z osobami spoza pracy. W trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy 64% kobiet i 48% mężczyzn zgłosiło, że ich praca wiąże się z kontaktem z klientami, uczniami, pacjentami itd. przez co najmniej połowę czasu pracy (Fagan i Burchell, 2002). Niektóre zawody o wysokim stopniu ryzyka oraz czynniki ryzyka podane są w zestawieniu 22.

Zawody kobiet ogólnie charakteryzuje się jako „pracę z ludźmi”. Stwierdza się również, że kobiety na stanowiskach kierowniczych i pracujące jako specjalistki częściej mają kontakt z ludźmi niż mężczyźni zatrudnieni na tych samych stanowiskach. Dobrym przykładem jest praca pielęgniarki, podczas gdy typowa pielęgniarka pracuje bezpośrednio z pacjentem w izbie chorych, jej kolega częściej jest zatrudniany na oddziale intensywnej terapii, w sali operacyjnej albo jest kierownikiem oddziału. Innymi słowy, typowy pielęgniarka ma mniej kontaktu z pacjentami niż pielęgniarka (Dassen i in., 1990).

Młodszy ludzie generalnie są bardziej zagrożeni niż starsi (Cooper i in., 2003). Na przykład w ankiecie

przeprowadzonej w 1995 r. wśród pracowników w Zjednoczonym Królestwie 8% pracujących kobiet zgłosiło, że zostały zaatakowane fizycznie podczas pracy przez osobę spoza przedsiębiorstwa – wskaźnik ten wzrasta do ponad jednej dziesiątej w grupie wiekowej 25–34 lata – a prawie jednej piątej kobiet grożono przemocą fizyczną. W obu przypadkach wskaźniki dla kobiet były mniej więcej 20–30% wyższe niż dla mężczyzn. Wpływ wieku może być tu skutkiem rozdziału pracy: młodszy ludzie mają częściej bezpośredni kontakt z osobami z zewnątrz przedsiębiorstwa, a być może także brakuje im doświadczenia, jak również możliwości podejmowania decyzji, na przykład, by rozwiązać problem klienta.

Powinno się także zwrócić uwagę na istnienie znacznych różnic między sprawozdaniami poszczególnych krajów na temat przemocy związanej z pracą. Różnice społeczne i ekonomiczne, na przykład pod względem ogólnego poziomu przestępczości, zmian ekonomicznych i społecznych, występowania i, w niektórych krajach, zwiększania się „szarej” strefy w gospodarce, mogą wpływać na typy i poziom przemocy (Cooper i in., 2003).

Zestawienie 22: Przemoc związana z pracą: gdzie są zagrożenia, jakie są konsekwencje?

Wśród narażonych środowisk są:

- Sektor usług, zwłaszcza sektory w służbie zdrowia, transporcie, handlu detalicznym, cateringu, finansach i edukacji.

Szczególnie zagrożone zawody to:

- Pielęgniarze i pielęgniarki oraz inni pracownicy służby zdrowia
- Kierowcy autobusów
- Kasjerzy (w tym w bankach i sklepach)
- Inspektorzy parkingowi
- Pracownicy opieki społecznej i inne osoby świadczące usługi społeczne
- Pracownicy restauracji i barów

Czynniki ryzyka to:

- Kontakt z kupującymi albo klientami
- Działania z zakresu „egzekwowania”
- Praca w samotności albo tylko z kilkoma kolegami
- Kontakt z pieniędzmi

Konsekwencje dla pracownika różnią się znacznie i mogą być następujące:

- Utrata motywacji i mniejsza satysfakcja z wykonywania pracy
- Stres (nawet dla pośredniej ofiary, świadka gwałtownego czynu albo incydentu)
- Uraz, a nawet śmierć
- Zły stan zdrowia fizycznego albo psychicznego
- Objawy pourazowe, takie jak strach, fobie, bezsenność
- Zespół stresu pourazowego, w skrajnych przypadkach

Oparto na informacjach z: Europejska Agencja (2002c); *Biuletyn Bieżących Informacji* (1996); Cooper i in. (2003).

Poważne niedokładności w liczbie zgłaszanych incydentów stwierdzono we włoskich badaniach w sektorze opieki psychiatrycznej, gdzie zdarzały się napaści fizyczne i psychiczne na pracowników (Magnavits, 2002). W pewnych zawodach przemoc może być postrzegana jako „element pracy” albo może istnieć niechęć do potępiania sprawcy. Niezgłaszanie przemocy będzie miało miejsce także wtedy, gdy ofiary czują, że będą obwiniane, gdy mało prawdopodobne jest podjęcie jakichś działań prewencyjnych albo jeśli nie ma systemu sprawozdawczości. Badania potwierdziły, że pielęgniarki są

na pierwszej linii, a incydenty obejmują: drapanie, plucie, policzkowanie, kopanie i uderzanie pięścią.

Płeć napastnika może grać rolę w zachęcaniu do przemocy albo zniechęcaniu do niej, zależnie od okoliczności. Niektóre wyniki badań wskazują na to, że na przykład policjantki są mniej autorytarne i rzadziej używają siły niż ich koledzy, lepiej rozładowują potencjalnie gwałtowne konfrontacje, lepiej się komunikują i reagują skuteczniej na przypadki przemocy wobec kobiet (strona internetowa Krajowego Centrum ds. Kobiet w Policji – National Cen-

Zestawienie 23

Międzynarodowe działania przeciw przemocy w sektorze ochrony zdrowia

Przemoc w sektorze ochrony zdrowia jest poważnym problemem na całym świecie i dotyczy ponad 50% pracowników służby zdrowia. Najbardziej zagrożone gwałtownymi atakami są załogi karetek i personel doraźnej pomocy przedszpitalnej. Pielęgniarki doświadczają przemocy w miejscu pracy trzy razy częściej niż inne grupy zawodowe. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety padają ofiarą przemocy w miejscu pracy, ale większość zatrudnionych to kobiety. Źródłami przemocy są pacjenci pod wpływem alkoholu albo narkotyków, na przykład w placówkach pogotowia, pacjenci, na których zachowanie wpływają przyjmowane przez nich narkotyki, choroba czy uraz, a także rozgniewani albo sfrustrowani pacjenci lub ich krewni. Szczególnie zagrożone są duże szpitale na obszarach podmiejskich, gęsto zaludnionych albo o wysokim poziomie przestępczości, jak również te, które znajdują się na obszarach odizolowanych. W wielu krajach brakuje procedur sprawozdawczych i sprawcy nie są ścigani. W odpowiedzi na to wspólna grupa interwencyjna do spraw przemocy w miejscu pracy w sektorze służby zdrowia, składająca się z ILO, WHO, Międzynarodowej Federacji Służb Publicznych (Public Services International – PSI) i Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej (International Council of Nurses – ICN), wydała zbiór „Ramowych wskazówek dotyczących podejścia do problemu przemocy w miejscu pracy w sektorze ochrony zdrowia”, opartych na studiach przypadku, w tym z Portugalii i Bułgarii, a także innych doświadczeniach z państw członkowskich i państw spoza UE. Wskazówki te mają wspierać każdego, kto odpowiada za bezpieczeństwo w miejscu pracy i być podstawą inicjatyw na poziomie międzynarodowym, krajowym i lokalnym. ILO ma także przyjąć

w październiku 2003 r. „Kodeks postępowania dotyczący przemocy i stresu w pracy w sektorze usług – zagrożenia dla wydajności i godnej pracy”.

Źródła: ILO i in. (2002a); ILO (2002b); Cooper i Swanson (2002); di Martino (2002).

Szpital podejmuje działania w celu zapobiegania przemocy wobec pracowników

Ankieta wykazała, że w pewnym holenderskim szpitalu większość incydentów miała miejsce przy recepcji i centralce telefonicznej oraz na oddziałach wypadków i psychiatrycznym oraz w izbie przyjęć podczas weekendów, zmian wieczornych i nocnych. Grupa robocza, w której skład wchodził pracownicy i przedstawiciele dyrekcji, określiła niezbędne kroki zaradcze. Uzgodniono plan działania z radą zakładową i zarządem. Obejmował on wydanie pracownikom urządzeń alarmowych przeznaczonych do ostrzegania ochrony, a także nawiązanie ścisłej współpracy z policją. Współpraca ta polegała na wzywaniu policji w razie konieczności i uzyskiwaniu przez personel szpitala policyjnych danych o potencjalnie „problemowych” pacjentach. Wprowadzono system żółtych i czerwonych kartek dla napastników w celu informowania ich, kiedy ich zachowanie jest nie do przyjęcia, a w poważnych przypadkach o zakazie wstępu do szpitala.

Plakaty i ulotki na temat tej inicjatywy umieszczono w przychodniach, domach kultury i innych miejscach publicznych, dano także ogłoszenia do lokalnej prasy. Wprowadzono też tablice informacyjne dla pacjentów w poczekalniach.

Środki te wsparto szkoleniem pracowników, poradnictwem oraz regularnym omawianiem programu podczas zebrania pracowników.

Źródło: Europejska Agencja (2002b).

ter for Women and Policing). Obecność kobiety może także mieć wpływ edukacyjny na zachowanie części potencjalnych napastników. Istnieją pewne potwierdzające to nienaukowe dowody odnoszące się do załóg karet pogotowia złożonych z samych mężczyzn i załóg mieszanych: wydaje się, że włączenie kobiety do załogi ma uspokajający wpływ. Natomiast kobieta-policjant może wywoływać agresję w określonych sytuacjach, a pewne badania wskazują na to, że policjantki wołałyby w trudnej sytuacji być w parze z mężczyzną niż z inną kobietą (Nuutinen i in., 1999).

Udane inicjatywy w zakresie zapobiegania przemocy związanej z pracą są dobrze udokumentowane. Nie istnieje żadne specjalne ustawodawstwo na poziomie UE w tym obszarze, chociaż jest on objęty ogólnymi wymaganiami z zakresu oceny ryzyka i zapobiegania w ramach ustawodawstwa UE, a poszczególne państwa członkowskie przedsięwzięły indywidualnie różnorodne środki.

Stanowczo zaleca się dalsze badania i rozwijanie dobrej praktyki odnośnie do określonych sektorów, zawodów i typów przemocy (Cooper i in., 2003).

Skutki molestowania seksualnego przez kolegów z pracy

Dane podstawowe

- Molestowanie seksualne jest stresorem w miejscu pracy, którego kobiety doświadczają o wiele częściej niż mężczyźni.
- Udostępnianie i wymiana obecnych przepisów prawnych, polityki i dobrej praktyki wesprze realizację nowelizującej dyrektywy Rady, która dotyczy molestowania seksualnego w pracy.

Molestowanie seksualne jest w coraz większym stopniu uznawane za naruszenie godności w pracy (Cooper i in., 2003; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). Kodeks postępowania Komisji Europejskiej definiuje molestowanie seksualne jako „niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym albo inne zachowanie odnoszące się do płci, które narusza godność

kobiet i mężczyzn w pracy”. Definicja obejmuje: niepożądane, niewłaściwe albo obraźliwe zachowanie; zachowanie, które wpływa na decyzje dotyczące pracy; zachowanie, które tworzy zastraszające, wrogie albo upokarzające środowisko pracy. Molestowanie seksualne dzieli się na: werbalne, np. dowcipy o tematyce seksualnej; niewerbalne, np. wpatrywanie się; i fizyczne, np. niepożądane dotykanie (Komisja Europejska, 1991; Komisja Europejska, Zatrudnienie i Sprawy Społeczne, 1998).

Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy 2% respondentów doświadczyło molestowania seksualnego w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wskaźnik ten jest dwukrotnie wyższy w krajach nordyckich, co prawdopodobnie wiąże się z większą świadomością kobiet w tym zakresie. Kobiety są narażone na molestowanie w stopniu o wiele większym niż mężczyźni (4% w porównaniu z 2%); wskaźnik jest wyższy dla tymczasowych pracowników agencji niż dla pracowników zatrudnionych (Paoli i Merllié, 2001).

Europejskie badania wskazują, że 30–50% kobiet i około 10% mężczyzn doświadczyło jakiejś formy molestowania seksualnego albo niepożądanych zachowań seksualnych w miejscu pracy. Mężczyźni także postrzegają molestowanie jako mniej obraźliwe i rzadziej doświadczają jego negatywnych konsekwencji (Komisja Europejska, Zatrudnienie i Sprawy Społeczne, 2002a). Młodsze kobiety i kobiety w miejscach pracy zdominowanych przez mężczyzn doświadczają w większym stopniu molestowania seksualnego (Kauppinen, 1999b).

Mimo powszedniości przestępstwa seksualne w pracy w wielu przypadkach nie są zgłaszane, między innymi z obawy przed utratą pracy, uznaniem osoby molestowanej za stronę odpowiedzialną albo przed ostracyzmem towarzyskim w pracy (Cooper i in., 2003). Zobacz także uwagę w rozdziale na temat przemocy o niedocenieniu tego problemu w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy.

Molestowanie seksualne może mieć negatywne skutki zarówno dla jednostki, jak i dla organizacji.

Jest to znany stresor w miejscu pracy i dotknięci nim pracownicy mogą zgłaszać jego negatywne skutki dla ich zdrowia i dobrego samopoczucia oraz motywacji i zadowolenia w pracy. Rozwój ich kariery także może ucierpieć. Molestowanie seksualne może wpływać na wydajność pracy i absencję. Może także demoralizująco wpływać na ogólną atmosferę w pracy (Kauppinen, 1999b). Pracownicy rzadziej doświadczają molestowania i są bardziej zadowoleni z pracy w organizacjach, które cechuje pozytywny i otwarty klimat społeczny (Herbert, 1999).

Uznaje się, że organizacje powinny opracować prewencyjną politykę i procedury w celu radzenia sobie z molestowaniem seksualnym (Bleijenbergh i in., 1999; Herbert, 1999; Kauppinen, 2003). Oceny ryzyka odnoszące się do stresu powinny obejmować molestowanie seksualne. Główne elementy, które należy uwzględnić w polityce organizacji, podane są w zestawieniu 24. W poprawionej europejskiej dyrektywie na temat równego traktowania (dyrektywa Rady 2002/73/WE zmieniająca dyrektywę Rady 76/207/EWG) uznaje się molestowanie seksualne w pracy za dyskryminację i, co za tym idzie, rzecz zabronioną, oraz wymaga od państw członkowskich podjęcia kroków w celu zapobiegania mu. Dyrektywa ta wchodzi w życie w 2005 r. Gdyby została w pełni wprowadzona w państwach członkowskich, przyczyniłaby się w znacznym stopniu do eliminowania ważnego dla kobiet stresora w miejscu pracy. Istnieją różne przykłady podejść i praktyk prawnych mających na celu zapobieganie molestowaniu. Na przykład Kauppinen (1999b) opisuje, w jaki sposób problem molestowania seksualnego może zostać włączony do planów równości w miejscu pracy. Istnieje wiele zaleceń co do zapobiegania molestowaniu seksualnemu. Użyteczne mogą być zalecenia dostosowane do określonych typów pracy. Jednym z przykładów jest tu przewodnik na temat zapobiegania molestowaniu seksualnemu w świecie sportu (Tiihonen i Koivisto, 2002). Wymiana informacji na temat obecnych praktyk zarówno wewnątrz UE, jak i poza nią wspierałaby realizację dyrektywy.

Zestawienie 24: Problem molestowania seksualnego: kluczowe elementy polityki w miejscu pracy

- Przejrzysta, związana z kontekstem definicja molestowania seksualnego.
- Szczegółowe postanowienia w sprawie środków prewencyjnych.
- Procedura składania skarg i powołanie osoby, która będzie zajmować się tym obszarem.
- Ochrona i wsparcie molestowanych pracowników.
- Sankcje dla osób uznanych za winne molestowania.
- Inicjatywy wspierające, takie jak specjalne programy szkoleniowe i edukacja osób odpowiedzialnych za realizację procedur.

Źródło: Bleijenbergh i in. (1999).

Skutki tyranizowania w miejscu pracy

Dane podstawowe

- Kobiety częściej doświadczają tyranizowania w pracy. Rozdział płci – koncentracja kobiet w sektorze publicznym, gdzie tyranizowanie jest powszechniejsze – może być tu jednym z powodów.
- Opracowywanie i udostępnianie zaleceń, przykładów dobrej praktyki i materiałów szkoleniowych przez państwa członkowskie byłoby pomocne w zapobieganiu zjawisku, jak również w osiągnięciu wzajemnego zrozumienia w grupie państw członkowskich.
- W europejskiej ankiecie na temat warunków pracy nie ma wyraźnego rozróżnienia pomiędzy zastraszaniem ze strony członków społeczeństwa i ze strony kolegów czy koleżanek. Pomocne byłoby oddzielne pytanie w tej kwestii, jak również bardziej szczegółowe zbadanie zagadnień przemocy, tyranizowania i molestowania seksualnego.

Tyranizowanie, mobbing i nękanie psychiczne albo moralne to różne określenia na zachowania zastraszające między kolegami w miejscu pracy.

Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy wskazuje, że kobiety częściej doświadczają

Zestawienie 25

Tyranizowanie w miejscu pracy można zdefiniować jako: wielokrotne, nierozsądne zachowanie wymierzone w pracownika albo grupę pracowników, które tworzy zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa.

W tej definicji:

- „nierozsądne zachowanie” oznacza zachowanie, które rozsądna osoba, mająca na uwadze wszystkie okoliczności, uznałaby za gnębienie, poniżanie, podważanie autorytetu albo groźbę;
- „zachowanie” obejmuje działania jednostek albo grupy. System pracy może być wykorzystany jako środek gnębienia, poniżania, podważania autorytetu albo grożenia; „zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa” obejmuje zagrożenie dla zdrowia psychicznego albo fizycznego pracownika. Tyranizowanie często wiąże

się z niewłaściwym użyciem albo nadużyciem władzy, kiedy to ofiary mogą mieć trudności z broniением się.

Konsekwencje tyranizowania mogą być znaczące dla ofiary.

Objawy fizyczne, psychiczne i psychosomatyczne są dobrze znane, na przykład stres, depresja, urażona godność własna, obwinianie się, fobie, zaburzenia snu oraz problemy z układem trawiennym i mięśniowo-szkieletowym. Zespół stresu pourazowego, podobny do objawów wykazywanych po innych traumatycznych doświadczeniach, takich jak katastrofy i napaści, jest także powszechny wśród ofiar tyranizowania. Objawy te mogą utrzymywać się przez wiele lat po incydencie. Inne możliwe konsekwencje to: izolacja społeczna, problemy rodzinne i problemy finansowe w wyniku nieobecności w pracy albo zwolnienia z pracy.

Źródło: Europejska Agencja (2002d).

zastraszania i tyranizowania w pracy niż mężczyźni (10% kobiet i 7% mężczyzn zgłosiło, że doświadczyło tego w ciągu ostatnich 12 miesięcy). Te wskaźniki są nieco wyższe niż w ankiecie z 1995 r. Istnieją znaczne różnice między krajami – od 15% pracowników, którzy doświadczyli zastraszania w Finlandii, do 4% w Portugalii – co prawdopodobnie odzwierciedla raczej wiedzę o istnieniu tego zagadnienia niż rzeczywistość (zobacz także uwagę w rozdziale na temat przemocy o niedocenieniu tego problemu w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy). Według innych ankiet w przybliżeniu 5–10% populacji przyznaje, że przynajmniej raz było obiektem tyranizowania, a znacznie więcej osób regularnie doświadcza zachowania, które można opisać jako tyranizowanie, niekoniecznie uważając, że są gnębieni (Cooper i in., 2003).

Rozdział zawodów także w tym przypadku może być przyczyną ogólnie większego narażenia kobiet, jako że ryzyko tyranizowania i zastraszania wydaje się wyższe w zdominowanym przez kobiety sektorze publicznym niż w sektorze prywatnym (Cooper i in., 2003). W wielu osobnych badaniach, które często ograniczają się do jednego sektora albo miejsca pracy, wskazano, po uwzględnieniu struktury płci pracowników, że kobiety nie są bardziej

narażone niż mężczyźni (na przykład zobacz di Martino i in., 2002; Vartia, 2003).

Wyniki niektórych ankiet wskazują, że mężczyźni częściej są sprawcami tyranizowania, ale może się tak dziać dlatego, iż częściej zajmują oni stanowiska kierownicze (na przykład Unison, 1997). Na podstawie wyników dużej ankiety przeprowadzonej w Irlandii stwierdzono, że sprawcami tyranizowania w 45,3% przypadków byli zwierzchnicy albo menedżerowie (Agencja Zdrowia i Bezpieczeństwa, 2001). Tyranizowanie w pracy jest nadużyciem władzy, a znaczącym źródłem tyranizowania są menedżerowie, którzy zastraszają podwładnych. Dotyczy to także tyranizowania menedżerów niższych rangą przez menedżerów wysokiego szczebla. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety mogą tyranizować, a obiektami tyranizowania mogą stać się przedstawiciele obu płci.

Istnieje ogólna zgoda co do tego, że tyranizowanie w miejscu pracy wiąże się z kulturą miejsca pracy i organizacją pracy. Na przykład analiza danych z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy (Daubas-Letourneux i Thébaud-Mony, 2002) wskazuje na to, że wysoki poziom tyranizowania zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet jest bardziej powszechny tam, gdzie od pracowników oczekuje

się pracy na bardzo „elastycznych” stanowiskach, charakteryzujących się na przykład szybkim tempem pracy narzuconym przez klientów albo przez zasady osiągania zysku i wyśrubowane procedury kontroli jakości (zobacz także Piispa i Saarela, 1999; Menckel, 2001). Stwierdzono też, że tyranizowanie jest typowe dla dużych, niewłaściwie kierowanych hierarchicznych organizacji, takich jak służba zdrowia (Sutela, 1999). Jednak tyranizowanie wykorzystywane w celu przymuszania albo podważania autorytetu (komentarze itd.) może być wymierzone w określone cechy zastraszanej osoby, a więc może być związane z płcią lub może zależeć od typu pracy wykonywanej przez zastraszoną osobę – na przykład zastraszane osoby zajmujące stanowiska kierownicze, zwykle mężczyźni, częściej niż robotnicy zgłaszają, że wyznaczane im są terminy, których nie można dotrzymać (Vartia, 2003).

Jak już wspomniano, ankiety wskazują na to, że tyranizowanie jest częstsze w zdominowanych przez kobiety sektorach administracji publicznej, edukacji, służby zdrowia i opieki społecznej, jak również w sektorach usług finansowych. Istnieją pewne wskazówki, że tyranizowanie wiąże się także ze zmianami organizacyjnymi i że przedsiębiorstwa tych sektorów często przechodziły zmiany w analizowanych latach.

Narażenie na tyranizowanie jest związane z wysokim poziomem stresu (Daubas-Letourneux i Thébaud-Mony, 2002). Tyranizowanie negatywnie wpływa na dobrostan, zwiększa absencję chorobową i może prowadzić do zmiany pracy. Myśli samobójcze są dość powszechne w najpoważniejszych przypadkach tyranizowania (Cooper i in., 2003).

Europejskie działania w tym obszarze dotyczą ograniczenia źródeł stresu w miejscu pracy. Wskazówki Komisji Europejskiej na temat stresu związanego z pracą (Komisja Europejska, 2001) odnoszą się do tyranizowania jako źródła stresu. Parlament Europejski wezwał państwa członkowskie do dokonania przeglądu i, jeśli to właściwe, uzupełnienia przepisów prawnych oraz dokonania przeglądu i ujednolicenia definicji tyranizowania. Niewiele państw członkowskich ma specjalne uregulowania prawne dotyczące

tyranizowania, inne rozpatrują wprowadzenie odpowiednich przepisów, a niektóre podjęły stosowne działania, opracowując zbiory zasad, zalecenia i rezolucje. Opracowywanie i udostępnianie przez państwa członkowskie zaleceń, przykładów dobrej praktyki i materiałów szkoleniowych byłoby pomocne w ukierunkowywaniu działań, jak również osiągnięciu wzajemnego zrozumienia (Cooper i in., 2003).

Zestawienie 26

Podstawowe elementy skutecznej polityki w miejscu pracy, służące zapobieganiu negatywnym interakcjom społecznym, obejmują:

- zaangażowanie pracodawcy i pracowników w tworzenie środowiska wolnego od tyranizowania;
- określenie w zarysach, jakiego rodzaju działania są dopuszczalne, a jakie nie;
- przedstawienie konsekwencji naruszenia norm i wartości organizacji oraz związanych z tym sankcji;
- wskazanie, gdzie i w jaki sposób ofiary mogą uzyskać pomoc;
- zapewnienie możliwości składania skarg „bez groźby odwetu”;
- wyjaśnienie procedury złożenia skargi;
- sprecyzowanie roli menedżera, przełożonego, kolegi, zapewniających kontakt i wsparcie, a także przedstawicieli związków zawodowych;
- udostępnienie szczegółów na temat usług doradczych i wsparcia dla ofiary i dla sprawcy;
- zachowanie poufności.

Źródło: Europejska Agencja (2002d).

Przemoc w pracy i w domu

Zagadnienie przemocy domowej jest poza zasięgiem niniejszego raportu. Jednak należy wspomnieć, że kobiety są na nią bardziej narażone niż mężczyźni i ten problem może mieć następstwa także w miejscu pracy. Ofiary mogą mieć fizyczne albo psychiczne problemy zdrowotne i może to wpływać na ich wydajność pracy i absencję. Ponadto partner-tyran może telefonować, przysyłać e-maile i listy, a nawet nachodzić ofiarę w miejscu pracy. Wpłyń to nie tylko na wykonywanie zadań, lecz ogólnie na atmosferę miejsca pracy (strona

internetowa Komisji Europejskiej (a); strona internetowa „Skończyć z maltretowaniem”; Miller i Downs, 2000; Valls-Llobet i in., 1999).

Choroby zakaźne

Dane podstawowe

- Na choroby zakaźne związane z pracą zapadają częściej kobiety.
- W takich strefach pracy, jak służba zdrowia, które są zdominowane przez kobiety, istnieje większe ryzyko narażenia na choroby zakaźne.
- Drobnie zakażenia nabyte w trakcie pracy, które powodują absencję chorobową, na przykład u osób pracujących z małymi dziećmi, nie są zazwyczaj uznawane za związane z pracą albo rejestrowane.

Według unijnej ankiety przeprowadzonej wśród pracowników, w większości państw członkowskich kobiety częściej zapadają na choroby zakaźne związane z pracą niż mężczyźni (z wyjątkiem Danii, Hiszpanii i Portugalii). Choroby zakaźne są piątą w kolejności najpoważniejszą dolegliwością związaną z pracą, której doświadczają kobiety, i ósmą, której doświadczają mężczyźni (Dupré, 2002).

Pracownicy w placówkach służby zdrowia, szkołach i żłobkach, jak również przedstawiciele innych zawodów mający kontakty z członkami społeczeństwa mogą być w konsekwencji narażeni na choroby zakaźne. Niektóre zakażenia mogą być przenoszone ze zwierząt na ludzi. Wśród osób zagrożonych są robotnicy rolni, weterynarze i osoby pracujące ze zwierzętami laboratoryjnymi. Koncentracja kobiet w określonych sektorach, zwłaszcza usługowych i związanych z opieką, oznacza, że są one bardziej narażone na choroby zakaźne w pracy. Na przykład na podstawie badań nad sektorem służby zdrowia w dziewięciu państwach członkowskich uznano czynniki biologiczne za jeden z głównych czynników ryzyka (Verschenuren i in., 1995).

Zagrożenia biologiczne dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej obejmują wiele chorób

zakaźnych, od niezbyt groźnych do potencjalnie zagrażających życiu. Mogą oni zetknąć się z zakaźną krwią albo płynami ustrojowymi, w tym kałem i moczem, jak również z zakażeniami przenoszonymi przez powietrze. Wśród poważnych zakażeń przenoszonych przez powietrze jest zapalenie wątroby typu B i C, jak również HIV, chociaż jak dotąd odnotowano stosunkowo niewiele przypadków przenoszenia wirusa HIV podczas wykonywania pracy (zestawienie 27). Wypadki z zakażeniami igłami albo innymi skażonymi ostrymi przedmiotami są jedną z form zakażenia przez krew. Urazy wynikające z ułucia igłą są groźne w sferze emocjonalnej, a także fizycznej, ponieważ mogą łączyć się z narażeniem na poważne i niebezpieczne dla życia zakażenia. Zakażenia przenoszone przez kał obejmują zapalenie wątroby typu A i dyzenterię. Wśród zakażeń przenoszonych przez powietrze jest gruźlica. Nie tylko personel pielęgniarski jest zagrożony czynnikami biologicznymi, lecz także przedstawiciele wielu innych zawodów i personel pomocniczy: zapewniający bezpośrednią opiekę pacjentom, sprzątacze, pracownicy pralni, laboranci i ludzie zajmujący się odpadami klinicznymi.

Zestawienie 27: Narażenie pracowników służby zdrowia na choroby przenoszone przez krew

Spośród 35 mln pracowników służby zdrowia na całym świecie co roku około 3 mln jest narażonych na podskórne działanie patogenów przenoszonych przez krew, 2 mln – na działanie wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV), 0,9 mln – na działanie wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV) i 170 tys. – na HIV. Skutkiem tego może być 15 tys. zakażeń HCV, 70 tys. HBV i 500 HIV. Ponad 90% tych zakażeń występuje w krajach rozwijających się. W skali światowej około 40% zakażeń HBV i HCV oraz 2,5% zakażeń HIV wśród pracowników służby zdrowia można przypisać urazom spowodowanym przez ostre przedmioty, związanym z wykonywaną pracą. Chorobom tym w dużej mierze można zapobiegać przez dobre zarządzanie, szkolenie pracowników, uodparnianie na HBV, profilaktykę i dobre gospodarowanie odpadami.

Źródło: WHO (2002b), *Światowy Raport Zdrowotny, 2002*.

W pracy związanej z opieką powszechny jest też świerzb: na przykład w Finlandii w 2001 r. zgłoszono 109 przypadków świerzbu u kobiet pracujących w służbie zdrowia i tylko 8 przypadków u mężczyzn (Ammattitaudit, 2001). Niejednokowa zapadalność na tę chorobę mężczyzn i kobiet odzwierciedla jeszcze raz różnorodność typów wykonywanych zawodów, nawet w obrębie jednego sektora.

Osoby pracujące z małymi dziećmi są bardziej narażone na przeziębienia, infekcje żołądka i różne zakażenia chorobami wieku dziecięcego, takie jak ospa wietrzna, które u dorosłych mogą mieć poważniejszy przebieg.

Niektóre choroby mogą wpływać nie tylko na stan zdrowia samej kobiety, lecz także na płód, na przykład różyczka.

Lżejsze zakażenia, na przykład takie, których mogą nabawić się w pracy nauczyciele albo opiekunki w żłobkach, nie są zwykle oficjalnie uznawane za choroby związane z pracą, a więc nie pojawiają się w danych na temat absencji związanej z pracą.

Astma, inne schorzenia dróg oddechowych i zespół „chorego budynku”

Dane podstawowe

- Objawy alergii są coraz częstsze wśród ogółu ludności; wiele alergii powoduje albo pogłębia narażenie na uczulające środki w pracy.
- Wydaje się, że w całej Europie mężczyźni częściej niż kobiety doświadczają związanych z pracą problemów z oddychaniem i płucami. Jednak w niektórych państwach członkowskich sytuacja jest odwrotna. Występuje wiele przypadków astmy związanej z pracą zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.
- Wśród stref pracy zdominowanych przez kobiety, w których może istnieć zagrożenie najpowszechniejszymi czynnikami powodującymi astmę, są: służba zdrowia, przemysł włókienniczy, produkcja żywności i fryzjerstwo.

- Wydaje się, że kobiety częściej niż mężczyźni doświadczają skutków działania zespołu „chorego budynku”, co może wynikać z różnych warunków pracy, nawet w tym samym miejscu pracy.
- Sprawozdawczość w dziedzinie chorób układu oddechowego różni się znacznie w poszczególnych państwach członkowskich, przez co trudno jest ocenić prawdziwy zakres problemu, jak również różnice ze względu na płeć.

Zasięg astmy i alergii jest największy w krajach uprzemysłowionych. Wśród przyczyn tego stanu wymienia się między innymi: zanieczyszczenie powietrza, dodatki do żywności, palenie czynne i bierne oraz zmiany w praktyce diagnostycznej. Wiele przypadków astmy i innych chorób układu oddechowego u dorosłych jest spowodowanych albo pogłębionych przez pracę. Poza astmą występują inne związane z pracą schorzenia dróg oddechowych: nieżyt nosa, zespół toksyczny wywołany pyłem organicznym i alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych.

Najpowszechniejsze czynniki wywołujące astmę to: izocyjaniany; pył mączny; pył zbożowy; glutaraldehyd – silny środek dezynfekcyjny używany w szpitalach; pył drzewny; mleczko kaucukowe – na przykład używane do wyrobu cienkich rękawic ochronnych stosowanych przez pracowników służby zdrowia; lut, kalafonia; zwierzęta doświadczalne; kleje i żywica (Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa, 2002a). Kobiety pracujące w sektorach przemysłu wytwórczego, żywności i służby zdrowia mogą być narażone na wymienione czynniki.

W rolnictwie, leśnictwie i przemyśle tartacznym wskaźniki występowania chorób układu oddechowego są szczególnie wysokie. Także w zdominowanych przez kobiety branżach przetwórstwa spożywczego i włókienniczej wskaźniki te są wysokie. Astma związana z pracą jest też dobrze udokumentowana u fryzjerów, którzy korzystają w pracy z różnych aerozoli i chemikaliów (na przykład Ammattitaudit, 2001). Wiele przemysłowych środków czyszczących stosowanych przez sprzątaczy także może powodować astmę. Czynniki różniące ze

względu na płeć to: nałóg palenia, dostęp do służby zdrowia i różnice biologiczne.

W ankiecie przeprowadzonej wśród pracowników UE 8,4% mężczyzn i 6,4% kobiet zgłosiło, że problemy z oddychaniem albo płucami są ich najpoważniejszą dolegliwością zdrowotną związaną z pracą. Jednak w Luksemburgu, Portugalii i Zjednoczonym Królestwie wskaźniki były wyższe dla kobiet (Dupré, 2002). W trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy z 2000 r. 10% mężczyzn i 8% kobiet zgłosiło związane z pracą problemy alergiczne (te wskaźniki obejmują zarówno problemy skórne, jak i dolegliwości układu oddechowego), ale ta różnica zmniejsza się do 1%, kiedy porównania liczb dotyczą osób pracujących albo w pełnym, albo w niepełnym wymiarze godzin. Zarówno w przypadku pracowników płci męskiej, jak i żeńskiej liczba zgłoszonych problemów maleje wśród osób pracujących w niepełnym wymiarze godzin, co wskazuje na to, że częstość występowania alergii związanych z pracą jest zależna od wielkości narażenia.

W badaniach nad związanymi z pracą czynnikami wywołującymi astmę, w którym wykorzystano zarejestrowane dane na temat fińskich robotników w wieku 25–59 lat, przeprowadzonych w latach 1986–1998, stwierdzono, że 29% nowych przypadków astmy u mężczyzn i 17% nowych przypadków astmy u kobiet można przypisać czynnikom związanym z pracą. Te wskaźniki kontrastują z wynikami badań nad skutkami działania konkretnych alergenów, określonych w krajowym programie odszkodowań – wskazującymi na to, że astma związana z pracą odpowiada za 6% przypadków początku choroby u mężczyzn i 4% u kobiet (Karjalainen i in., 2001). Jednak według fińskich statystyk z 2001 r. liczba nowych przypadków alergicznego nieżytu nosa i astmy u kobiet miała się do liczby analogicznych przypadków u mężczyzn jak 301 do 212.

Nie można jednak wyciągać wniosków jedynie na podstawie tych liczb. Ponieważ sprawozdawczość i statystyka w dziedzinie chorób układu oddechowego,

zwłaszcza astmy, różni się znacznie wśród państw członkowskich, trudno jest ocenić zasięg tego problemu, również w kontekście czynnika płci (Meding i Torén, 2001). Ważne jest zharmonizowanie gromadzenia danych statystycznych i wprowadzenie obowiązku zgłaszania nowych przypadków astmy związanej z pracą.

Czynniki zanieczyszczające powietrze występują nie tylko na zapyłonych albo zadymionych stanowiskach pracy. Są one także problemem w biurach, gdzie duży odsetek pracowników stanowią kobiety. Zagadnienie zanieczyszczenia powietrza w pomieszczeniach biurowych zaczęto omawiać na początku lat 80. Wtedy to zaczął być rozpatrywany zespół „chorego budynku”. Sprawa dotyczyła budynków, w których głównym źródłem wentylacji była klimatyzacja. Chociaż nie istnieje dokładne wyjaśnienie naukowe problemu, powiązano go z różnymi czynnikami wpływającymi na jakość powietrza w pomieszczeniach, na przykład chemikaliami, w tym występującymi w materiałach budowlanych i meblarskich, oraz pozostałościami po paleniu i mikroorganizmami – bakteriami i pleśniami – w filtrach systemów wentylacyjnych. Zanieczyszczone powietrze w pomieszczeniach może powodować różnorodne objawy, takie jak bóle głowy, łzawienie, katar, kaszel, częste przeziębienia i ogólnie podrażnienie zmysłów.

Kobiety zgłaszają objawy zespołu „chorego budynku” częściej niż mężczyźni. Jednak według wyników szwedzkich badań może to wyjaśniać, przynajmniej częściowo, rozdział zawodów i różnice w środowisku pracy. Przypadki zespołu „chorego budynku” są powszechniejsze w budynkach sektora publicznego – i w związanych z nimi zawodach – gdzie pracuje więcej kobiet. Wskazuje to, że różnice w warunkach pracy, a nie różnice we wrażliwości osobniczej powodują większą częstość występowania objawów u kobiet (Stenberg i Wall, 1995; Bullinger i in., 1999; Jaakkola i in., 2000; Messing, 1998). W biurach kobiety częściej zajmują się fotokopiowaniem, a więc są bardziej narażone na działanie tonerów i ozonu oraz oddziaływanie elektrostatyczne (Messing, 1998). Wielu badaczy zwróciło uwagę na to, że stres w pracy

powinien być także uważany za możliwy element sprzyjający (na przykład Stenberg i Wall, 1995).

Zespół nadwrażliwości chemicznej jest chorobą, która może także wiązać się z zespołem „chorego budynku”; objawy są podobne. Choroba jest o wiele powszechniejsza wśród kobiet (Messing, 1998; Kipen i in., 1995). Wśród objawów są problemy z układem oddechowym i trawiennym, ale także wrażliwość na hałas. Uważa się, że wywołuje ją uprzednie narażenie na rozpuszczalniki organiczne albo inne chemikalia, chociaż niektórzy twierdzą, że powodują ją czynniki psychiczne, na przykład stres (Maschewsky, 2002; strona internetowa Centrum Prawa Ekologicznego; zobacz także Fernandez i in., 1999; Black i in., 2000).

Liczba pracowników biurowych, a zwłaszcza liczba kobiet pracujących w biurach i w podobnych środowiskach, rośnie, co oznacza konieczność poważnego traktowania objawów zgłaszanych przez te grupy pracowników, szczególnie że objawy te mogą być skutkiem działania bardzo dużej liczby czynników, z których każdy oddzielnie nie jest uważany za niebezpieczny. W badaniach ukierunkowanych na związek między jakością powietrza w pomieszczeniach a stanem zdrowia powinno się uwzględniać problem płci, a także kwestię warunków pracy.

Choroby skóry

Dane podstawowe

- Pracownice są częściej narażone na działanie detergentów, rozpuszczalników i wody. Skutkiem wykonywania mokrych prac jest przede wszystkim zapalenie skóry rąk.
- Kobiety są w zwiększonym stopniu zagrożone zapaleniem skóry w takich branżach, jak: produkcja elektryczna, fryzjerstwo, służba zdrowia, mechanika i obróbka metali. Wskaźnik jest też wysoki wśród pracownic kuchennych i sprzątaczek.
- Jednym z objawów zespołu „chorego budynku” jest wysypka, na którą, jak się wydaje, częściej cierpią kobiety.

- Praca przy ekranach monitorów czasami powoduje takie problemy skórne, jak swędzenie i wysypka – być może związane ze złym klimatem w pomieszczeniach i stresem.

Zestawienie 28

„Moje ręce były całe pokaleczone i pokryte pęcherzami. Musiałam poprosić mojego chłopaka, żeby pomógł mi jeść, bo nie mogłam utrzymać noża i widelca – nie mogłam niczego chwycić [...]”.

D.M. (dawna uczennica fryzjerska)

Źródło: „Zapobieganie zapaleniu skóry w pracy”, Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa (2002b).

Wśród problemów skórnych związanych z pracą są podrażnienia skóry i alergiczne zapalenie skóry. Zapalenie skóry dotyczy właściwie wszystkich branż i typów działalności. Wśród objawów są: zaczerwienienie, swędzenie, łuszczenie i pęcherze na skórze (bardzo bolesne). W poważniejszych przypadkach skóra pęka i krwawi, a choroba rozprzestrzenia się na całe ciało. Dotknięty nią pracownik może być zmuszony do korzystania ze zwolnienia lekarskiego albo nawet do zmiany pracy. Ogromna większość przypadków wynika z narażenia skóry na działanie chemikaliów – pyłów, cieczy i oparów. Choroba następuje albo bardzo szybko, albo po upływie wielu tygodni, miesięcy, a nawet lat. Już nadmierne narażenie na działanie samej wody powoduje suchość i pękanie skóry (brak olejków skórnych), co z kolei zwiększa możliwość jej podrażnienia. Jeszcze silniej działają mydła, detergenty i rozpuszczalniki, a więc związane z pracą choroby skóry są powszechne w mokrej pracy, która wymaga częstego kontaktu z wodą i środkami czyszczącymi. Praca w warunkach małej wilgotności powietrza także wpływa na wysuszenie skóry (na przykład Meding i Torén, 2001).

Sektory najbardziej zagrożone chorobami skóry to: fryzjerstwo i kosmetyka; catering i przetwórstwo spożywcze; utrzymanie czystości; budownictwo; inżynieria; przemysł poligraficzny; przemysł chemiczny; służba zdrowia; rolnictwo i ogrodnictwo; przemysł gumowy i platformy wiertnicze. W niektó-

rych z tych sektorów zatrudniony jest szczególnie duży odsetek kobiet. Kobiety wykonujące tzw. mokre zawody są częściej narażone na działanie wody, detergentów i rozpuszczalników, na przykład w takich zawodach, jak fryzjerstwo, pielęgniarstwo dentystyczne, utrzymanie czystości oraz pielęgniarstwo i opieka. W dużym stopniu są też zagrożone kobiety zajmujące się żywnością, pracą w rolnictwie i piekarstwie. Reakcja uczuleniowa na lateks (rękawice ochronne) może obejmować reakcje skórne i, rzadziej, schorzenia dróg oddechowych – nieżyt nosa albo astmę (Smith i in., 2002; Wrangó i in., 2001). Alergia na lateks jest powszechna na przykład wśród pracowników dentystrycznych i służby zdrowia. NIOSH ocenia, że wśród pracowników służby zdrowia, którzy są często narażeni na lateks, 8–12% nabawia się wrażliwości na ten czynnik (NIOSH, 2001). Nie jest zatem niespodzianką, że kobiety częściej niż mężczyźni zgłaszają związane z pracą choroby skóry.

Zestawienie 29

W Finlandii 60% przypadków chorób skóry związanych z pracą, zgłoszonych w 2000 r., dotyczyło kobiet (Ammattitaudit, 2000). Kobięce przypadki chorób skóry wystąpiły w sektorach: służby zdrowia i opieki społecznej (28,5%), usług (25,5%), rolnictwa i leśnictwa (19,9%) oraz przemysłu wytwórczego (14,2%). Męskie przypadki wystąpiły w przemyśle wytwórczym (61,4%), rolnictwie i leśnictwie (17,4%), usługach (7,0%) i opiece społecznej (3,3%). Narażenie na substancje chemiczne powoduje 86% chorób skóry u kobiet i 91% u mężczyzn. Detergenty są trzecią co do częstości przyczyną chorób skóry u kobiet i dziewcząt z kolei przyczyną chorób u mężczyzn, natomiast trzecia co do częstości przyczyna chorób skóry u mężczyzn – rozpuszczalniki organiczne, jest dziewczątą w przypadku kobiet.

Źródło: Estlander i Jolanki (2003).

Istnieją proste środki zapobiegawcze, które można przedsięwziąć w celu uniknięcia stosowania szkodliwych substancji, jeśli jest to możliwe, na przykład: stosowanie substancji mniej szkodliwych, bezpieczne sposoby wykonywania pracy, odpowiednie mycie rąk oraz stosowanie właściwych rękawic ochron-

nych i innych środków ochrony indywidualnej, odpowiednia ochrona rąk, w tym stosowanie kremów nawilżających oraz kontrolowanie stanu skóry w celu wczesnego wykrycia zmian chorobowych. W niektórych firmach, zwłaszcza małych, gdzie zatrudnione są kobiety, na przykład w zakładach fryzjerskich, może brakować wiedzy, zasobów i motywacji, by stosować potrzebne środki prewencyjne.

Związane z pracą problemy skórne, omówione wcześniej, są znane i dobrze udokumentowane, ale problemy takie występują także wśród objawów zespołu „chorego budynku” i, jak omówiono to w rozdziale na temat schorzeń dróg oddechowych, stwierdzane są częściej u kobiet. Także praca przy ekranie monitora powoduje czasami takie problemy skórne, jak swędzenie i wysypka – co być może związane jest z niewłaściwym klimatem w pomieszczeniach i stresem. Objawy takie są zgłaszane głównie w krajach nordyckich. Według obecnego stanu wiedzy przyczyną nie są tu pola elektrostatyczne ani magnetyczne wokół monitorów (Grönkvist i Lagerlöf, 1999).

Na zakończenie należy stwierdzić, że częstsze występowanie zapalenia skóry u kobiet jest związane z wykonywaniem przez nie określonych zawodów i, co za tym idzie, narażeniem na działanie substancji, które powodują podrażnienie skóry i alergie.

Nowotwory o podłożu zawodowym

Dane podstawowe

- Istnieją powiązania między pewnymi nowotworami i pewnymi zawodami.
- Ogólnie nowotwory o podłożu zawodowym częściej występują u mężczyzn niż u kobiet, szczególnie z powodu różnic w czasie trwania pracy i typie narażenia.
- Liczba nowotworów zawodowych u kobiet jest prawdopodobnie szacowana zbyt nisko, na przykład dlatego, że w aktach zgonu nie zawsze odnotowywane są zawody kobiet.
- Niektóre nowotwory są bardziej powszechne w zawodach zdominowanych przez kobiety.

- Istnieją luki w wiedzy, jako że w wielu badaniach nad nowotworami zawodowymi nie uwzględniono czynnika płci ani zawodów zdominowanych przez kobiety.
- Potrzebne jest udoskonalenie gromadzenia danych w celu poprawy oceny narażenia kobiet na czynniki rakotwórcze i, co za tym idzie, polityki zapobiegawczej.

Częstość występowania i typy nowotworów o podłożu zawodowym

Przeprowadzono wiele badań nad takimi nowotworami i ocenia się, że stanowią one 2–5% wszystkich przypadków nowotworów. Ogólnie nowotwory zawodowe są powszechniejsze wśród mężczyzn, co wynika z różnic w czasie trwania pracy i typie narażenia, ale brak informacji może prowadzić do zbyt niskiego szacowania częstości ich występowania u kobiet. Problem ten zostanie omówiony w dalszej części tego rozdziału.

Powiązano przyczynowo szereg substancji chemicznych, procesów przemysłowych i zawodów z występowaniem nowotworów u ludzi. Zagrożeń

Zestawienie 30: Zawodowe narażenie mężczyzn i kobiet na czynniki rakotwórcze

Wiele spośród 150 środków chemicznych albo biologicznych klasyfikowanych jako czynniki rakotwórcze spotyka się w otoczeniu zawodowym. Na ryzyko rozwinienia się nowotworu wpływa otrzymana dawka, siła czynnika rakotwórczego, wpływ innych czynników (szczególnie palenia tytoniu) i indywidualna podatność. Generalnie około 20–30% mężczyzn i 5–20% kobiet w wieku produkcyjnym (15–64 lata) mogło być narażonych w czasie pracy zawodowej na działanie czynników rakotwórczych zagrażających płucom, w tym azbestu, arsenu, berylu, kadmu, chromu, spalin silników Diesla, niklu i krzemionki. W skali ogólnoświatowej tego typu narażenie zawodowe powoduje około 10,3% przypadków raka płuc, tchawicy i oskrzeli, który jest najczęstszym nowotworem zawodowym. Około 2,4% przypadków białaczki na świecie można przypisać narażeniu na czynniki rakotwórcze podczas wykonywania pracy.

Źródło: WHO (2002b), Światowy Raport Zdrowotny 2002.

ne części ciała to między innymi: nabłonkowa wyściółka narządów oddechowych (jamy nosowej, zatok przynosowych, krtani i płuc), drogi moczowe (mięszcz nerkowy, miedniczka nerkowa i pęcherz), wyściółki mezotelialne, szpik kostny, wątroba i układ rozrodczy.

Ocenia się, że w latach 1970–1984 tylko w krajach nordyckich 3,7 mln mężczyzn i 0,2 mln kobiet było potencjalnie narażonych na wyższy od przeciętnego poziom jednego z przemysłowych czynników rakotwórczych albo ich większej liczby. Spodziewano się w tej sytuacji około 1890 nowych przypadków nowotworów u mężczyzn (3% wszystkich nowotworów) i mniej niż 25 u kobiet (0,1% wszystkich nowotworów), corocznie od 2000 r. Przypadki dające się przypisać narażeniu związanemu z pracą oceniano następująco: 70% międzybłoniaki, 20% nowotwory jamy nosowej i zatok, 12% nowotwory płuc, 5% nowotwory krtani, 2% nowotwory pęcherza moczowego, 1% białaczka i 1% nowotwory nerek (Dreyer i in., 1997).

Powiązania między pewnymi nowotworami i pewnymi zawodami

Narażenie na czynniki rakotwórcze zależy od branży i zawodu. Na przykład związki między zwiększoną częstością występowania raka jądra i raka prostaty a narażeniem w niektórych branżach zdominowanych przez mężczyzn są stosunkowo dobrze zbadane. Pewne czynniki rakotwórcze związane z pracą występują także w określonych branżach i zawodach zdominowanych przez kobiety. Przeprowadzono wiele badań nad częstością występowania nowotworów zawodowych u kobiet. Były to między innymi badania przeprowadzone przez Sheilę Zahm i jej współpracowników w amerykańskim Narodowym Instytucie Nowotworowym oraz analiza rejestrów nowotworów obejmująca dane z 20 lat z Finlandii, Szwecji, Danii i Norwegii (Andersen i in., 1999).

Kobiety pracujące w sektorze ochrony zdrowia mogą być narażone na leki przeciwnowotworowe, gazy anestezjologiczne, promieniowanie jonizujące i pole elektromagnetyczne, pracownicy przemysłu

słu kosmetycznego i fryzjerzy – na formaldehyd, farby i lakiery do włosów, a pracownicy pralni chemicznych – na tetrachloroetylen i trichloroetylen. Ponadto pracownicy w różnych branżach przemysłu wytwórczego mogą być narażeni na określone rozpuszczalniki, azbest, barwniki, opary itd., a osoby pracujące przy produkcji leków – na niektóre substancje farmaceutyczne (na przykład Zahm, 2000; Blair, 1998). W północnej Europie, gdzie większość pracowników pubów i restauracji to kobiety, jednym z problemów jest narażenie na dym tytoniowy. Według niedawnych fińskich badań (Autio i in., 2001) pracownicy pubów i restauracji są narażeni na dym tytoniowy w pomieszczeniach przez co najmniej cztery godziny dziennie, a odsetek palaczy w tej grupie jest o 15–20% większy niż ogólnie w populacji. Oznacza to, że i wskaźniki raka płuc są tu podwyższone. Po przeanalizowaniu danych z nordyckich rejestrów dotyczących nowotworów (Andersen i in., 1999) stwierdzono, że kobiety pracujące w restauracjach i pubach oraz w branży tytoniowej i włókienniczej mają wyższe wskaźniki występowania nowotworów niż kobiety pracujące w innych sektorach. Wśród branż o podwyższonym stopniu zagrożenia rakiem są też usługi związane z żywnością (rak płuc) i wytwarzanie napojów.

Wydaje się, że występowanie pewnych nowotworów, takich jak białaczka oraz nowotwory płuc i pęcherza, jest silnie związane z wykonywaniem pracy. Związek między występowaniem międzybłoniaków a pracą w kontakcie z azbestem jest dobrze znany. Zaobserwowano, że białaczka jest powszechniejsza wśród kobiet narażonych na benzen, chlorek winylu, leki przeciwnowotworowe i promieniowanie. Nowotwory nosa mogą być skutkiem narażenia na związki niklu i pył drewna twardego. Podwyższone wskaźniki raka płuc są związane z narażeniem na azbest, określone metale (na przykład nikiel i chrom-6) i dym tytoniowy w otoczeniu; rak płuc u kobiet występuje w branży meblarskiej i branżach związanych z azbestem i żywnością (Blair, 1998). Pracownicy przemysłu włókienniczego, pralni chemicznych oraz przemysłu gumowego i tworzyw

sztucznych mogą być w większym stopniu zagrożeni rakiem pęcherza.

Palenie tytoniu w wielu przypadkach przyczynia się do powstawania raka płuc u kobiet. Intensywne palenie wiąże się też ze stresującą pracą, kiedy jest ono traktowane jako strategia radzenia sobie z problemami. Stresujący charakter monotonnej pracy o niskim poziomie kontroli, charakterystycznej dla wielu kobiecych zawodów, omówiony jest w rozdziale na temat stresu.

Podwyższone wskaźniki zachorowania na raka piersi stwierdzono u pracujących specjalistek, na przykład nauczycielek (Ruben i in., 1993), co być może związane jest z oddziaływaniem hormonów przypisywanym późnemu rodzeniu dzieci. Ponadto badania wykazały zwiększone zagrożenie rakiem piersi u kobiet pracujących w kontakcie z pestycydami i rozpuszczalnikami oraz w służbie zdrowia. Istnieją także dowody na to, że w większym stopniu mogą być zagrożone stewardesy (Zahm, 2000). Stawiano hipotezy, że narażenie na sztuczne oświetlenie w nocy zwiększa ryzyko raka piersi, jako że zakłócone jest nocne wytwarzanie melatoniny (Davis i in., 2001; Schernhammer i in., 2001; Hansen, 2001).

Generalnie nie wiadomo wystarczająco dużo o przyczynach powstawania nowotworów piersi i szyi, a zwłaszcza o czynnikach zawodowych związanych z ich rozwojem. NIOSH przeprowadza badania nad ustaleniem związku między zawodowym narażeniem kobiet na działanie określonych substancji a powstawaniem nowotworów, między innymi szyi i piersi. Chodzi tu między innymi o tlenek etylenu – używany do sterylizowania zapasów medycznych, związki polichlorowanego bifenyli (PCB – rak piersi) i rozpuszczalnik tetrachloroetylen (PERC – rak szyi) używany w sektorze pralni chemicznych (NIOSH, 2001).

W zestawieniu 31 przedstawiono wybrane branże zdominowane przez kobiety, czynniki rakotwórcze występujące w tych miejscach pracy i podwyższone wskaźniki występowania raka stwierdzane u pracujących tam kobiet.

Zestawienie 31: Wybrane branże, znane albo potencjalne czynniki rakotwórcze i zgłaszane nowotwory

Branża	Znane lub potencjalne czynniki rakotwórcze	Nowotwory
• Rolnictwo	pestycydy, światło słoneczne, paliwa	mózg, szyja, pęcherzyk żółciowy, wątroba, jajnik, żołądek; białaczka, chłoniak, szpiczak mnogii
Branże usługowe		
• Fryzjerstwo i kosmetyka	farby do włosów, lakiery do włosów, formaldehyd	pęcherz, mózg, płuca, jajnik; białaczka, chłoniak
• Pranie chemiczne	tetrachlorek węgla, trichloroetylen, tetrachloroetylen, inne rozpuszczalniki	pęcherz, szyja, przełyk, nerki, wątroba, płuca, jajnik, trzustka
• Usługi związane z żywnością	dym tytoniowy, opary przy gotowaniu	pęcherz, szyja, przełyk, płuca
• Służba zdrowia	leki przeciwnowotworowe, gazy anestezyjologiczne, promieniowanie jonizujące, wirusy	pęcherz, mózg, piersi, płuca; chłoniak
Przemysł wytwórczy		
• Komputery, elektronika	roztwarzalniki, opary metali	mózg
• Meble	pył drzewny, rozpuszczalniki, kleje, formaldehyd	płuca, trzustka; zatokowo-nosowe
• Produkcja pojazdów mechanicznych	farby, opary, rozpuszczalniki, płyny maszynowe	płuca, żołądek; okrężniczo-odbytnice
• Chemiczny, tworzyw sztucznych i gumowy	chlorek winylu, 1,3-butadien, benzen, inne rozpuszczalniki, nitrozoaminy	pęcherz, mózg, piersi, płuca, jajnik; białaczka, chłoniak
• Produkcja odzieży	azbest, barwniki, oleje smarowe	drogi żółciowe, pęcherz, płuca; białaczka, chłoniak, międzybłonniak

Źródło: Zahm i in. (2000).

Informacje na temat nowotworów u kobiet, związanych z pracą

Jak już stwierdzono, nowotwory o podłożu zawodowym częściej występują u mężczyzn, jednak brak informacji może prowadzić do zbyt niskiego szacowania częstości ich występowania u kobiet. Badania mężczyzn są o wiele liczniejsze niż badania kobiet (na przykład Zahm i in., 1994). Zahm i in. (1994, 2000) oraz inni badacze, na przykład Messing (1998), zgłaszają różne powody braku równowagi w badaniach, na przykład:

- Założenie, że nowotwory zawodowe są powszechniejsze u mężczyzn, a więc kobiety mogą być pominięte w badaniach.
- Wiele jest badań dotyczących zawodów zdominowanych przez mężczyzn.
- Brak danych i inne problemy metodologiczne. W badaniach nowotworów zawodowych występuje wiele trudności związanych z wieloczynnikowymi przyczynami i ekspozycjami oraz analizowaniem chorób, które rozwijają się przez długi

okres. Jednak istnieją specyficzne problemy dotyczące badań nad kobietami. Na przykład wiele aktów zgonu kobiet nie zawiera informacji o ich zawodzie; brakuje odpowiednich rejestrów chorób; są trudności z prześledzeniem chorób kobiet w czasie; brakuje odpowiednich wskaźników porównawczych w populacji dla pracujących kobiet.

- Zmiany w zakresie narażenia kobiet na związane z pracą czynniki rakotwórcze – wiele informacji na temat nowotworów zawodowych zgromadzono w czasie, kiedy liczba kobiet narażonych na czynniki rakotwórcze w pracy była o wiele mniejsza, na przykład przed rozwojem branży półprzewodników.

Wydaje się, że czynnik płci jest nadal ignorowany w badaniach nad możliwymi skutkami zdrowotnymi wprowadzania nowych technologii, produktów i procesów do życia codziennego i zawodowego. Możliwe skutki zdrowotne korzystania z telefonów komórkowych, w tym możliwość wystąpienia raka

w wyniku oddziaływania ich pola elektromagnetycznego, to przykład dziedziny, w której jak dotąd nie uwzględniono czynnika płci (zestawienie 32).

Udoskonalenie gromadzenia danych i badań nad nowotworami zawodowymi u kobiet

Nowotworom zawodowym u kobiet i mężczyzn można zapobiegać. Wśród wymagań dotyczących gromadzenia danych i wyników badań w celu określania zagrożeń dla kobiet i poprawy oceny narażenia w miejscu pracy są:

- włączenie zawodu i czynnika płci do rutynowo gromadzonych danych, na przykład do rejestrów nowotworów i skomputeryzowanych świadectw zgonu;
- dalsze badania nad zawodami zdominowanymi przez kobiety (na przykład produkcja w potencjalnie szkodliwych warunkach, w tym w branży półprzewodników);
- doskonalsze projekty badań i narzędzia badawcze, odpowiednie do podjęcia niektórych kwestii metodologicznych związanych z narażeniem kobiet;
- analizy pod kątem określonych zadań i typów narażenia, nie tylko nazwy stanowiska albo sektora;
- analizy danych na temat kobiet, które zostały już zgromadzone, ale nigdy ich nie wykorzystano do badań.

Zestawienie 32: Telefony komórkowe a badania nad rakiem – przykład neutralnego podejścia do czynnika płci w badaniach nad nowymi zagrożeniami

Ogromna większość dotychczasowych badań epidemiologicznych i laboratoryjnych wskazuje na to, że nie istnieje związek między korzystaniem z telefonów komórkowych a występowaniem guzów mózgu (Boice i McLaughlin, 2002; Auvinen i in., 2002; Johansen i in., 2001). Są jednak również sprzeczne doniesienia: na przykład wyniki badań *in vitro*, przeprowadzonych przez Leszczyńskiego i in. (2002), wskazują, że promieniowanie z telefonu komórkowego zmienia stan fosforylacji licznych białek i jest możliwe, że te zmiany, jeśli zachodzą wielokrotnie w długim czasie, są niebezpieczne. Na podstawie wyników innego badania epidemiologicz-

Schorzenia słuchu

Dane podstawowe

- Mężczyźni częściej niż kobiety mają problemy ze słuchem spowodowane hałasem. Są bardziej narażeni na wysoki poziom hałasu w pracy, co wynika z rozdziału zawodów.
- Zawody zdominowane przez kobiety i związane z dużym narażeniem na hałas obejmują prace przy produkcji żywności, butelkowaniu i produkcji włókienniczej. Nietradycyjnymi hałaśliwymi miejscami pracy kobiet i mężczyzn są na przykład kluby i dyskoteki (głośna muzyka).
- Inne zagadnienia dotyczące hałasu w miejscu pracy, na przykład stres związany z hałasem niepowodującym jeszcze uszkodzenia słuchu i nadwrażliwy słuch, wymagają dalszych badań.
- Większość badań przeprowadzono na populacji męskiej i lekarze mogą nie wiązać przypadków utraty słuchu u kobiet z wykonywaną przez nie pracą.
- Istnieją pewne dowody na istnienie nowego zagrożenia – udaru (wstrząsu) akustycznego; kobiety mogą być na niego bardziej narażone, a wywołuje on różne objawy już przy hałasie mniejszym niż ten, który powoduje utratę słuchu.

nego Hardell i in. (2002) utrzymują, że korzystanie z NMT (nordycki telefon przenośny, w użyciu do 2000 r.) zwiększa ryzyko raka mózgu, ale jak dotąd nie wysunięto takich wniosków odnośnie do GSM (globalnego systemu telefonii komórkowej). Jednak z powodu kilku niedociągnięć w projekcie badania rola uprzedzenia i przypadku może wyjaśniać zgłoszone wyniki. W badaniach nad telefonami komórkowymi nie zwracano uwagi na czynnik płci, poza kilkoma wyjątkami (na przykład Hietanen i in., 2002; badanie na małej próbie nad występowaniem i charakterem objawów zgłoszonych przez 20 osób – 13 kobiet i 7 mężczyzn – które twierdziły, że są nadwrażliwe na pola elektromagnetyczne). Częściowo może to wyjaśniać duża liczba zmiennych, krótka historia badań i brak badań na dużych populacjach. Możliwe także, iż zakładano, że nie będzie żadnych różnic ze względu na płeć, i dlatego czynnik płci był w badaniach pomijany.

Schorzenia słuchu wywoływane przez hałas i ich rozpowszechnienie

Hałas jest tradycyjnym zagrożeniem w uprzemysłowionym świecie. Narażenie na hałas o zbyt dużym natężeniu może spowodować czasowe zaburzenia słuchu (uczucie, że nie jest się w stanie słyszeć dobrze, albo uczucie zatkanych uszu) lub przejściowy szum w uszach (dzwonienie, świsty, brzęczenie). Tego typu przemijające skutki krótkotrwałych ekspozycji na hałas zwykle mijają w ciągu kilku godzin po oddaleniu się od jego źródła.

Jednak powtarzające się narażenie na hałas może prowadzić do trwałej, nieuleczalnej utraty słuchu, szumu w uszach albo nadwrażliwości na hałas. Trwałą utratę słuchu może także spowodować bezpośrednia ekspozycja na hałas o wyjątkowo dużym natężeniu, na przykład związany z eksplozją. Hałas w miejscu pracy może także powodować stres i być zagrożeniem dla bezpieczeństwa, jeśli utrudnia komunikację. Utrata słuchu wywołana przez hałas następuje stopniowo. Człowiek zaczyna mieć trudności ze śledzeniem rozmów w grupie, odbieraniem telefonów, odbiorem dźwięków na normalnie akceptowanym poziomie. Niektórzy pracownicy są codziennie narażeni na uciążliwy hałas, chociaż nie jest to hałas mogący uszkodzić słuch, na przykład nauczyciele. Tego rodzaju hałas w otoczeniu może przeszkadzać, być dodatkowym źródłem stresu, powodować problemy ze snem, brak koncentracji, wywoływać depresję i agresję.

Wywołana przez hałas utrata słuchu wiąże się z: poziomem hałasu, dziennym czasem trwania ekspozycji, typem hałasu (hałas ciągły, uderzeniowy) (Campo i Lataye, 1992), narażeniem na toksyczne leki i określone rozpuszczalniki (Morata i in. 1991; Myers i Bernstein, 1965) i indywidualną podatnością. Wymienia się także czynniki biologiczne (Humes, 1984; Pykkö i in., 1986; Borg i in., 1992) i genetyczne (Barrenäs, 1998; Gates i in., 1999; Kaksonen i in., 1998), w tym wiek i płeć.

Związane z pracą schorzenia słuchu są powszechniejsze wśród mężczyzn. W europejskiej ankiecie męż-

czyźni zgłaszali je częściej niż kobiety we wszystkich państwach członkowskich. W UE jako całości zostały zgłoszone jako najpoważniejsza dolegliwość związana z pracą przez 4,2% mężczyzn i 1% kobiet (Dupré, 2002). Analiza trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy pod kątem pracy w pełnym i niepełnym wymiarze godzin wykazała, że 11% mężczyzn pracujących w pełnym wymiarze godzin i 6% mężczyzn pracujących w niepełnym wymiarze godzin zgłasza związane z pracą problemy ze słuchem. Wskaźniki te wynoszą 3% dla kobiet pracujących w pełnym wymiarze godzin i 2% dla zatrudnionych w niepełnym wymiarze godzin (Fagan i Burchell, 2002).

Różnica ta ze względu na płeć wynika z rozdziału zawodów. Mężczyźni częściej pracują w środowiskach, w których wykorzystywane są hałaśliwe instalacje, sprzęt albo narzędzia, na przykład w budownictwie, przy utrzymaniu dróg, w górnictwie, tartakach, odlewnictwie i warsztatach mechanicznych. Wielu badaczy stwierdziło znaczącą różnicę w częstości występowania schorzeń słuchu u mężczyzn i kobiet (Berger i in., 1978; ISO, 1990). Jednak, jeśli uwzględną się odmienne warunki ekspozycji na hałas, różnice te nie są istotne (Davis i in., 1998).

Chociaż wywołane przez hałas schorzenia słuchu są mniej powszechne wśród kobiet, istnieją pewne branże zdominowane przez kobiety, w których hałas stanowi problem: na przykład w Finlandii w 2000 r. przetwórstwo spożywcze było branżą zatrudniającą największą liczbę kobiet ze zdiagnozowanymi scho-

Zestawienie 33: Szum w uszach a płeć

Istnieją pewne dowody na to, że mogą występować różnice ze względu na płeć w doświadczaniu szumu w uszach. Badacze stwierdzili, że mężczyźni i kobiety inaczej opisują tę dolegliwość: mężczyźni najczęściej mówili o dzwonieniu w uszach, a kobiety częściej opisywały ten dźwięk jako „cwierkanie”. Ponadto u kobiet szum koncentrował się w jednym uchu; rozpoznawano także większe napięcie w odcinku szyjnym. Zastrzyki w mięsień odpowiadający za szum w uszach dały wynik pozytywny u kobiet i okazały się odpowiednie do ich typu szumu w uszach.

Źródło: Estola-Partanen (2000).

Zestawienie 34

W portugalskiej krajowej kampanii na rzecz poprawy bezpieczeństwa pracy w sektorze włókienniczym za jeden z priorytetów uznano zapobieganie zagrożeniom związanym z hałasem. Wydano podręczniki na temat zapobiegania hałasowi na określonych stanowiskach pracy, plakaty, ulotki itd., a także biuletyny zawierające konkretne rozwiązania techniczne.

Źródło: Europejska Agencja (2001a).

rzeniami słuchu. Stwierdzono, że ogółem na utratę słuchu wywołaną hałasem cierpi 801 mężczyzn i 54 kobiety (Ammattitauudit, 2001). Rozlewnie i przemysł włókienniczy to szczególnie hałaśliwe środowiska, w których mogą pracować kobiety. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogą też pracować w otoczeniu, w którym źródłem hałasu jest głośna muzyka.

Udar (wstrząs) akustyczny definiowany jest jako nagły wzrost poziomu hałasu o wielkiej częstotliwości przekazywanego przez słuchawki. Na przykład w placówkach *call centre* personel może być narażony na hałas w związku z zakłóceniami na linii telefonicznej. Chociaż nagły hałas może spowodować u pracowników odbierających telefony wstrząs lub lęk, tego typu ekspozycja nie powinna powodować uszkodzenia słuchu ocenianego konwencjonalnymi metodami. Są jednak dowody na to, że takie narażenie na hałas niepowodujący utraty słuchu wywołuje inne objawy (HELA, 2001; Konferencja „Ryzyko udaru akustycznego”, 2001; zobacz także zestawienie 35).

Zestawienie 35: Poprawa bezpieczeństwa akustycznego i komfortu pracy w placówkach *call centre*

- Wyniki jednego z badań wskazywały, że głównymi źródłami hałasu w pomieszczeniach w placówkach *call centre* były rozmowy pracowników odbierających telefony z klientami, bezpośrednie rozmowy pracowników z klientami i między sobą oraz telefony dzwoniące w innych częściach biura zaprojektowanego na planie otwartym. Osoby dzwoniące jako źródła hałasu wymieniały telewizję, radio, szczekanie psów i płacz niemowląt. Łączne dzienne narażenie na hałas pracowników odbierających telefony raczej nie przekracza 85 dB(A). Istnieje jednak różne roz-

Hałas a zagrożenie rozrodczości

Możliwy wpływ hałasu na płód jest omówiony w rozdziale na temat rozrodczości.

Zapobieganie i wykrywanie

Środki służące ograniczaniu narażenia na hałas w miejscu pracy i kontrolowaniu go są dobrze znane. W niektórych sektorach przemysłu ciężkiego ogólna liczba pracowników cierpiących na utratę słuchu wywołaną hałasem zmniejszyła się w wyniku redukcji hałasu, a także zastosowania środków prewencyjnych: wprowadzenia cichszych maszyn, osłonięcia hałaśliwych elementów i, w ostateczności, stosowania ochron słuchu.

Problemem dla kobiet mogą być ochronniki słuchu dostosowane do wymiarów typowej (męskiej) głowy i niemające regulacji. Szkolenie w zakresie prawidłowego stosowania ochronników słuchu musi uwzględniać różne zagadnienia, także problemy osób z długimi włosami albo noszących biżuterię. Ocena ryzyka i włączanie do programów kontroli słuchu powinny opierać się na obserwacji rzeczywistego narażenia i nieczynieniu założeń opartych wyłącznie na teorii.

Chociaż autorzy tego przeglądu nie znaleźli informacji potwierdzających jakiegokolwiek różnice we wrażliwości na poziomy hałas związanego z pracą, trzeba zauważyć, że wiele badań, które były

wiązania, które mogą ograniczyć narażenie na hałas w miejscu pracy i poprawić akustyczny komfort pracy.

- Poinstruowanie pracowników odbierających telefony, by umieszczali mikrofon w optymalnym położeniu przed sobą w celu uniknięcia nadmiernego sprzężenia zwrotnego zarówno dla dzwoniącego, jak i dla siebie. Osoby dzwoniące mogą być zirytowane, jeśli nie będą słyszały wyraźnie pracowników odbierających telefony, i istnieje ryzyko, że pracownicy ci zaczną wyteżać głos, by ich usłyszano.
- Specjalny materiał pochłaniający hałas, często umieszczany w sufitach, może zmniejszyć pogłos w *call centre*. Dywany, krzesła z miękkimi siedzeniami

i wysięciane przegrody między pracownikami odbierającymi telefony także mogą skutecznie pochłaniać hałas, jeśli zostaną odpowiednio zaprojektowane i rozmieszczone.

- W celu ograniczenia dziennego narażenia na hałas pracowników odbierających telefony – słuchawki, wzmacniacze i wysięgniki mikrofonów powinny być wyposażone w regulację głośności, a pracownicy odbierający telefony powinni być przeszkoleni w zakresie stosowania tej regulacji. Istnieje ryzyko, że pracownicy odbierający telefony będą zwiększać głośność, by słyszeć dzwoniącego, który mówi cicho, ale zapomną zmniejszać ją przy następnym dzwoniącym, nawet jeśli ta osoba będzie mówić głośniej. Pracownicy odbierający telefony mogą wtedy przyzwyczaić się do słuchania dzwoniących na wyższych poziomach niż rzeczywiście jest to konieczne. Niektóre systemy przywracają poziom głośności do ustawienia domyślnego po każdym telefonie. Także przypomnienie na ekranie na początku nowej rozmowy może skłaniać pracowników odbierających telefony do oceny poziomu i wyregulowania głośności, jeśli to konieczne. Można wykorzystać wyznaczony klawisz na klawiaturze do ograniczania hałasu w słuchawkach do minimum natychmiast po jego przyściśnięciu. Jest to bardzo szybka metoda pozwalająca pracownikom odbierającym telefony ograniczyć poziom nagłego hałasu w słuchawkach. Należy nakłonić pracowników odbierających telefony do regulacji poziomu głośności na początku każdej rozmowy.
- Powinno się zachęcać pracowników odbierających telefony do zgłaszania kierownictwu wszystkich przypadków narażenia na hałas. Pracodawcy powinni rejestrować te zgłoszone zdarzenia.
- Jednym z praktycznych sposobów ograniczania narażenia na nieoczekiwany hałas ze słuchawek jest odpowiednie ich zaprojektowanie, na przykład włączenie ogranicznika akustycznego. Ogranicznik gwarantuje, że wszelkiego typu hałas (na przykład głośna rozmowa, krótkie impulsy) powyżej ustalo-

nej głośności nie będzie przekazywany przez słuchawkę.

- Pracownicy odbierający telefony noszą słuchawki przez całą zmianę, a więc ważne jest, by były one w pełni regulowane. Słuchawki powinny być okresowo sprawdzane i natychmiast naprawiane albo wymieniane w razie konieczności. Może istnieć zwiększone zagrożenie podrażnieniem i zakażeniem ucha, wynikające z intensywności korzystania ze słuchawek. W celu ograniczenia tego zagrożenia personel powinien być przeszkolony w zakresie utrzymania higieny oraz dysponować stosownym czasem i odpowiednimi materiałami, aby móc realizować zalecenia higieniczne. Stanowczo zaleca się wydanie słuchawek wszystkim pracownikom.
- Skuteczność mikrofonów może być zmniejszona na skutek zanieczyszczenia żywnością, kosmetykami czy kurzem. Pracownicy odbierający telefony muszą być przeszkoleni w tym zakresie, tak by utrzymana była optymalna głośność przekazywanych sygnałów, a oni mogli uniknąć skutków frustracji dzwoniących i wyłączenia głośu.
- Należy zapewnić odpowiedni zapas nowych albo jadowych wkładek do słuchawek.
- Pracownicy powinni być zachęceni do natychmiastowego zgłaszania zagrożenia każdym rodzajem hałasu, którego skutkiem mogą być urazy fizyczne. Pracodawcy powinni wprowadzić odpowiednią politykę, by szczegóły takich incydentów były rejestrowane, a pracownicy byli badani przez właściwego specjalistę (co może obejmować kontrolę słuchu).
- Pracownicy odbierający telefony powinni być informowani o potencjalnych zagrożeniach słuchu i krokach czynionych przez pracodawcę w celu kontrolowania tych zagrożeń. Powinno się konsultować zasady pracy z pracownikami odbierającymi telefony albo ich przedstawicielami.

Źródło: HELA (2001).

podstawą obowiązujących dziś norm w zakresie narażenia na hałas, dotyczyło wyłącznie mężczyzn. Może istnieć pewne niedoszacowanie schorzeń słuchu u kobiet, zwłaszcza jeśli do ich powstania przyczynia się także wiek, a lekarze nie pytają o możliwe narażenie na czynniki szkodliwe w pracy.

Choroby związane z wibracjami

Dane podstawowe

- Pracujący mężczyźni częściej cierpią na choroby związane z wibracjami. Są oni w o wiele więk-

szym stopniu narażenia na wibracje niż kobiety, co wynika z rozdziału zawodów.

- Potrzebne są dalsze badania prognostyczne wśród kobiet, jak również sprawdzenie, czy ryzyko dla kobiet i mężczyzn jest różne przy takim samym poziomie narażenia zawodowego.

Narażenie na wibracje występuje w wielu zawodach, w wyniku kontaktu z wibrującymi maszynami albo sprzętem. Drgania miejscowe powodują uszkodzenia naczyń krwionośnych i nerwów w palcach rąk. Wynikające z tego schorzenie jest znane jako choroba białych palców (objaw Raynauda). Zaatakowane palce bieleją, zwłaszcza kiedy są wystawione na działanie zimna. Wywołana przez wibracje choroba białych palców powoduje także utratę siły chwytu i obniżoną wrażliwość na dotyk. Skutki drgań ogólnych są słabo poznane. Badania kierowców ciężkich pojazdów ujawniły zwiększoną częstość występowania zaburzeń jelit oraz dolegliwości układów krążenia, mięśniowo-szkieletowego i neurologicznego.

Według danych z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy mężczyźni są o wiele bardziej narażeni na wibracje w pracy niż kobiety. Niemniej 7% respondentów płci żeńskiej zgłosiło narażenie przez co najmniej połowę czasu pracy na wibracje spowodowane przez narzędzia ręczne, maszyny itd. Wskaźnik dla respondentów płci męskiej wyniósł 23%.

Maszyny do szycia i krosna są jednym ze źródeł wibracji w sektorze włókienniczym, w zawodach zdominowanych przez kobiety. W szwedzkim badaniach na próbie kobiet, które w Biurze Ubezpieczeń Społecznych zgłosiły urazy albo otrzymały odszkodowania w wyniku związanych z pracą drgań miejscowych, stwierdzono, że narażenie jest największe wśród techników dentystycznych używających ręcznych narzędzi wibracyjnych (Bylund i in., 2002).

Istnieją także dowody zwiększonego zagrożenia związanymi z pracą schorzeniami kończyn górnych w grupach zawodowych pracujących narzędziami

wibracyjnymi (Buckle i Devereux, 1999). Bylund i Burström (2003) przytaczają wyniki kilku badań dowodzące, że kobiety, które używają narzędzi wibracyjnych, mogą mieć wyższy wskaźnik objawów niż mężczyźni. Omówiono już zagadnienie odpowiednich, ergonomicznie zaprojektowanych narzędzi dla kobiet. Czy w przypadkach, gdy kobiety używają narzędzi wibracyjnych niewłaściwie zaprojektowanych pod względem ergonomicznym, mogą być one w większym stopniu zagrożone skutkami wibracji i schorzeniami kończyn górnych niż mężczyźni? O wyższych wskaźnikach urazów w wyniku wibracji decydują także czynniki antropometryczne, na przykład niski wzrost (Bylund i Burström, 2003). Bylund i Burström przeprowadzili własne badania, w których uwzględnili nie tylko poziom, częstotliwość i czas trwania wibracji (według międzynarodowej normy pomiaru narażenia na wibracje), lecz także siłę chwytu, postawę i cechy indywidualne. Na podstawie uzyskanych wyników i po uwzględnieniu różnic antropometrycznych nie stwierdzili żadnych różnic ze względu na płeć we wskaźnikach absorpcji mocy. Badania nad urazami w wyniku wibracji przebiegały były prowadzone na mężczyznach. Potrzebne są dalsze badania, które wyjaśnią zarówno zagadnienia ergonomiczne, jak i różnice ze względu na płeć w podatności na drgania. U kobiet narażonych na drgania ogólne mogą występować zaburzenia menstruacyjne i samoistne poronienia, co również powinno być dokładniej zbadane.

Temperatury podczas pracy

Dane podstawowe

- Mężczyźni są bardziej niż kobiety narażeni na skrajne temperatury w warunkach pracy.
- Ważne jest przeanalizowanie, jakie prace są wykonywane w mikroklimacie gorącym i zimnym.

Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy mężczyźni częściej niż kobiety zgłaszają narażenie na działanie wysokich lub niskich temperatur przez co najmniej połowę czasu pracy; 11% respondentów płci żeńskiej zgłosiło

narażenie na działanie wysokich temperatur, a 7% – narażenie na działanie niskich temperatur. Analogiczne wskaźniki dla mężczyzn wyniosły 17 i 16%.

Strefy pracy, w których kobiety mogą być narażone na wysokie temperatury, to: gastronomia (kuchnie), pralnie i rolnictwo, natomiast na niskie temperatury – rolnictwo i przetwórstwo spożywcze.

Kobiety mają prawdopodobnie o wiele za mały udział we wskaźnikach skrajnego narażenia na hałas, wilgoć, zimno albo gorąco w pracy. Jednak na podstawie wyników badań przeprowadzonych w sektorze przetwórstwa drobiu stwierdzono, że kobiety nie były narażone na skrajne zimno w chłodni, ale utrzymywały stosunkowo nieruchome pozycje podczas pracy w temperaturze około czterech stopni, podczas gdy mężczyźni przemieszczali się ze skrajnie zimnych pomieszczeń do pomieszczeń o temperaturze pokojowej. Kobiety częściej zgłaszały skrajne zimno (Messing i in., 1998b; Messing, 1999). Ważny jest także typ wykonywanej pracy, gdyż wydaje się, że praca w niskich temperaturach może zwiększać ryzyko występowania schorzeń kończyn górnych.

Rozrodczość

Dane podstawowe

- Większość badań nad rozrodczością koncentrowano na kobietach w ciąży i ochronie płodu i tylko kobiety w ciąży i po porodzie objęte są specjalnym ustawodawstwem UE.
- Prawie całkowicie ignorowano możliwy wpływ warunków pracy na określone kobiece przypadłości, takie jak menstruacja i menopauza.
- Potrzebne są dalsze badania i informacje na temat wpływu warunków pracy na układ rozrodczy, dotyczące zarówno kobiet, jak i mężczyzn, w tym także na płodność, aktywność seksualną, wczesną menopauzę i zaburzenia miesiączkowania.
- Można rozważyć włączenie wskaźników dolegliwości układu rozrodczego do europejskich ankiet na temat warunków pracy.

- Należy rozpowszechniać wiedzę na temat dobrych praktyk w zakresie metodologii badań oraz oceny i zapobiegania ryzyku.

Układ rozrodczy u kobiet i mężczyzn różni się oczywiście i oznacza to, że na rozrodczość kobiet i mężczyzn inaczej oddziałują czynniki szkodliwe środowiska pracy. Do zaburzeń układu rozrodczego zalicza się: wrodzone wady, zaburzenia rozwoju, samoistne poronienia, wczesną śmierć płodu, niską wagę urodzeniową, przedwczesny poród oraz wrodzone wady i choroby u potomstwa, a także bezpłodność i zmniejszoną płodność, impotencję i zaburzenia menstruacyjne. Zwłaszcza w przypadku kobiet tymi zagadnieniami należy się zajmować w kontekście wieku, ponieważ są one związane właśnie z wiekiem (White, 2000).

Inaczej niż w przypadku większości zagadnień z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy zagrożenia związane z układem rozrodczym badano przede wszystkim w odniesieniu do kobiet. Analiza najnowszych artykułów z czasopism (zobacz zestawienie 57 w rozdziale 5) wykazała, że 93 z 251 artykułów na temat higieny pracy kobiet dotyczyło wyłącznie rozrodczości, natomiast w przypadku mężczyzn było to tylko 15 z 314 artykułów.

W centrum uwagi są: ciąża (czyli spojrzenie na kobietę jako na osobę rodzącą dzieci i troszczącą się o nie), zdrowie płodu i zdrowie nowo narodzonego dziecka. Były nawet przykłady usankcjonowanej prawnie „polityki ochrony płodu”, która wyłącza kobiety w wieku rozrodczym z aktywności zawodowej. Te programy działania, nawet jeśli powstały w dobrych intencjach, nie uwzględniają faktu, że mężczyźni także są narażeni na przedurodzeniowe zagrożenia związane z rozrodczością (Stellman i Lucas, 2000). W konsekwencji poświęcano mniej uwagi wpływowi pracy na męską i kobiecą płodność i życie seksualne, a także problemom kobiet po porodzie i karmiących.

Chociaż prowadzono odrębne badania nad wpływem określonych zagrożeń w miejscu pracy na układ rozrodczy, wydaje się, że nie ma żadnych

danych na temat zakresu, w jakim praca wpływa na ten układ. Europejskie ankiety na temat warunków pracy przeprowadzone wśród pracowników nie zawierały pytań z tej dziedziny. Chociaż wykazano, że wiele czynników szkodliwych w środowisku pracy niekorzystnie oddziałuje na płodność (np. ołów, rozpuszczalniki i niektóre pestycydy), nie określono, w jakim stopniu zagrożenia zawodowe wpływają na męską i kobiecą bezpłodność.

Zestawienie 36: Fryzjerstwo a niemowlęta o niskiej wadze urodzeniowej

Fryzjerki są narażone na działanie wielu substancji chemicznych, co może być przyczyną alergii, astmy, egzemy rąk i innych problemów zdrowotnych. Ponadto, jak wskazują wyniki badań ponad 7000 szwedzkich fryzjerek, są one w stopniu nieco większym niż ogół kobiet zagrożone urodzeniem dzieci o niskiej wadze urodzeniowej i z poważnymi wadami rozwojowymi (częste narażenie na chemikalia używane do trwałej ondulacji i zawarte w lakierach do włosów zwykle wiązało się z podwyższonym ryzykiem urodzenia dziecka o niskiej masie urodzeniowej) (Rylander i in., 2002). Istnieją także inne czynniki zawodowe, które mogą wpływać na stan zdrowia fryzjerek, na przykład długie stanie.

Kobiety w ciąży i po porodzie

Narażenie zawodowe kobiet w ciąży może wpływać na ich potomstwo na różne sposoby. Substancje chemiczne, które przedostają się do krwiobiegu, mogą przejść do mleka matki. Niewłaściwe warunki pracy mogą przyczyniać się do powstawania wielu problemów zdrowotnych związanych z ciążą i okresem po porodzie, w tym zmęczenia i znużenia, bólu i złego samopoczucia, kłopotów z kręgosłupem, opuchlizny nóg, nudności, zmian ciśnienia krwi oraz stresu.

UE wprowadziła w życie specjalną dyrektywę dotyczącą ochrony pracownic w ciąży i tych, które niedawno urodziły dziecko albo karmią piersią (dyrektywa Rady 92/85/EWG). Pracodawcy są zobowiązani do przeprowadzenia oceny ryzyka na stanowiskach pracy tych kobiet i podjęcia działań w celu eliminacji zagrożeń lub ich ograniczenia. Jeśli nie jest możliwe wyeliminowanie zagrożeń, wymaga się, by ko-

biecie zaproponowano alternatywne zajęcia, a jeśli i to nie jest możliwe, powinna zostać zwolniona ze świadczenia pracy z zachowaniem wynagrodzenia, chociaż wysuwane są argumenty, że w dyrektywie należy bardziej wyeksponować obowiązek eliminowania zagrożeń u źródła (na przykład Vogel, 2002). W dyrektywie uwzględniono także kwestie urlopu macierzyńskiego, czasu wolnego na badania prenatalne i ochrony przed zwolnieniem z pracy. Ponadto w UE wymaga się odpowiedniego etykietowania substancji chemicznych działających szkodliwie na układ rozrodczy.

W dyrektywie uwzględniono wiele czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych, a także procesów i warunków pracy, które mogą stwarzać zagrożenie dla kobiet po porodzie i ciężarnych. Wspólnota Europejska opracowała dodatkowe zalecenia dotyczące oceny ryzyka w celu wspierania realizacji postanowień dyrektywy (Komisja Europejska, 2000a). Wykaz czynników ujętych w zaleceniach jest podany w zestawieniu 37. Jednak w zaleceniach nie wspomina się o takich problemach jak depresja poporodowa, która może stanowić poważny problem dla niektórych kobiet powracających do pracy.

Wiele państw członkowskich opracowało dodatkowe zalecenia i protokoły w zakresie dobrych praktyk w celu wsparcia krajowych przepisów wprowadzających dyrektywę. Na przykład w Hiszpanii powstały zalecenia co do dobrej praktyki, specjalny przewodnik i poradnik dotyczący negocjacji oraz zalecenia dla inspektorów pracy (Hiszpańskie Ministerstwo Zatrudnienia i Spraw Społecznych, 2002). Inicjatywy włoskie obejmują zalecenia dotyczące oceny zagrożeń związanych z hałasem, wibracjami i przyjmowaniem leków przeciwnowotworowych (ISPESL, 2002). Należy także zauważyć, że narażenie wszystkich pracowników na wiele z tych zagrożeń powinno już być kontrolowane zgodnie z wymaganiami ogólnych dyrektyw Unii Europejskiej, na przykład zagrożenia niebezpiecznymi substancjami. Właściwe wprowadzanie w życie ogólnych i szczegółowych przepisów prawnych i zaleceń przyczyniłoby się w znacznym stopniu do poprawy stanu zdrowia za-

Zestawienie 37: Zagrożenia i problemy uwzględnione w zaleceniach Komisji Europejskiej dotyczących oceny zagrożeń pracowników w ciąży i pracowników, które niedawno urodziły dziecko albo karmią piersią

- Zmęczenie psychiczne i fizyczne oraz czas pracy (długie godziny pracy, praca nocna i zmianowa)
- Pozycje ciała związane z czynnościami matek po porodzie albo kobiet ciężarnych
- Praca na wysokości
- Praca w samotności
- Stres związany z pracą
- Czynności wykonywane na stojąco
- Czynności wykonywane na siedząco
- Brak pomieszczeń do odpoczynku i innych składowych zaplecza socjalnego w miejscu pracy
- Ryzyko zakażenia albo choroby nerek wynikające z niezapewnienia odpowiednich urządzeń higienicznych
- Zagrożenia wynikające z niewłaściwego żywienia

- Brak sprzyjających warunków do karmienia piersią i odciągania mleka oraz wynikające stąd zagrożenia
- Wstrząsy i wibracje
- Promieniowanie jonizujące
- Promieniowanie niejonizujące
- Skrajne temperatury
- Praca w atmosferze hiperbarycznej
- Czynniki biologiczne
- Czynniki chemiczne, w tym: rtęć, leki antymitotyczne (cytotoksyczne); substancje, które mogą być wchłaniane przez skórę (między innymi niektóre pestycydy); tlenek węgla; ołów
- Przenoszenie ciężarów
- Pozycje przy pracy
- Podróżowanie
- Podziemny przemysł wydobywczy
- Praca przy monitorach komputerów
- Sprzęt roboczy, środki ochrony indywidualnej i odzież robocza

Źródło: Komisja Europejska (2000a).

równie ciężarnej kobiety, jak i płodu. Wsparciem mogłaby być gruntowna wiedza o typach zawodów i czynności zawodowych związanych z zagrożeniami, jak również badania i praktyczne narzędzia do skutecznej oceny ryzyka. Należy również dzielić się doświadczeniami z zakresu dobrych praktyk. Istotna jest także znajomość obowiązującego prawa. W Finlandii stwierdzono, że nie wszystkie kobiety w ciąży korzystają z uprawnień do specjalnego urlopu, gdyż nie wiedzą o nim zarówno one, jak i pracodawcy.

Zagrożenia w tym obszarze i sposoby zapobiegania im powinny być nadal badane. Konieczne jest na przykład odpowiednie testowanie substancji chemicznych pod kątem ich działania na układ rozrodczy, rozpoznanie skutków pracy powtarzalnej i szybkiego tempa pracy, przyjmowania wymuszonych pozycji ciała, wysiłku statycznego itd. Należy także poświęcić więcej uwagi wpływowi warunków pracy

Zestawienie 38

Czynniki zagrożeń w sektorze służby zdrowia to między innymi:

- gazy anestetyczne;
- leki przeciwnowotworowe;
- środki dezynfekcyjne i inne środki chemiczne (np. rtęć);
- promieniowanie niejonizujące;
- promieniowanie jonizujące;
- praca zmianowa i nocna;
- ciężka praca fizyczna, przenoszenie ciężarów i długotrwałe stanie;
- czynniki biologiczne;
- przemęczenie fizyczne i psychiczne.

Źródła: Figà-Talamanca (2000); Lindbohm i Taskinen (2000); Taskinen i in. (1999); Sallmén i Taskinen (1998); Axelsson i in. (1996).

na zdrowie samej kobiety oraz ocenić skuteczność środków prawnych i pomocniczych. Pozostała część tego rozdziału jest poświęcona tym problemom rozrodczości, na które raczej nie zwracano uwagi i których nie dotyczy specjalne ustawodawstwo.

Zaburzenia menstruacyjne i płodność

Zaburzenia menstruacyjne obejmują miesiączkowanie bolesne – poważny ból miesiączkowy i kurchy, brak miesiączki, nieregularne cykle, cykle bez jajczkowania i ograniczenie płodności. O menstruacji nie mówi się otwarcie, nawet wśród kobiet, i wysoce nieprawdopodobne jest uwzględnienie tego problemu w listach kontrolnych i ankietach, które są powszechnie stosowane do oceny ryzyka w miejscu pracy. Jeśli jednak to pytanie się pojawi, kobiety mogą nadal niechętnie na nie odpowiadać (Messing, 1998). Ponadto kobiety niechętnie widzą roztrząsanie „kobiecych problemów” w miejscu pracy. Mimo że stosunkowo łatwiej jest przeprowadzić badania dotyczące menstruacji niż badania z zakresu rozrodczości, badania nad cyklem miesiączkowym w kontekście narażenia na czynniki ryzyka w pracy są nieliczne (Messing, 1998).

Na przykład Figà-Talamanca (1999) przytacza następujące czynniki zagrożenia w miejscu pracy łączzone z zaburzeniami menstruacyjnymi:

- męcząca praca fizyczna (zakłócenia cyklu miesiączkowego);
- wyczerpująca i stresująca praca, która może wpływać na miesiączkowanie u pracujących ko-

biet w takich sektorach, jak rolnictwo, przemysł, usługi, pielęgniarstwo, transport lotniczy, siły zbrojne itd.;

- stres zawodowy (bolesne miesiączkowanie);
- narażenie na hormony i środki alkilujące, na przykład w przemyśle farmaceutycznym (zaburzenia menstruacyjne);
- narażenie na fluorowcowane węglowodory i preparaty fosforoorganiczne, na przykład przy produkcji i stosowaniu pestycydów (zaburzenia menstruacyjne), (zobacz także Valls-Llobet, 2002);
- narażenie na metale ciężkie, takie jak ołów, rtęć i kadm, w przemyśle metalowo-mechanicznym (zaburzenia menstruacyjne i brak miesiączki);
- narażenie na rtęć używaną w amalgamatach dentystycznych (kłopoty z zająciem w ciąży);
- narażenie na hałas oraz skrajne temperatury w przemyśle spożywczym (bolesne miesiączkowanie, zaburzenia hormonalne, zmniejszona płodność);
- narażenie na rozpuszczalniki, takie jak benzen, styren, disiarczek węgla i formaldehyd (zaburzenia menstruacyjne i czynności jajników, zmniejszona płodność);
- narażenie na rozpuszczalniki, w tym „w zakresie dopuszczalnych norm narażenia”, między innymi na styren, ksylen, toluen, trichloroetylen, tetrachloroetylen, używane na przykład w pralniach chemicznych i laboratoriach (kłopoty z zająciem w ciąży).

Ponadto NIOSH (1999b) stwierdza, że narażenie na disiarczek węgla (CS₂) wpływa na zmiany cyklu

Zestawienie 39: Przykład ukierunkowanego na problem płci podejścia do badań nad płodnością

Sallmén (2000) badał, czy zawodowe narażenie na rozpuszczalniki organiczne albo nieorganiczny ołów jest związane ze zmniejszoną płodnością. Dane na temat czasu do zajścia w ciążę zostały zebrane zarówno od pracowników, jak i żon pracowników. Codzienne albo istotnie duże narażenie przyszłych matek na rozpuszczalniki było współzależne ze zmniejszoną płodnością. Zwłaszcza fluorowcowane węglowodory i węglowodory alifatyczne podwyższały ryzyko; długi czas do zajścia w ciążę

obserwowano u kobiet pracujących w pralniach chemicznych, wytwórniach butów i przemyśle metalowym. Duże narażenie przyszłych matek na ołów zostało tylko próbnie połączone z długim czasem do zajścia w ciążę. Badania potwierdzają także w ograniczonym stopniu hipotezę, że narażenie ojca na rozpuszczalniki organiczne obniża płodność, a narażenie na nieorganiczny ołów wiąże się z opóźnieniem poczęcia. Potencjalny błąd powstały w wyniku ograniczenia się do par, w których kobiety są w ciąży, zbadano przez włączenie opartych na rejestrach badań nad brzemiennością żon monitorowanych mężczyzn. Wyniki tych badań potwierdziły tezę o negatywnym oddziaływaniu ołowiu na płodność.

miesiączkowego u pracownic wytwarzających jedwab wiskozowy.

Kobiety powszechnie doświadczają objawów przedmiesiączkowych. Na zespół napięcia przedmiesiączkowego składają się: nagłe zmiany nastroju, osłabienie pamięci, brak koncentracji, zmęczenie, zmiany apetytu, wzdęcia brzucha, ból piersi, obrzęk rąk i stóp, bóle mięśni, bóle głowy i migrena. Narażenie na stresory w miejscu pracy może przyczynić się do wystąpienia objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego albo je wzmocnić, jako że stres wpływa na cykl miesięczkowy (Hatch i in., 1999). Obniżenie poziomu stresu może złagodzić objawy.

Jednym ze sposobów badania płodności jest mierzenie zdolności do poczęcia, tj. prawdopodobieństwa ciąży klinicznej w danym cyklu miesięczkowym. Informacje na temat ograniczeń niektórych dotychczasowych badań nad płodnością przedstawił Baird i Strassmann (2000).

Gruźlica jest chorobą hormonalną i immunologiczną, w której komórki wyścielające wnętrze macicy (śluzówkę macicy) pojawiają się też w innych częściach organizmu. Wywołuje to różnorodne objawy, w tym zaburzenia menstruacyjne, umiarkowany albo poważny ból brzucha, problemy z jelitami i bezpłodność. Przyczyna choroby nie jest znana, ale we wszelkich badaniach środowiskowych powinno się uwzględnić czynniki ryzyka w środowisku pracy.

Libido (popęd płciowy) a godziny pracy

Większość badań nad rozrodczością dotyczyła czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych. W ograniczonym stopniu poświęcano uwagę zagrożeniom psychospołecznym. Jedno z badań dotyczyło związku między godzinami pracy a libido, czyli popędem płciowym (Pryce i in.). Stwierdzono związek między długimi godzinami pracy a osłabionym libido u mężczyzn oraz między sztywnymi godzinami pracy i osłabionym libido u kobiet. Jednak, jak zwracają uwagę badacze, nie uwzględniono niepłatnej pracy w domu, i należy to wziąć pod uwagę w przyszłych badaniach. W ankiecie na temat zdrowia pracujących

kobiet w regionie Toskanii we Włoszech zgłaszano problemy z libido, jak również zaburzenia menstruacyjne w związku ze stresem w pracy (Massai, 2001).

Menopauza

Niewiele uwagi poświęcono wpływowi zagrożeń w pracy na wcześniejsze wystąpienie menopauzy. Jednak niektóre badania wskazują na związek między wiekiem, w którym wystąpiła naturalna menopauza, a narażeniem na czynniki ryzyka. Na przykład Wise i in. (2002) stwierdzili związek między trudnościami ekonomicznymi a wcześniejszym początkiem menopauzy i doszli do wniosku, że prawdopodobnie chodzi tu o połączenie różnych czynników, w tym stresu i narażenia na dym tytoniowy oraz inne toksyny. Cooper i in. (2002) analizowali problem narażenia na plazmowe polichlorowane bifenyle (PCB) i 1,1-dichloro-2,2-bis(-chlorofenyl)etylen (DDE) w kontekście wystąpienia naturalnej menopauzy. Stwierdzili związek między narażeniem na DDE i wcześniejszą menopauzą, podobny do związku między paleniem i menopauzą, ale nie zaobserwowali analogicznego zjawiska odnośnie do PCB. Stąd ich wniosek, że studia prospektywne, w których narażenie mierzono by przed menopauzą, byłyby szczególnie użyteczne dla dalszych badań.

O wiele więcej uwagi poświęcono kwestii możliwości wpływu zmian hormonalnych, na przykład obserwowanych w czasie menopauzy, na występowanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego, takich jak zespół cieśni nadgarstka. Jednak rola hormonów żeńskich w rozwoju chorób układu mięśniowo-szkieletowego jest bardzo słabo poznana, a w literaturze nie ma zgody co do tej kwestii. Dane nie potwierdzają tego, że hormony są ważnym modyfikatorem wpływu zagrożeń ergonomicznych na choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Należy zwłaszcza pamiętać, że starsze kobiety prawdopodobnie były dłużej narażone na niekorzystne ergonomiczne czynniki pracy, o których wiadomo, że powodują choroby układu mięśniowo-szkieletowego (Punnett i Herbert, 2000; Messing, 1998; Doyal, 2002).

Wśród specjalistów do spraw bezpieczeństwa pracy w Zjednoczonym Królestwie przeprowadzono ankietę na temat związku między menopauzą a pracą (Paul, 2003). Pytanie o menopauzę zostało włączone do ogólnej ankiety na temat warunków pracy dla przedstawicieli związków zawodowych. 22% respondentów odpowiedziało, że pracujące kobiety zgłaszają menopauzę jako problem pogłębiany przez pracę. W rezultacie przeprowadzono dodatkową ankietę dotyczącą skutków menopauzy dla zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy. W końcowym raporcie wymieniono różne zjawiska związane z menopauzą, które praca może pogłębić albo utrudnić radzenie sobie z nimi, w tym: nagłe uderzenia gorąca i poty; bóle głowy, zmęczenie i znużenie; stres, lęk i depresję; zaburzenia snu; silne albo trudne do przewidzenia krwawienie miesięczne; suchość i podrażnienie skóry i oczu; skutki uboczne hormonalnej terapii zastępczej, takie jak mdłości i wymioty; nagłe parcie na moc; zwiększone ryzyko osteoporozy wynikające z pracy siedzącej, wymuszonej pozycji ciała podczas pracy, stosowania diet albo braku światła (dieta i światło łączą się z niedoborem wapnia).

W podsumowaniu ankiety wskazano wiele sposobów wspierania kobiet przechodzących menopauzę przez odpowiednią politykę bezpieczeństwa i higieny pracy oraz politykę promocji zdrowia. Wśród tych sposobów są:

- możliwość regulowania podczas pracy temperatury i wilgotności oraz dodatkowo wentylacji;
- dostęp do odpowiednich pomieszczeń do wypoczynku i toalet, a także zimnej wody do picia;
- ruchome przerwy na wypoczynek i pójście do toalety;
- odpowiednie uniformy (warstwowe i luźne ubiory) i odzież ochronna;
- dostęp do naturalnego oświetlenia;
- zapewnienie lepszych warunków do pracy w pozycji siedzącej;
- ograniczenie godzin pracy oraz stresu;
- zapewnienie zdrowego jedzenia, na przykład w stołówkach albo automatach przekąskowych;

Zestawienie 40

ISPESL (Włoski Krajowy Instytut Bezpieczeństwa i Higieny Pracy), we współpracy z różnymi placówkami uniwersyteckimi i instytutami badawczymi, rozpoczął realizację projektu obejmującego wszystkie obszary zagrożeń dla rozrodczości pracujących kobiet, w tym wpływ pracy na menopauzę, z uwzględnieniem wzrostu liczby starszych pracujących kobiet, a także wpływu stresu związanego z pracą. W projekcie uwzględniono także akcje uświadamiające, informowanie i kształcenie na temat związanych z pracą zagrożeń dla rozrodczości, jako że te zagrożenia są często zbyt nisko szacowane. Cele projektu, finansowanego przez ministerstwo zdrowia, to:

- ocena zagrożeń dla rozrodczości wśród robotnic rolnych;
- sprawdzenie możliwego związku między narażeniem w pracy na leki przeciwnowotworowe a rozrodczością, ze zwróceniem szczególnej uwagi na zmniejszenie płodności;
- ocena wpływu pracy na wiek, w którym rozpoczyna się menopauza, regulację wewnątrzwydzielniczą, złamania kości i stan układu sercowo-naczyniowego;
- promowanie i realizacja inicjatyw służących uświadamianiu i kształceniu w omawianym obszarze oraz optymalizacja usług zdrowotnych dla kobiet;
- przeprowadzenie badań nad zachorowalnością i umieralnością pracowników służby zdrowia i ich potomstwa;
- ocena zmęczenia psychicznego i fizycznego u kobiet pracujących w sektorze opieki zdrowotnej w celu usprawnienia działań szkoleniowych i interwencyjnych.

Źródło: Papaleo i in. (2003).

- zapewnienie czasu na leczenie oraz konstruktywne podejście do przypadków absencji chorobowej;
- ułatwienie dostępu do informacji i poradnictwa;
- zapewnienie życzliwego i wspierającego środowiska pracy.

Źródło: Paul (2003).

Płodność mężczyzn

Koncentracja na płodzie ciężarnej kobiety oznacza, że o wiele mniej uwagi poświęca się płodności

i uszkodzeniom genetycznym zarówno u pracujących mężczyzn, jak i kobiet. Jednak takie organizacje jak NIOSH wskazują, że obserwowane na całym świecie zmniejszanie się liczby plemników w spermie mężczyzn wzbudza zaniepokojenie kwestią oddziaływania szkodliwych substancji chemicznych w środowisku pracy i ogólnie w środowisku życia (strona internetowa NIOSH (a), Komisja Europejska, 1999).

Zestawienie 41: Ustawodawstwo w zakresie rozrodczości

Wszystkie państwa członkowskie UE wprowadziły prawną ochronę ciężarnych kobiet w miejscu pracy, ale jedynie Finlandia szerzej uwzględniła w swoim ustawodawstwie z zakresu bezpieczeństwa pracy zagrożenia dla rozrodczości. W ocenie ryzyka należy brać pod uwagę „potencjalne zagrożenia dla zdrowia rozrodczego”, a narażenie na niebezpieczne substancje chemiczne, czynniki fizyczne i biologiczne będzie zmniejszane, aby „nie powstawało żadne zagrożenie dla bezpieczeństwa albo zdrowia bądź zdrowia rozrodczego pracowników”. W ocenie ryzyka muszą być także uwzględnione „wiek pracowników, ich płeć, umiejętności zawodowe i inne cechy indywidualne”.

Źródło: Ustawa o Bezpieczeństwie i Higienie Pracy 738/2002: Ministerstwo Spraw Społecznych Finlandii.

Na jakość spermy i płodność mężczyzn wpływa między innymi narażenie na pestycydy, promieniowanie, ołów i wysoką temperaturę (Messing, 1998; NIOSH, 1997). Potrzebne są dalsze badania w tym obszarze, jednak wprowadzanie w życie istniejącego już ustawodawstwa w zakresie niebezpiecznych substancji i czynników fizycznych przyczyniłoby się w znacznym stopniu do ochrony zdrowia mężczyzn.

Sztynne godziny pracy i obciążenie obowiązkami domowymi

Dane podstawowe

- Równowaga między pracą a życiem prywatnym jest ważna dla wszystkich pracujących. Długie godziny pracy, „nietypowe” elementy w harmonogramach pracy i brak kontroli albo elastycznych godzin pracy przyczyniają się do dysharmonii między pracą a innymi aspektami życia.

- Polityka i praktyka wspierania osób obciążonych obowiązkami opiekuńczymi przyniosłaby korzyści zwłaszcza kobietom.
- Mężczyźni pracujący w pełnym wymiarze godzin także chcą pracować krócej, a ci, którzy mają rodzinę, chcą skorzystać z „przyjaznych dla rodziny” zasad pracy. Dyskusje nad polityką pogodzenia pracy z życiem rodzinnym powinny dotyczyć także harmonogramów pracy mężczyzn, co powinno pomóc także kobietom pracować w sferach zdominowanych przez mężczyzn.
- Kontekst ustawodawstwa i polityki społecznej w znacznym stopniu wpływa na zasięg, działanie i rezultaty polityki „przyjaznej dla rodziny”.
- Praca zawodowa kobiet jest bardziej obciążająca pod względem fizycznym i psychicznym, kiedy pracują one „na dwie zmiany”, wykonując pracę płatną i niepłatną w domu. Równiejszy podział obowiązków w domu na pewno przyniosłby korzyść kobietom, ale mógłby także spowodować pozytywne zmiany dla mężczyzn.
- Potrzebne są dalsze badania weryfikujące poglądy kobiet i mężczyzn na to, co uważają za „możliwe do pogodzenia” harmonogramy, oraz skuteczną politykę i praktykę w celu zrównoważenia pracy i życia prywatnego; należy też dzielić się przykładami dobrej praktyki.

W UE wzrosła liczba gospodarstw domowych, w których oboje partnerzy pracują. Takie gospodarstwa są obecnie powszechniejsze w większości państw członkowskich niż gospodarstwa, w których pracuje tylko mężczyzna (Franco i Winqvist, 2002). Jak już wspomniano, podział pracy w domu jest nierówny. Ogólnie biorąc, kobiety nadal są bardziej obciążone obowiązkami domowymi, nawet kiedy każdy z partnerów pracuje w pełnym wymiarze godzin. Oznacza to, że dla wielu pracujących kobiet codzienna praca zawodowa jest zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym bardziej obciążająca i stresująca. Kobiety, nawet kiedy są chore, nadal muszą troszczyć się o potrze-

by członków swojej rodziny, a zatem mogą nie być w stanie odpocząć na tyle, by wrócić do zdrowia.

Różne badania wskazują na to, że takie podwójne obciążenie pracą może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia i bezpieczeństwa, przede wszystkim kobiet (Bielenski i Hartmann, 2000; Fagan i Burchell, 2002; Yeandle i in., 1999; Bercusson i Weiler, 1999; Kauppinen i Kandolin, 1998; Rohlf s i in., 2002; Valls-Llobet i in., 1999; Artazcoz, 2001). Wynikiem „pracy na dwóch zmianach” może być stres i chroniczne zmęczenie, a wśród udokumentowanych skutków dla zdrowia jest podwyższone ciśnienie krwi (Brisson i in., 1999). Uznaje się, że długie godziny pracy oraz sztywne harmonogramy przyczyniają się do stresu związanego z pracą, powodując dysharmonię między pracą a życiem domowym. Dźwiganie, niewygodne pozycje i powtarzalne czynności są cechą wielu prac domowych, chociaż zbadano to w niewielkim stopniu (Punnett i Herbert, 2000). Sprząta-cze są wśród osób, które mogą być narażone na takie same środki chemiczne w pracy i w domu.

Jak już wspomniano, zróżnicowanie godzin pracy ze względu na płeć występuje w różnym stopniu w poszczególnych państwach członkowskich, w tym dotyczące pracy w niepełnym wymiarze godzin i liczby godzin przepracowanych w tym wymiarze; częściowo odzwierciedla to między innymi zróżnicowanie systemów podatkowych i opieki nad dziećmi. Wskaźniki zatrudnienia kobiet i liczba przepracowanych przez nie godzin różnią się ze względu na wiek. Wpływają na to w poważnym stopniu większe obowiązki domowe kobiet. Badania i ankiety, na przykład Europejskiej Fundacji, zawierają dowody wyraźnego pragnienia i motywacji do uczestnictwa w płatnym zatrudnieniu zarówno ze strony mężczyzn, jak i kobiet. Jednak stwierdzono też, że znaczny odsetek kobiet i mężczyzn zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin chciałby pracować w krótszym wymiarze i poświęcać więcej czasu życiu prywatnemu. Mężczyźni często mają najdłuższy tygodniowy czas pracy, ponad 45 godzin, a ich ideałem byłaby praca 37-godzinna. Dysharmonia między pracą a życiem rodzinnym rośnie w miarę

wydłużania się godzin pracy na pełnym etacie i jest najbardziej dotkliwa wśród osób pracujących przez 48 godzin (maksimum ustalone w dyrektywie UE na temat czasu pracy) albo dłużej. Preferowanie pracy w niepełnym wymiarze godzin jest powszechne, zwłaszcza wśród kobiet, chociaż wiele pracujących w niepełnym wymiarze godzin wołałoby pracować dłużej. W skrócie – znaczny odsetek zarówno mężczyzn, jak i kobiet chciałby zmienić swoje godziny pracy, by przejść od bardzo krótkiej pracy w niepełnym wymiarze godzin albo bardzo długich godzin pracy do długich godzin pracy w niepełnym wymiarze godzin albo średnich godzin pracy w pełnym wymiarze godzin (zobacz Atkinson, 2000; Europejska Fundacja, 2002c; Fagan i in., 2001; Fagan i Burchell, 2002).

Zestawienie 42

Posiadanie dzieci istotnie wpływa na udział w rynku pracy, zwłaszcza kobiet. Dostępne dane statystyczne z 11 państw członkowskich wskazują, że zatrudnionych jest 72% bezdzietnych kobiet w wieku 20–50 lat i 94% mężczyzn w tej samej grupie wiekowej. Wskaźnik ten spada do 54% dla kobiet z dziećmi w wieku poniżej sześciu lat i 89% dla mężczyzn w tej samej grupie – czyli dla mężczyzn spadek ten jest o wiele mniejszy.

(Komisja Europejska, *Agenda Społeczna 2*, 2002).

Zestawienie 43

Polityka przyjazna rodzinie to [...] polityka, która ułatwia pogodzenie pracy z życiem rodzinnym dzięki popieraniu rodziny i rozwoju dziecka, ułatwia wybory rodziców dotyczące pracy i opieki nad dziećmi, a także promuje równość płci w możliwościach zatrudnienia (OECD, 2002). Wśród elementów polityki przyjaznej rodzinie mogą być:

- inicjatywy w zakresie opieki nad dziećmi, takie jak udogodnienia w miejscu pracy albo bodźce finansowe;
- urlop macierzyński i ojcowski;
- praca w niepełnym wymiarze godzin;
- urlop w razie choroby dziecka;
- ruchomy czas i elastyczny harmonogram pracy;
- praca w domu.

Europejska ankieta na temat warunków pracy pokazała, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety uważają, iż mogą pogodzić swoje harmonogramy pracy z życiem prywatnym, jeśli są one standardowe, czyli praca odbywa się w dzień, w dni powszednie i w stałych godzinach, a także nie trwa długo w ramach pełnego etatu. Mężczyźni częściej zgłaszają tu dysharmonię, z reguły dlatego, że mają niestandardowe elementy w swoim harmonogramie pracy i dłuższy tydzień pracy (Fagan i Burchell, 2002).

Niewątpliwie często występuje brak dopasowania między organizacją i celami pracy z jednej strony a zobowiązaniami i celami związanymi z życiem prywatnym z drugiej, czego konsekwencje częściej ponoszą kobiety. Istnieje tu jednak możliwość zmian. Należy zwrócić uwagę na osiągnięcie właściwej „równowagi pracy w życiu” dla wszystkich pracujących. Środkami wspierającymi są na przykład programy działania i praktyki wspomagające rodziców i opiekunów. Wydaje się, że zmiany w tej dziedzinie popierają równie mocno kobiety i mężczyźni (na przykład ACTU, 2003).

Jeden z raportów OECD wskazuje na wiele skutków niemożności pogodzenia pracy z życiem rodzinnym. Rodzice – albo osoby chcące zostać rodzicami – mogą zdecydować się na odłożenie posiadania dzieci, posiadanie mniejszej liczby dzieci, niż chcieliby, albo nieposiadanie ich w ogóle. Niektórzy wolą opuścić rynek pracy, by zajmować się dziećmi, natomiast inni chcą pracować, a nawet wydłużyć czas pracy, ale nie mogą z powodu między innymi nieodpowiednich godzin pracy albo braku opieki nad dziećmi. Jeszcze inni muszą pracować dłużej, niż chcą, stwarzając napięcia w rodzinie, co może powodować nawet rozbięcie związków albo pozostawienie młodych ludzi bez opieki, której potrzebują (OECD, 2002). Polityka przyjazna dla rodziny jest zatem korzystna dla pracodawców, gdyż pomaga im zatrzymać wykwalifikowanych i doświadczonych pracowników oraz przyciągać nowych, dla których atutem będzie pozytywny wizerunek firmy, i zmniejsza obciążenie pracowników mających dzieci.

Istnieje wiele innych ważnych zagadnień, które powinno się uwzględniać, ale które leżą poza zasięgiem niniejszego raportu, na przykład dostęp do formalnej i nieformalnej opieki nad dziećmi, dochód rodziny w wypadku pracy i bezrobocia, a także przyjazne dla niej plany pracy i programy urlopów. Występuje duże zróżnicowanie w tych dziedzinach między państwami członkowskimi. Przykłady i analizę szerszych zagadnień, takich jak polityka rządu, ustawodawstwo i systemy podatkowe, zamieszczono w publikacji OECD (2002). Szczegółowy raport OECD na temat programów działania w Niderlandach, Danii i Australii wskazuje na to, że mogą pojawiać się problemy z polityką przyjazną rodzinie, takie jak rosnący rozdział płci, jeśli jest ona realizowana tylko w organizacjach albo sektorach zdominowanych przez kobiety (zobacz także Gonäs, 2002), oraz że kontekst ustawodawstwa i polityki społecznej w poważnym stopniu wpływa na zasięg, oddziaływanie i rezultaty polityki „przyjaznej dla rodziny”.

W Finlandii prawo pozwala obecnie organizacjom zapewniać usługi w zakresie opieki nad dziećmi tym pracownikom, którzy inaczej pozostawaliby w domu z chorym dzieckiem. Według prawa usługa opieki nad dziećmi opłacana przez pracodawcę jest wolnym od podatku świadczeniem na rzecz pracownika. Jednak świadczenie to nie dotyczy wszystkich pracowników. Może być przyznawane tylko osobom na kluczowych albo wyższych stanowiskach w firmie. Pracownik jest uprawniony do korzystania z dwóch do czterech dni usług z zakresu opieki nad dziećmi, czyli takiego samego czasu, przez jaki mógłby pozostać w domu z chorym dzieckiem (Cancedda, 2001).

W przypadku gdy wprowadzanie praktyk dotyczących „równowagi pracy w życiu” jest dobrowolne, wydaje się, że wiele organizacji trzeba przekonać o korzyściach z nich wynikających. Na przykład w jednym z niedawnych brytyjskich badań stwierdzono, że tylko 3% przedsiębiorstw, w których przeprowadzono ankietę, zapewnia jakiś program dziennej opieki dzieciom pracowników i tylko 8% zapewnia jakieś fundusze na ten cel (Taylor, 2002). Jednak rośnie liczba przykładów dobrej praktyki (zestawienie 44).

Zestawienie 44

Grupa robocza w jednej z placówek opieki zdrowotnej (usługi szpitalne i pokrewne) w Zjednoczonym Królestwie opracowała podejście do praktyk z zakresu czasu pracy i zatrudnienia, które ułatwia pracownikom pogodzenie pracy z życiem prywatnym. Po opracowaniu programu został on przyjęty przez wspólny komitet pracowniczy, forum dyrektorów i przedstawicieli pracowników, zanim ostatecznie go zatwierdzono. Elastyczne podejście obejmuje: pracę w niepełnym wymiarze godzin, czasowe zmniejszenie liczby godzin pracy, dzielenie się stanowiskiem pracy, przesunięcie godzin pracy, ruchomy roczny czas pracy, stopniowy powrót do pracy, pracę w domu, przerwę w ciągłości pracy, urlop specjalny i rodzicielski oraz zindywidualizowany urlop wypoczynkowy – zwiększenie uprawnień do urlopu do maksymalnie 40 dni w roku, z proporcjonalnym obniżeniem wynagrodze-

nia albo ograniczeniem uprawnień do dodatkowego wynagrodzenia w okresie do pięciu dni.

Duża sieć supermarketów w Zjednoczonym Królestwie rozpoczyna gromadzenie, przegląd i ujednolicanie wielu już istniejących strategii w celu opracowania sformalizowanej polityki „równowagi pracy w życiu”. Wśród obecnych świadczeń są: wyższe wynagrodzenie za urlop macierzyński, urlop ojcowski i rodzicielski, przerwy w ciągłości pracy, urlop adopcyjny i na opiekę nad cudzym dzieckiem, urlop na leczenie bezpłodności, czas wolny na okoliczność nieprzewidzianych zdarzeń, płatny urlop w związku z żałobą, żłobki (tylko w Londynie), ruchomy czas pracy w niepełnym wymiarze godzin i dzielenie się stanowiskiem pracy.

Źródło: Tworzenie równowagi pracy w życiu: Przewodnik po dobrej praktyce dla pracodawców, Ministerstwo Handlu i Przemysłu Zjednoczonego Królestwa, 2000.

Poza godzinami pracy i inicjatywami z zakresu opieki nad dziećmi istotne znaczenie ma także kultura organizacji wobec osób, które od niedawna są rodzicami. Z badań nad tymi osobami (Borrill i Kidd, 1994) wynika, że kobiety mają większe niż mężczyźni trudności z omawianiem z przełożonymi swoich zmienionych warunków i oczekiwań. Powodem jest niepewność, lęk i brak zaufania do organizacji. Celowi promowania równiejszego podziału zadań w domu służą także działania na rzecz zmiany tradycyjnego postrzegania ról ojca i matki. Artazcoz (2001) wskazuje na to, że potrzebne są ukierunkowane na czynnik płci działania edukacyjne w szkołach, zakładach pracy i mass mediach, które wpłyną na społeczną świadomość podziału domowych ról i obowiązków.

Chociaż pozytywne działania służące godzeniu pracy z życiem rodzinnym są szczególnie ważne dla kobiet, to przyjazna dla rodziny polityka pracy przynosi korzyści obojgu rodzicom, a badania wskazują, że mężczyźni także interesują się tym zagadnieniem (O'Brien i Shemilt, 2003). W „tradycyjnym” modelu pracy, w którym mężczyźni pracują w pełnym wymiarze godzin i często oczekuje się od nich długich godzin pracy, wielu z nich skarży się, że nie może towarzyszyć dorastaniu

swoich dzieci. Poza tym długie godziny pracy mężczyzn są przeszkodą w pełnieniu przez nich ról rodzinnych (Kauppinen, 1999a; zobacz także Kauppinen i Kandolin, 1998). Zatem w dyskusjach nad polityką godzenia pracy z życiem rodzinnym należy zajmować się także harmonogramami pracy mężczyzn, nie tylko kobiet. Ponadto poprawa harmonogramów pracy mężczyzn umożliwiłaby większej liczbie kobiet wkroczenie w zdominowane przez mężczyzn strefy zatrudnienia i osiągnięcie w nich sukcesu, a także ułatwiłaby większej liczbie mężczyzn wzięcie udziału w opiece nad dziećmi i w innych pracach domowych. Potrzebne są także dalsze badania nad „możliwymi do pogodzenia” harmonogramami pracy kobiet i mężczyzn (Fagan i Burchell, 2002).

Lepszy podział pracy domowej i obowiązków opiekuńczych między kobietami i mężczyznami poprawiłby jakość pracy zawodowej kobiet, ułatwiłby im uczestnictwo w rynku pracy, a zarazem mogłby spowodować pozytywne zmiany dla mężczyzn. Opierając się na wynikach własnych badań, Europejska Fundacja (2002c) stwierdza: „władze publiczne, jak również partnerzy społeczni mają do odegrania kluczową rolę w opracowywaniu środków służących promowaniu kwestii godzenia pracy z życiem rodzinnym”.

Utrata głosu w wyniku pracy zawodowej – nowe ryzyko

Dane podstawowe

- Są dowody na to, że problemy z głosem są związane z pewnymi typami pracy, na przykład nauce czy rozmawianiem przez telefon.
- Kobiety mogą być zagrożone bardziej niż mężczyźni z powodu rozdziału zawodów.
- Istnieją dobre praktyki w zakresie działań zapobiegawczych.
- Potrzebne są dalsze badania, uświadamianie i działania prewencyjne.

Jest coraz więcej informacji i dowodów świadczących o powiązaniach między pracą a problemami z głosem. Medycznym określeniem problemów z głosem jest dysfonia. Objawy tej choroby to nie tylko niemożność mówienia, lecz także ból, napięcie, chrapliwość, drażniący kaszel, niemożność modulowania głosu, słaba moc głosu i trudności

z oddychaniem (HELA, 2001). Osoby, które często używają głosu, są bardziej zagrożone nieustannymi napięciami wibracyjnymi krtaniowej błony śluzowej, powodującymi obrzęk i takie urazy, jak krwotok śluzówkowy, a także polipami i guzkami na strunach głosowych (Dikkers i Nikkels, 1995).

Przypadki choroby udokumentowano u śpiewaków i piosenkarzy, nauczycieli (na przykład Cortazar Lopez i in., 2002; Harisinghani, 2000), personelu dziennej opieki (na przykład Sala i in., 1999) i pracowników wykonujących zawody związane z intensywnym używaniem telefonu (między innymi telefonistek, osób zatrudnionych przy sprzedaży przez telefon i w placówkach *call centre*). Z powodu rozdziału zawodów problemy z głosem związane z pracą częściej mogą dotyczyć kobiety. Na przykład choroby śluzówki stwierdzono u 14% kobiet i 10% mężczyzn w badanej grupie 430 pacjentów, którzy zgłosili się do gabinetu lekarskiego z problemami z głosem (Bastian i Thomas, 2000).

Zestawienie 45: Mężczyźni także chcą „równowagi pracy w życiu”

W wyniku ankiety i przeglądu literatury dla brytyjskiej Komisji Równych Szans stwierdzono duże poparcie dla idei „równowagi pracy w życiu” nie tylko wśród matek, lecz także wśród ojców. Ojcowie mają udział w opiece nad dziećmi, który w przybliżeniu wynosi jedną trzecią, i ten udział wzrósł znacząco od lat 70. Jednak mają mniejsze oczekiwania co do dostępności przyjaznych dla rodziny zasad pracy i rzadziej korzystają z tych, które istnieją. Raport wskazuje na to, że zwłaszcza przedłużony czas pracy i wyższe zarobki mężczyzn (oznaczające, że ojcowie rzadziej skracają czas pracy niż mniej zarabiające matki) uniemożliwiają im bardziej proporcjonalny udział w opiece nad dziećmi. Przytoczono także doświadczenie krajów nordyckich, których rządy stwierdziły, że mężczyźni częściej biorą urlop ojcowski pod czterema głównymi warunkami: kiedy obejmuje to kontyngent wyznaczony dla ojców, zapewnione jest odpowiednie wyrównanie płacy, istnieje możliwość wyboru sposobu wykorzystania urlopu przez oboje rodziców, gwarancja urlopu ojcowskiego dla mężczyzny jest ogłaszana publicznie w ramach rządowych kampanii uświadamiających.

Źródło: O'Brien i Shemilt (2003).

Wyniki badań 250 największych firm w Szwecji wskazują, że istnieją cztery różne postawy firm, w sytuacji gdy pracujący mężczyzna pragnie zwiększyć swój udział w opiece nad dziećmi w domu: firmy zachęcają mężczyzn do brania urlopu ojcowskiego i uważają, że są częściowo odpowiedzialne za danie im większych możliwości łączenia pracy z życiem rodzinnym; firmy wydają się pozytywnie nastawione do urlopu ojcowskiego, ale w praktyce pozytywne nastawienie istnieje tylko wtedy, gdy firma widzi wyraźne korzyści dla siebie; firmy mają „neutralne” nastawienie; firmy stosują bierny opór. Stwierdzono także związek między kulturą organizacyjną firmy a wskaźnikiem urlopów ojcowskich, a także strukturą siły roboczej w kontekście płci. Pracownicy w firmach zorientowanych na zasoby ludzkie brali urlop rodzicielski częściej niż pracownicy w firmach bardziej nastawionych na samą produkcję. Pozytywny stosunek kolegów i przełożonych do urlopu rodzicielskiego także miał wpływ na wskaźnik. Firmy zatrudniające głównie kobiety były pozytywniej nastawione do urlopów ojcowskich niż firmy zatrudniające przede wszystkim mężczyzn.

Źródło: Hwang (1999b).

Wśród proponowanych środków prewencyjnych są: projektowanie miejsc pracy z myślą o ograniczeniu hałasu; przerwy w pracy; działania zmierzające do zmniejszenia stresu w pracy czy zapewnienia optymalnej wilgotności powietrza; dostęp do napojów; unikanie mówienia przy przeziębieniu; szkolenie w mówieniu z rozluźnionymi mięśniami krtani; szkolenie na temat wczesnego rozpoznawania objawów choroby, a także sposobów posługiwania się głosem, których należy unikać (zestawienie 46).

Zaleca się dalsze badania, w tym stosowanie środków prewencyjnych w klasach szkolnych. Wśród możliwych do zbadania różnic ze względu na płeć są: różna wysokość głosu mężczyzn i kobiet – możliwe, że w pewnych okolicznościach niektóre wysokości głosu łatwiej jest usłyszeć niż inne, a więc są osoby, które nie muszą bardzo podnosić głosu – i rozdział zawodów (więcej nauczycielek niż nauczycieli pracuje z młodszymi grupami wiekowy-

mi. Czy pewne grupy wiekowe są bardziej hałaśliwe od innych?). Potrzebne są także działania uświadamiające i prewencyjne.

Wygląd zewnętrzny

Od pracowników wykonujących niektóre zawody wymaga się noszenia określonych ubiorów. Wymagania co do ubioru nie powinny pozostawać w sprzeczności z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy. Chociaż takie wymagania mogą być stawiane zarówno kobietom, jak i mężczyznom, być może częściej dotyczą kobiet.

Uniformy powinny być projektowane z myślą o danym zawodzie. Na przykład w niektórych krajach projektowano obcisłe, usztywniane uniformy dla pielęgniarek. Od niektórych oczekiwano także noszenia czepka. Zarówno sukienki, jak nakrycia głowy mogą hamować ruchy niezbędne do bezpiecznego wykonywania takich czynności jak przenoszenie

Zestawienie 46: Higiena głosu w pracy – osoby odbierające telefony

Pracownicy odbierający telefony spędzają większą część dnia roboczego na rozmawianiu przez telefon niż pracownicy na typowych stanowiskach biurowych. Pracownicy ci stwierdzali podczas badań, że długość przygotowanych tekstów czasami wpływa na zmęczenie głosu. Wyrażano także zaniepokojenie częstotścią i czasem trwania infekcji gardła. Jednak ryzyko doświadczania przez nich problemów z głosem można zmniejszyć, jeśli stosowane będą dobre praktyki:

- W celu ograniczenia ryzyka przemęczenia gardła wstępne teksty powitalne powinny zostać podzielone na krótsze fragmenty, co da pracownikom odbierającym telefony częste mikroprzerwy, w czasie gdy dzwoniący będą odpowiadać na ich pytania.
- Pozwalanie pracownikom odbierającym telefony na picie na stanowiskach pracy w celu zapewnienia odpowiedniego nawilżenia gardła.
- Pracowników odbierających telefony powinno się zachęcać do picia wody albo bezkofeinowych napojów bezalkoholowych w celu niedopuszczenia do odwodnienia i odradzać im picie herbaty, kawy albo napojów bezalkoholowych zawierających kofeinę, które są moczopędne.

- Rozciąganie szyi i barków łagodzi napięcie. Ćwiczenia te można wykonywać na stanowisku pracy oraz podczas przerw.
- Przypomnienie o dobroczynnym wpływie ćwiczeń powinno pojawiać się od czasu do czasu na ekranie.
- Ryzyko problemów z głosem jest większe u osób przeziębionych. Przydzielanie takim osobom zadań, które nie wiążą się z rozmawianiem przez telefon, zmniejsza to ryzyko.
- Zagrożeniem dla strun głosowych mogą być żywność, makijaż i kurz, które wpływają także na skuteczność mikrofonów. Należy odpowiednio przeszkolić pracowników odbierających telefony, aby utrzymać optymalną głośność przekazywanych sygnałów, uniknąć wyężdżania głosu, a także frustracji dzwoniących.
- Należy informować pracowników placówek *call centre* o zagrożeniu dysfonią, różnych objawach tej choroby i możliwych sposobach zmniejszania zagrożenia.
- Wprowadzanie wszelkich dobrych praktyk w dziedzinie higieny głosu, które mogą znacząco wpływać na zdrowie i bezpieczeństwo pracowników odbierających telefony, powinno odbywać się po konsultacji z tymi pracownikami i ich przedstawicielami.

Źródła: HELA (2001). Zobacz także BIFU, „Sieć Ochrony Głosu”.

ciężarów. Najpraktyczniejszym rozwiązaniem okazały spodnie albo spódnico-spodnie (Rogers i Salvage, 1988). Taki ubiór dla pracowników opieki zdrowotnej jest powszechnie akceptowany (na przykład Komisja Zdrowia i Bezpieczeństwa, 1998); o jego stosowności wspomniano w europejskiej dyrektywie na temat przenoszenia ciężarów w pracy. Ale w przypadku innych grup zawodowych, na przykład personelu sklepowego, który także wykonuje czynności związane z dźwiganiem, to dodatkowe zagrożenie może być uwzględniane w mniejszym stopniu. Jak wspomniano, wymagania dotyczące ubioru mogą być problemem dla kobiet przechodzących menopauzę i miewających gwałtowne uderzenia gorąca; kobiety te powinny móc nosić warstwowe i luźne ubiory (Paul, 2003).

Wymagania co do ubioru w pracy mogą dotyczyć także obuwia. Nieodpowiednie obuwie może przyczyniać się do wypadków przy pracy w wyniku poślizgnięć lub potknięć, może być także po prostu niewygodne, jeśli pracownik musi długo stać lub dużo chodzić. W niektórych zawodach, na przykład w sektorze handlu detalicznego, pracownicy powinni zwracać uwagę, czy nie noszą butów na obcasach albo ze śliskimi podeszwami, kiedy wchodzą na składane drabiny, by sięgnąć po towar. Modelki, od których wymaga się noszenia butów na bardzo wysokich i wąskich obcasach albo na platformach, mogą być narażone na potknięcie się i upadek oraz skręcenie lub złamanie kostki. Pracownicy muszą mieć obuwie odpowiednie do ich stanowiska i typu pracy, występujących nawierzchni i typowych zagrożeń (Europejska Agencja, 2001c).

Osoby wykonujące niektóre zawody mogą być pod presją wymagań co do wyglądu zewnętrznego, nawet jeśli nie są one wyraźnie sformułowane. Spełnianie tych wymagań, zwłaszcza przez dłuższy czas, może być szkodliwe dla zdrowia. Problem ten dotyczy na przykład aktorów, którzy do określonej roli w krótkim czasie przybierają lub tracą na wadze i generalnie są pod stałą presją zachowania młodzieńczego wyglądu (prawdopodobnie pod większą presją są kobiety). Wymagania wobec modelek

i modeli odnośnie do wyglądu zewnętrznego, na przykład utrzymania pewnej wagi ciała, mogą być obciążające. Na żeński personel prestiżowych sklepów z odzieżą również może być wywierana presja odnośnie do wyglądu (wagi), podyktowana przekonaniem, że sprzedawczynie o wyglądzie modelki sprzedają więcej ubrań. Stosowania się do pewnych norm wyglądu, takich jak utrzymanie wagi, oczekiwano także od stewardes, chociaż obecnie zostało to złagodzone.

Zdrowie i bezpieczeństwo kobiet w rolnictwie

Dane podstawowe

- Sektor rolnictwa pozostaje ważnym pracodawcą kobiet w niektórych państwach członkowskich i w krajach kandydujących.
- O wiele więcej kobiet pracuje w rolnictwie, będąc formalnie żonami, partnerkami albo członkiniami rodzin. Te pracownice mogą nie być uwzględniane w ustawodawstwie z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Kobiety wykonują głównie proste prace w rolnictwie.
- Chociaż wskaźnik wypadków jest wyższy dla mężczyzn, zarówno mężczyźni, jak i kobiety zgłaszają wysoki poziom wypadkowości w tym sektorze.

Parlament Europejski (2002) w omówieniu strategii Wspólnoty w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy podkreślił potrzebę poświęcenia większej uwagi problemom kobiet pracujących w rolnictwie.

Sektor rolnictwa jest w UE liczącym się pracodawcą: piątym w kolejności pracodawcą mężczyzn, zatrudniającym około 5% ogółu siły roboczej, i siódmym w kolejności pracodawcą kobiet, dającym zajęcie 3% zatrudnionych kobiet. W Grecji i Portugalii rolnictwo nadal jest głównym pracodawcą kobiet (Dupré, 2002). W krajach kandydujących sektor ten daje zajęcie 21% zatrudnionych, w UE, według Europejskiej Fundacji (Paoli, 2002) – 5%, przy czym wskaźnik dla Rumunii wynosi 45%.

Sektor ten jest ważniejszy w krajach kandydujących niż w państwach członkowskich, w tym także w dziedzinie zatrudnienia kobiet. Praca w rolnictwie wielu kobiet będących formalnie żonami albo partnerkami rolników oraz czasowa, dorywcza praca sezonowa, na przykład podczas żniw i zbiorów, to ważne cechy pracy kobiet w tym sektorze. Tradycyjnie gospodarstwo rolne jest w Europie rodzinnym przedsiębiorstwem prowadzonym zasadniczo przez małżeństwo, przy czym żona pomaga mężowi w licznych codziennych zajęciach (Fremont, 2001). W Stanach Zjednoczonych udział kobiet w rolnictwie wzrasta, na przykład więcej córek wstępuje do rodzinnych firm (McCoy i in., 2002). Spośród członków rodzin pracujących w rolnictwie w UE 38% to kobiety (Linares, 2003; zestawienie 47).

Zestawienie 47

Kobiety pracujące w rodzinnych gospodarstwach rolnych generalnie:

- stanowią 38% pracujących członków rodzin;
- są starsze od mężczyzn;
- pracują w niepełnym wymiarze godzin (86%);
- są małżonkami właścicieli (tylko około jedna czwarta właścicieli to kobiety);
- kierują małymi gospodarstwami rolnymi.

Źródło: Linares (2003), „Kobiety i mężczyźni w rolnictwie: statystyczne spojrzenie na rodzinną siłę roboczą”, *Statystyka w Centrum Uwagi*, Temat 5: Rolnictwo i rybołówstwo, 4/2003, Eurostat.

Prawdopodobny jest znaczny rozdział zadań z uwagi na płeć. Na przykład tradycyjnie w niektórych gospodarstwach rolnych mężczyźni zrywali jabłka (co wymagało wchodzenia na drabinę), a kobiety zbierały miękkie owoce z ziemi (co wiązało się z pracą w przygarbionej pozycji). Zrywający jabłka zarabiali więcej. W sektorze rolnictwa kobiety wykonują proste prace (Europejska Fundacja, 2002c). Kobiety kierujące gospodarstwami rolnymi są na ogół starsze i odbyły mniej specjalistycznych szkoleń rolniczych niż mężczyźni (Fremont, 2001).

Według danych Eurostatu, dostosowanych do liczby przepracowanych godzin, w rolnictwie UE wskaźnik wypadkowości wśród mężczyzn jest tylko o mniej więcej 1,5 raza wyższy niż wskaźnik wypadkowości wśród kobiet. Dla porównania wskaźnik ten jest mniej więcej 2,33 raza wyższy w przemyśle wytwórczym i 3,33 raza wyższy w budownictwie (zobacz tabelę 1 i rysunek 3 w załączniku 7). Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy robotnicy rolni zgłaszają wysoki poziom urazów kręgosłupa (57%). Są wysoko na liście zawodów zagrożonych wypadkami – 13% zgłasza, że uległo wypadkowi w porównaniu do 7% przeciętnie. Prawie 41% pracowników w sektorach rolnictwa, rybołówstwa i rybactwa uważa, że ich zdrowie i bezpieczeństwo są zagrożone z powodu wykonywanej pracy (Paoli i Merllié, 2001).

Zagrożenia w gospodarstwie rolnym obejmują narażenie na pestycydy (których oddziaływanie może mieć wpływ na rozrodczość), choroby odzwierzęce, przenoszenie ciężarów i wykonywanie czynności powtarzalnych w wymuszonych pozycjach ciała, narażenie na szkodliwe promienie słoneczne, niską temperaturę i nieodpowiednią wilgotność powietrza, kontakt z niebezpiecznymi maszynami itd. (zobacz także załącznik 8).

Według McCoy i in. (2002) rzadko dotychczas zajmowano się urazami związanymi z pracą u kobiet pracujących w gospodarstwach rolnych. Jeszcze mniej wiadomo na temat tego, w jakim zakresie zagrożenia zawodowe są uwzględniane, kiedy kobiety zwracają się o pomoc medyczną. Autorzy wskazują, że różnice w wymiarach i wzroście, zwiększony wysiłek fizyczny i mały maksymalny pobór tlenu plasują urazy u kobiet wśród urazów związanych z ergonomią. Także w tym przypadku istotnym zagadnieniem jest zaprojektowanie narzędzi i sprzętu dla zróżnicowanej populacji; potrzebne jest też zbadanie pod kątem BHP, jakie prace rzeczywiście wykonują robotnice rolne.

Wiele kobiet, które są partnerkami, a nie pracownikami w rodzinnych firmach rolniczych, może być poza zasięgiem ustawodawstwa z zakresu bezpie-

czeństwa pracy i ochrony zdrowia. Niektóre państwa członkowskie, na przykład Zjednoczone Królestwo, postanowiły traktować takie pracownice gospodarstw rolnych jako osoby zatrudnione, do których ma zastosowanie ustawodawstwo z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia, oraz uwzględniły to zagadnienie w poradnictwie dla sektora rolnictwa (Komisja Zdrowia i Bezpieczeństwa, 1999).

Zdrowie i bezpieczeństwo w sektorze rybołówstwa

Sektor rybołówstwa jest zdominowany przez mężczyzn, zwłaszcza praca na morskich statkach rybackich, gdzie kobiety stanowią tylko 3% siły roboczej. Ich udział jest natomiast większy w takich dziedzinach, jak: aquakultura, przetwórstwo – gdzie mają zbyt duży udział i przeważają w zawodach o niskiej randze, niewymagających kwalifikacji – zarządzanie i administracja oraz, tak jak w sektorze rolnictwa, nieformalne wspieranie wypływających w morze małżonków i partnerów – tu odgrywają ważną, a jednak niedocenianą rolę.

Jedno z unijnych badań dla Komisji Europejskiej dotyczyło zagadnień równości płci w tym sektorze, chociaż nie obejmowało kwestii BHP. Stwierdzono, że kobiety czują się niemiłe widziane w sektorze rybołówstwa morskiego, ale nie są też zbyt zainteresowane pracą w nim z powodów: zdrowotnych, bezpieczeństwa i zaplecza socjalnego, w tym wymaganej ciężkiej pracy fizycznej, braku dodatkowych urządzeń na pokładzie, niebezpiecznego charakteru pracy, problemów wynikających z mieszanych załóg na zatłoczonych statkach i „szorstkiej” męskiej kultury na pokładzie. W innych częściach tego sektora, gdzie kobiety są obecne w większym stopniu, stwierdzono znaczącą dyskryminację. Wyniki badań potwierdziły, że szkolenie i kształcenie zawodowe mogą być kluczem do poprawy położenia i perspektyw kobiet w sektorze rybołówstwa. Zagadnienia bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia nie zostały wspomniane jako tematy szkoleń, ale wydaje się logiczne włączanie ich do wszelkich inicjatyw szkoleniowych. Podobnie jak w sektorze rolnictwa, wiele kobiet wspiera

małżonków i partnerów (funkcje kierownicze i administracyjne, komunikacja, marketing i praktyczne wsparcie). Zalecono szkolenia dla kobiet, również w zakresie bezpieczeństwa na morzu (MacAlister Elliott i in., 2002). W strategii Wspólnoty Europejskiej dotyczącej bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy na lata 2002–2006 także wspomina się o umacnianiu roli kobiet w celu poprawy warunków pracy i stanu bezpieczeństwa w branży rybołówstwa.

Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników domowych i osób pracujących w domu

Dane podstawowe

- Zarówno pracownicy domowi, jak i osoby pracujące w domu to przede wszystkim kobiety; jest to istotna strefa ich zatrudnienia.
- W obie role mogą być wpisane różne zawody i zadania, co wiąże się z narażeniem kobiet na różnorodne zagrożenia.
- Słaby dostęp do poradnictwa, informacji i szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, izolacja oraz nieformalne zatrudnienie i niepewna sytuacja co do zatrudnienia są to czynniki, które mogą powodować większe zagrożenie tej grupy pracowników niż pracowników wykonujących podobne zadania w siedzibie firmy.
- Wiele osób pracujących w domu to praktycznie osoby samozatrudnione. Nie mieszczą się więc w ramach ustawodawstwa europejskiego; pomoce domowe są zaś z niego wyraźnie wyłączone.

Parlament Europejski (2002) w omówieniu strategii Wspólnoty w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy podkreślił potrzebę analizy zagadnień BHP w odniesieniu do pracowników domowych i osób pracujących w domu. Ta zdominowana przez kobiety grupa zawodowa nie podlega europejskiemu ustawodawstwu w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Osób tych nie dotyczą prawa pracownicze, ich praca jest dorywcza, niskopłatna i często oficjalnie niezgłaszana. Według danych Eurostatu 2% zatrudnionych kobiet pracuje w prywatnych gospodarstwach domowych, co stawia ten sektor na ósmym

miejsu pod względem liczby zatrudnionych kobiet (Eurostat, 2002b). Niektóre kobiety mogą wybierać ten typ pracy, bo na przykład jego elastyczność współgra z ich obowiązkami rodzinnymi.

Pracownicy domowi i w gospodarstwie domowym

Płatna praca domowa ma rozmaity charakter i obejmuje: utrzymanie czystości, pracę w pralni, gotowanie, opiekę nad dziećmi oraz nad ludźmi starszymi i niepełnymi, pomoc przy uroczystościach rodzinnych, ogrodnictwo i prowadzenie domu (Cancedda, 2001; Lutz, b.d.w.). Zagrożenia z nią związane są różne. Należy wspomnieć o narażeniu na toksyczne substancje chemiczne, dźwiganie ciężarów i wykonywanie czynności powtarzalnych, wymuszone pozycje ciała i pracę na stojąco (Valls-Llobet i in., 1999). Pracownicy mogą być bardziej zagrożone zastraszaniem i molestowaniem ze strony ludzi, dla których pracują, z powodu bezbronności i izolacji. Mogą pracować kilka godzin dziennie w jednym domu bądź w wielu różnych domach, mogą być pod telefonem przez całą dobę lub mieszkać w lo-

kalu pracodawcy. Praca w gospodarstwie domowym jest jedną z największych stref zatrudnienia dla imigrantek (Cancedda, 2001). Ta grupa może być jeszcze bardziej zagrożona. Zgłaszano nawet przypadki niewolniczej wręcz pracy imigrantek.

Chociaż jest niewiele informacji na temat tego sektora, istniejące dane wskazują, że ryzyko jest w nim duże. Vogel (2002) przytacza belgijskie dane o wypadkach w pracy z 1998 r., które „wskazują, że ogólny wskaźnik wagi wypadków jest tu znacznie wyższy od przeciętnej dla sektora prywatnego (12,10 na 1000 w porównaniu do 2,18) ”.

W raporcie dla Komisji Europejskiej dotyczącym imigrantów-pracowników domowych Anderson i Phizacklea (1997) wymieniają następujące problemy jako powszechnie występujące:

- brak zapłaty za przepracowane godziny;
- niskie dochody, często mniejsze od płacy minimalnej; odmowę wypłaty wynagrodzenia w przypadkach zwolnienia po okresie próbnym albo stażu;
- odmowę wsparcia starań o prawo legalnego pobytu (z powodów podatkowych itd.);
- kontrolę i molestowanie seksualne;

Zestawienie 48

Europejska Fundacja przeprowadziła w ośmiu państwach członkowskich ankietę na temat pracy w gospodarstwie domowym (Cancedda, 2001). Wyniki wskazują, że praca usługowa w gospodarstwie domowym, zwłaszcza opieka nad dziećmi i ludźmi starszymi, może być satysfakcjonująca dla często silnie umotywowanych pracowników. Ankieta wykazała, że pracownicy zatrudnieni w gospodarstwie domowym są przemęczeni psychicznie i fizycznie, i często mają niedostateczne wsparcie. Usługodawcy w gospodarstwie domowym to głównie kobiety, których praca w tej strefie ma niski status, wymaga małych kwalifikacji i jest słabo opłacana. Praca w niepełnym wymiarze godzin jest tu powszechna. Ponieważ stawka za godzinę jest niska, pracownicy często postrzegają pracę w niepełnym wymiarze godzin raczej jako ograniczenie niż alternatywę. Jeśli chodzi o ochronę socjalną, istnieją znaczne różnice między poszczególnymi krajami. Niektóre z nich wypróbowwały środki pośrednie między samozatrudnieniem i zatrudnieniem, na przykład pośrednictwo agencji usługowych. Może to zapewnić stały dochód i minimum świadczeń socjalnych (Cancedda, 2001).

Zestawienie 49: Pracownicy domowi w Hiszpanii

Hiszpański sektor usług domowych jest zdominowany przez kobiety i w coraz większym stopniu staje się domeną imigrantek. Pracownicy domowi są objęci specjalnymi ustawami dotyczącymi zatrudnienia i ubezpieczeń społecznych, pod wieloma względami mniej korzystnymi niż te, z których korzystają inni pracownicy. Istnieją dowody na to, że aż 60% pracowników domowych jest zatrudnionych w nierejestrowanej, szarej strefie gospodarki i że 35% spośród zarejestrowanych to imigranci. Zatrudnienie ma często charakter czasowy i zarówno wynagrodzenie, jak i warunki pracy są niekorzystne. Zwłaszcza pracownicy, którzy mieszkają na miejscu, zarabiają niewiele, gdyż mieszkanie, wyżywienie itd. traktuje się jako zapłatę w naturze. W Hiszpanii jest prawie 400 000 domów, w których są zatrudnieni pracownicy domowi. Jest to grupa zupełnie pozbawiona przedstawicielstwa. Jednak w 2002 r. hiszpańskie związki zawodowe zainteresowały się jej problemami (Albarracan, 2002).

- nacisk na wykonywanie dodatkowej pracy (dla przyjaciół i kolegów pracodawcy);
- nadmierne obciążenie pracą, zwłaszcza jeśli poza obowiązkiem opieki nad dziećmi i starszymi ludźmi ustalono też odpowiedzialność za wszystkie prace domowe;
- bardzo zażyłe stosunki między pomocami domowymi i ich pracodawcami.

Pracownice domowe jeszcze rzadziej niż kobiety wykonujące podobne zadania w przedsiębiorstwach otrzymują informacje i instrukcje oraz odbywają szkolenia w zakresie bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia. Ich pracodawcy także nie są informowani o zagrożeniach i zapobieganiu im. Przeszukując szybko Internet, znaleziono informacje dla pracodawców na temat rejestrów karnych pracowników domowych, a nawet możliwości przenoszenia przez nich chorób, ale nie znaleziono nic na temat zapewniania bezpieczeństwa zatrudnianym osobom. Fakt, że grupa imigrantów-pracowników domowych jest poza zasięgiem systemu BHP, jest prawdopodobnie jednym z powodów małej dostępności informacji o niej i przeznaczonych dla niej. Ponadto jest to grupa pracowników prawie pozbawiona przedstawicielstwa, na przykład w związkach zawodowych.

Australia jest jednym z krajów, które wprowadziły zmiany w ustawodawstwie w zakresie zatrudnienia i odszkodowań, by uwzględnić w nim pracowników domowych. W 1998 r. zostali oni objęci australijskim programem odszkodowań pracowniczych, a w 2002 r. w analogiczny sposób poprawiono kodeks pracy (Kodeks pracy, rozdział 93; „Zasady pracy – dla pomocy domowych”).

Osoby pracujące w domu

Wykonywanie pracy w domu nie jest nowym zjawiskiem. Jednak wykorzystanie techniki informacyjnej zwiększyło możliwości w tej dziedzinie. Osoby pracujące w domu, telepracownicy, wykonują wiele typów działalności, w tym szycie i dzianie, pakowanie, montaż, lutowanie i telesprzedaż. Przemiany techniczne sprawiły, że obecnie wykwalifikowani pracownicy częściej pracują w domu. Nie jest to

zatem w żadnym razie jednolita grupa, stąd problemy z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia, przed jakimi stają, są różne. Znaczny odsetek tej grupy to kobiety. Jedno z badań na temat osób pracujących w domu oraz bezpieczeństwa i higieny ich pracy zostało przeprowadzone w Zjednoczonym Królestwie dla krajowego organu do spraw BHP, w odpowiedzi na obawy, że pewien odsetek tych osób może pracować w warunkach nie do przyjęcia „w zwykłych okolicznościach” (O’Hara, 2002). Oparto je na przeglądzie literatury, dyskusjach w grupach kontrolnych z osobami pracującymi w domu i rozmowach z pracodawcami. Celem badań było zorientowanie się co do liczby telepracowników, tendencji w tym zakresie, przyczyn pracy w domu i czynników ryzyka, a także opracowanie zaleceń do dalszych badań nad stanem zdrowia i bezpieczeństwem osób pracujących w domu.

Główne wnioski raportu były następujące:

- W Zjednoczonym Królestwie osoby pracujące w domu stanowią 2,3% ogółu zatrudnionych. Dane ze spisu ludności i ankiety przeprowadzonej wśród pracowników wskazują na znaczny wzrost liczby osób pracujących w domu od początku lat 80.
- Wśród osób pracujących głównie w domu przeważają kobiety, chociaż to mężczyźni częściej pracują w domu sporadycznie. Kobiety pracujące w domu częściej są zatrudnione w przemyśle wytwórczym niż pozostałe. W wypadku mężczyzn sytuacja wydaje się odwrotna.
- Stwierdzono, że mniejszości narodowe generalnie mają zbyt mały udział w pracy wykonywanej w domu, natomiast zbyt duży udział w fizycznej i słabo opłacanej pracy tego typu.
- Głównymi sektorami branżowymi w obszarze telepracy są usługi biznesowe i przemysł wytwórczy, podstawowymi zajęciami – szycie, montaż i pakowanie, podstawowymi zawodami – zawody niefizyczne związane z pracą biurową, sekretarską i administracyjną. Pracę w domu zapewniają w większości przypadków małe firmy.
- Głównymi powodami podejmowania pracy w domu były: opieka nad dziećmi, finanse i ela-

styczność tego typu pracy, a podstawowymi minusami – niska płaca, izolacja, nieporządek w domu i nieregularność pracy. Wśród głównych powodów zatrudniania osób pracujących w domu były: elastyczność zatrudnienia, zmniejszone koszty, rozwiązanie problemów ograniczonej przestrzeni i opieki nad dziećmi, a głównymi stronami ujemnymi – kłopoty z nadzorem i ograniczony kontakt z pracownikami.

- Wśród zagrożeń środowiskowych związanych z pracą w domu były: brak przestrzeni, brud, nieprzyjemny zapach, hałas, prąd elektryczny i ogień. Wśród zagrożeń postrzeganych jako przyczyny wypadków i złego stanu zdrowia były: niewłaściwe stanowiska pracy siedzącej, praca powtarzalna, przenoszenie ciężarów i kontakt z takimi substancjami, jak lut, kleje i farby. Głównymi problemami zdrowotnymi osób pracujących w domu były: dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego, przemęczenie oczu, bóle głowy i przemęczenie pracą umysłową.
- Badania naukowe dostarczają dowodów na to, że osoby pracujące w domu oraz inni domownicy, w tym dzieci, ulegają wypadkom. Wypadki i problemy zdrowotne często nie są zgłaszane firmie zapewniającej pracę. Nawet te osoby, które zwracały

się o pomoc medyczną, nie zawsze informowały specjalistów, że ich problem jest związany z pracą.

- Poziom świadomości na temat bezpieczeństwa i ochrony zdrowia wydawał się dość niski, tak samo jak ograniczony był dostęp do informacji, wyposażenia i szkoleń. Osoby pracujące w domu nie otrzymywały wcześniej oficjalnych instrukcji i zaleceń, nie знаły także przepisów prawnych dotyczących bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w zakresie wykonywanej przez siebie pracy. Nie przeprowadzano ocen ryzyka zawodowego i z reguły nie zgłaszano wypadków przy pracy.
- Wiele osób pracujących w domu popierało zwiększone zainteresowanie inspektoratu pracy ich działalnością zawodową oraz projekt przeprowadzania inspekcji w zakresie BHP w domu. Wśród materiałów informacyjnych, które oceniono jako przydatne, niektórzy preferowali krótkie ulotki na temat konkretnych typów działalności. Wspomniano też o poradnikach i kasetach wideo albo innych przekazywanych wizualnych.
- Zarówno osoby pracujące w domu, jak ich pracodawcy wydawali się zdezorientowani co do statusu zatrudnienia i jego konsekwencji odnośnie do zagadnień zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia.

Zestawienie 50: Unijne porozumienie na temat dialogu społecznego w zakresie telepracy obejmuje bezpieczeństwo pracy i ochronę zdrowia

Istniejąca od niedawna grupa osób pracujących w domu i wykorzystujących technikę informacyjną, przez co często dom staje się ich biurem, to tak zwani telepracownicy. Ramowe porozumienie na poziomie UE na temat telepracy między partnerami społecznymi (organizacjami pracodawców i związków zawodowych UNICE/UEAPME, CEEP i ETUC) obejmuje elementy bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia. Jest to dobry

przykład wprowadzania tych zagadnień do głównego nurtu w innych strefach zatrudnienia. To dobrowolne porozumienie weszło w życie w lipcu 2002 r., a okres jego wprowadzania określono na trzy lata. W celu uzyskania dodatkowych informacji zobacz:

- Komisja Europejska, strona internetowa na temat zatrudnienia i spraw społecznych (b), „Porozumienie o telepracy”;
- Komisja Europejska, Zatrudnienie i sprawy społeczne (2002b), Agenda Społeczna 3, 2002;
- Strona internetowa InfoBASE.

Główne zalecenia raportu były następujące:

- Dalsze badania, między innymi w celu: uzyskania nowych danych oraz informacji porównawczych; przeanalizowania różnic między osobami pracującymi w domu w różnych sektorach i porówna-

nia tych osób, które pracują w domu przez część czasu pracy, z tymi, które pracują w domu przez cały czas, i tymi, które wykonują pracę w domu, a pracownikami wykonującymi takie same zadania w siedzibie pracodawcy; sprawdzenia, jakiego rodzaju narzędzia i działania interwencyjne

byłyby najwłaściwsze; zbadania sytuacji osób pracujących w domu z powodu problemów zdrowotnych lub niepełnosprawności.

- Przeprowadzenie sektorowych studiów przypadku dobrej praktyki w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia do wykorzystania przy opracowywaniu porad dotyczących identyfikacji zagrożeń i stosowania odpowiednich środków kontroli. Powinno się tu uwzględnić pilotowanie i tłumaczenia tekstów na języki inne niż angielski.

- Wypracowanie niezawodnego systemu rejestrowania danych na temat wypadków przy pracy i stanu zdrowia pracowników.
- Ustalenie skuteczniejszego sposobu przekazywania informacji na temat BHP osobom pracującym w domu i ich pracodawcom.
- Wyjaśnienie niejasności w sprawie uwzględniania osób pracujących w domu i mających status samozatrudnionych w przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zestawienie 51: Transport – przykład nietradycyjnego zatrudnienia kobiet

Chociaż wcześniej było to rzadkością, zawody związane z transportem nie są nową strefą zatrudnienia dla kobiet. Na przykład w połowie XIX wieku szkockie pracownice co roku przebywały setki mil w celu poszukiwania i sprawiania śledzi (Kumpulainen, 2000). W ostatnich dekadach odsetek kobiet pracujących w zawodach, które wymagają fizycznej mobilności, szybko rósł. Jednym z największych problemów stało się dla nich pogodzenie pracy z życiem rodzinnym.

Tradycyjnie to mężczyźni byli maszynistami kolejowymi, kierowcami ciężarówek czy pilotami, ale liczba ko-

biet zatrudnionych w transporcie stopniowo wzrasta. Międzynarodowa Federacja Pracowników Transportu przeprowadziła ankietę wśród swoich członków w lotnictwie cywilnym, dokach, rybołówstwie, żegludze śródlądowej, kolejnictwie, transporcie drogowym i morskim oraz usługach turystycznych. Wyniki wskazują, że kobiety pracujące w sektorze transportu doświadczają różnych form dyskryminacji: normy i zasady dotyczące rekrutacji, płac i awansu, stanu cywilnego i wizerunku firmy są korzystniejsze dla mężczyzn. O branży transportowej wiadomo też, że w dużym stopniu jest zagrożona przemocą (Międzynarodowa Federacja Pracowników Transportu, 2000, 2002).

Bezpieczeństwo i higiena pracy kobiet pracujących w dziedzinach nietradycyjnych

Krajowy Instytut ds. Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy USA (NIOSH) przeprowadza badania nad stanem zdrowia i bezpieczeństwem kobiet w nietradycyjnych strefach zatrudnienia. Wskazuje, że „kobiety w nietradycyjnych zawodach mogą stać wobec zagrożeń dla ich zdrowia i bezpieczeństwa wynikających ze stosowania sprzętu i odzieży zapewnianych im w miejscu pracy”. Wyroby te często są projektowane dla mężczyzn o przeciętnych wymiarach, a ich ochronna funkcja (na przykład respiratorów, rękawic ochronnych i obuwia roboczego) może być mniejsza, kiedy nie są właściwie dopasowane do użytkownika (arkusz informacyjny NIOSH). Mogą także przeszkadzać w bezpiecznym wykonywaniu pracy.

NIOSH ocenia, że udział kobiet w amerykańskim sektorze budownictwa wzrośnie w ciągu następnych 10–15 lat. W odpowiedzi na to przeprowadził rozmowy i ankiety wśród kobiet zatrudnionych w tym sektorze i, opierając się na wynikach, opracował listę zagadnień i inicjatyw służących zapewnieniu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia wszystkim pracownikom. Podkreślono następujące zagadnienia: szkolenia, stosowanie środków ochrony indywidualnej, zapewnienie urządzeń sanitarnych, kulturę miejsca pracy, wymagania ergonomiczne i zagrożenia dla rozrodczości (NIOSH, 1999a).

Kobiety, które pracują w nietradycyjnych środowiskach pracy, mogą być także narażone na specyficzne typy stresorów, na przykład molestowanie seksualne czy dyskryminację ze względu na płeć.

Ważne jest także, by warunki pracy nie były przeszkodą dla kobiet wkraczających do nietradycyjnych stref zatrudnienia.

Praca w małych i średnich przedsiębiorstwach (MŚP)

Dane podstawowe

- Mężczyźni częściej niż kobiety są pracownikami samozatrudnionymi albo prowadzą małe firmy, lecz wiele kobiet, będąc ich żonami lub partnerkami, jest w to zaangażowanych; kobiety mają tu zbyt duży udział jako pracownicy.
- Istnieją przykłady programów mających na celu zapobieganie ryzyku zawodowemu w MŚP, w zdominowanych przez kobiety strefach pracy, ale ważne jest zapewnienie, by środki były kierowane przeciw zagrożeniom zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

- Inicjatywy mające na celu zapewnienie przedstawicielstwa pracowników w sprawach BHP byłyby korzystne dla licznych kobiet pracujących w MŚP, których nikt nie reprezentuje.

Według europejskiej ankiety na temat warunków pracy spośród 17% pracowników samozatrudnionych tylko jedna trzecia to kobiety. Jednak zbyt wiele kobiet pracuje w małych prywatnych firmach; mężczyźni częściej są zatrudnieni w firmach średnich i dużych (Fagan i Burchell, 2002). Małe firmy mają gorsze wyniki w obszarze BHP niż firmy średnie i duże, ich pracownicy rzadziej odbywają szkolenia i są członkami związków zawodowych.

Zestawienie 52

Przykłady europejskich, ponadnarodowych i krajowych projektów dla MŚP służących poprawie stanu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia

Oparte na współpracy podejście do opracowywania projektów i aktywne rozpowszechnianie informacji, na przykład przez rozprowadzanie materiałów informacyjnych oraz wykorzystywanie do tego celu organizacji sektorowych, to ważne elementy następujących projektów:

- Współpraca transgraniczna w branży hoteli i katering – tworzenie sieci i więzi partnerskich.
- Unikanie chorób przenoszonych przez krew – płyta CD, strona internetowa i ulotka.
- Szkolenie z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia dla małżonek i partnerek właścicieli przedsiębiorstw w sektorze budownictwa.
- Sektor wolontariatu – ochrona zdrowia i bezpieczeństwo pracy w handlowych placówkach charytatywnych: pakiet informacyjny i zeszyt ćwiczeń.

Źródła: Europejska Agencja (2003a, 2003b).

Przykłady unijnych programów na poziomie sektorowym dla MŚP, ukierunkowanych na miejsca pracy zdominowane przez kobiety

- Pralnie chemiczne: system samomonitorowania, wsparcie techniczne i ułatwienie wymiany informacji, wspomagane regularnymi inspekcjami i systemem nagród (federacja branżowa we współpracy z organizacją do spraw BHP – Niemcy).

Źródło: Europejska Agencja (2003c).

- Zapobieganie schorzeniom układu mięśniowo-szkieletowego w złobkach (w trakcie opracowywania).
- Ocena ryzyka i zapobieganie mu w firmach zajmujących się utrzymaniem czystości (w trakcie opracowywania).
- Kampania w przemyśle włókienniczym i odzieżowym (w trakcie opracowywania).
- Zapobieganie stresowi – dla terapeutów i rehabilitantów psychiatrycznych (w trakcie opracowywania).
- Zarządzanie stresem w branżach hoteli, restauracji i kawiarni (w trakcie opracowywania).
- Zarządzanie bezpieczeństwem w branży turystycznej (w trakcie opracowywania).
- Umowa partnerska między firmami prywatnymi i agencjami pracy tymczasowej (w trakcie opracowywania).
- Dobre praktyki w branży piekarskiej, ciastkarskiej i cukierniczej (w trakcie opracowywania).

- Sektor handlu detalicznego: narzędzie do oceny zagrożeń i wprowadzania w życie praktycznych rozwiązań (krajowy instytut BHP, Niderlandy).
- Przemysł ceramiczny: krajowy plan inicjatyw na rzecz zapobiegania ryzyku zawodowemu; włączenie problemu do polityki zarządzania przedsiębiorstwem; plan obejmuje badania, działalność informacyjną i szkoleniową (krajowy instytut do spraw BHP we współpracy z partnerami społecznymi, Portugalia).

Tak jak w sektorze rolnictwa – dużo kobiet, nie mając formalnego statusu pracownika, wspiera swoich mężów albo partnerów, którzy prowadzą MŚP albo są samozatrudnieni. Nie są więc uwzględniane w programach z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia. W pewnej francuskiej inicjatywie założono, że nawet w małych firmach w sektorze budownictwa małżonki i partnerki mogą odgrywać znaczącą rolę: zawodowe stowarzyszenie na rzecz zapobiegania zagrożeniom w przemyśle budowlanym, współpracując z federacją budownictwa i grupą kobiet z przemysłu budowlanego, stworzyło zasoby szkoleniowe dla małżonek i partnerek zaangażowanych w działalność bardzo małych przedsiębiorstw budowlanych. Celem inicjatywy było umożliwienie im oceny ryzyka w przedsiębiorstwie i stosowanych środków prewencyjnych. Jako że wiele z tych kobiet wykonuje zadania osobiście, mogą także odgrywać bardzo ważną rolę w zarządzaniu przedsiębiorstwami, w tym w realizacji polityki prewencyjnej w tych przedsiębiorstwach (Europejska Agencja, 2003a).

Państwa członkowskie wprowadzają programy uświadamiające i zapewniające praktyczne wsparcie MŚP, by wspomagać zarządzanie ryzykiem w obszarze bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia (na przykład Europejska Agencja, 2003c). Partnerskie zespoły organizacji BHP, partnerów społecznych i organizacji pozarządowych realizują różne projekty z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, ukierunkowane na MŚP (na przykład Europejska Agencja, 2003a, 2003b). Istnieją przykłady działań obejmujących zdominowane przez kobiety strefy pracy, ale ważne będzie zapewnienie, że zasoby projektów przeznaczane są na zapobieganie ryzyku zawodowemu zarówno w odniesieniu do kobiet, jak i mężczyzn.

Programy albo systemy umożliwiające przedstawicielom albo doradcom pracowników do spraw bezpieczeństwa działanie na skalę regionalną, z prawem do konsultacji i zapewniania przedstawicielstwa w wielu mniejszych firmach, mogą być szczególnie użyteczne dla pozbawionych takiego przedstawicielstwa pracownic z małych przedsiębiorstw. Państwa członkowskie, które nie stworzyły

przepisów umożliwiających przedstawicielom organizacji do spraw bezpieczeństwa pracy działalności na skalę regionalną, z powodzeniem pilotując takie podejście, w tym w sektorach hotelarstwa i wolontariatu, czyli sektorach o dużym zatrudnieniu kobiet (na przykład York Consulting, 2003).

Bezpieczeństwo i higiena pracy kobiet świadczących usługi seksualne

Dla wielu kobiet w UE świadczenie usług seksualnych jest zawodem. Jednak takie pracownice są z reguły pomijane w działaniach z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia. Może się tak dzieć dlatego, że ich praca jest często nielegalna i nieobjęta stosownym ustawodawstwem. Badania oraz działania interwencyjne ukierunkowane na tę grupę koncentrowały się najczęściej na zagadnieniach zdrowia płciowego, a ostatnio na przemocy związanej z pracą, z pominięciem takich zagadnień, jak szeroko pojęte zdrowie fizyczne lub psychiczne. Wśród zagrożeń, wobec których stoją prostytutki, są: zagrożenia dla zdrowia fizycznego, w tym choroby przenoszone drogą płciową i umieralność w ich wyniku, bezpłodność i problemy ginekologiczne, przemoc, nadużywanie narkotyków i alkoholu, oraz zagrożenia dla zdrowia psychicznego, którym sprzyjają zła opinia i bezsilność (Plumridge, 1999).

Plumridge wskazuje, że na higienę pracy prostitutek wpływa lokalne ustawodawstwo, zwyczaje i konteksty, co ilustruje także przykład z Niderlandów, przedstawiony w zestawieniu 53. Podstawowym wyznacznikiem zdrowia jest stopień kontroli nad własną pracą zawodową. prostytutki, które pracują nielegalnie, są zagrożone znacznie bardziej.

Niektóre instytucje opracowały poradniki w tej dziedzinie. Na przykład australijski WorkCover, Urząd ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa w Nowej Południowej Walii, wydał zalecenia dotyczące bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia w domach publicznych (WorkCover, 2001). Problemy prostytutki poruszano także w referatach przedstawionych na trzecim Międzynarodowym Kongresie na temat Kobiet, Pracy i Zdrowia, 2002. Wnioski z kongresu były następujące:

Zestawienie 53: Prostytycja w ustawodawstwie

Prostytycja i domy publiczne stały się w Niderlandach legalną działalnością gospodarczą w 2000 r. Legalizując prostytucję, rząd holenderski chciał chronić tę grupę zawodową, a jednocześnie zapobiec napływowi do zawodu nielegalnych imigrantek. Właściciele seksklubów mają obecnie oficjalne pozwolenia i licencje na prowadzenie swoich przedsiębiorstw pod warunkiem, że stosują się do ustawodawstwa, w tym szczegółowych zaleceń i norm dotyczących bezpieczeństwa pracy i ochrony

zdrowia. Prawnie rozróżniono prostytucję dobrowolną i przymusową, co miało na celu umożliwienie władzom kontrolowania tej branży, zniesienie współczesnego handlu „żywym towarem” i seksualnego wykorzystywania nieletnich, a także zwalczanie kryminalnych skutków ubocznych prostytucji, takich jak pranie brudnych pieniędzy i handel narkotykami. Jednak pozwoleni na pracę udziela się tylko kobietom z krajów UE, ponieważ w ustawie regulującej napływ pracowników spoza UE do Niderlandów nie uwzględniono prostytucji (Schippers, 2002).

osoby uczestniczące w programach i tworzące politykę w zakresie ochrony zdrowia i zapewnienia odpowiednich warunków pracy powinny w odniesieniu do prostytutek zajmować się całym zakresem odnośnych zagadnień z dziedziny BHP; w działaniach prozdrowotnych powinno się uwzględniać rzeczywiste potrzeby zainteresowanych; ważne jest, by wszelkie inicjatywy były wolne od osądu moralnego i kulturowego. Warto także skomentować, że danych na temat męskich prostytutek jest znacznie mniej.

Zdrowie starszych kobiet związane z pracą*Dane podstawowe*

- Starsi pracownicy nie są jednorodną grupą; w grupie tej istnieją różnice ze względu na płeć.
- Specjalistyczna literatura na temat zdrowia starszych kobiet jako grupy nie jest obszerna.
- W polityce dotyczącej starszych pracowników powinno się brać pod uwagę czynnik płci.

W wyniku zmian demograficznych przeciętny wiek siły roboczej rośnie. Oznacza to, że starsze kobiety, w wieku ponad 45 lat, zajmują obecnie ważne miejsce na rynku pracy. Zarówno dla pracodawców, jak i dla całej gospodarki, a także dla dobrego samopoczucia samych kobiet ważne jest, by praca nie wpływała ujemnie na ich zdrowie. Uznaje się obecnie, że zdrowie i bezpieczeństwo starszych pracowników jako grupy zasługuje na uwagę. Problemy tej grupy traktowane są priorytetowo w strategii Wspólnoty Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracy na lata 2002–2006. Stwierdza się, że

„stosując środki prewencyjne, należy brać pod uwagę czynnik wieku i zajmować się zwłaszcza młodymi oraz starzejącymi się pracownikami”. Ponadto wykazano, że wcześniejsze przechodzenie na emeryturę jest powszechniejsze w przedsiębiorstwach, które charakteryzują się ogólnie gorszymi warunkami pracy (Forss i in., 2001; Hakola, 2002). Potrzebne są działania służące reorganizacji środowiska pracy w celu zapobiegania przedwczesnemu wyczerpaniu organizmu i umożliwiania pracownikom dłuższego pozostawania na rynku pracy (Europejska Fundacja, 2002a).

Chociaż obecnie poświęca się ogółowi starszych pracowników o wiele więcej uwagi w literaturze naukowej i działaniach interwencyjnych (na przykład Europejska Fundacja, 2002a, 2002b), bardzo niewiele jest specjalistycznych opracowań na temat zdrowia

Zestawienie 54: Wsparcie dla opiekunek starszych krewnych

Pracujące kobiety w wieku 45–65 lat często są opiekunkami starszych krewnych. Niemieckie opiekunki zgłaszają wysoki poziom stresu, bardzo często muszą przerywać pracę lub tracić cały dzień pracy; są narażone na straty finansowe (na przykład urlop bezpłatny) często rezygnują ze spotkań biznesowych i możliwości szkolenia, tracąc szansę na awans. Wśród negatywnych konsekwencji ponoszonych przez pracodawcę najistotniejsza jest strata wykwalifikowanych, zaangażowanych i doświadczonych pracowników.

Siemens jest jedną z niemieckich firm, które wprowadziły w życie program dla pracujących zawodowo opiekunek. Uwzględniono w nim: ruchomy czas pracy i miejsce pracy oraz różne opcje urlopowe, a także usługi informacyjne i doradcze oraz poradnictwo w zakresie opieki społecznej.

Źródło: Naegele (1999).

starszych kobiet jako grupy w kontekście wykonywanej przez nie pracy. Jednym ze źródeł informacji jest przegląd literatury Doyala (2002). Do problemów starszych pracowników (grupa wiekowa 45–64 lata) zaliczono: niejednorodność grupy i występowanie w niej różnic ze względu na płeć; dolegliwości związane z menopauzą; rozdział zawodów, przy czym starsze kobiety zdecydowanie dominują w tradycyjnie żeńskich zawodach, z czym wiąże się ich niższe wynagrodzenie i status (mniej prawdopodobne jest, że skorzystały na strategiach równych możliwości z ostatnich lat); przechodzenie w miarę starzenia się z pracy w niepełnym wymiarze godzin do pracy na cały etat (dotyczy to wielu kobiet); dłuższy czas narażenia na czynniki szkodliwe i niebezpieczne, wynikający ze stażu pracy; schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego i stres, najpowszechniej zgłaszane przez tę grupę; obciążenie obowiązkami domowymi (podział domowych obowiązków może być bardziej nierówny wśród starszych par niż wśród młodszych), w tym obowiązkiem opieki nad starszymi krewnymi.

W badaniach Doyala (2002) przedstawiono liczne zalecenia dla interesariuszy – pracodawców, związków zawodowych, badaczy i instytucji rządowych – podejmujących temat zdrowia starszych pracowników. Dotyczą one stosowania podejścia ukierunkowanego zarówno na problem wieku, jak i na czynnik płci, czyli zajęcia się dyskryminacją zarówno ze względu na wiek, jak i na płeć. Zalecenia dotyczące BHP w miejscu pracy obejmują między innymi: uwzględnianie w ocenie ryzyka zawodowego i zarządzaniu tym ryzykiem zarówno czynnika wieku, jak i płci, konsultowanie się ze starszymi pracownikami i zapewnienie opiekunom usług odpowiednich służb medycyny pracy oraz wsparcia. Zalecenia co do badań obejmują: uwzględnianie wieku i płci przy ich planowaniu oraz włączanie pracowników do projektowania i realizacji badań. Zalecenia co do BHP dla instytucji rządowych obejmują: gromadzenie większej liczby danych na temat czynników wieku i płci; promowanie usług w zakresie wsparcia dla pracujących zawodowo opiekunek; opracowanie podejścia do BHP ukierunkowanego na problem wieku i płci; specjalne zalecenia dla Komisji Europejskiej –

uwzględnianie potrzeb starszych pracowników przy planowaniu polityki i programów w zakresie BHP. Zalecenia na temat BHP dla związków zawodowych obejmują: prowadzenie akcji uświadamiających, negocjacji, szkoleń dla przedstawicieli pracowników i uwzględnianie udziału starszych pracowników.

Kobiety migrujące w celach zarobkowych

Wielu pracowników, w tym kobiety, emigruje w celu znalezienia pracy lub lepszej pracy albo dlatego, że stali się uchodźcami. Pracownicy mogą migrować między krajami w obrębie Wspólnoty albo przybywać spoza UE. Kane (1999b) podaje, że imigranci są zatrudnieni „w nieproporcjonalnym stopniu w fabrykach, w których płace są niskie, a związki zawodowe najczęściej nie istnieją, i w których panują ogólnie złe warunki pracy (złe oświetlenie i wentylacja, niestosowanie środków bezpieczeństwa). Pracują także w sektorze nieformalnym (na przykład uliczne sprzedawczynie albo kobiety rozprowadzające ulotki, które mogą być narażone na oparzenie słoneczne i czerniaki). Warunki pracy tych kobiet rzadko są badane. Imigrantki są także w nieproporcjonalnym stopniu zatrudniane przy pracach domowych i słabo opłacanych pracach akordowych; często pracują bardzo długo i pod presją, co zwiększa ryzyko występowania przypadkowych urazów, spowodowanych na przykład przez maszyny do szycia”. Zdarza się, że zostają prostytutkami. Bariery językowe mogą uniemożliwiać imigrantkom zrozumienie informacji i treści szkoleń na temat bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia, zgłaszanie problemów albo korzystanie z różnych form pomocy, a także stwarzać trudności w korzystaniu z opieki zdrowotnej. Problem kobiet nie pojawia się w danych o migracji, stąd trudno jest stwierdzić wiele na ten temat (Narody Zjednoczone, 1995).

Zagrożenia zawodowe a płeć – sytuacja na świecie

Niniejszy raport dotyczy zróżnicowania warunków pracy ze względu na płeć w krajach UE i krajach

kandydujących. Z uwagi jednak na postępującą globalizację odpowiedniejsze staje się analizowanie sytuacji także w innych częściach świata, w tym w krajach rozwijających się. Oprócz porównania warunków pracy kobiet i mężczyzn w Europie i poza nią użyteczne jest rozpatrzenie stosowanych strategii prewencyjnych. Na poziomie międzynarodowym ILO i inne instytucje podjęły inicjatywy w celu przeanalizowania problemu płci w kontekście zagrożeń zawodowych. Wiele wyników potwierdza sytuację opisaną w niniejszym raporcie, jeśli chodzi o poziom europejski; dodatkowe dane zamieszczono w załączniku 8.

Różne zawody, różne czynniki ryzyka – konsekwencje rozdziału płci

Jak opisano w tym rozdziale, różne zawody, różne zadania i różna liczba godzin pracy oznaczają różne zagrożenia i różne ich skutki dla zdrowia. Zróżnicowanie warunków pracy jest ściślej związane z sektorem oraz pozycją pracownika w hierarchii zawodowej niż z płcią (Fagan i Burchell, 2002). Fagan i Burchell stwierdzili w swojej analizie danych z europejskiej ankiety na temat warunków pracy, że ogólne różnice ze względu na płeć nadal występują, kiedy dokonuje się porównań w obrębie grup statusu zawodowego; w niektórych przypadkach różnica była bardziej wyraźna, kiedy wyliczono przeciętną dla wszystkich pracowników umysłowych i fizycznych. Rozpatrując warunki pracy, stwierdzali nieraz interakcję między płcią i statusem zawodowym – schemat płci w obrębie określonej grupy stał w sprzeczności z ogólnym porównaniem dla wszystkich zatrudnionych. Autorzy podają przykłady sytuacji, kiedy przeciętna różnica ze względu na płeć w warunkach pracy rozpatrywanych pod kątem ergonomii była nieznaczna, ale wśród specjalistów oraz osób wykonujących fizyczne zawody specjalistyczne kobiety były bardziej zagrożone. Zagrożenie pracą powtarzalną było powszechne zwłaszcza w zawodach fizycznych, a najwyższy wskaźnik zagrożenia dotyczył kobiet.

Podział pionowy i rozdział zadań oznaczają, że nie można zakładać, iż kobiety i mężczyźni pracujący

w tym samym sektorze albo nawet w tym samym zawodzie wykonują takie same zadania i są narażeni na te same zagrożenia. Ma to konsekwencje w odniesieniu do badań i analiz statystyk wypadków przy pracy i chorób zawodowych pod kątem czynnika płci, a także oceny ryzyka i działań prewencyjnych.

Messing i Stellman (1999) uważają, że podział pracy ze względu na płeć wpływa na zdrowie kobiet przynajmniej na sześć sposobów:

- Zawody wykonywane przez kobiety mają specyficzne cechy (powtarzalność, monotonia, wysiłek statyczny, jednoczesne obciążenie licznymi obowiązkami), które w czasach mogą zacząć wpływać na stan zdrowia fizycznego i psychicznego.
- Przestrzenie, sprzęt i harmonogramy zaprojektowane z myślą o przeciętnym mężczyźnie i jego stylu życia mogą stwarzać problemy dla kobiet.
- Rozdział zawodów może zagrażać zdrowiu kobiet i mężczyzn na skutek fragmentacji zadań i zwiększenia tym samym stopnia powtarzalności i monotonii.
- Przydzielanie zadań według kryterium płci może być akceptowane z uwagi na ochronę zdrowia kobiet i mężczyzn, ale w ten sposób odciąga się uwagę od skuteczniejszych metod promowania higieny pracy.
- Dyskryminacja jest stresująca sama w sobie i może wpływać na zdrowie psychiczne.
- Osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin są pozbawione wielu świadczeń z zakresu promocji zdrowia (na przykład długość urlopu zdrowotnego i macierzyńskiego).

Fagan i Burchell podsumowali dane na temat związku między płcią, statusem zawodowym i warunkami pracy, wynikające z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy (zobacz załącznik 9). Stellman i Lucas (2000) przedstawili natomiast najbardziej istotne zagrożenia występujące w różnych strefach pracy zdominowanych przez kobiety (zestawienie 55). Są to zagrożenia fizyczne, chemiczne, biologiczne oraz psychospołeczne.

Zestawienie 55: Przykłady zagrożeń w strefach pracy kobiet (według Stellman i Lucasa, 2000)

Strefa pracy	Zagrożenia biologiczne	Zagrożenia fizyczne	Zagrożenia chemiczne	Stres
Macierzyństwo i opieka nad dziećmi	choroby zakaźne (zwłaszcza układu oddechowego)	urazy związane z dźwigniem i przenoszeniem	domowe środki czyszczące	stres związany z zawodami opiekuńczymi; wypalenie
Usługi sanitarne i utrzymanie czystości	choroby zakaźne (zwłaszcza przenoszone przez wodę)	urazy związane z dźwigniem i przenoszeniem	domowe środki czyszczące	
Służba zdrowia	choroby zakaźne (szczególnie przenoszone przez powietrze i krew)	urazy związane z dźwigniem i przenoszeniem; promieniowanie jonizujące	środki czyszczące, sterylizujące i odkażające; środki laboratoryjne i leki	stres związany z zawodami opiekuńczymi; wypalenie
Produkcja żywności	choroby zakaźne (szczególnie odzwierzęce oraz spowodowane kontaktem z pleśniami, zarodnikami i innymi pyłami organicznymi)	czynności powtarzalne (np. w rzeźniach i przetwórstwie mięsa); rany cięte; niskie temperatury; hałas; mikrofale	pozostałości pestycydów; środki sterylizujące; uczulające przyprawy i dodatki	stres związany z pracą powtarzalną na linii produkcyjnej
Przetwórstwo spożywcze, catering i usługi związane z żywnością	choroby zakaźne; zapalenie skóry	urazy związane z dźwigniem i przenoszeniem; wilgotne ręce; poślizgnięcia i potknięcia; mikrofale i wysokie temperatury	biernie palenie	stres związany z bezpośrednimi kontaktami personalnymi; molestowanie seksualne
Przemysł włókienniczy i odzieżowy	pyły organiczne	hałas; czynności powtarzalne	formaldehyd (w trwałych zaprasowaniach); barwniki; pył	stres związany z pracą na linii produkcyjnej
Paliwa		urazy związane z dźwigniem i przenoszeniem; narażenie na żywył; skałeczenia i siniaki podczas odbioru i transportowania materiałów	wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne pochodzące z niepełnego spalania paliw	stres związany z ciężką pracą
Handel i dystrybucja		czynności powtarzalne, przemęczenie oczu itd., związane z używaniem komputerów	zła jakość powietrza w pomieszczeniach	stres związany z bezpośrednimi kontaktami personalnymi
Edukacja	choroby zakaźne (zwłaszcza układu oddechowego; odra)	przemoc; długotrwałe stanie; problemy z głosem	zła jakość powietrza w pomieszczeniach	stres związany z zawodami opiekuńczymi; wypalenie
Usługi inne niż opieka nad dziećmi albo opieka zdrowotna – wszystko od fryzjerstwa do usług seksualnych	choroby zakaźne (np. infekcje skóry; AIDS i inne choroby przenoszone drogą płciową)	stanie; dźwiganie i przenoszenie; przemoc	chemiczne środki czyszczące; chemikalia fryzjerskie	stres związany z zawodami opiekuńczymi; wypalenie
Komunikacja		przemoc (dziennikarstwo); czynności powtarzalne (wprowadzanie danych); długotrwałe siedzenie albo stanie	zła jakość powietrza w pomieszczeniach	elektroniczne monitorowanie wydajności; strach przed zwolnieniem i bezrobociem
Lekki przemysł wytwórczy		czynności powtarzalne (np. praca na linii produkcyjnej); stanie	chemikalia w mikroelektronice	stres związany z pracą powtarzalną na linii produkcyjnej

Zestawienie 56: Fotograficzny konkurs na temat warunków pracy kobiet

Kobiety stanowią ponad 33% włoskiej siły roboczej. Włoski Urząd Odszkodowań Pracowniczych (INAIL – Italian Worker's Compensation Authority), zorganizował wraz z ANMIL (Associazione Nazionale Mutilati ed Invalidi del lavoro) konkurs fotograficzny mający na celu zilustrowanie życia kobiet. Następnie wydano publikację „Kobiety w pracy”, wykorzystując zdjęcia z konkursu.

Fotografie mogą być uzupełnieniem publikacji naukowych, publikacji na temat uprawnień ustawowych oraz zaleceń, a także być wykorzystane podczas konferencji, wystaw i kursów szkoleniowych. Konkurs celowo rozpoczęto w Międzynarodowym Dniu Kobiet. Fotografie ukazują kobiety w tradycyjnych rolach, ale także jako pilotki, rzeźbiarki, pracownice stacji benzynowych, spawaczki, rybaczki, murarki.

Źródło: INAIL (2002).

4.



ABSENCJA, NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, ODSZKODOWANIA I REHABILITACJA

W większości krajów europejskich pracownicy są uprawnieni do otrzymywania świadczeń w przypadku absencji chorobowej albo niezdolności do pracy, wynikających z wykonywanego zawodu. Jednak w wielu krajach, by uzyskać odszkodowanie, trzeba wykazać, że choroba jest związana z pracą. W następnych rozdziałach zostaną przeanalizowane kwestie absencji chorobowej, związanych z pracą programów odszkodowań i rehabilitacji. Należy zauważyć, że informacje z różnych państw członkowskich, nawet w obrębie UE, często nie są bezpośrednio porównywalne. Powodem jest zróżnicowa-

nie krajowych polityk, infrastruktury i praktyk; można więc dokonać tylko dość ogólnych porównań.

Absencja chorobowa

Dane podstawowe

- Absencja chorobowa kobiet, zarówno związana, jak i niezwiązana z pracą, jest większa niż absencja mężczyzn.
- W europejskiej ankiecie przeprowadzonej wśród pracowników młodsze kobiety zgłaszały więcej niezwiązanych z pracą zwolnień lekarskich niż młodszy mężczyźni. Może to wynikać z korzystania ze zwolnień na opiekę nad chorymi dziećmi, zwłaszcza że tendencja ta jest mniejsza wśród starszych pracowników. W innych badaniach nie znaleziono związku między posiadaniem dzieci a wskaźnikiem zwolnień lekarskich wśród kobiet.
- Niektóre nieobecności faktycznie związane z pracą, na przykład wynikające z drobnych infekcji u osób pracujących z małymi dziećmi, są zwykle traktowane jako niezwiązane z pracą.
- Wydaje się, że kontekst krajowego prawa i polityki społecznej ma duży wpływ na wskaźniki zwolnień lekarskich i niezdolności do pracy. Niektóre państwa członkowskie umożliwiają na przykład rodzicom branie zwolnień w związku z chorobą dziecka.

Jedynie dostępne obecnie ogólnoeuropejskie dane, które mogą służyć do porównania zwolnień lekarskich, to dane zgłoszone osobiście. Może to oznaczać zbyt niskie oszacowanie rzeczywistej absencji, ponieważ często nie pamięta się wszystkich dni zwolnienia w okresie na przykład jednego roku. Na ocenę tego, czy zwolnienie jest związane z pracą, czy też nie, wpływa także poziom świadomości na temat przyczyn określonych problemów zdrowotnych itd. Jednak ogólnie stwierdza się, że zgłaszana osobiście absencja chorobowa pozostaje w zależności z rejestrowanymi danymi w tym zakresie i jest uznawana za ważny wskaźnik stosunkowych różnic i zmian w rejestrowanej absencji chorobowej (na przykład Harrison i Schaffer, 1994; Rees, 1993).

Absencja chorobowa związana z pracą

Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy 10% kobiet i mężczyzn bierze zwolnienia lekarskie z powodu problemów zdrowotnych, które przypisują pracy. Jeśli dokona się porównania z podziałem na osoby pracujące na pełnym etacie i osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin, w każdej grupie absencja kobiet z powodu złego stanu zdrowia jest większa niż absencja mężczyzn (osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin są nieobecne rzadziej niż pracownicy pełnoetatowi). Stwierdzono, że schemat absencji jest podobny w przypadku kobiet i mężczyzn (Fagan i Burchell, 2002. Zobacz także tabelę 7 w załączniku 6). Przyczynami absencji związanej z pracą zajęto się w poprzednich rozdziałach.

Absencja niezwiązana z pracą

Drobne infekcje, takie jak przeziębienia, są znaczącą przyczyną absencji w pracy (na przykład Vahtera i in., 1997). Jednak istnieją dowody na to, że środowisko pracy niskiej jakości jest równie istotną przyczyną absencji co na przykład siedzący tryb życia, który jest związany z otyłością, brakiem ćwiczeń, nałogowym paleniem albo nadmiernym spożyciem alkoholu (na przykład Kivimäki i in., 1997).

Według trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy absencja chorobowa niezwiązana z pracą jest nieco większa wśród kobiet (Fagan i Burchell, 2002. Zobacz także tabelę 7 w załączniku 6), chociaż ta różnica wydaje się istotniejsza, jeśli dokonuje się porównania z podziałem na pracowników pełnoetatowych i osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin. Fagan i Burchell sugerują, że ta różnica może częściowo wiązać się z chorobami ginekologicznymi, ale „jest tak również dlatego, że niektóre problemy zdrowotne związane z miejscem pracy mogą być szczególnie istotne w pewnych zawodach zdominowanych przez kobiety, na przykład (drobne infekcje) w pielęgniarstwie i opiece nad dziećmi, ale nie są uznawane za »rzeczywiste« problemy w tradycyjnym ustawodawstwie z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa”.

Niektórzy wskazywali, że obowiązki rodzinne mogą także wyjaśniać częściowo większą absencję wśród kobiet, kiedy to na przykład prawdziwym powodem nieobecności jest opieka nad chorym dzieckiem (na przykład Grönkvist i Lagerlöf, 1999). Jednak istnieją badania, w których nie stwierdzono wyższych wskaźników absencji wśród kobiet mających dzieci, z wyjątkiem samotnych matek (na przykład Mastekaasa, 2000; Gjesdal i Bratberg, 2002). Kobiety mogą natomiast „wyrównywać” zwolnienia lekarskie na opiekę nad dziećmi niebraniem zwolnień w związku z własną chorobą. Na wyniki wpływa także kontekst krajowy. Stwierdza się bardzo duże zróżnicowanie wskaźników zwolnień lekarskich w poszczególnych krajach, bez względu na płeć. Duży wpływ ma odmienna polityka w dziedzinie pracy i ubezpieczeń społecznych. Obejmuje to sposób traktowania absencji pracowników i chorób ich dzieci przez pracodawcę i przełożonych, jak również w umowach zbiorowych, ustawodawstwie i systemach ubezpieczeń społecznych. Tylko niektóre państwa członkowskie zapewniają rodzicom możliwość wzięcia urlopu w celu opieki nad chorym dzieckiem. W załączniku 10 przedstawiono różnice w programach państw członkowskich w zakresie absencji i niezdolności do pracy.

W każdym razie obowiązki rodzinne wyjaśniają tylko częściowo różnice ze względu na płeć (Akyeampong, 1992); innymi czynnikami mogą być: niebranie przez kobiety zwolnień lekarskich, jeśli ich miejsca pracy są tymczasowe albo niepewne (Virtanen i in., 2001) oraz wiek – jako że starsi pracownicy dłużej dochodzą do zdrowia. Poza tym starsze kobiety mogą częściej pracować w niepełnym wymiarze godzin niż młodsze.

Wydaje się, że istotny jest także sektor gospodarki i wykonywany zawód. Na przykład brytyjskie dane statystyczne i ankiety wskazują, że w sektorze publicznym są wyższe wskaźniki absencji niż w sektorze prywatnym, w dużych przedsiębiorstwach wyższe niż w małych, wśród pracowników fizycznych wyższe niż wśród pracowników niefizycznych (na przykład Marmot i in., 1995).

Stresory związane z pracą, takie jak duże wymagania i niepewność pracy, zmęczenie i praca na zmianę, mogą zwiększać ryzyko infekcji typu przeziębienia, grypa i grypa żołądkowa (Mohren, 2003). Różne badania potwierdziły związki między takimi czynnikami, jak brak kontroli nad pracą i zajmowanie niższej pozycji w hierarchii zawodowej a wyższymi wskaźnikami absencji chorobowej zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet (na przykład Niedhammer i in., 1998; North i in., 1996).

Wydaje się, że w kontekście absencji chorobowej istnieje związek między wiekiem a płcią. W analizie danych z europejskiej ankiety przeprowadzonej wśród pracowników przeszkadza fakt, że pytania dotyczące absencji nie są takie same we wszystkich krajach. Z badań tych można jednak wyciągnąć wnioski, że wśród pracowników w wieku 20–54 lat kobiety biorą więcej zwolnień lekarskich niż mężczyźni w prawie wszystkich państwach członkowskich. Wśród pracowników w wieku 55–64 lat tendencja jest przeciwna: w większości krajów absencja mężczyzn jest większa. Także w tym przypadku różnice ze względu na wiek mogą częściowo wynikać z tego, że młodsze kobiety biorą zwolnienia lekarskie na opiekę nad dziećmi. Stwierdzono również znaczne różnice między państwami członkowskimi; takie czynniki, jak płeć, wiek i poziom umiejętności nie wyjaśniały wiele w zakresie różnic w ogólnych wskaźnikach absencji chorobowej w badanych krajach.

Odszkodowania za urazy i zły stan zdrowia związane z pracą

Dane podstawowe

- Zabezpieczenie w zakresie odszkodowań jest lepsze w odniesieniu do zagrożeń, które częściej występują w zawodach zdominowanych przez mężczyzn.
- Istnieją pewne dowody, że w związku z taką samą sytuacją kobiety otrzymują odszkodowania rzadziej niż mężczyźni.

Różnice ze względu na płeć w dostępie do odszkodowań za związane z pracą urazy i zły stan zdrowia w dużym stopniu są poza zasięgiem niniejszego raportu. Może istnieć znaczne zróżnicowanie między państwami członkowskimi (Gründemann i Van Vuuren, 1997), jako że obowiązujące w nich przepisy różnią się w sprawach świadczeń związanych z absencją chorobową i niezdolnością do pracy (zobacz załącznik 10). W zakresie odszkodowań za urazy związane z pracą widoczna jest wspólna cecha: związane z pracą urazy i problemy zdrowotne, wynikające z zagrożeń tradycyjnych i wypadkowych występujących najczęściej w zawodach zdominowanych przez mężczyzn, są w większym stopniu objęte odszkodowaniami. Istnieją co najmniej trzy przyczyny tego stanu: po pierwsze, tradycyjne skupianie się na tych obszarach ryzyka; po drugie, chęć zapewnienia mężczyźnie, który doznał urazu, i jego rodzinie jakiegoś odszkodowania, w sytuacji gdy był on najważniejszym albo jedynym zarabiającym; i po trzecie, lepsze uzasadnienie związku tego typu urazów u mężczyzn z wykonywaną pracą. Chętniej zatem przyznawano odszkodowania mężczyznom (Grönkvist i Lagerlöf, 1999).

Jeśli występuje wieloczynnikowe narażenie w środowisku pracy, tak jak w wielu zawodach zdominowanych przez kobiety, stwierdzona choroba jest o wiele rzadziej uwzględniana w programach odszkodowań albo, nawet jeśli jest uwzględniana, o wiele rzadziej odszkodowanie jest rzeczywiście przyznawane. W niektórych krajach zaburzenia psychiczne są wyłączone z systemu świadczeń związanych z niezdolnością do pracy albo uwzględniane tylko z poważnymi ograniczeniami. Podobne ograniczenia dotyczą niektórych chorób układu mięśniowo-szkieletowego. To podejście nie odpowiada już ustawodawstwu prewencyjnemu UE, które obejmuje zagrożenia wynikające z wielu przyczyn. Ponadto niektóre badania wskazują, że z analogicznego tytułu kobiety rzadziej niż mężczyźni otrzymują odszkodowania (Lippel, 1993, 1996).

Rehabilitacja w celu powrotu do pracy

Dane podstawowe

- Brak jest danych badawczych i statystycznych pod kątem płci w zakresie rehabilitacji przywracającej zdolność do pracy po okresie choroby.
- Wydaje się, że istnieją pewne ważne przyczyny braku udziału kobiet w programach rehabilitacji.

Tylko w kilku badaniach analizowano różnice ze względu na płeć w rehabilitacji przywracającej zdolność do pracy. Niektórzy badacze stwierdzili, że w porównaniu z mężczyznami mniej kobiet przechodzi rehabilitację po długim okresie choroby (Veerman i in., 2001). Inne wyniki wskazują, że wskaźniki rehabilitacji są podobne dla mężczyzn i kobiet w pierwszym roku absencji chorobowej (Houtman i in., 2002; Giezen, 1998). Jednocześnie u kobiet częściej rozpoznaje się niezdolność do pracy po pierwszym roku nieobecności spowodowanej chorobą, podczas gdy mężczyźni częściej robią postępy w kierunku powrotu do pracy i otrzymują wsparcie terapeutyczne (Houtman i in., 2002).

Grupa badanych lekarzy medycyny pracy uważała, że rehabilitacja przywracająca zdolność do pracy jest ważniejsza dla mężczyzn niż dla kobiet (Vinke i in., 1999). Wydaje się, że także pracodawcy są lepiej nastawieni do (przynajmniej częściowej) rehabilitacji zawodowej mężczyzn i wykazują tu większe zaangażowanie (Cuelenaere, 1997; Vinke i in., 1999). Szczególnie mało uwagi poświęca się rehabilitacji zawodowej starszych pracowników (Doyal, 2002).

Chociaż wydaje się, że mężczyźni i kobiety mają podobną motywację do pracy, to kobiety ogólnie mają mniejsze oczekiwania na początku kariery i są bardziej skłonne poświęcić ją na rzecz wycho-

wywania dzieci (Jorna i Offers, 1991; Naber, 1991; van Schie, 1997), co może wpływać na ich motywację do powrotu do pracy. Inne problemy, takie jak niższa płaca i brak wsparcia w domu, także mogą mieć tu znaczenie. W innych badaniach stwierdzono, iż kobiety, które nie mogą powrócić do swoich wcześniejszych zawodów z powodu urazu albo złego stanu zdrowia są reorientowane do mniejszej liczby nowych zawodów niż mężczyźni (Lippel i Demers, 1996). Europejska Platforma Rehabilitacji Zawodowej (2002) przeprowadziła badania w celu przeanalizowania udziału i doświadczeń kobiet w rehabilitacji zawodowej w różnych ośrodkach w UE. Stwierdzono różne problemy i przedstawiono wiele wniosków i zaleceń, w tym następujące:

- brakuje krajowych danych statystycznych, szczególnie uwzględniających podział na płci;
- istnieje zapotrzebowanie na kursy w niepełnym wymiarze godzin i o ruchomym czasie, jako że kobietom, szczególnie tym, które są obciążone obowiązkami rodzinnymi, trudno jest uczestniczyć w kursach pełnowymiarowych;
- potrzebnych jest więcej udogodnień przyjaznych dla rodziny – opieka nad dziećmi i wsparcie finansowe;
- potrzebne jest więcej szkoleń w „typowo kobiecej pracy”;
- sytuacja finansowa kobiet przechodzących rehabilitację zawodową jest często mniej korzystna niż mężczyzn, co może zniechęcać kobiety do udziału w niej;
- kobietom może brakować poczucia własnej wartości, potrzebnego, by powrócić do szkoleń, należy zatem usprawnić poradnictwo zawodowe dla nich; problemem dla kobiet może być także molestowanie seksualne.

5.



ZAGADNIENIE PŁCI W BADANIACH, PRAWODAWSTWIE, ZASOBACH, USŁUGACH I PRAKTYCE

Wstęp

Do elementów systemów bezpieczeństwa i higieny pracy należy zaliczyć: ustawodawstwo, dostęp do zasobów i usług z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, politykę społeczną; system i zakres stosunków branżowych; wybór priorytetowych tematów do badań lub działań prewencyjnych; sposób przeprowadzania badań albo gromadzenia danych statystycznych; rodzaj dostępnych informacji i sposób przeprowadzania działań prewencyjnych. Elementy te mają wpływ na zakres naszej

wiedzy o zagrożeniach z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy oraz skuteczność zapobiegania im i, co za tym idzie, powinno się także patrzeć na nie z punktu widzenia płci. Wpływ czynników spoza miejsca pracy na prewencję w przedsiębiorstwie pokazany jest na modelu przedstawionym na początku niniejszego raportu (rysunki 1 i 2).

Gromadzenie informacji do badań i monitorowania statystycznego

Dane podstawowe

- Istnieją luki w wiedzy statystycznej i badawczej. Problemy płci muszą być rutynowo i systematycznie włączane do monitorowania i badań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Im ściślej rozdział według zadań rzeczywiście wykonywanych przez ludzi, tym lepiej. Dane powinny być dostosowywane do liczby przepracowanych godzin.
- Powinno się zbadać praktyczne sposoby poprawy jakości danych statystycznych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy z szerszym uwzględnieniem czynnika płci, w państwach europejskich i w państwach członkowskich UE.
- Należy wprowadzać w życie zalecenia wynikające z analiz pod kątem płci trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy, dotyczące modyfikacji ankiety.
- We wszystkich państwach członkowskich należy zająć się brakiem równowagi płci w badaniach, zwłaszcza że sytuacja w różnych państwach jest odmienna.
- Potrzebne są bardziej interdyscyplinarne sposoby podejścia do badań nad płcią.
- Potrzebne są dalsze badania w dziedzinie działań interwencyjnych i prewencji w miejscu pracy.
- Potrzebna jest europejska dyskusja między badaczami z różnych krajów w celu przyjęcia szerszego punktu widzenia.

Badanie różnic ze względu na płeć w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy wymaga zróżnicowanych pod kątem płci danych statystycznych na temat wa-

runków pracy i skutecznych modeli monitorowania niebezpiecznych sytuacji w pracy, napotykanych zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn.

We wstępie do niniejszego raportu zaznaczono niektóre z ograniczeń dostępnych danych z UE, jeśli chodzi o uzyskanie dokładnego obrazu różnic ze względu na płeć w obszarze narażenia i jego skutków. Niemniej analiza Eurostatu (europejskiego urzędu statystycznego) na temat europejskich danych o wypadkach przy pracy i ochronie zdrowia, uwzględniająca liczbę przepracowanych godzin, jest bardzo cenna (Dupré, 2002). Ważna jest także analiza trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy pod kątem płci, w tym jej zalecenia dotyczące szerszego uwzględniania w ankiecie problemów płci.

Luki w danych statystycznych z państw członkowskich obejmują niedostarczanie przez wszystkie te państwa informacji uwzględniających rozdział płci i wyłączenie przez niektóre z nich pewnych zagadnień, na przykład przemocy ze strony społeczeństwa.

Jakość statystyk z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy może zostać ulepszona, jeśli uwzględni się w nich liczbę przepracowanych godzin i podział na zawody, jak również podział sektorowy. Im ściślejszy rozdział według zadań rzeczywiście wykonywanych przez ludzi, tym lepiej.

Messing (1998) analizowała kwestie dotyczące płci w badaniach i zbieraniu informacji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Przedstawia wniosek, że należy podjąć kroki w celu poprawienia jakości dostępnych informacji, a mianowicie:

- Gromadzić informacje dotyczące higieny pracy kobiet i analizować je w taki sposób, by problemy zdrowotne i ich źródła stały się widoczne.
- Ulepszyć bazę danych na temat higieny pracy kobiet (wskazywanie zawodu w aktach zgonu oraz w rejestrach rządowych i szpitalnych).
- Uwzględniać konsekwencje rozdziału zatrudnienia przy gromadzeniu danych (na przykład problem odmiennych problemów zdrowotnych wynikających z odmiennie wyznaczonych zadań).

- Zapewnić wykorzystywanie narzędzi gromadzenia danych, które zostały sprawdzone i ujednolicone dla obu płci.
- Rejestrować statystyki wypadków na podstawie przepracowanych godzin, a nie liczby pracowników.
- Stosować środki uzupełniające statystyki wypadków oparte na liczbie przepracowanych godzin, a nie liczbie pracowników.
- Stosować środki uzupełniające statystyki wypadków w celu określania zawodów wysokiego ryzyka; włączać metody wywiadu jakościowego.
- Poszerzyć zainteresowanie sprawą rozrodczości kobiet, włączając problemy związane z płodnością, seksualnością, wczesną menopauzą i zaburzeniami menstruacyjnymi.
- Usprawnić rejestrację absencji chorobowej.

Należy zbadać praktyczne sposoby poprawy jakości danych statystycznych z szerszym uwzględnieniem czynnika płci w krajach europejskich i w państwach członkowskich. Istotne jest, aby dane statystyczne z państw kandydujących uwzględniały rozdział pod kątem płci (Gonäs, 2002).

W niniejszym raporcie nie można szczegółowo przeanalizować możliwych problemów badawczych. Jednak badania są bardzo często neutralne wobec płci i płeć może być w nich uwzględniana tylko wtedy, kiedy badacz jest zainteresowany tym problemem (Rantalaiho i in., 2002). W przypadkach gdy do badań włączeni zostali zarówno mężczyźni, jak i kobiety, często czynnik płci jest „kontrolowany”, co oznacza, że nie można zbadać różnic ze względu na płeć. Istnieją dwa ważne zagadnienia: włączenie dziedzin istotnych zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn do programów badawczych oraz gromadzenie i analiza danych w sposób ukierunkowany na problem płci. Jeśli jakaś dziedzina jest pomijana w badaniach, zagrożenia pozostają nieznanne, co może utrwalać przekonanie, że nie ma żadnego ryzyka. Dziedzina ta jest pomijana zarówno w działaniach prewencyjnych, jak i planowanych badaniach. W niniejszym raporcie wskazano już wiele konkretnych dziedzin wymagających

Zestawienie 57: Ile uwagi poświęca się w badaniach zdrowiu mężczyzn i kobiet związanemu z pracą?

Artykuły na temat różnych chorób i dolegliwości omó-

wionych w niniejszym raporcie zostały wyszukane w bazie danych Medline (PubMed), obejmującej lata 1999–2002, i sklasyfikowane według czynnika płci. Wyniki pokazane są w poniższej tabeli:

Choroba	Ogółem	Zawierają słowo „kobieta”	Zawierają słowo „mężczyzna”	Tylko „kobieta”	Tylko „mężczyzna”
Wypadki	62	37	46	1	10
Rany i urazy	281	173	189	13	29
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	109	79	76	11	8
Nowotwory	498	265	345	41	121
Choroby płuc	267	141	175	7	41
Astma	66	39	44	1	6
Choroby skóry	132	88	93	4	9
Schorzenia słuchu	14	9	14	0	5
Ból głowy	2	2	2	0	0
Zespół „chorego budynku”	7	6	6	0	0
Uczulenie na substancje chemiczne	5	3	3	0	0
Choroby zakaźne i wirusowe	343	197	171	50	24
HIV, zapalenie wątroby typu B, zapalenie wątroby typu C	154	103	99	19	15
Choroby serca	55	27	50	0	23
Zaburzenia psychiczne	125	97	94	11	8
Rozrodczość i bezpłodność	214	173	95	93	15
Ogółem	2334	1439	1502	251	314

Wyszukiwanie przeprowadzono za pomocą haseł przedmiotowych z zakresu medycyny (MeSH), używając głównych haseł dla nazwy choroby w połączeniu z hasłem pomocniczym „epidemiologia” i z ograniczeniem do ludzi, płci żeńskiej lub męskiej. Wymiar zawodowy wyszukano za pomocą terminów MeSH „choroby zawodowe” i „narażenie zawodowe” oraz wyrażen tekstowych „pracownik(-cy)” i „zatrudniony(-eni)”. Nie było żadnych artykułów na temat przebiegów albo szumu w uszach. W dziedzinie zdrowia rozrodczego głównym hasłom towarzyszyły terminy: zaburzenia menstruacyjne, powikłania ciąży i bezpłodność. Artykuły dotyczące HIV, zapalenia wątroby typu B i zapalenia wątroby typu C obejmują szeroki zakres zawodów: od prostytutek do kierownic ciężarówek i pracowników służby zdrowia. Niektórych pracowników służby zdrowia z urazami w wyniku ułknięcia igłą uwzględniono jednak w grupie „ran i urazów”. „Ogółem” odnosi się do liczby wszystkich opublikowanych artykułów na dany temat – nie jest to podsumowanie rzędów, jako że liczby w każdym rzędzie odzwierciedlają po prostu historię wyszukiwania.

Mężczyźni pojawiali się w większej liczbie artykułów niż kobiety i znaleziono więcej artykułów dotyczących tylko mężczyzn. We wszystkich grupach najwięcej było

artykułów o nowotworach, poza rubryką „Tylko »kobieta«”, w której rozrodczość i bezpłodność były tematem największej liczby artykułów.

dalszego zbadania. Istnieje potrzeba opracowania w większym stopniu ukierunkowanych na problem płci sposobów podejścia do badań i dzielenia się wypracowanymi metodami. Vogel (2002) wskazuje też, że problemem jest szufladkowanie polityki; na przykład istnieją znaczące badania na temat rozdziału płci w kontekście zatrudnienia, ale niewiele z nich dotyczy warunków pracy (zobacz także załącznik 11). Potrzebne jest bardziej interdyscyplinarne podejście. Konieczne są zwłaszcza dalsze badania w dziedzinie działań interwencyjnych i prewencji w miejscu pracy. Jedną z metod badawczych interwencji partycypacyjnej przedstawiona jest w rozdziale na temat angażowania pracownic.

Widzieliśmy, w jaki sposób rozdział płci w zawodach wpływa na ekspozycję na zagrożenia, należy więc uwzględniać to przy planowaniu badań naukowych. Jeśli mężczyźni i kobiety są narażeni na różne zagrożenia albo różne poziomy ryzyka, a nie uwzględnia się tego, nie można wyciągnąć przekonujących wniosków odnośnie do różnic ze względu na płeć obserwowanych w wynikach zdrowotnych. Tacy badacze, jak Messing (1998) oraz Punnett i Herbert (2000) stwierdzili, że istnieje potrzeba dalszych badań nad problemem mężczyzn i kobiet (w miarę możliwości) wykonujących te same zadania w miejscu pracy. Zobacz także Messing i in. (2003).

Międzynarodowa Organizacja Pracy zasugerowała przeprowadzenie badań nad oceną rzeczywistych różnic między płciami i opracowanie sprawozdania dla Ogólnosiwiatowej Komisji ds. Zdrowia Kobiet, stworzonej na mocy rezolucji WHO, z przedstawieniem propozycji udoskonalenia badań i gromadzenia danych (zobacz załącznik 8). Ponadto amerykański NIOSH wprowadził w życie specjalny program badań nad płcią (zestawienie 58).

Chociaż więcej badań nad płcią przeprowadzono w krajach nordyckich (Vogel, 2002), w południowych państwach członkowskich czasami badano

inne dziedziny i stosowano inne punkty widzenia. Europejska debata między badaczami z różnych krajów byłaby użyteczna w kontekście przyjęcia szerszego punktu widzenia na te różne zagadnienia. Użyteczne byłoby także włączenie doświadczeń z badań w dziedzinie studiów nad kobietami. Należy zająć się brakiem równowagi między płciami w badaniach. Konieczne są badania nad czynnikiem płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy w tych państwach członkowskich, gdzie dostępnych jest mniej informacji, zwłaszcza że sytuacja i kontekst w różnych państwach są odmienne.

Zestawienie 58

Program badań nad płcią NIOSH

NIOSH przeprowadza specjalne działania dotyczące czynnika płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy. Działania obejmują rozszerzony program badawczy nad potrzebami pracujących kobiet w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy. Dziedziny badań to: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (na przykład wśród kobiet w branży telekomunikacji, służby zdrowia, usług i wprowadzania danych); czynniki środowiska pracy szczególnie stresujące dla kobiet i potencjalne środki prewencyjne; zagrożenia dla zdrowia rozrodczego; przemoc w pracy; kobiety w nietradycyjnych zawodach (np. w budownictwie, w tym używanie narzędzi, maszyn i sprzętu ochrony osobistej); rak (w tym możliwe zależności między pracą a nowotworami szyi i piersi); zdrowie i bezpieczeństwo pracowników służby zdrowia.

Projekty badawcze we Włoszech

Włoski Instytut Medycyny Pracy (ISPESL) włącza projekty dotyczące pracujących kobiet do swoich badań programowych, na przykład:

- Wieloośrodkowe badania kontrolne w ośmiu krajowych centrach urodzeń dotyczące związku między zagrożeniami zawodowymi a ciążą.
- Badania na temat związku między „narażeniem zawodowym na ołów” a „pomenopauzalną osteoporozą”.
- Badania epidemiologiczne kobiet pracujących w przemyśle odzieżowym.
- Bezpieczeństwo w pracy i poziom dobrego samopoczucia psychicznego personelu edukacyjnego w sektorze usług związanych z małymi dziećmi (zero do sześciu lat) w gminie miejskiej Rzym.

Źródło: ISPESL (2002).

Informacja i wsparcie działań w miejscu pracy

Dane podstawowe

- Obecna wiedza naukowa dostarcza już odpowiednio dużo informacji o zagrożeniach w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy kobiet, by działania prewencyjne można było prowadzić w sposób ukierunkowany na problem płci.
- Chociaż nadal brakuje informacji i wsparcia w zakresie czynnika płci w BHP w środowisku pracy, niektóre służby prewencyjne zaczynają włączać zagadnienie płci do swoich działań.

- Potrzebne są dalsze miarodajne informacje, narzędzia kontrolne i szkolenie w zakresie oceny ryzyka prowadzonej w sposób ukierunkowany na problem płci.
- Należy udostępniać istniejące narzędzia i programy.
- Potrzebna jest większa świadomość ogólna zagadnień, na przykład wśród specjalistów i praktyków w dziedzinie BHP.
- Zagadnienie płci powinno być systematycznie włączane do wszystkich poradników i działań wspierających.
- Ważną rolę do odegrania mają władze do spraw BHP, inspektoraty pracy i partnerzy społeczni.

Uświadamianie oraz dostarczanie informacji, praktycznych narzędzi i instrumentów oraz wsparcia technicznego to ważne części wspierania działań w zakresie zapobiegania ryzyku w obszarze bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy. Istnieją dowody, że szczególnie skuteczne mogą być ukierunkowane informacje i działania, przeznaczone dla określonych zawodów i zadań (Europejska Agencja, 2001a, 2001b).

Wśród źródeł informacji są: biuletyny dla praktyków w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy; informacje i działania władz do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy, związków zawodowych i stowarzyszeń pracodawców; wspólne wskazówki wypracowane jako efekt dialogu społecznego.

Nieobecność czynnika płci w informacjach z biuletynów

Jak wspomniano, wiele z badań dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy jest neutralnych wobec problemu płci (zobacz Niedhammer i in., 2000; Messing i in., 2003). Czasopisma z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy są ważnym źródłem informacji na temat profilaktyki dla praktyków. W celu sprawdzenia, w jakim stopniu uwzględniają one zagadnienie płci, przeprowadzono mały przegląd czasopism fińskich i holenderskich. Wyniki przedstawione są w zestawieniach 59 i 60.

Zestawienie 59: Dane na temat przeanalizowanych czasopism z dziedziny BHP z Finlandii i Niderlandów

Tytuł w języku angielskim	Tytuł oryginalny	Kraj	Okres	Liczba artykułów
„Ludzie i Praca” „Biuletyn dla Lekarzy Medycyny Pracy i Lekarzy Ubezpieczeniowych” „Warunki Pracy”	„Työ ja ihmisen” „TBV (Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsartsen)” „Arbeidsomstandigheden”	Finlandia Niderlandy Niderlandy	1997–2001 2000–2001 2000–2001	109 89 216

Nb: Wykorzystano tylko streszczenia w języku angielskim, a nie oryginalne artykuły napisane po fińsku.

Artykuły zostały sklasyfikowane według tego, w jaki sposób analizowały albo prezentowały treść albo dane: 1 – mężczyznami i kobietami

zajmowano się osobno; 2 – dotyczyły tylko kobiet; 3 – dotyczyły tylko mężczyzn; 4 – nie wspomniano o płci.

Zestawienie 60: Odsetek artykułów z jednego fińskiego i dwóch holenderskich czasopism z dziedziny BHP sklasyfikowanych na podstawie analizy i komunikowania treści i danych

Kategoria	Ludzie i praca	TBV	Warunki pracy
Mężczyźni i kobiety	11	2,3	0,9
Tylko kobiety	1,8	3,4	0,5
Tylko mężczyźni	7,4	0	0
Płeć nie jest wspomniana	79,8	94,3	98,6
Ogółem	100 (n = 109)	100 (n = 89)	100 (n = 216)

Ogromna większość artykułów we wszystkich trzech czasopismach nie dotyczyła płci. Problemy płci w czasopismach dla praktyków mogą być poruszane jeszcze rzadziej niż w czasopismach naukowych.

Uświadamianie: materiały, poradniki, narzędzia praktyczne i wsparcie techniczne

Szczegółowa analiza dostępności informacji i narzędzi z zakresu BHP ukierunkowanych na problem płci

wykracza poza zakres niniejszego raportu. Jako że tradycyjnie działania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy koncentrują się na wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych, które w większym stopniu dotyczą zawodów zdominowanych przez mężczyzn, prawdopodobnie w tych dziedzinach dostępnych też będzie więcej informacji i wsparcia. Opierając się na przeprowadzonej ankiecie, Biuro Techniczne Europejskich Związków Zawodowych informuje, że służby prewencji zaczynają włączać czynnik płci do swoich działań, ale generalnie tylko w sektorach „zdominowanych przez kobiety” albo odnośnie do problemów uważanych za „bardziej charakterystyczne dla kobiet”. Stwierdzono jednak znaczne różnice w podejściu między państwami, na przykład skandynawskimi i romańskimi (Vogel, 2002. Zobacz także załącznik 11). Podkreślono także rolę inspektoratów pracy w polepszaniu warunków pracy kobiet w krajach kandydujących (Skiöld, 2002).

Niemniej jednak, ukierunkowane wysiłki w celu dotarcia do pewnych typowo „kobiecych” sektorów mogą być szczególnie ważne, gdyż dotarcie do tych sektorów może być trudne – chodzi na przykład o sektor usług i zawody związane z utrzymaniem czystości, hotelarstwem i cateringiem, prywatne domy opieki dla ludzi starszych oraz pracę w domu.

Zestawienie 61

Praktyczne informacje dotyczące zawodów wykonywanych przez kobiety – efekt unijnego dialogu społecznego

Jedną z europejskich inicjatyw podjęto w celu uzupełnienia braku informacji na temat zapobiegania zagrożeniom w środowisku pracy sprzątaczy, w przeważającym stopniu żeńskiej grupy zawodowej, która jest nisko opłacana i zatrudniana na, często niepewne, umowy na część etatu. W obrębie jednego z europejskich forów sektorowego dialogu społecznego UNI-Europa, europejska federacja związków zawodowych i EFCE/FENI – Europejska Federacja Branży Utrzymania Czystości – opracowały praktyczny poradnik na temat różnych zagrożeń na stanowiskach pracy sprzątaczy i sposobów zapobiegania im.

Źródło: UNI-Europa i EFC/FENI (2001).

Portugalia wybiera do kampanii sektory ceramiczny i włókienniczy

W niniejszym raporcie zaprezentowano przykłady materiałów informacyjnych, a także praktycznego wsparcia w miejscu pracy ze strony państw członkowskich (na przykład zestawienie 61). Potrzebne jest dalsze tworzenie i udostępnianie materiałów, praktycznych poradników i instrumentów służących działalności promocyjnej oraz przykładów dobrej praktyki w działaniach interwencyjnych skoncentrowanych na zawodach zdominowanych przez kobiety i zagrożeniach, na które kobiety są szczególnie narażone.

Sugeruje się, że potrzebne są miarodajne informacje, narzędzia kontrolne i szkolenie z zakresu przeprowadzania oceny ryzyka z uwzględnieniem problemu płci. Zagadnienia płci powinny być systematycznie włączane do wszystkich poradników i inicjatyw wspierających (zobacz rozdział na temat wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu i stosowania podejścia ukierunkowanego na problem płci). Poza praktycznymi narzędziami stworzonymi z myślą o miejscu pracy mogą być potrzebne narzędzia i szkolenia dla inspektorów pracy i służb medycyny pracy. Jedno z badań na temat poglądów lekarzy medycyny pracy, przytoczone w rozdziale o służbach medycyny pracy, potwierdza słuszność tego stwierdzenia (Vinke i in., 1999).

Po kampaniach w budownictwie i rolnictwie portugalski krajowy instytut BHP i inspektorat pracy skierowały uwagę na sektory włókienniczy i ceramiczny, które są ważnymi strefami zatrudnienia kobiet. Zasoby kampanii obejmują narzędzia prewencyjne, szkolenia i imprezy. Zdecydowanie popiera się dialog społeczny, inicjowane są badania. Udział organizacji pracodawców i związków zawodowych jest ważnym elementem planowania i realizacji kampanii. Kampanie są także wprowadzane do szkół i szkolenia zawodowego.

Źródła: strona internetowa IDICT; Europejska Agencja (2001a); Europejska Agencja (2003c).

Włoskie działania w celu zwiększania świadomości

Włoski instytut higieny pracy, ISPESL, prowadzi krajowy projekt finansowany przez Ministerstwo Zdrowia dotyczący zwiększania świadomości na temat zagrożeń zawodowych dla kobiet w różnych sektorach i odnośnie do różnych zagrożeń.

Źródło: Papaleo (2002).

Związki zawodowe są źródłem informacji i wsparcia, inicjują także działania interwencyjne (TUTB, 2000; Vogel, 2002). Wśród wielu dostępnych poradników są między innymi zalecenia hiszpańskich związków zawodowych, które dotyczą oceny ryzyka i działań zapobiegawczych w sektorze komunikacji i transportu (Comisiones Obreras, 2001), oraz poradnik jednego z brytyjskich związków pracowników sektora publicznego mający na celu uświadamianie i zapewnianie wsparcia pracownikom BHP (Unison, 2001). Pewne przykłady działań interwencyjnych zainicjowanych przez związki zawodowe podane są w załączniku 11. Innym ważnym źródłem informacji i wsparcia mogą być wspólne zalecenia pracodawcy i związków zawodowych (na przykład zestawienie 61).

Dostęp do służb medycyny pracy i ich funkcjonowanie

Dane podstawowe

- Brakuje informacji na temat wpływu czynnika płci na korzystanie ze służb medycyny pracy i na ich funkcjonowanie.
- Istnieją pewne dowody na to, że mężczyźni w większym stopniu korzystają z omawianych usług. Są jednak badacze, którzy nie stwierdzili żadnych różnic.
- Istnieją pewne dowody na to, że niektórzy praktycy mogą postrzegać higienę pracy mężczyzn jako ważniejszą.
- Zapewnianie usług medycyny pracy jest w znacznej mierze zależne od krajowego kontekstu. Różni się w zależności od wielkości organizacji, mianowicie osoby pracujące w małych firmach są nimi objęte w mniejszym zakresie. Istotne jest tu także przyznawanie priorytetu „męskim” zawodom i zagrożeniom w nich występującym.
- Potrzebne są dalsze badania nad zagadnieniem płci w kontekście zapewnienia i korzystania z usług służb medycyny pracy.

Służby medycyny pracy wspierają dobre praktyki w zakresie zarządzania zdrowiem, środowiskiem i bezpieczeństwem w organizacjach. Mogą zapewniać usługi oceny ryzyka i prewencji, kontrolę i monitorowanie zdrowia, leczenie i rehabilitację. Dostęp do usług z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy i miejsca koncentracji ich zasobów ma wpływ na rozpoznawanie zagrożeń i zapobieganie im. Wszelkie różnice ze względu na płeć w dostępie do zasobów, a także ich szeregowaniu według ważności mogą mieć wpływ na zdrowie kobiet.

Według ankiety przeprowadzonej przez Hämäläinena i in. (2000) dostęp do usług służb medycyny pracy oraz ich zapewnianie różnią się znacznie w poszczególnych państwach członkowskich Unii Europejskiej. W niektórych państwach członkowskich istnieje ustawodawstwo, które przewiduje zapewnianie przez państwo usług medycyny pracy, w innych usługi te zapewniają organizacje ubezpieczeniowe bądź świadczone są one w ramach krajowej służby zdrowia. Zakres, w którym uwzględniane są różne dyscypliny medyczne i techniczne, jest różny. Niektóre organizacje zawierają umowy z pielęgniarkami i lekarzami wykwalifikowanymi w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z innymi specjalistami albo zatrudniają ich. Jednak pracownicy małych firm często nie mają żadnego dostępu do służb medycyny pracy, częściowo z powodu kosztów obciążających ich firmy (Graham, 2000). Także w tym przypadku prawdopodobne jest zapewnianie stosownych usług z uwagi na występujące zagrożenia oraz uznanie pewnych grup zawodowych i sektorów za szczególnie zagrożone.

Informacje na temat płci albo różnic ze względu na płeć w kontekście częstości i zakresu korzystania z tradycyjnej służby zdrowia są niewystarczające. Przeprowadzono bardzo niewiele badań na temat dostępu do służb medycyny pracy, a przeprowadzone, na przykład badania Hämäläinena i in. (2000), nie dotyczą płci. Poza tym nieliczne są analizy podstaw i poglądów na temat służb medycyny pracy.

Badania wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni odwiedzają swojego lekarza ogólnego i że ogół-

nie konsumpcja usług medycznych wyższa jest wśród kobiet (Verbrugge, 1985, 1986). Może to także wiązać się z ich obowiązkami rodzinnymi i faktem, że przeciętnie żyją dłużej niż mężczyźni.

Badania obserwacyjne przeprowadzone niedawno w Niderlandach potwierdziło, że kobiety częściej niż mężczyźni kontaktują się z lekarzem ogólnym, natomiast mężczyźni częściej zasięgają porad lekarza medycyny pracy przed i po okresie absencji (Houtman i in., 2002). Badania to wskazują, że kobiety nie zwracają się o pomoc medyczną częściej, ale kontaktują się z innymi osobami w celu uzyskania porady lekarskiej. W Finlandii w ramach dużej ankiety przeprowadzonej w 2000 r. zapytano pracowników obu płci o te zagadnienia i nie stwierdzono żadnych różnic: kobiety i mężczyźni korzystali z usług medycznych w równym stopniu, byli jednakowo zadowoleni i jednakowo doceniali ich bezstronność i poufność (Pirainen i in., 2000).

Korzystanie z usług medycyny pracy może być zjawiskiem złożonym i może także łączyć się z faktem, że specjaliści inaczej są nastawieni do pracowników płci męskiej i żeńskiej. Na przykład holenderscy lekarze medycyny pracy stwierdzili, że udana rehabilitacja zawodowa jest mniej ważna dla kobiet niż dla mężczyzn (Vinke i in., 1999). Chociaż w badaniach tych zajmowano się raczej intencjami niż działaniami, bardzo możliwe, że te intencje skutkowały rozdzielonymi ze względu na płeć działaniami, na przykład lekarzy medycyny pracy.

Innym, mniej rozpoznanym zagadnieniem jest jakość związków między pacjentami i lekarzami medycyny pracy. Na przykład według Eurobarometru 1996 – 36% Europejsek woli lekarza-kobietę. Zawód lekarza medycyny pracy może być zdominowany przez mężczyzn bardziej niż medycyna ogólna.

Istnieje potrzeba dalszych badań nad dostępnością i jakością osiągalnych usług pod kątem płci oraz przyczynami wszelkich różnic. Jak już wspomniano, dostępność usług zależy od różnic w ustawodawstwie poszczególnych państw i od typu organizacji, jak również od nastawienia ich dostawcy.

Zestawienie 62

Według Europejskiej Sieci na Rzecz Zdrowia Kobiet wrażliwość na problem płci w usługach medycyny pracy jest konieczna, ponieważ silny jest zawodowy rozdział płci: mężczyźni i kobiety są narażeni w różnych środowiskach pracy i na różne typy wymagań i wysiłku. Ważne jest uświadomienie sobie, że pewne problemy zdrowotne są wyjątkowe lub mają poważniejsze konsekwencje albo dla kobiet, albo dla mężczyzn, i że często są one związane z wiekiem. Należy przykładać równą wagę do wiedzy oraz doświadczeń kobiet i mężczyzn, jako że pełny udział obu płci w ocenie ryzyka i ustalaniu priorytetów jest konieczny. Promowanie dobrego samopoczucia i zadowolenia z pracy potwierdza także znaczenie zachowania równowagi między pracą a życiem prywatnym dla wszystkich pracowników. Wprowadzanie czynnika płci do głównego nurtu działań służb medycyny pracy podkreśla ten holistyczny punkt widzenia i znaczenie wielorakości narażeń, zarówno fizycznych, jak psychicznych.

Źródło: EWHNET (2001).

Konsultowanie się z kobietami i ich udział w sprawach bezpieczeństwa i higieny pracy

Dane podstawowe

- Skuteczne konsultowanie się z pracownikami i ich zaangażowanie to podstawa polityki zapobiegania wypadkom i chorobom zawodowym w miejscu pracy. Istnieją dowody, że przedsiębiorstwa, w których działają związki zawodowe, mają lepsze wyniki w dziedzinie BHP niż te, w których nie ma związków.
- Kobiety mają mniej władzy w miejscu pracy, jako że częściej zajmują niższe albo niewymagające kwalifikacji stanowiska.
- Kobiety rzadziej należą do związków zawodowych i mają zbyt mały udział w ich przedstawicielstwach w stosunku do ogólnego poziomu członkostwa.
- Kobiety w mniejszym stopniu włączone są w sprawy bezpieczeństwa i higieny pracy oraz decyzyje co do tych zagadnień.
- Istnieją przykłady metod interwencji z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy służących sku-

tecznemu angażowaniu kobiet. Należy dzielić się takimi przykładami.

- Potrzebnych jest więcej modeli skutecznego udziału kobiet w podejmowaniu decyzji z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy na wszystkich poziomach.

Mniejszy udział kobiet

Różne badania przeprowadzone przez Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy potwierdziły, że konsultacje z pracownikami i ich zaangażowanie to decydujące czynniki zapewniające skuteczność prewencyjnych działań interwencyjnych w miejscu pracy i zarządzania zagrożeniami zawodowymi (na przykład Europejska Agencja, 2001a, 2002b). Inne badania potwierdziły znaczenie obecności kobiet w wielostronnych negocjacjach w sprawie równości płci (Dickens, 1998). Zatem zaangażowanie pracujących kobiet w sprawy bezpieczeństwa i higieny pracy jest także decydujące, jeśli chce się skutecznie zajmować zagrożeniami zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

W trzeciej ankiecie Europejskiej Fundacji na temat warunków pracy poproszono respondentów o uwagi na temat ich udziału w omawianiu warunków pracy i zmian organizacyjnych. Analiza wskazuje, że wymiana opinii na temat warunków pracy i zmian organizacyjnych jest częstsza wśród osób, które wykonują zawody wymagające wysokich kwalifikacji i mają stałą pracę. Niewykwalifikowani robotnicy w najmniejszym stopniu uczestniczą w takich konsultacjach, a tymczasowi pracownicy agencji mają najmniej okazji do omawiania warunków pracy albo zmian organizacyjnych. Badano także, kto bierze udział w tych wymianach opinii, i stwierdzono, że udział pracowników płci męskiej w dyskusjach z udziałem przedstawicieli pracowników i zewnętrznych ekspertów jest większy. Wydaje się więc, że udział kobiet w konsultacjach jest mniejszy wówczas, kiedy prawdopodobna jest bardziej szczegółowa dyskusja i podejmowanie decyzji w sprawach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w środowisku pracy (Paoli i Merlié, 2001). Greckie badania nad

uczestnictwem kobiet w sprawach bezpieczeństwa i higieny pracy wykazały, że w porównaniu z mężczyznami kobiety częściej odgrywają bierną rolę, są mniej zaangażowane i w dużym stopniu wykazują nieufność do procesu zarządzania BHP (Batra, 2002).

Ważną formą konsultacji i udziału w inicjatywach z zakresu bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy jest przedstawicielstwo związków zawodowych. Różne badania wskazują, że firmy, w których działają związki, przeprowadzają więcej działań z dziedziny zarządzania bezpieczeństwem i mają lepsze wyniki w tym zakresie (na przykład Reilly i in., 1995; Steele i in., 1997). Jednak do związków zawodowych należy mniejszy procent pracujących kobiet niż pracujących mężczyzn, a procent ten jest jeszcze mniejszy wśród przedstawicieli związków do spraw BHP i wśród przedstawicieli pracowników. Na przykład wśród członków związków zawodowych należących do Kongresu Związków Zawodowych w Zjednoczonym Królestwie 59% stanowią mężczyźni, a 41% – kobiety. Według wyników ankiety przeprowadzonej wśród przedstawicieli do spraw BHP z tych związków zawodowych, 72% respondentów to mężczyźni i 28% kobiety (TUC, w druku). Szersze omówienie problemu przedstawicielstwa kobiet w związkach zawodowych w stosunku do ich liczebności w tych związkach przedstawili Garcia i Lega (1999).

Roskam, informując o swoich doświadczeniach z udziału w programie ILO „Bezpieczna praca”, wskazuje, iż kobiety są nieobecne wśród decydentów na wszystkich poziomach (zobacz także Messing, 1999), jako że istnieją określone przeszkody w podejmowaniu przez kobiety ról przywódczych, a ponadto – w przypadku bezpieczeństwa i higieny pracy – może je zniechęcać temat, który postrzegają jako techniczny. W rezultacie w komisjach do spraw bezpieczeństwa brakuje kobiet, co oznacza nieuczestniczenie kobiet w inicjatywach dotyczących ich zdrowia. Proponuje się zachęcanie związków zawodowych do „aktywizowania komitetów kobiecych, jak również włączania kobiet do komisji do spraw bezpieczeństwa i ochrony zdrowia [...]” w ramach rozwiązywania tego problemu. Podobne

zalecenie przedstawione jest w planie działania na rzecz zdrowia pracujących kobiet, sformułowanym wspólnie przez badaczy i związki zawodowe w Quebecu w Kanadzie (strona internetowa Cinbiose). Niektóre związki zawodowe opublikowały informacje dla przedsiębiorstw na temat zachęcania kobiet do udziału w przedstawicielstwach do spraw bezpieczeństwa i ułatwiania im działań (zobacz na przykład Unison, 2001 i zestawienie 63).

Zestawienie 63

Przedstawiciele do spraw bezpieczeństwa w miejscu pracy mogą podejmować akcje uświadamiające na temat zdrowia i bezpieczeństwa kobiet, badać to zagadnienie i umieszczać w programie działań przez:

- podnoszenie problemów z dziedziny bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, wobec których stoją kobiety;
- zachęcanie większej liczby kobiet do zostania przedstawicielami do spraw bezpieczeństwa;
- organizowanie kampanii adresowanych do kobiet na temat bezpieczeństwa i ochrony zdrowia;
- zachęcanie kobiet do uczestnictwa w kursach szkoleniowych;
- znajdowanie innych sposobów promocji bezpieczeństwa i ochrony zdrowia kobiet;
- wyznaczanie przedstawicieli do spraw bezpieczeństwa w strefach, w których pracują głównie kobiety;
- organizowanie spotkań wtedy, gdy mogą w nich uczestniczyć osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin i kobiety obciążone obowiązkami domowymi (opieką nad dziećmi);
- zapewnianie informacji na temat problemów kobiet w kontekście bezpieczeństwa i ochrony zdrowia;
- przeprowadzenie prostej ankiety w celu zdobycia dodatkowych informacji na temat problemów kobiet, a także rozmawianie z kobietami podczas inspekcji;
- znajdowanie sposobów kontaktowania się z kobietami, które pracują w niepełnym wymiarze godzin albo mają nietypowe godziny pracy (np. sprzątaczk).

Źródło: Unison (2001).

Zwiększenie uczestnictwa kobiet znajduje się także wśród zaleceń w opublikowanej przez ILO pracy naukowej na temat włączania zagadnień płci do dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy: „Kobiety

powinny mieć lepsze przedstawicielstwo i być bezpośrednio włączane do procesu podejmowania decyzji dotyczących ochrony ich zdrowia. Opinie kobiet jako użytkowników, opiekunek i pracowników oraz ich doświadczenia, wiedza i umiejętności powinny znajdować odzwierciedlenie podczas formułowania i wprowadzania w życie strategii promocji zdrowia. Powinny one mieć większy udział w poprawie warunków ich pracy, zwłaszcza przez opracowywanie programów, zapewnianie służb medycyny pracy, dostęp do obszerniejszych i lepszych informacji, szkolenia i edukację zdrowotną. Na poziomie kraju i przedsiębiorstwa należy wspierać pracujące kobiety w organizowaniu się i uczestniczeniu w poprawie ich warunków pracy” (Forastieri, 2000).

Stopniowe, partycypacyjne podejście do polityki zapobiegawczej

Stopniowe, partycypacyjne podejście okazało się użyteczne w zapobieganiu, w tym odnośnie do zapobiegania stresowi i chorobom układu mięśniowo-szkieletowego (na przykład Kompier i Cooper, 1999; Kompier i in., 1996; Landsbergis i in., 1999). Typowym przykładem takiego podejścia jest model opracowany przez Kompiera i Coopera (1999):

1. *Przygotowanie*: Jaki jest problem? Czy dostępne są wszystkie informacje potrzebne, by zająć się tym problemem, czy też należy zgromadzić ich więcej? Kto odgrywa rolę w działaniach prewencyjnych i jaki jest jego stosunek do tych działań? Zarówno kierownictwo, jak i pracownicy muszą popierać działania, zwłaszcza wprowadzające w życie przedsięwzięcia organizacyjne.
2. *Analiza problemu*: W skomplikowanych sytuacjach konieczne jest zgromadzenie dodatkowych informacji. Szczególnie ważne jest określenie grup ryzyka.
3. *Wybór środków*: Można zdecydować się zarówno na działania ukierunkowane na pracę, jak i na osobę, w zależności od ustalonych grup ryzyka

Zestawienie 64

W Niderlandach jeden ze szpitali pragnął zmniejszyć absencję chorobową. Szpital chciał także zwiększyć swoją konkurencyjność i przyciągnąć więcej pracowników. Dyrekcja podjęła inicjatywę i utworzono komitet kierowniczy. Poproszono pracowników z różnych poziomów i działów organizacji o przystąpienie do komitetu. Poprawiło to stopień zaangażowania i demokracji oraz zapewniło przepływ informacji. Ponadto zatrudniono zewnętrznego konsultanta, zarazem aktywizatora, by podtrzymywać proces. Nastąpiła popra-

wa warunków pracy, poprawiła się opieka nad pacjentami i lepszy stał się klimat psychospołeczny. Absencja zmalała z 8,9 do 5,8%. Jednak trudne wydawało się utrzymanie zaangażowania kierownictwa średniego szczebla. Członkowie komitetu ciągle się zmieniali, obowiązki komitetu kierowniczego nie były jasne dla wszystkich, trudno było podtrzymać zaangażowanie pracowników w czteroletni projekt i trudno było ocenić obiektywnie, które ograniczenia są poważne, a które nie.

Źródło: Kompier i Cooper (1999).

i czynników ryzyka. Na przykład w przypadku zapobiegania chorobom układu mięśniowo-szkieletowego działania ukierunkowane na pracę obejmowały zmianę rozplanowania pracy, zmiany odnośnie do polityki pracy i odpoczynku, wsparcie socjalne oraz działania ergonomiczne i techniczne. Najważniejsze działania ukierunkowane na osobę dotyczą szkolenia pracowników i kierownictwa albo zapewniania osobistych środków, takich jak *coaching*. Ważne jest zrozumienie, że niektórych korzyści można spodziewać się w krótkim czasie, a niektórych dopiero po dłuższym czasie.

4. *Realizacja*: Trzeba wprowadzić środki w życie. Chociaż podjęcie działań może wydawać się oczywiste, ten krok jest często najbardziej problematyczny: studia przypadku pokazują, że właśnie tutaj ryzyko niepowodzenia jest większe.
5. *Ocena*: Jest to ostatni krok, który nadaje kierunek przyszłym działaniom. Bardzo ważne jest, by ocenić zarówno proces (Czy wszystko przebiegło według planu? Gdzie coś się nie udało? itd.), jak i rezultat, na przykład zmniejszenie liczby straconych dni/wskaźników absencji itd.

Niektóre metody poprawy albo wspierania udziału kobiet w tym podejściu podano poniżej.

Przykłady metod i sposobów podejścia wspierających udział kobiet

Istnieją różne inicjatywy, metody i sposoby podejścia, które zastosowano i zalecano w celu ułatwie-

Zestawienie 65

W Niemczech zapobieganie i promocja zdrowia przybrały formę „kółek zdrowia”. Metodę tę można opisać następująco (na przykład Sochert, 1999; Mather i Peterken, 1999):

- w obrębie jednostki zawodowej albo sektorowej tworzona jest mała grupa pracowników i ich kierownictwa;
- grupa ta spotyka się kilkakrotnie w pewnym (uzgodnionym) okresie;
- sesje te prowadzi niezależny moderator;
- w czasie tych spotkań omawiane są żądania dotyczące ochrony zdrowia i propozycje dla pracowników dotyczące jego poprawy.

nia większego udziału pracujących kobiet w procesie badania i oceny zagrożeń w miejscu pracy i wprowadzania środków prewencyjnych. Są wśród nich:

- *Badania zorientowane na działanie*. Jest to metoda badań interwencyjnych w celu zapewnienia rzeczywistego udziału zainteresowanych pracowników podczas badania problemów i proponowania dziedzin wymagających ulepszeń oraz zapewnienia, że oceniane są zadania faktycznie wykonywane przez kobiety i mężczyzn (zobacz zestawienie 66).
- *„Kółka zdrowia” i małe grupy dyskusyjne*. Zbieranie pracownic w miejscu pracy w celu omawiania problemów zdrowotnych związanych z pracą to część procesu promowania udziału kobiet. Jednym z przykładów, jak to zrobić, jest austriacki

projekt Spagat. To metoda włączania pracujących kobiet, z wykorzystaniem ich doświadczenia i wiedzy, do przeprowadzania systematycznej analizy ich problemów zdrowotnych i opracowywania możliwych do wykonania rozwiązań. Obejmuje ona współpracę dyrekcji firmy, komitetu związków zawodowych, pracowników i „kółek zdrowia”. „Kółka zdrowia” to małe grupy pracowników tworzone w obrębie przedsiębiorstwa, spotykające się po to, by analizować niezdrowe sytuacje w pracy i opracowywać pomysły możliwych do wykonania rozwiązań. Projekt został stworzony przez organizację badawczo-szkoleniową we współpracy z federacją związków zawodowych i przy wsparciu Austriackiego Funduszu Zdrowia FGÖ (strona internetowa projektu Spagat).

- Ogólne porady na temat prowadzenia w miejscu pracy małych grup dyskusyjnych z zakresu bezpieczeństwa i zdrowia podane są w podręczniku „Proste badania” na temat udziału pracowników w sprawach dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa opracowanym dla ILO (Keith i in., 2002).
- *Metody badawcze „mapowania” zagrożeń.* Mapowanie jest partycypacyjną metodą ankietowania pracowników w sprawach związanych z pracą i problemami zdrowotnymi, opisaną w podręczniku ILO „Proste badania” (Keith i in., 2002). Używając prostych szkicowych rysunków ciała albo planów miejsca pracy, pracownicy mogą rejestrować, w formie wizualnej, swoje problemy zdrowotne, zagrożenia w pracy i ogólne środowisko pracy. Może to dawać pozytywne rezultaty na przykład przy badaniu objawów bardziej skomplikowanych problemów zdrowotnych, takich jak choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Najlepsze efekty są uzyskiwane wśród grupy pracowników wykonujących to samo zadanie. Z pomocą organizatora każdy pracownik z grupy zaznacza swoje różnego rodzaju bóle na mapie ciała. Skupiska objawów, które pojawiają się na tej samej części ciała, mogą być związane z pracą. Odsobnione objawy rzadziej są związane z pracą. W ten sposób używa się tej metody

w celu określania wspólnych problemów zdrowotnych wśród pracowników w określonym miejscu pracy albo wykonujących ten sam zawód. Ponieważ robi się to w grupach, jest to metoda partycypacyjna i rozwija podejście zbiorowe. Może być łatwiejsza do zrozumienia i bardziej zachęcająca niż indywidualne wypełnianie ankiety dla miejsca pracy. Jest używana przez związki zawodowe pracowników w celu badania alergii, chorób układu mięśniowo-szkieletowego, zagrożeń dla zdrowia rozrodczego i stresu.

- *Inicjatywy związków zawodowych.* Wiele związków zawodowych wydało specjalne przewodniki, przeprowadziło kampanie i zorganizowało specjalne szkolenia odnośnie do zagrożeń dla kobiet z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w celu poprawy świadomości na temat czynnika płci oraz partycypacji pracownic. Podano już pewne przykłady. Podręcznik „Proste badania” opublikowany przez ILO podaje różne praktyczne przykłady inspekcji i działań interwencyjnych w miejscu pracy obejmujących zadania kobiet i włączających pracownice (Keith i in., 2002). Pewne dodatkowe przykłady inicjatyw związków zawodowych można zobaczyć w załączniku 11.
- *Rozwijanie współpracy i wspólnych planów między badaczami i przedstawicielkami pracownic.* Przykładem tego jest plan działania opracowany na posiedzeniu kanadyjskich badaczy i przedstawicieli pracownic w 1998 r. na Université du Québec à Montréal (strona internetowa Cinbio-se, wspomniana wyżej). W planie działania określono wiele zagadnień dotyczących zdrowia kobiet w pracy i w każdej dziedzinie wyznaczono cele oraz zaproponowano środki osiągnięcia tych celów. Obok obszarów badań zajęto się ustawodawstwem i polityką oraz środkami praktycznymi.

Potrzebnych jest więcej modeli rzeczywistego udziału kobiet w decyzjach dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, ale należy wymieniać i udostępniać istniejące już metody i przykłady ich stosowania.

Zestawienie 66: Przykład udziału pracowników poprzez interwencje badawcze zorientowane na działanie

Udział pracowników jest jednym z kluczowych czynników powodzenia działań interwencyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracy. Jednak kobiety, z powodu ich koncentracji w zawodach o niższym statusie i z powodu ich słabszego przedstawicielstwa w związkach zawodowych, mają mniejszy dostęp do procesów podejmowania decyzji i udział w nich. Zatem w przypadku działań interwencyjnych zaadresowanych do grup zawodowych zdominowanych przez kobiety rzeczywisty udział samych pracowników jest szczególnie ważny. Pamiętając o tym, ośrodek Cinbiose na Uniwersytecie Quebecu opracował zorientowane na działania podejście badawcze do interwencji w miejscu pracy, które zastosował do przyglądania się problemom ergonomicznym w grupach zawodowych zdominowanych przez kobiety. Zasady tego podejścia są następujące:

- dawanie możliwości;
- wykorzystywanie wiedzy pracowników;
- kwestionowanie przyjętych założeń na temat zagrożeń w pracy;
- uwzględnianie zagadnień dotyczących płci w podziale pracy i stosunkach władzy.

Celem jest wykorzystanie wiedzy pracowników i pracowników do wszystkich etapów działań interwencyjnych. Obserwacja na miejscu osób wykonujących daną pracę i zadawanie pytań tej grupie, jak również ich zwierzchnikom i przedstawicielom związków zawodowych, stosowane jest do proponowania zmian na podstawie rzeczywistej pracy i ustalania priorytetów.

Wśród stosowanych metod są:

- wstępne badania z wykorzystaniem wywiadów grupowych i gromadzeniem pomocniczych informacji, takich jak rejestr wypadków, by pomóc wybrać zawody do zbadania i ustalić priorytety;
- wstępna obserwacja wybranych zawodów, by wybrać dalsze określone działania do zbadania;
- systematyczna obserwacja i analiza rzeczywistych działań roboczych, w tym gromadzenie danych ilo-

ściowych i jakościowych, obserwowanie pracowników oraz stosowanie kwestionariuszy i rozmów z pracownikami;

- informacje zwrotne i sprawdzanie, przez prezentowanie i omawianie wyników z pracownikami, zwierzchnikami, przedstawicielami związków, komisjami do spraw bezpieczeństwa itd.;
- upowszechnianie wyników.

Przykładem stosowania tej metody są badania nad biurową pracą recepcjonistek w jednym ze szpitali. Praca ta jest najczęściej uważana za mało ryzykowną i niewymagającą pod względem fizycznym: wygodne otoczenie, niewielki zakres podejmowania decyzji. Wśród problemów odkrytych w badaniach były:

- zarządzanie komunikacją i informacją – praca z użyciem telefonu w hałaśliwym i ruchliwym otoczeniu oraz znajdowanie, ustalanie i wyjaśnianie niezbędnych informacji w kontakcie z pacjentami lub innymi recepcjonistkami;
- częste przerywanie przez inne osoby wykonywania zadań, zwiększające obciążenie umysłu przez zadanie;
- ból dolnego odcinka kręgosłupa i problemy z kręceniem z powodu ciągłego siedzenia; ból w rejonie szyi i barków, spowodowany między innymi równoczesnym używaniem telefonu i wyszukiwaniem kart pacjentów;
- problemy z rozplanowaniem stanowiska pracy, na przykład: powierzchnia robocza o niedostatecznej szerokości, umieszczona zbyt wysoko; zbyt wysoko umieszczone ekrany komputerów; poruszanie się między sprzętem roboczym i stanowiskiem pracy w celu wezwania pacjenta.

Raport zawiera wiele zaleceń, na przykład używanie telefonów bezprzewodowych, lepsze tablice informacyjne dla pacjentów, by nie musieli pytać o wszystko recepcjonistek, poprawa rozplanowania pracy i system przywoływania pacjentów oraz propozycje, by zmienić plan pomieszczeń, zakupić słuchawki i zmodernizować system komputerowy.

Źródło: Messing (1999).

6.



B A D A I A

WPROWADZANIE ZAGADNIENIA PŁCI DO GŁÓWNEGO NURTU

Prawodawstwo z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy

Dane podstawowe

- Tradycyjnie ustawodawstwo z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy było często dyskryminujące. Zabraniano bowiem kobietom wykonywania pewnych prac i koncentrowano się na zagrożeniach w zawodach zdominowanych przez mężczyzn.
- Współczesne ustawodawstwo stosuje podejście neutralne wobec problemu płci.
- Chociaż ogólne ustawodawstwo UE na temat zapobiegania zagrożeniom uwzględnia problemy zdrowotne i zagrożenia wieloprzyczynowe,

które częściej charakteryzują pracę kobiet, takie jak stres i schorzenia kończyn górnych, zagrożenia w pracy zdominowanej przez mężczyzn są nadal w większym stopniu objęte ustawodawstwem specjalnym.

- Istnieją pewne wyłączenia w dyrektywach, które mają większy wpływ na pracę kobiet, na przykład wyłączenie zawodu płatnych pracowników domowych.
- Chociaż dyrektywy UE mają zastosowanie do sektora publicznego, w którym udział kobiet jest duży, w niektórych państwach członkowskich funkcjonują ograniczone programy egzekwowania ich postanowień.
- Możliwe jest stosowanie neutralnego wobec płci podejścia do oceny ryzyka i zapobiegania mu, z uwzględnieniem jednak problemu płci. Jako wsparcie potrzebne są tu wskazówki, narzędzia oceny ryzyka i szkolenia. Ponadto należy przeprowadzać ocenę dyrektyw pod kątem zagadnień płci, kiedy są one poddawane przeglądowi albo planowane są nowe.
- Gdyby dyrektywy UE były skutecznie wprowadzane w życie i egzekwowane na wszystkich stanowiskach pracy w UE, mogłoby to oznaczać istotną poprawę stanu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy wielu kobiet.
- Istnieje potrzeba lepszej promocji warunków pracy kobiet w procesie normalizacji.
- Skuteczne wprowadzanie w życie inicjatyw na rzecz równości w zatrudnieniu przyczyniłoby się także do usunięcia niektórych źródeł stresu w pracy kobiet.

Historyczne podejście do czynnika płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy

Historycznie ustawodawstwo z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy koncentrowało się na bezpieczeństwie, wypadkach przy pracy, zagrożeniach ze strony maszyn i zawodach wysokiego ryzyka, takich jak górnictwo. To, że mężczyźni częściej ulegają wypadkom w pracy, a kobiety są bardziej podatne na pewne choroby zawodowe, zostało już

omówione. Innym historycznym podejściem było wprowadzanie ograniczeń w zatrudnianiu kobiet w pewnych zawodach albo okolicznościach. Konsekwencją tego podejścia, często opartego na bardzo ograniczonych informacjach naukowych, była raczej dyskryminacja kobiet w sferze zatrudnienia niż poprawa warunków pracy dla obu płci. Na przykład na początku XX wieku kobiety miały zakaz pracy w kontakcie z ołowiem. Były bardziej narażone z powodu wykonywanych przez nie zawodów, jednocześnie jednak w oddziaływaniu ołowiu płeć nie odgrywa istotnej roli. Skutek był taki, że mężczyźni pracowali bez zabezpieczeń w takich samych niebezpiecznych warunkach.

Obecne podejście do bezpieczeństwa i higieny pracy w ustawodawstwie UE

W dyrektywach UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy odstąpiono od dyskryminującego podejścia. Obecne ustawodawstwo w zakresie zapobiegania ryzyku zawodowemu stosuje, ogólnie rzecz biorąc, neutralne podejście do płci.

Ramowa dyrektywa UE z 1989 r. (dyrektywa Rady 89/391/EWG) ustala ogólne podejście do problemu zapobiegania ryzyku w krajach UE. Jest to dyrektywa ogólna, wymagająca od pracodawców określania i oceny zagrożeń zawodowych, bez ograniczania zakresu możliwych zagrożeń, i wprowadzania odpowiednich środków ochronnych i prewencyjnych zgodnie z hierarchią ich stosowania, poczynwszy od zapobiegania u źródła. Podejście to zakłada, że praca, stanowisko pracy i jego wyposażenie powinny zapewniać pracownikowi bezpieczeństwo i komfort. Zagadnienia psychospołeczne, takie jak stres, stosowanie przemocy, organizacja pracy, są uwzględnione w ogólnych postanowieniach tej dyrektywy, tak samo jak związane z pracą schorzenia kończyn, chociaż nie są objęte specjalnymi dyrektywami. Istnieją jednak obecnie specjalne dyrektywy dotyczące na przykład chemikaliów, czynników biologicznych i przenoszenia ciężarów. Hierarchia środków prewencyjnych podana w artykule 6, której podstawą jest unikanie zagrożeń

i stosowanie ochron zbiorowych przed środkami ochrony indywidualnej, obejmuje dostosowywanie pracy do jednostki pod względem stanowiska pracy, sprzętu, metod pracy i organizacji pracy. Jednak dyrektywa ramowa wyraźnie wyklucza zawód płatnych pracowników domowych, zdominowany przez kobiety. Ponadto należy pamiętać, że historycznie ustawodawstwo koncentrowało się na problemach mężczyzn i wykonywanych przez nich zawodów, co oznacza, że opracowywanie dzisiejszego „neutralnego wobec płci” ustawodawstwa było oparte na „męskich” normach.

Kobiety mają zbyt duży udział w sektorze publicznym, do którego dyrektywy UE także mają zastosowanie. Jednak dyrektywy nie obejmują metod ani norm egzekwowania postanowień i w niektórych państwach członkowskich, w niektórych częściach sektora publicznego, funkcjonują inne, bardziej ograniczone postanowienia co do inspekcji pracy i zasad egzekwowania. Może to mieć negatywny wpływ na spełnianie norm dotyczących ochrony zdrowia i zapewnienia bezpieczeństwa w pracy, w tym na działania służb prewencji, szkolenie i przedstawicielstwo pracowników (Vogel, 1999; zobacz także Maestro i in., 2000; Montero i Frutos, 2000).

Jak omówiono to w rozdziale na temat zagrożeń dla rozrodczości, UE wprowadziła także specjalne ustawodawstwo w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczące kobiet w ciąży i kobiet wracających do pracy po urodzeniu dziecka. Dyrektywa Rady 92/85/EWG wymaga od pracodawców, by oceniali zagrożenia, na jakie narażone są te pracownice, i podejmowali starania w celu wyeliminowania tych zagrożeń, w zakresie ograniczania pracy nocnej oraz przestrzegania praw pracowniczych. Jednak zdaniem między innymi Europejskiej Konfederacji Związków Zawodowych (European Trade Union Confederation – ETUC) nie jest to wystarczające, na przykład dlatego, że umożliwia odsuwanie kobiet w ciąży od pracy niebezpiecznej zamiast koncentrować się na zapobieganiu ryzyku u źródła przez stosowanie ochron zbiorowych (Vogel, 2002). Poza tym nie ma specjalnego ustawodawstwa

dotyczącego zagrożeń dla rozrodczości, które obejmowałoby wszystkie problemy zdrowotne zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

Chociaż dyrektywy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy oparte są na ogólnym podejściu do oceny ryzyka i zapobiegania zagrożeniom, możliwe jest zastosowanie ich w praktyce z uwzględnieniem problemu płci. W zestawieniu 67 wskazano zapisy niektórych z tych dyrektyw mogące ułatwić realizację podejścia ukierunkowanego na problem płci.

Zestawienie 67: Kilka przykładów dyrektyw i zapisów z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy neutralnych wobec problemu płci, które można stosować w odniesieniu do problemów płci

Ogólnie można stwierdzić, że dyrektywa ramowa prezentuje neutralne wobec płci podejście do zapewnienia minimalnych norm bezpieczeństwa i ochrony zdrowia. Wymaga ona oceny ryzyka i zapobiegania mu, uwzględnia choroby układu mięśniowo-szkieletowego, zagrożenia psychospołeczne i ich skutki, a także zagrożenia tradycyjne. Zastosowanie szerokiego podejścia umożliwia jej stosowanie w sposób „uwrażliwiony na problem płci”. W artykule 16 stwierdza się ponadto: „szczególnie wrażliwe grupy ryzyka muszą być chronione przed niebezpieczeństwami, które dotyczą właśnie ich”. Nie zdefiniowano pojęcia „wrażliwe grupy”, a więc artykuł ten można stosować w odniesieniu do problemów płci, a także problemów starszych pracowników i pracowników niepełnosprawnych.

Gdyby dyrektywy UE z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, charakteryzujące się szerokim podejściem do zagadnienia, były skutecznie wprowadzane w życie i egzekwowane na wszystkich stanowiskach pracy w UE, mogłoby to oznaczać istotną poprawę stanu zdrowia wielu kobiet i ich bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Ustawodawstwo i działania w zakresie równouprawnienia płci

Generalnie problem równouprawnienia płci, w pracy i poza nią, w dużym stopniu pozostaje poza zasięgiem tematycznym niniejszego raportu.

Niektóre zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, zwłaszcza odnoszące się do kobiet, objęte są ustawodawstwem spoza zakresu BHP. Dyrektywa Rady 76/207/EWG, zmieniona dyrektywą Rady 2002/73/WE z 23 września 2002 r., dotycząca jednakowego traktowania mężczyzn i kobiet w kwestii dostępu do zatrudnienia, szkolenia zawodowego i awansu, a także warunków pracy, uwzględnia molestowanie seksualne oraz dodatkowe inicjatywy odnoszące się do kobiet w ciąży.

W dyrektywie dotyczącej sprzętu roboczego (dyrektywa Rady 89/655/EWG) mówi się o ogólnym obowiązku stosowania sprzętu niezagrażającego bezpieczeństwu i zdrowiu pracowników oraz uwzględnianiu zasad ergonomii.

W dyrektywie dotyczącej środków ochrony indywidualnej stwierdza się, że dobierając tego typu sprzęt, należy uwzględniać indywidualne cechy użytkownika i charakter jego pracy.

Dyrektywa dotycząca miejsca pracy – dyrektywa Rady 89/654/EWG – traktuje o minimalnych wymaganiach w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. o zapewnieniu odpowiednich stanowisk pracy. Zawiera także dodatkowe wymagania dotyczące kobiet w ciąży. Wśród minimalnych wymagań określonych w załącznikach do dyrektywy są takie: „Kobiety w ciąży i matki karmiące muszą mieć możliwość położenia się, by odpocząć w odpowiednich warunkach”; „w toaletach i miejscach do odpoczynku muszą być wprowadzone odpowiednie środki służące ochronie osób niepalących”.

Jednak różnice ze względu na płeć w statusie, traktowaniu i dostępie do zasobów, zarówno w społeczeństwie, jak w miejscu pracy, mogą mieć wpływ na zróżnicowanie ze względu na płeć obserwowane w sferze bezpieczeństwa i higieny pracy. Na przykład dyskryminacja pod względem płacy i awansu oraz różnice w dostępie do szkoleń mogą być źródłami stresu. UE wprowadziła różne dyrektywy, porozumienia i ustawy mające na celu osiągnięcie jednakowego traktowania (zobacz załącznik 12). Także w tym przypadku, gdyby zostały one w pełni wprowadzone w życie w miejscach pracy, przyczyniłoby się to do poprawy stanu zdrowia

kobiet. W załączniku 14 podane są pewne propozycje działań i strategii w tej dziedzinie, oparte na badaniach Europejskiej Fundacji. Szczególnie owocne mogłyby być próby ściślejszego powiązania polityki zdrowotnej w pracy z polityką dotyczącą płci (na przykład Vogel, 2002 i załącznik 11). Jest to omówione w rozdziale na temat wprowadzania do głównego nurtu.

Wyznaczanie norm i odszkodowania

Jak omówiono to w jednym z wcześniejszych rozdziałów, w porównaniu z ustawodawstwem prewencyjnym odszkodowania są o wiele bardziej ograniczone do tradycyjnych zagrożeń występujących w licznych zawodach męskich. Wiele europejskich i międzynarodowych norm dotyczących wyposażenia albo zagrożeń w miejscu pracy stworzono głównie na podstawie danych odnoszących się do mężczyzn (na przykład Messing, 1998). Stąd postulat, aby warunki pracy kobiet były szerzej uwzględniane w dokumentach normalizacyjnych.

Czynnik płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy – strategia UE

Dane podstawowe

- Strategia Wspólnoty na lata 2002–2006 zakłada wprowadzanie problematyki płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Parlament Europejski wskazał pewne konkretne dziedziny, na które trzeba zwrócić szczególną uwagę w kontekście tego zagadnienia.

Jak stwierdzono we wstępie, Komisja Europejska uznała, że istnieje potrzeba bardziej wnikliwego rozpatrzenia zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy kobiet i zaakcentowała kwestię płci w swojej najnowszej strategii BHP. Zwrócono uwagę na rosnący udział kobiet na rynku pracy i uznano różnice ze względu na płeć w odniesieniu do częstości występowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych. Strategia przedstawia wiele celów holistycznego podejścia do kwestii dobrego samopoczucia w pracy, których osiągnięciem muszą zajmować się wspólnie wszyscy zain-

teresowani. Obejmują one „wprowadzanie wymiaru płci do głównego nurtu oceny ryzyka, programów prewencyjnych i programów odszkodowań, w celu uwzględnienia specyficznych cech kobiet w sferze ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy”. Zachęca się Parlament Europejski do omawiania i oficjalnego przedstawiania jego poglądów na temat strategii Wspólnoty. W uwagach na temat strategii bezpieczeństwa i higieny pracy mocno podkreślono znaczenie czynnika płci i zaproponowano wiele sposobów uwzględniania go w szerszym zakresie.

Wśród elementów strategii Wspólnoty na lata 2002–2006 w zakresie czynnika płci i poprawy warunków pracy kobiet uwzględniono:

- wprowadzanie problematyki płci do głównego nurtu jako jeden z wielu celów służących osiągnięciu holistycznego podejścia do kwestii dobrego samopoczucia w pracy;
- wprowadzanie wymiaru płci do głównego nurtu oceny ryzyka, programów prewencyjnych i programów odszkodowań;
- wprowadzanie czynnika płci do głównego nurtu, służące wyznaczaniu krajowych, określonych ilościowo celów w zakresie zmniejszania liczby wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
- przeanalizowanie ustawowych i nieustawowych sposobów podejścia do kwestii chorób układu mięśniowo-szkieletowego, ergonomii, stresu związanego z pracą, przemocy w pracy i mobbingu;
- nieodpłatne pomoce domowe jako cel konkretnych programów informacyjnych zwiększania świadomości i zapobiegania ryzyku;
- analizowanie nowych i pojawiających się zagrożeń, z uwzględnieniem zmian w formach zatrudnienia i organizacji pracy.

Parlament Europejski w uwagach na temat czynnika płci w strategii Wspólnoty wskazał następujące zagadnienia, którym należy poświęcić uwagę:

- wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu wszystkich części strategii, na przykład dotyczących pracowników zatrudnionych na czas określony lub w niepełnym wymiarze godzin;

- „podwójne obciążenie pracą” kobiet czynnych zawodowo i wypełniających obowiązki gospodarskie i opiekuńcze w domu;
- różnice w kształceniu i szkoleniu zawodowym, a także te aspekty BHP, które zakłócają funkcjonowanie kobiet w określonych sektorach;
- problemy osób pracujących w domu oraz kobiet zatrudnionych w rolniczych i małych, rodzinnych firmach;
- uwzględnianie czynnika płci w poradnikach i materiałach szkoleniowych oraz w przyszłym ustawodawstwie;
- analiza przepisów prawnych pod kątem uwzględnienia potrzeb określonej płci, nawet w odniesieniu do sektorów, w których kobiety mają zbyt mały udział.

Dalsze szczegóły na temat strategii Wspólnoty i stanowiska Parlamentu Europejskiego odnośnie do czynnika płci podano w załącznikach 3 i 4. Informacje o sposobach podejścia do zagadnienia płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy na arenie międzynarodowej podane są w kolejnym rozdziale.

Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy

Dane podstawowe

- Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy jest uważane przez Komisję Europejską i międzynarodowe organizacje za ważną część programu poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny.
- Oceny tego zagadnienia są ważnym narzędziem w strategii; istnieje wiele dziedzin bezpieczeństwa i higieny pracy, w których powinny być przeprowadzane. Zaleca się ich stosowanie z powodu neutralności wobec problemu płci w obecnym podejściu do BHP.

Z niniejszego raportu wynika, iż na zróżnicowanie ze względu na płeć w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy wpływa bardzo szeroki zakres czynników zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim. Jednak

zdrowie w pracy, równość oraz polityka zdrowia publicznego i społecznego są często bardzo zaszufladkowane (Vogel, 2002 i załącznik 11). „Wprowadzanie do głównego nurtu” jest podejściem stosowanym w celu promocji zespalandia obszarów polityki.

Strategia Komisji Europejskiej w dziedzinie promowania równości kobiet i mężczyzn w polityce i działaniach Komisji jest oparta na „wprowadzaniu do głównego nurtu”. Zagadnienie to zostało włączone do strategii UE w zakresie poprawy stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w Europie. Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy oznacza aktywne jego włączenie w proces gromadzenia informacji, ustanawiania norm i w proces ustawodawczy, w działania prewencyjne i ustalanie polityki. Oznacza także wprowadzanie kobiet do organów decyzyjnych, takich jak krajowe rady bezpieczeństwa, służby medycyny pracy i komisje do spraw bezpieczeństwa na poziomie przedsiębiorstwa. W strategii bezpieczeństwa i higieny pracy Komisja przyjęła za cel wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu swoich działań. Inne organizacje, takie jak WHO i ILO, także zalecają to podejście (zobacz załącznik 8). Wspomniano już o strategii NIOSH przyjętej w celu wprowadzenia zagadnienia płci do głównego nurtu programu badawczego.

„Ocena wpływu płci” jest ważnym narzędziem w strategii Komisji. Opracowała ona ogólny przewodnik na ten temat (Komisja Europejska, b.d.w.). Jak stwierdza Komisja, „decyzje co do polityki, które wydają się neutralne wobec płci, mogą mieć różnicowany wpływ na kobiety i mężczyzn, nawet kiedy taki skutek nie był ani zamierzony, ani przewidywany. Ocena wpływu płci przeprowadzana jest w celu uniknięcia niezamierzonych negatywnych konsekwencji oraz poprawy jakości i skuteczności polityki”. W przewodniku wyjaśniono, iż „przy bliższym zbadaniu może okazać się, że polityka, która wydaje się neutralna wobec płci, wpływa inaczej na kobiety, a inaczej na mężczyzn. Dlaczego? Ponieważ w większości dziedzin znajdujemy znaczne różnice w funkcjonowaniu kobiet i mężczyzn”.

Planuje się dostosowanie przewodnika do specyficznych potrzeb każdej dziedziny polityki Komisji, w odpowiedni sposób. Logiczne jest, że powinno to zostać zrobione również w dziedzinie polityki bezpieczeństwa i higieny pracy, gdyż tu także stosuje się podejście neutralne wobec płci.

Kiedy planowane są europejskie dyrektywy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy albo oceniane czy też poddawane przeglądowi dyrektywy istniejące, ocena wpływu płci powinna być przeprowadzana jako część tego procesu. Wśród innych obszarów BHP można wymienić w tym kontekście: wyznaczanie norm i wartości normatywnych narażenia, programy odszkodowań, wyznaczanie punktów i celów do ulepszeń oraz ustalanie priorytetów.

Rozpatrywanie wpływów analizy porównawczej i wyznaczania celów w dziedzinie płci jest ważne. Na przykład, jeśli wyznaczone cele koncentrują się głównie na tradycyjnych zagrożeniach w zawodach zdominowanych przez mężczyzn albo na typach wypadków, które spotykają częściej mężczyzn, to wpływy w dziedzinie płci będą niezrównoważone.

„Wprowadzaniu równości płci do głównego nurtu” polityki i działań z zakresu BHP – tj. włączaniu zagadnienia płci do wszystkich obszarów bezpieczeństwa i higieny pracy – powinno towarzyszyć „wprowadzanie BHP do głównego nurtu”, czyli włączanie bezpieczeństwa i higieny pracy do polityki i działań z zakresu równości płci, na przykład w kontekście zatrudnienia i ochrony zdrowia. Zostanie to omówione bardziej szczegółowo w następnym rozdziale.

Oto pewne wskazówki co do obszarów działania w ramach procesu wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy:

- należy poprawić wskaźniki bezpieczeństwa i higieny pracy oraz organizacji pracy ukierunkowane na problem płci;
- należy w odpowiedni sposób włączać zagadnienie płci do wszystkich zaleceń i działań informacyjnych Komisji z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy;

- należy uwzględniać zagadnienia płci w pracach wszystkich doraźnych grup tworzonych w celu doradzania Komisji w sprawach bezpieczeństwa i higieny pracy;
- należy włączać zagadnienie płci do działań związanych z oceną ryzyka.

Zestawienie 68

Trzeba uznawać odmienność kobiet i mężczyzn w polityce, strategiach i sposobach podejścia. Wprowadzanie równości płci do głównego nurtu ochrony zdrowia jest strategią, która promuje włączanie spraw płci do formułowania, monitorowania i analizy polityki, programów i projektów w celu zapewnienia osiągnięcia przez kobiety i mężczyzn najlepszego możliwego stanu zdrowia. Jest to proces zarówno polityczny, jak i techniczny, który wymaga zmian w kulturze i sposobie myślenia organizacji, jak również w celach, strukturach i podziale zasobów. Strategia wprowadzania do głównego nurtu nie wyklucza inicjatyw adresowanych bezpośrednio do kobiet albo do mężczyzn, kiedy są one potrzebne. Pozytywne inicjatywy są konieczne i uzupełniają strategię „wprowadzania do głównego nurtu” (WHO, 2002a).

W niektórych krajach wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu higieny pracy już staje się praktyką standardową. Na przykład w Finlandii przeprowadzono analizę tego zagadnienia podczas przygotowywania ustawy o bezpieczeństwie i higienie pracy (738/2002), która weszła w życie na początku 2003 r. Przeprowadzono wtedy taką analizę po raz pierwszy i uzasadniono ją tym, że praca zawodowa w Finlandii jest mocno zróżnicowana ze względu na płeć, co oznacza różne warunki pracy i różne zagrożenia dla kobiet i mężczyzn.

Projekt „Zachowanie równowagi pracy w życiu w rozszerzonej UE” zachęca i, kiedy to konieczne, wspiera kraje kandydujące w realizacji planów działań. Na przykład plan Maltę obejmuje opracowanie podręcznika szkoleniowego na temat poradnictwa w dziedzinie równości płci (Skiöld, 2002). Zachęcanie do takich działań zarówno w państwach członkowskich, jak i w krajach kandydujących jest ważne; ważne też będzie udostępnianie wyników.

Wprowadzanie bezpieczeństwa i higieny pracy do głównego nurtu inicjatywy na rzecz równości

Dane podstawowe

- Inicjatywy na rzecz równości, krajowe i na poziomie miejsca pracy, mogą być wykorzystywane do promowania równości warunków pracy.
- Ukierunkowana na problem płci ocena ryzyka może być stosowana jako narzędzie wspomagające niwelowanie różnic w zarobkach i możliwościach rozwoju.
- Istnieją już przykłady włączania BHP do inicjatywy na rzecz równości. Potrzebne są dalsze badania w tej dziedzinie i wymiana doświadczeń.
- Bezpieczeństwo i higiena pracy powinny być także włączane do programów równości w zakresie ochrony zdrowia.
- Dążenie do równości, w tym także pod względem warunków pracy, powinno stanowić część działań z zakresu odpowiedzialności społecznej biznesu (CSR).

Osiągnięcie równości w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy powinno także należeć do celów polityki, programów i działań w dziedzinie równości zatrudnienia.

Ukierunkowana na problem płci ocena ryzyka, uwzględniająca rzeczywistość wykonywane zawody i zadania, często wskazuje, że praca kobiet jest nie mniej obciążająca pod względem fizycznym niż praca mężczyzn, często wiąże się z dodatkowym wysiłkiem fizycznym, jak również narażeniem na

stres, co jest mniej powszechne w pracy mężczyzn (Messing, 1998, 1999). Oceny ryzyka, jeśli są ukierunkowane na problem płci co do zadań i obowiązków w pracy, mogą być narzędziami wspomagającymi zmniejszanie nierówności w płacach i możliwościach (Grönkvist i Lagerlöf, 1999). Takie problemy jak molestowanie seksualne wyraźnie łączą się z równością, i z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Zgodnie z ustawodawstwem niektórych państw członkowskich pracodawca ma obowiązek wprowadzania planów równości. Plany te mogą promować zrównanie warunków pracy, jeśli uwzględniają związki pomiędzy zróżnicowaniem zawodów a zagrożeniami dla zdrowia i bezpieczeństwa (Grönkvist i Lagerlöf, 1999); są już przykłady wykorzystywania ich w ten sposób.

Kauppinen i Otała (1999) zrealizowali projekt o nazwie „Równość płci, organizacja pracy i dobre samopoczucie”, który miał na celu określenie norm równości dla dobrego miejsca pracy. Inicjatywa wyszła z krajowej organizacji rynku pracy, projekt zrealizowano w ścisłej współpracy z centralnymi organizacjami zawodowymi pracodawców i pracowników. W 10 zakładach pracy, które w nim uczestniczyły, pracownice zauważały więcej niedociągnięć w realizacji zasady równości płci niż mężczyźni: 77% mężczyzn, ale tylko 42% kobiet stwierdziło, że zasada równości jest dobrze wprowadzana w życie w ich miejscu pracy. Wynikiem projektu było opracowanie ośmiu norm do wykorzystania przez przedsiębiorstwa w celu przeprowadzania samooceny ich funkcjonowania. Normy te dotyczą: poziomu równości, polityki w zakresie wynagrodzeń, możliwości awansu i kariery, wspólnych celów i moż-

Zestawienie 69: Valmet Automotive – doskonałość w równości

Fabryka samochodów Valmet Automotive (Finlandia) wprowadziła wewnętrzny program równości płci w 2002 r. Celem programu było połączenie problemów równości i dobrych warunków pracy. Równość oznacza w Valmet Automotive, że w codziennej pracy zawodowej każdy, bez względu na wiek, płeć, pochodzenie etniczne albo stanowisko, traktowany jest z szacunkiem. Celem programu równości jest zapewnianie każdemu pracownikowi bezpiecznych i zdrowych warunków

pracy, przy czym uwzględnia się wiele aspektów – od ergonomii po łączenie pracy z życiem rodzinnym. W programie wyraźnie stwierdza się, że zabronione jest molestowanie seksualne w miejscu pracy. Zakłada się aktywne rozwijanie umiejętności pracy zespołowej, co ma przyczynić się do rozwijania przez pracownika umiejętności budowania własnego dobrego samopoczucia zarówno jako jednostki, jak i członka zespołu. Plan równości będzie brany pod uwagę w projektach rozwojowych i planach służb medycyny pracy.

Źródło: Ahjo nro (2002).

liwości w zakresie oddziaływania i kontroli, atmosfery pracy i poczucia wspólnoty, przepływu informacji i otwartości w komunikowaniu się, warunków pracy, godzenia pracy z życiem rodzinnym (zobacz załącznik 13). Normy te można wykorzystać przy opracowywaniu stosownych zaleceń.

UE kieruje do państw członkowskich zalecenia dotyczące zatrudnienia, których mają przestrzegać. Na przykład w strategii na 2002 r. uwzględniono rosnący udział kobiet w rynku pracy, a wśród zagadnień do rozważenia przez państwa członkowskie – równość płci, ochronę zdrowia i bezpieczeństwo w miejscu pracy, elastyczność reagowania, dostęp do rynku pracy, organizację pracy i równowagę pracy w życiu. Państwa członkowskie przekładają te zalecenia na krajową politykę i krajowe plany działania, opracowując strategię zatrudnienia, i powinny w niej uwzględnić wprowadzanie czynnika płci do głównego nurtu (Rada Europejska, 2002). W krajowych planach w dziedzinie równości zatrudnienia można promować równość warunków pracy, jeśli obejmują one także zagadnienia BHP.

Osiąganiu równości poświęca się obecnie dużo uwagi w programach i polityce z dziedziny ochrony zdrowia. Bezpieczeństwo i higiena pracy także powinny być wprowadzane do tych programów. Program równości warunków pracy powinien być także włączany do inicjatyw z zakresu odpowiedzialności społecznej biznesu (CSR).

Równość płci w miejscu pracy i poza nim

Dane podstawowe

- Środki służące realizacji programu równości poprawiłyby jakość pracy kobiet.
- Inne europejskie instytucje zaproponowały działania w tej dziedzinie – zobacz załącznik 14.

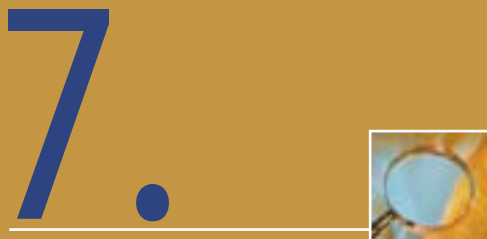
Na początku niniejszego raportu przyznano, że wiele zagadnień związanych z równością w zatrudnieniu, a także równością w społeczeństwie ma wpływ na zróżnicowanie ze względu na płeć w programach BHP w miejscu pracy. O niektórych zagadnieniach, takich jak większe obciążenie kobiet pracą wykonywaną w domu, molestowanie seksualne i dyskryminacja kobiet w miejscu pracy wspomniano już w raporcie. Komentując wyniki europejskiej ankiety na temat warunków pracy Fagan i Burchell (2002) stwierdzają: „pewne różnice ze względu na płeć wynikają z szerszego kontekstu relacji i nierówności płci w społeczeństwie, które wykraczają poza granice problemu zróżnicowania ze względu na płeć warunków zatrudnienia”. Zagadnienia te nie zostały ujęte w niniejszym raporcie, chociaż na poziomie UE przedstawiono strategię działania w tej dziedzinie. Szczegóły proponowanych działań służących zmniejszaniu nierówności i przykłady dobrej praktyki oparte na badaniach Europejskiej Fundacji (2002c) podane są w załączniku 14.

Zestawienie 70

W raporcie Europejskiej Fundacji „Promowanie równości płci w miejscu pracy” Olgiati i Shapiro (2002) (zobacz także Europejska Fundacja, 2002c) omawiają realizację planów równości w przedsiębiorstwach, analizując 21 studiów przypadku z siedmiu krajów. Wyniki wskazują, że zarówno ustawodawstwo, jak i krajowe programy odgrywają ważną rolę w inicjowaniu, kontynuowaniu i promowaniu działań z zakresu równości w miejscu pracy. Umowy zbiorowe są także ważną częścią tego procesu. Pomimo tego wyniki mogą być skromne, jeśli negatywne jest ogólne nastawienie firmy. Według raportu większość pracodawców przyjęła z zadowoleniem większy udział kobiet w rynku pracy, ale presja na firmy, by zapewniły całodobową (całotygodniową)

obsługę ma negatywny wpływ na zachowanie równowagi między życiem rodzinnym i pracą.

Olgiati i Shapiro (2002) wspominają o znaczeniu sprawiedliwości organizacji i bezstronnym traktowaniu w zakresie praw, świadczeń, obowiązków, możliwości zatrudnienia i rozwoju. Sprawiedliwość to także równe możliwości dla kobiet i mężczyzn oraz możliwość dokonywania wyborów bez ograniczeń wynikających z płci. Sprawiedliwość nie oznacza jednak, że wszyscy pracownicy powinni być traktowani tak samo. Na przykład oferta szkolenia i rozwijania umiejętności powinna być adekwatna do wieku, przebiegu pracy zawodowej i wykształcenia pracownika. Niektórzy autorzy, na przykład Kivimäki i in. (2003), dowodzą, że sprawiedliwość w pracy korzystnie wpływa na samopoczucie pracowników i ich zdrowie psychiczne.



OMÓWIENIE I WNIOSKI

Do wzrostu szans zatrudnienia kobiet i mężczyzn powinny zaistnieć takie warunki, by nie musieli oni opuszczać rynku pracy z powodu urazu albo złego stanu zdrowia, by pracę można było pogodzić z życiem rodzinnym oraz by zarówno kobiety, jak i mężczyźni mogli pracować bezpiecznie i zdrowo w różnych sektorach rynku pracy, ponieważ jednakoowo wysokie są ekonomiczne koszty niezapobiegania zagrożeniom zawodowym na stanowiskach pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Widać, że istnieją różnice ze względu na płeć w licznych czynnikach, które wpływają na warunki pracy i jakość pracy. Czynniki te są powiązane

i obejmują: ustawodawstwo i politykę społeczną; założenia co do tego, kto jest zagrożony i jakie zagrożenia występują w różnych zawodach i które z nich są uważane za związane z pracą; dyskryminację zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim, wzajemne stosunki i różnice ze względu na płeć w społeczeństwie.

Ważne są dwa rodzaje czynników: przede wszystkim te, które wpływają na typ zagrożeń wynikających z rodzaju pracy, oraz te, które wpływają na zakres ich rozpoznawania i zapobiegania ryzyku.

Wśród czynników, które wpływają przede wszystkim na różnice ze względu na płeć w narażeniu na zagrożenia wynikające z rodzaju pracy, a co za tym idzie na różnice w wynikach z zakresu higieny pracy, istnieją dwa decydujące: po pierwsze rozdział płci w zatrudnieniu (miejscu pracy), a po drugie rozdzielone ze względu na płeć obowiązki rodzinne wraz z interakcją praca – życie prywatne.

Rozdział płci w pracy

Z powodu znacznego – pomimo ciągłych zmian – zawodowego rozdziału płci na uniijnym rynku pracy, który pozostaje duży, kobiety i mężczyźni są narażeni na działanie różnych czynników ryzyka w środowisku pracy i różnych wymagań, nawet kiedy są zatrudnieni w tym samym sektorze i wykonują ten sam zawód. Istnieją znaczne różnice między sektorami, między zawodami w tym samym sektorze i, jak widzieliśmy, mogą istnieć różnice co do podziału zadań, nawet kiedy kobiety i mężczyźni zajmują to samo stanowisko w tym samym miejscu pracy. Istnieje także znaczny pionowy podział w miejscach pracy, mianowicie mężczyźni częściej są zatrudniani na wyższych stanowiskach. W przypadku różnych typów zagrożeń, zarówno fizycznych, jak i psychospołecznych, podział zawodów znacznie przyczynia się do narażenia na zagrożenia w pracy i co za tym idzie do wyników zdrowotnych. Ogólnie mężczyźni doznają większej liczby wypadków i urazów w pracy niż kobiety, natomiast kobiety zgłaszają więcej problemów zdrowotnych, takich jak schorzenia kończyn górnych i stres.

Inne różnice ze względu na płeć w warunkach zatrudnienia mają wpływ na bezpieczeństwo i higienę pracy: jest więcej kobiet w nisko płatnej, niepewnej pracy, co wpływa na warunki ich pracy i zagrożenia, na które są narażone; nierówność płci tak w miejscu pracy, jak i poza nim może mieć konsekwencje dla bezpieczeństwa i higieny pracy kobiet, ważne są także powiązania między kwestiami dyskryminacji a zdrowiem; więcej kobiet pracuje w niepełnym wymiarze godzin, a zatrudnienie w niepełnym i pełnym wymiarze godzin ma różne cechy; mężczyźni częściej mają bardzo długi dzienny czas pracy na pełnym etacie.

Rozdział płci w domu

Nierówny podział prac domowych i fakt, że kobiety częściej mają dodatkowe obowiązki rodzinne i opiekuńcze, wywiera dodatkową presję na wiele pracujących kobiet. Zwiększa to także dla gospodarki kosztów związanych z pracą chorób kobiet. Konflikt między pracą a życiem domowym jest źródłem stresu związanego z pracą. Ważne jest ponadto, że długi i często nieelastyczny czas pracy mężczyzn może także wpływać na zatrudnienie i role rodzinne kobiet.

Ocena problemu płci – ocena rzeczywistego narażenia pracownic

Zagrożenia dla kobiet w pracy mogą być niezauważane w różnych dziedzinach. Czynniki wpływające na bezpieczeństwo i higienę pracy są liczne i często powiązane. W przypadku wszystkich zagrożeń analizowanych w niniejszym raporcie omówiono możliwe powody niedoceniań znanych zagrożeń dla kobiet. Istnieją co najmniej dwie ważne przyczyny: po pierwsze – jeśli nie patrzy się holistycznie na źródła zagrożeń z zakresu BHP i wyniki zdrowotne to pewne zagrożenia i skutki dla zdrowia nie są brane pod uwagę. Po drugie – jeśli czynione są fałszywe założenia co do zagrożonych osób, to niektóre grupy są niesłusznie wyłączone z analizy.

Jeśli kobiety albo wykonywane przez nie zawody są pomijane w badaniach, to zagrożenia również

będą niedostrzegane. To z kolei prowadzi do pomijania ich zarówno w prewencji, jak i w przyszłych badaniach. Także jeśli w monitorowaniu statystycznym pomija się zagadnienie płci, zniekształca to obraz. Potrzebne są pełne informacje zarówno dla skutecznego zapobiegania, jak i skutecznego tworzenia polityki oraz określania strategii. Polityka w dziedzinie BHP, ustawodawstwo, programy prewencji, zapewnianie służb medycyny pracy i działania inspektorów pracy oparte są na analizach ryzyka. Jeśli zagrożenia, na które są narażone kobiety, są ukryte, powoduje to nierówne ich traktowanie.

Odnosnie do rozdziału płci daje się zauważyć, że nawet w tym samym zawodzie kobiety i mężczyźni mogą wykonywać różne zadania. Oznacza to, że w badaniach, monitorowaniu statystycznym i działaniach interwencyjnych istnieje potrzeba jak najbardziej szczegółowej oceny zadań rzeczywiście wykonywanych przez ludzi.

W celu uzyskania prawdziwego obrazu zagrożeń zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn ważne jest branie pod uwagę poziomu narażenia. Oznacza to uwzględnienie zarówno pracy w niepełnym i pełnym wymiarze godzin, jak i faktu, że w niektórych sektorach pracuje się przez więcej godzin. Kiedy bierze się to pod uwagę, różnica na przykład we wskaźnikach wypadków albo schorzeń słuchu między kobietami a mężczyznami jest mniejsza, chociaż istnieje. Jednak „mniejsze zagrożenie” to nie to samo co „brak zagrożenia”, chociaż wydaje się, że często taka jest interpretacja. Być może to z tego powodu kobiety albo czynnik płci są pomijane w badaniach nad wynikami zdrowotnymi związanymi z pracą, które są powszechniejsze u mężczyzn, albo też pomijane są sektory, w których pracują kobiety. Może to sprawiać, że kobiety w zawodach zdominowanych przez płeć żeńską wyłączone będą z kontroli zdrowia w miejscu pracy, lekarze nie będą zadawać pytań na temat problemów zdrowotnych kobiet związanych z pracą albo będzie przyznawanych mniej środków z puli usług medycyny pracy na badania i prewencję dotyczącą zagrożeń, na które są narażone kobiety.

Mężczyźni mają więcej problemów zdrowotnych z przyczyn związanych z pracą (na przykład utrata słuchu), które wynikają z bardziej widocznych zagrożeń i dla których istnieją bardziej oczywiste metody zapobiegania. Takie skutki jak schorzenia kończyn górnych i stres, wynikające z zawodów wykonywanych przez kobiety, mają wieloczynnikowe przyczyny i zwykle rozwijają się wolno. Na przykład czynniki stresu, wobec których kobiety stają częściej niż mężczyźni, takie jak konflikt między pracą a życiem domowym, molestowanie seksualne czy dyskryminacja, mogą być nieuwzględniane w ocenach ryzyka stresu związanego z pracą. Ponadto rekompensata finansowa za choroby z przyczynami wieloczynnikowymi jest nadal rzadziej przyznawana.

Niektórym czynnikom zdrowia kobiet związanym z ich pracą nie poświęcono prawie wcale uwagi, na przykład zaburzeniom menstruacyjnym i menopauzie. Za to w dużym stopniu zwracano uwagę na zdrowie kobiet ciężarnych albo od niedawna będących matkami, a o wiele mniej uwagi poświęcano zdrowiu rozrodczemu i pracy mężczyzn.

Poza zdolnością do rozmnażania istnieją także inne różnice biologiczne między kobietami a mężczyznami. Mężczyźni są zwykle wyżsi, silniejsi itd. Poza dziedziczą BHP uznaje się, że kobiety doznają problemów zdrowotnych przy niższym poziomie spożycia alkoholu niż mężczyźni. Mężczyźni zapadają na raka jądra, kobiety na raka piersi. Jednak ponieważ narażenie w wyniku warunków pracy jest tak silnie powiązane z wynikami zdrowotnymi zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, potrzebne są badania dotyczące kobiet i mężczyzn pracujących w tych samych warunkach, w takim samym narażeniu, w celu sprawdzenia wszelkich różnic ze względu na płeć w podatności na zachorowania.

Z uwagi na silne związki między zawodem, a co za tym idzie poziomem narażenia na zagrożenia, i wpływem na zdrowie indywidualne różnice stają się mniej ważne, jeśli w centrum uwagi jest kontrolowanie zagrożeń u źródła, w celu tworzenia bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy dla wszystkich. Stosowanie w szpitalach sprzętu do

przemieszczania pacjentów zmniejsza ilość przenoszonych ciężarów zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn. Można zauważyć, że przydzielanie prac kobietom i mężczyznom na przykład na podstawie siły fizycznej jest problematyczne. Lekkie prace nie zawsze są tak lekkie, jak mogą się wydawać, a ciężkie prace i tak zaszkodzą silniejszym osobom z biegiem czasu. Należy mieć na uwadze wyższe wskaźniki urazów kręgosłupa wśród mężczyzn. Niektóre wyniki badań zdrowotnych różnią się u obu płci: muszą być one monitorowane i badane pod kątem warunków pracy (na przykład zachorowalność na nowotwory u mężczyzn i u kobiet).

Mogą także istnieć różnice ze względu na płeć na przykład w radzeniu sobie ze stresem, ale wydaje się, że niewiele jest różnic ze względu na płeć w źródłach stresu, chociaż poziom narażenia i jego wpływ mogą różnić się. Także w tym przypadku ważne jest koncentrowanie się na rozpoznawaniu tego zagrożenia i zapobieganiu mu w celu poprawienia jakości pracy wszystkich. Na przykład ważne jest poprawianie równowagi pracy w życiu dla wszystkich, chociaż przyniosłoby to korzyść zwłaszcza kobietom. Ważne jest także znalezienie sposobu zachęcania do równiejszego podziału zadań domowych.

Elastyczność jest ważna ze względu na wiele sposobów zapewnienia bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy dla zróżnicowanej populacji, dopasowując zawody i warunki pracy do ludzi, a nie ludzi do zawodów. Obejmuje to także elastyczność czasu pracy. Elastyczność w możliwości korzystania z przerw toaletowych i na odpoczynek jest szczególnie ważna dla pracowników będących w ciąży i tych, które przechodzą menopauzę. Widzieliśmy też, że ważne jest branie pod uwagę różnic indywidualnych przy wprowadzaniu w życie rozwiązań technicznych, na przykład przy zapewnianiu środków ochrony indywidualnej i sprzętu ochronnego, jako że te zaprojektowane dla typowego mężczyzny stwarzają zagrożenie dla niektórych mężczyzn i licznych kobiet.

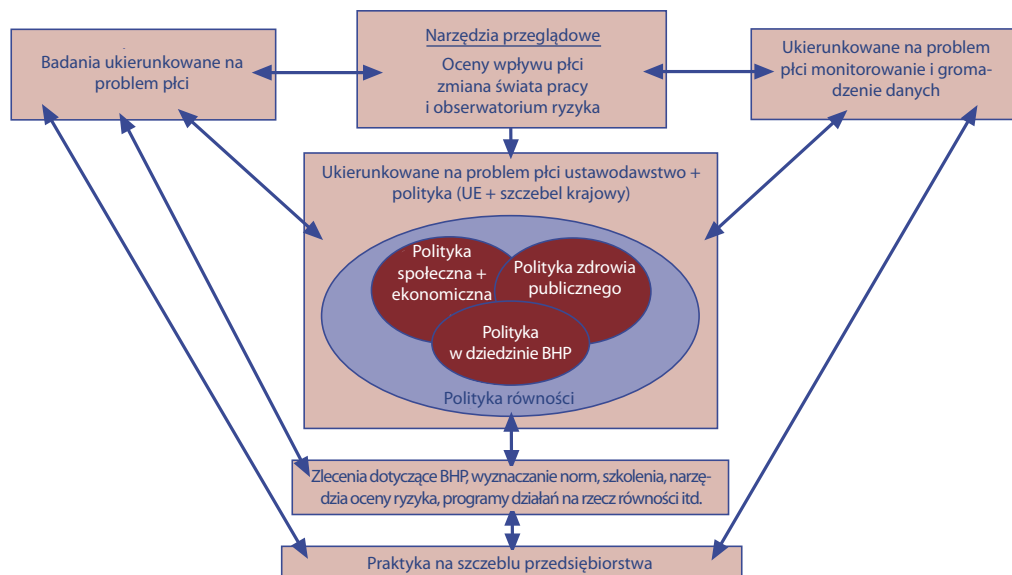
Stosowanie norm, na przykład w projektowaniu sprzętu i ocenie narażenia na niebezpieczne substancje, jest ważną częścią programu zapobiegania zagrożeniom zawodowym w dziedzinie BHP w całej UE. Ważne jest tutaj uwzględnianie wszelkich różnic ze względu na płeć w celu tworzenia norm, które chronią zarówno kobiety, jak i mężczyzn, chociaż wiele norm wyznaczono na podstawie danych z populacji złożonych w dużej mierze z mężczyzn.

Jak wspomniano, w celu dokładnego zrozumienia problemu zagrożeń pracownic i skutecznego zapobiegania one i ich zawody muszą być uwzględniane w badaniach i gromadzeniu informacji. Ważne są zadawane pytania, metody gromadzenia danych i metody analizy. Innym ważnym elementem jest włączanie kobiet do działań i podejmowania decyzji z zakresu BHP na wszystkich poziomach. W niniejszym raporcie podano różne przykłady znaczenia włączania pracownic do procesu oceny ryzyka i zapobiegania mu w miejscu pracy oraz zajmowania się rzeczywiście wykonywanymi zawodami i zadaniami.

Wrażliwość na problem płci a wprowadzanie do głównego nurtu

Różnice ze względu na płeć mogą skutkować różnymi schematami podejścia do zagrożenia zdrowia, korzystania z usług zdrowotnych i różnymi wynikami zdrowotnymi. Wnioski niniejszego raportu potwierdzają, że neutralne wobec płci podejście do bezpieczeństwa i higieny pracy przyczynia się do utrzymywania braku wiedzy i kierowania większej uwagi na higienę pracy mężczyzn i zagrożenia w pracy mężczyzn, co powoduje mniej skuteczne zapobieganie. Wspomniano o możliwej nierówności płci w odniesieniu do zasięgu i stosowania dyrektyw neutralnych wobec płci, wyznaczania priorytetów i podziału zasobów z zakresu BHP, analizy porównawczej, wyznaczania norm i programów odszkodowań. Polityka w dziedzinie higieny pracy może uwzględniać różnice ze względu na płeć przez stosowanie podejścia uwrażliwionego na problem płci, uznającego, że pewne problemy zdrowotne są wyjątkowe albo mają poważniejsze konsekwencje albo dla kobiet, albo dla mężczyzn.

Działania, w których należy wprowadzić zagadnienia płci do głównego nurtu systemu BHP



Poniżej przedstawiono model wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu systemu BHP.

Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu – innymi słowy, włączanie zagadnień płci do analiz, formułowania i monitorowania polityki, programów i projektów mających na celu zmniejszanie nierówności między mężczyznami i kobietami – ma tu podstawowe znaczenie, i stosowanie oceny wpływu płci jest ważnym narzędziem w tym procesie.

Ponadto zastosowanie holistycznego podejścia do zapobiegania zagrożeniom w dziedzinie BHP wymaga interdyscyplinarnego podejścia między różnymi dziedzinami polityki, co odzwierciedla model.

Istnieje dostateczna wiedza, by problem płci był brany pod uwagę w podejściu do BHP na wszystkich poziomach, od polityki do praktyki. Problem płci powinien być włączany do działań inspekcji pracy, opracowywania i wprowadzania w życie ustawodawstwa, oceny ryzyka i praktyk z zakresu prewencji. Specjaliści medycyny pracy, zarówno lekarze i pielęgniarki, jak i inni eksperci, na przykład technicy bezpieczeństwa pracy i fizjoterapeuci, potrzebują więcej szkoleń na temat tych kwestii. Związki zawodowe mają do odegrania dużą rolę w zwiększaniu świadomości, szkoleniu i opracowywaniu wskazówek. Należy stworzyć ramy, by ich działania były wskazówką do wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu polityki i praktyk z zakresu BHP. Należy dzielić się doświadczeniami i praktykami, by można było poprawić sposoby podejścia do tego zagadnienia.

Poniżej przedstawione są pewne sugestie dotyczące programu wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu BHP.

Komitet Doradczy Komisji Europejskiej ds. Bezpieczeństwa, Higieny i Zdrowia mógłby doraźnie stworzyć grupę zajmującą się badaniem praktycznych sposobów rozwoju programu UE dotyczącego wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu BHP.

Europejskie komitety dialogu sektorowego mogłyby zbadać, w jaki sposób można doskonalić wprowadzanie do głównego nurtu BHP podejścia

uwzględniającego problem płci w ich sektorze. Może to obejmować opracowywanie wskazówek do oceny ryzyka i zapobiegania zagrożeniom.

Kolejnym obszarem do zbadania jest to, w jaki sposób organizacje do spraw równości mogą rozszerzyć swoje działania dotyczące włączenia bezpieczeństwa i higieny pracy. Na przykład Europejskie Lobby Kobiet stworzyło bank talentu Europejsek umożliwiający zwiększenie udziału kobiet w spotkaniach, konferencjach i grupach technicznych doradczących Komisji Europejskiej oraz innym instytucjom europejskim i międzynarodowym. Takie inicjatywy mogą być korzystne dla włączenia dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy.

Można zbadać kierunki współpracy między Komitetem Doradczym ds. Bezpieczeństwa, Higieny i Zdrowia a Komitetem Doradczym ds. Równości, a Komitet Doradczy ds. Równości mógłby zastanowić się, jak może promować równość w dziedzinie BHP w obrębie własnych działań.

Podobne działania mogą być podejmowane na poziomie krajowym. Ponadto władze i instytucje do spraw BHP mogą celowo wybierać zagadnienia higieny pracy kobiet i strefy pracy kobiet, co było dotąd zaniedbywane, do badań i działań interwencyjnych, tak jak to zrobił NIOSH.

Organizacje zajmujące się zdrowiem kobiet, takie jak programy opieki zdrowotnej dla kobiet albo organizacje pozarządowe interesujące się zagadnieniami zdrowia kobiet, są ważnym źródłem informacji i odgrywają dużą rolę w zwiększaniu świadomości. Istnieje wiele możliwości zajmowania się przez te organizacje aspektami higieny pracy kobiet i ich współpracy z podmiotami w dziedzinie BHP, takimi jak władze do spraw BHP, związki zawodowe i pracodawcy, w celu zwiększenia świadomości i wiedzy o miejscu pracy. Stwierdzono też, że kobiety często używają Internetu w celu poszukiwania informacji o zdrowiu. Umieszczanie informacji dotyczących BHP na stronach internetowych organizacji zdrowotnych mogłoby być szczególnie użyteczną metodą zwiększania świadomości wśród kobiet.

Ważnym zagadnieniem w dziedzinie BHP jest jak najwcześniejsze podniesienie świadomości i rozpoczęcie działań prewencyjnych, przez wprowadzenie BHP do szkół i umieszczenie go w głównym nurcie procesu edukacji. Wynika z tego, że zagadnienie płci powinno zostać włączone do tego procesu.

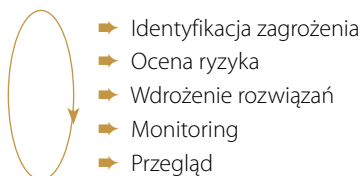
Interwencja w miejscu pracy z uwzględnieniem problemu płci

Zwracano uwagę na to, że chociaż europejskie ustawodawstwo z zakresu BHP jest w większości neutralne wobec zagadnienia płci, możliwe byłoby zastosowanie go z jego uwzględnieniem. Jednak do osiągnięcia tego potrzebne byłoby poradnictwo, zwiększanie świadomości i szkolenie na temat stosowania podejścia uwzględniającego problem płci.

Kluczowym celem takiego podejścia do oceny i zapobiegania ryzyku jest skuteczne rozpatrywanie mniej widocznych zagrożeń i problemów zdrowotnych, które są powszechniejsze wśród pracowników, w celu podejmowania odpowiednich działań

prewencyjnych. Ponieważ istnieją różnice ze względu na płeć w różnorodnych szerszych kwestiach dotyczących warunków pracy, takich jak konflikty między pracą a życiem zawodowym, dyskryminacja i udział w podejmowaniu decyzji w miejscu pracy, potrzebne jest holistyczne podejście do zapobiegania ryzyku, jeśli mają być uwzględnione wszystkie istotne różnice ze względu na płeć.

Powszechnie uważa się, że ocena ryzyka i zapobieganie mu odbywa się w pięciu etapach:



Na wszystkich etapach procesu oceny i zapobiegania ryzyku musi być brany pod uwagę problem płci. W zestawieniu 71 przedstawione są pewne sugestie oparte na wynikach badań, które pomogą pełniej uwzględnić zagadnienie płci w tym procesie.

Zestawienie 71: Sugestie dotyczące włączania czynnika płci do oceny ryzyka

Kluczowe kwestie w ocenie zagrożeń uwzględniającej zagadnienie płci:

- ✓ Pozytywne nastawienie i poważne traktowanie różnicy płci.
- ✓ Skupienie uwagi na rzeczywistej sytuacji w miejscu pracy.
- ✓ Zaangażowanie wszystkich pracowników, kobiet i mężczyzn, na wszystkich etapach kontroli i oceny ryzyka.
- ✓ Unikanie czynienia wstępnych założeń co do istniejących zagrożeń i osób narażonych na ryzyko itd.

Identyfikacja zagrożeń, na przykład:

- Uwzględnianie zagrożeń typowych dla zawodów zdominowanych przez kobiety lub przez mężczyzn, na przykład obejmujących obszary uwzględnione w niniejszym raporcie.
- Identyfikacja zagrożeń zarówno dla zdrowia, jak i dla bezpieczeństwa.

- Pytanie w usystematyzowany sposób o ewentualne problemy w pracy pracowników zarówno płci żeńskiej, jak i męskiej.
- Unikanie formułowania założeń o błahości danych problemów.
- Uwzględnianie całej załogi firmy, także na przykład pracowników odpowiedzialnych za utrzymanie czystości, recepcjonistek itp.
- Uwzględnianie osób pracujących w niepełnym wymiarze godzin, na czas określony lub zatrudnionych za pośrednictwem agencji, a także osób przebywających na zwolnieniach lekarskich.
- Zachęcanie kobiet do informowania o wszystkich problemach, które ich zdaniem mogą niekorzystnie wpływać na ich bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy, a także o problemach zdrowotnych, które mogą mieć związek z wykonywaną pracą.
- Przyglądanie się i pytanie o inne problemy poruszane w niniejszym raporcie.

Ocena ryzyka, na przykład:

- Zwrócenie uwagi na rzeczywisty charakter wykonywanej pracy oraz na rzeczywiste środowisko pracy.

- Unikanie formułowania założeń o stopniu ryzyka wyłącznie na podstawie opisu lub nazwy zawodu.
- Podchodzenie z ostrożnością do kwestii płci w trakcie określania stopnia zagrożeń (duże, średnie, małe).
- Włączanie do udziału pracowników płci żeńskiej. Warto rozważyć wykorzystanie „kółek zdrowia” i metod „mapowania” ryzyka. Przydatne mogą być metody ergonomii partycypacyjnej i interwencji antystresowej.
- Upewnienie się, że osoby przeprowadzające ocenę mają odpowiednie przygotowanie w zakresie uwzględniania roli czynnika płci w problematyce bezpieczeństwa i higieny pracy.
- Upewnienie się, że instrumenty i narzędzia oceny ryzyka uwzględniają kwestie odnoszące się do mężczyzn i kobiet. Jeśli tak nie jest, należy te narzędzia i instrumenty odpowiednio dostosować.
- Informowanie ekspertów zewnętrznych dokonujących oceny ryzyka o konieczności uwzględnienia czynnika płci i sprawdzenie, czy są oni w stanie to zrobić.
- Zwracanie uwagi na czynnik płci przy rozważaniu wprowadzenia w miejscu pracy zmian i przyglądaniu się ich konsekwencjom dla BHP.

Przykładowo ocena zagrożenia stresem powinna uwzględniać następujące czynniki:

- stosunek dom – praca i harmonogram pracy mężczyzn i kobiet;
- możliwości rozwoju kariery zawodowej;
- molestowanie;
- stresory emocjonalne;
- niezaplanowane zakłócenia toku pracy i wykonywanie kilku zadań jednocześnie.

Przykładowo przy ocenie zagrożeń dotyczących płodności:

- należy uwzględnić zagrożenia dotyczące zarówno mężczyzn, jak i kobiet;
- należy zwrócić uwagę na wszystkie aspekty płodności, a nie tylko na możliwość zajścia w ciążę.

Przykładowo przy ocenie zagrożenia chorobami układu mięśniowo-szkieletowego:

- należy spojrzeć krytycznie na tzw. lekką pracę. Trzeba odpowiedzieć na pytania: Jak bardzo mięśnie są obciążone pracą statyczną? Czy dany zawód wymaga spędzania dużej ilości czasu w pozycji stojącej? Jak często i jak duże ciężary są przenoszone?

Wdrożenie rozwiązań, na przykład:

- Dążenie do eliminacji zagrożeń u źródła w celu zapewnienia bezpiecznego i zdrowego miejsca pracy dla wszystkich zatrudnionych. Dotyczy to także zagrożenia płodności.
- Zwracanie uwagi na zróżnicowanie cech pracowników oraz dostosowanie pracy i środków ochrony indywidualnej do ich potrzeb i możliwości. Przykładowo sprzęt ochronny należy dobierać zgodnie z indywidualnymi potrzebami, odpowiednio dla kobiet i mężczyzn odbiegających budową ciała od przeciętnej.
- Włączanie pracowników do podejmowania decyzji i wdrażania przyjętych rozwiązań.
- Zapewnienie wszystkim pracownikom firmy, zarówno kobietom, jak i mężczyznom, dostępu do informacji z zakresu BHP i szkoleń odpowiednich do wykonywanej pracy, panujących w firmie warunków pracy i ich wpływu na zdrowie pracowników. Należy się upewnić, że dostęp do tych informacji mają także pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin, na czas określony lub zatrudnieni za pośrednictwem agencji.

Monitoring i przegląd, na przykład:

- Upewnienie się, że kobiety uczestniczą w procesie monitoringu i przeglądu.
- Śledzenie nowych informacji na temat czynnika płci w problematyce BHP.

Monitoring stanu zdrowia pracowników można przeprowadzać zarówno na etapie oceny ryzyka, jak i kontroli warunków pracy:

- Należy uwzględnić monitoring stanu zdrowia w odniesieniu do zawodów wykonywanych przez kobiety i mężczyzn.
- Należy zachować ostrożność przy typowaniu, na przykład na podstawie nazwy stanowiska, osób, które zostaną objęte monitoringiem stanu zdrowia.

Rejestry wypadków stanowią ważny element zarówno w ocenie ryzyka, jak i w kontroli warunków pracy:

- Należy zachęcać do rejestrowania wszelkich problemów związanych ze zdrowiem pracowników oraz wszystkich wypadków.

Ogólne metody

- Przegląd polityki bezpieczeństwa, zwłaszcza zaangażowania we wprowadzanie zagadnienia płci do głównego jej nurtu i stosownych celów i procedur.

- Zapewnienie, by zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne służby ochrony zdrowia w pracy uwzględniały zagadnienie płci.
- Zapewnienie odpowiednich szkoleń i informacji dla oceniających zagrożenia, kierowników i nadzorujących, przedstawicieli związków zawodowych, komisji do spraw bezpieczeństwa itd. w zakresie czynnika płci odnośnie do bezpieczeństwa pracy i zdrowia.
- Powiązanie zagadnień ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy z wszelkimi działaniami na rzecz równości w miejscu pracy, w tym z kwestią równouprawnienia.
- Poszukiwanie sposobów zachęcenia większej liczby kobiet do uczestnictwa w komisjach do spraw bezpieczeństwa. Przykładowo ustalenie, czy spotkania odbywają się w godzinach odpowiadających kobietom.

8.



ZALECENIA

Podstawowe zagadnienia

- 1. Przyznawanie priorytetu prewencji.** Potrzebne są nieustanne wysiłki w celu poprawy warunków i organizacji pracy, by były one dostosowane zarówno do potrzeb i możliwości kobiet, jak i mężczyzn.
- 2. Promowanie podejścia ukierunkowanego na problem płci.** Potrzebna jest wrażliwość na problem płci w badaniach, polityce i prewencji w celu skutecznego zapobiegania i unikania uprzedzeń w kwestii płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP). Należy systematycznie włączać zagadnienia płci do działań inspekcji pracy, ustawodawstwa i porad oraz praktyk oce-

ny ryzyka i prewencji. Lekarze i pielęgniarki medycyny pracy oraz inne osoby, takie jak technicy bezpieczeństwa pracy i fizjoterapeuci, potrzebują więcej szkoleń na temat tych zagadnień. Na wszystkich poziomach konieczna jest świadomość potrzeby podejścia uwrażliwionego na problem płci i wsparcie co do sposobów jego osiągnięcia. Trzeba dzielić się sposobami podejścia i doświadczeniami oraz opracować wytyczne będące przewodnikiem do wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu polityki i praktyk z zakresu BHP. Można wykorzystać niniejszy raport i przedstawione w nim modele jako punkt wyjścia do dalszych dyskusji i działań.

- 3. Uwzględnianie wszystkich zagrożeń.** Niektórym zagrożeniom, wobec jakich stoją kobiety, poświęcono mniej uwagi, na przykład pracy na stojąco i zagadnieniom dotyczącym zdrowia rozrodczego, innym niż ciąża. Potrzebne są dalsze badania w zaniedbanych dziedzinach i muszą one być włączane do działań z zakresu oceny i prewencji. Należy stosować holistyczne podejście do BHP, w którym uwzględnia się takie zagadnienia, jak konflikt między pracą a życiem domowym, nękanie i dyskryminacja.
- 4. Uwzględnianie rzeczywistych sytuacji w pracy.** Różnice ze względu na płeć w narażeniach na zagrożenia, wynikające z podziału na płeć w zatrudnieniu, mają duży wpływ na różnice w wynikach z zakresu higieny pracy. Bardzo ważne zarówno dla skutecznego zapobiegania, jak i dla badań i monitorowania jest rozpatrywanie rzeczywistości wykonywanych zadań i rzeczywistych warunków pracy.

Ogólne zalecenia

- 1. Polityka promowania równowagi pracy w życiu.** Kobiety przeważnie wykonują większą część obowiązków domowych i rodzinnych powinności opiekuńczych. Wiele kobiet opiekuje się krewnymi w starszym wieku. Lepsze wsparcie socjalne dla opiekunek byłoby korzystne zwłaszcza dla kobiet, ale równiejszy podział obowiązków

ków domowych może być pozytywny zarówno dla mężczyzn, jak i dla kobiet. Mężczyźni częściej mają długi dzienny czas pracy na pełnym etacie, i w tym przypadku wszelkie nietypowe albo nieregularne harmonogramy pracy mają większy wpływ na niezgodność między pracą a życiem prywatnym. Wiele osób mających długi dzienny czas pracy chciałoby skrócić swoje godziny pracy, a wiele z osób pracujących przez mniej godzin chciałoby mieć możliwość wydłużenia tego czasu. Polityka równowagi liczby godzin pracy w życiu, w tym elementy przyjazne dla rodziny, odpowiednie godziny pracy i ich elastyczność, powinna być inicjowana w europejskich miejscach pracy dla dobra zarówno kobiet, jak i mężczyzn, powinna też uwzględniać harmonogramy pracy zarówno kobiet, jak i mężczyzn oraz powinna być atrakcyjna dla obu płci. W miejscu pracy potrzebne jest większe udostępnianie rozwiązań dobrej praktyki oraz dalsze badania interwencyjne z zakresu równowagi pracy w życiu i strategii przyjaznych dla rodziny, ruchomego czasu pracy, dzielenia się pracą itd.

2. Zwracanie uwagi na określone grupy pracowników. Pracownice nie są jednorodną grupą, tak samo jak na przykład starsi pracownicy albo pracownicy płci męskiej. Należy zwracać więcej uwagi na sytuację w pracy oraz potrzeby z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy kobiet w nietradycyjnych zawodach, młodych i starszych pracownic, komercyjnych pracownic seksualnych i innych narażonych grup.

3. Promowanie współpracy interdyscyplinarnej. Wieloczynnikowy charakter różnic ze względu na płeć w bezpieczeństwie i higienie pracy wymaga aktywnej współpracy między różnymi dziedzinami polityki, badań, edukacji i informacji. Trzeba badać sposoby promowania tej współpracy i dzielić się dobrymi praktykami.

4. Wprowadzanie bezpieczeństwa i higieny pracy do głównego nurtu programów równości na wszystkich poziomach. Przykładowo przez włączanie zagadnień bezpieczeństwa

i higieny pracy do wszystkich programów równego dostępu do ochrony zdrowia albo do planów równości w miejscu pracy.

5. Zmniejszanie dyskryminacji i poprawa jakości zatrudnienia kobiet. Te ważne zagadnienia w dużym stopniu leżą poza zakresem niniejszego raportu. By poznać strategię poprawy w tej dziedzinie, takie jak postanowienia zmierzające do zwiększania dostępu kobiet do pracy, ograniczania podziału płci i zmniejszania dyskryminacji w wynagrodzeniu, zobacz na przykład załącznik 14, zaczerpnięty z Europejskiej Fundacji (2002c).

6. Wzrost udziału kobiet w podejmowaniu decyzji w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Kobiety powinny być reprezentowane oraz bezpośrednio włączane do podejmowania decyzji dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Poglądy kobiet, ich doświadczenia, wiedza i umiejętności powinny mieć odzwierciedlenie w formułowaniu i realizacji strategii promocji zdrowia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Należy badać sposoby osiągnięcia tego stanu i wymieniać się istniejącymi dobrymi praktykami.

Badania i monitorowanie BHP

1. Opieranie oceny narażenia na przykładach zawodów rzeczywiście wykonywanych przez pracowników. Narażenie powinno być oceniane na podstawie rzeczywistej sytuacji w pracy i zadań wykonywanych przez pracowników, a nie na podstawie nazwy zawodu. Należy włączyć zagadnienia zagrożeń wynikających z synergicznych i kumulujących się działań chemikaliów w reakcjach między sobą oraz w połączeniu z innymi zagrożeniami.

2. Ocena badań epidemiologicznych pod kątem uwzględniania czynnika płci. Należy krytycznie ocenić istniejące badania epidemiologiczne w celu znalezienia systematycznie pomijanego zagadnienia płci w sposobie przeprowadzania badań oraz analizy zagadnień bezpieczeństwa i higieny pracy kobiet.

3. Rutynowe i systematyczne włączanie zagadnienia płci do gromadzenia danych i monitorowania statystycznego.

Obejmuje to gromadzenie podlegających zgłoszeniu krajowych danych na temat wypadków i chorób zawodowych oraz złego stanu zdrowia związanego z pracą, jak również rejestrowanie danych o odszkodowaniach. Bardzo użyteczne są na przykład przeprowadzane pod kątem płci analizy informacji zebranych przez Eurostat i za pomocą europejskich ankiet na temat warunków pracy. Jednak ważne jest zastanowienie się, czy zebrane informacje i dostępne wskaźniki są wystarczające do rozpoznania szczególnych cech, które charakteryzują zatrudnienie kobiet. Powinny zostać zrealizowane zalecenia z analiz pod kątem płci z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy dotyczące modyfikacji ankiety. Potrzebne jest dalsze pozyskiwanie danych statystycznych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy z państw członkowskich z podziałem na płeć, by dostarczyć więcej informacji ogólnych i na temat wszelkich różnic między tymi państwami. Jakość danych statystycznych z podziałem na płeć dotyczących skutków z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy może być lepsza, jeśli będzie uwzględniona liczba godzin pracy oraz podział na zawody i sektory. Im ściślej jest rozdział według zadań rzeczywiście wykonywanych przez ludzi, tym lepiej. Należy w dalszym ciągu badać praktyczne sposoby poprawy jakości danych statystycznych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy z podziałem na płeć.

4. Dalsze badanie i porównywanie różnic między państwami członkowskimi.

Potrzebne jest dalsze badanie różnic ze względu na płeć w warunkach pracy i skutkach zdrowotnych związanych z pracą w poszczególnych państwach członkowskich, by sprawdzić, czy i dlaczego istnieją różnice między nimi, zwłaszcza w tych krajach, w których brakuje danych.

5. Gromadzenie informacji z krajów kandydujących.

Istnieją różnice odnośnie do warunków pracy obu płci między krajami kandydują-

cymi, państwami członkowskimi oraz wśród krajów kandydujących. Użyteczne byłoby bardziej szczegółowe przyjrzenie się polityce i praktykom z krajów kandydujących.

6. Poprawa braku równowagi między płciami w programach badań.

W badaniach zdecydowanie mniej uwagi poświęcano zagrożeniom zawodowym, na które narażone są kobiety, i zdominowanym przez kobiety. Kiedy to konieczne, programy badań z zakresu BHP powinny specjalnie obejmować tematy odnoszące się do kobiet i ich miejsca pracy. Potrzebnych jest więcej badań interwencyjnych na temat zapobiegania zagrożeniom zawodowym, na które narażone są kobiety i wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu działań prewencyjnych.

7. Rozpatrzenie wpływu zmian w świecie pracy na zagadnienie płci w obszarze bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zmiany w świecie pracy mają konsekwencje dla bezpieczeństwa i higieny pracy. Przykładem z ostatniego okresu jest wprowadzenie formy telepracy. Zmiany powinny być oceniane pod kątem ich konsekwencji dla bezpieczeństwa i higieny pracy z uwzględnieniem oceny wpływu płci.

Opracowywanie polityki

1. Wprowadzanie zagadnienia płci do głównego nurtu strategii bezpieczeństwa i higieny pracy.

Zagadnienie płci powinno być wprowadzane do głównego nurtu wszystkich dziedzin bezpieczeństwa i higieny pracy na poziomie UE i krajowym, jak to przedstawiono w zarysie strategii Wspólnoty Europejskiej na lata 2002–2006. Czynniki płci powinien być jasno i precyzyjnie określony, tak by można było zagadnienia płci wprowadzać do głównego nurtu polityki, programów i praktyk z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Komisja i Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa, Higieny i Zdrowia (ACSHH) mogą wspierać ten element strategii na przykład przez szczególne zajęcie się zagadnieniem płci w bieżących działaniach dotyczących chorób układu

mięśniowo-szkieletowego, przemocy w miejscu pracy (np. w szpitalach), jako że są to zagrożenia i strefy pracy istotne nie tylko dla wielu pracowników, ale także z punktu widzenia działań dotyczących zapobieganiu chorobom zawodowym. Należy także zastanowić się, czy istnieje potrzeba stworzenia specjalnej grupy ACSHH do spraw wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu BHP. Państwa członkowskie powinny także ocenić, jakie praktyczne kroki mogą przedsięwziąć w celu wprowadzenia zagadnienia płci do głównego nurtu swoich działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz jaka powinna być wymiana doświadczeń i praktyk w tej dziedzinie.

2. Ocena wpływu płci jako narzędzie do wprowadzania tego zagadnienia do głównego nurtu.

Według strategii UE w dziedzinie promowania równości ocena wpływu płci powinna być przeprowadzana wówczas, gdy poddawane są przeglądowi istniejące dyrektywy, wskazówki, polityka oraz działania UE z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy albo opracowywane są nowe. Powinno to obejmować zarówno zapobieganie, normalizację i odszkodowania, jak również zbieranie informacji oraz dostęp do usług i zasobów z zakresu BHP.

3. Ocena warunków pracy obu płci do wyznaczenia norm.

Zdrowie i bezpieczeństwo kobiet może być gorzej chronione niż mężczyzn, ponieważ wiele norm bezpieczeństwa i higieny pracy oraz limitów narażenia na niebezpieczne substancje oparto na męskich populacjach i badaniach laboratoryjnych. Należy uwzględnić dane na temat obu płci oraz różnice ze względu na płeć w warunkach pracy w europejskiej i międzynarodowej normalizacji.

4. Wprowadzanie zagadnienia płci w BHP do głównego nurtu innych dziedzin polityki.

Zagadnienie płci w BHP powinno być wprowadzane do głównego nurtu innych dziedzin polityki, takich jak polityka zdrowotna albo działania z dziedziny odpowiedzialności społecznej przedsiębiorstwa (CSR).

Zwiększanie świadomości i dobra praktyka w zapobieganiu

1. Większe znaczenie problemu płci przy wprowadzaniu w życie istniejących dyrektyw itd.

Ogólne wymagania co do oceny i zapobiegania ryzyku w neutralnych wobec płci dyrektywach i wskazówkach Unii Europejskiej z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy nie wykluczają przy wprowadzaniu ich w życie stosowania ukierunkowanego na problem płci podejścia. Jednak trzeba opracować metody wprowadzania ich w życie bardziej uwrażliwione na problem płci. Może to obejmować włączanie informacji do wskazówek albo kodeksów postępowania, które Komisja i państwa członkowskie tworzą w celu wspierania wprowadzania w życie ustawodawstwa, jak również przygotowywanie specjalnych porad, czyli szkoleń i informacji, dla inspektoratów pracy. Partnerzy społeczni mają do odegrania ważną rolę – na przykład opracowanie wskazówek. Wszyscy aktywnie działający w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy potrzebują więcej informacji i szkoleń na temat warunków pracy kobiet.

2. Badania i udostępnianie dobrych praktyk.

Niniejszy raport dostarcza pewnych przykładów sposobów podejścia i dobrych praktyk w poszczególnych państwach członkowskich i z innych źródeł. Użyteczne byłoby gromadzenie i udostępnianie dalszych przykładów polityki, programów i dobrych praktyk ze wszystkich państw członkowskich.

3. Zwiększanie świadomości i promowanie dobrych praktyk i metod włączania zagadnienia płci do oceny ryzyka oraz aktywizowanie pracowników do działania.

Potrzebne jest aktywne promowanie znaczenia problemu płci w podejściu do oceny ryzyka w miejscu pracy. Obejmowałoby to zwiększanie świadomości i szkolenie dotyczące wiedzy na temat zagrożeń w miejscu pracy. Komisja i Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa, Higieny i Zdrowia, państwa członkowskie i partnerzy społeczni powinni zbadać, w jaki sposób mogą wspierać realizację tego zalecenia.

9.



GLOSARIUSZ

Płeć biologiczna i płeć kulturowa

Istniejące różnice między mężczyznami a kobietami mają charakter biologiczny i społeczny:

- **Płeć biologiczna** oznacza zdeterminowane biologicznie różnice między mężczyznami a kobietami, które są powszechnie uznawane.
- **Płeć kulturowa** oznacza różnice społeczne między kobietami a mężczyznami, które są wyuczone, zmienne z biegiem czasu i wahają się znaczenie zarówno w obrębie kultur, jak i między nimi.

Przykład: Tylko kobiety mogą rodzić dzieci (co jest zdeterminowane biologicznie), ale biologia nie decyduje o tym, kto będzie wychowywał dzieci (zachowanie kulturowe).

B
A
D
A
N
I
A

Źródło definicji: Komisja Europejska (b.d.w.), „Przewodnik po ocenie wpływu płci”.

Równość płci – równość między kobietami i mężczyznami

1. Równość płci oznacza, że wszyscy ludzie mogą bez przeszkód rozwijać swoje osobiste zdolności i dokonywać wyborów bez ograniczeń stawianych przez ścisłe role wyznaczone przez płeć oraz że odmienne zachowanie, aspiracje i potrzeby kobiet oraz mężczyzn są jednakowo cennie i popierane. Formalna (*de jure*) równość jest tylko pierwszym krokiem ku równości materialnej (*de facto*). Równe traktowanie i środki zachęcające (pozytywne działania) są konieczne do zrekompensowania dyskryminacji w przeszłości i obecnie. Na różnice ze względu na płeć mogą wpływać inne różnice strukturalne, takie jak rasa, narodowość i klasa. Te wymiary (i inne, takie jak wiek, niezdolność do pracy, stan cywilny i orientacja seksualna) także mogą być istotne.

Źródło definicji: Komisja Europejska (b.d.w.), „Przewodnik po ocenie wpływu płci”.

2. Nieobecność dyskryminacji względem płci osoby w możliwościach i podziale zasobów, świadczeń albo dostępie do usług.

Źródło definicji: WHO (1998), Referat techniczny na temat płci i zdrowia.

Niedostrzeganie problemu płci albo neutralność wobec płci

Nieprzyznawanie, że płeć jest istotnym wyznacznikiem wyników społecznych.

Źródło definicji: WHO (1998), Referat techniczny na temat płci i zdrowia.

Wrażliwość na problem płci

Zdolność dostrzegania istniejących różnic, zagadnień i nierówności dotyczących płci i włączania ich do strategii i działań.

Źródło definicji: WHO (1998), Referat techniczny na temat płci i zdrowia.

Ocena wpływu płci – analiza płci

1. Ocena wpływu płci oznacza porównanie i ocenę, według kryteriów dotyczących płci, obecnej sytuacji i tendencji ze spodziewanym rozwojem wynikającym z wprowadzenia proponowanej polityki.

Źródło definicji: Komisja Europejska (b.d.w.), „Przewodnik po ocenie wpływu płci”.

2. W analizie płci badane są różnice i dysproporcje w rolach, które odgrywają kobiety i mężczyźni, brak równowagi władzy w ich stosunkach, ich potrzeby, ograniczenia i możliwości oraz wpływ tych różnic na ich życie. W sferze zdrowia z analizy płci wynika, w jaki sposób te rozbieżności decydują o zróżnicowanym narażeniu na zagrożenie, dostępie do dobrodziejstw techniki, informacji, zasobów i służby zdrowia oraz realizacji praw. Analiza płci musi zostać przeprowadzona na wszystkich etapach interwencji, od ustalania priorytetów i gromadzenia danych do projektowania, realizacji i oceny polityki albo programów.

Źródło definicji: WHO (1998), Referat techniczny na temat płci i zdrowia.

Wprowadzanie do głównego nurtu – wprowadzanie równości płci do głównego nurtu

1. W komunikacie Komisji Europejskiej COM(96) 67 wprowadzanie do głównego nurtu jest zdefiniowane jako „nieograniczanie wysiłków w celu promowania równości do wprowadzania w życie określonych środków, ale mobilizowanie

wszystkich ogólnych programów działania i środków specjalnie w celu osiągnięcia równości”. Należy uwzględnić wymiar płci i równości we wszystkich programach oraz działaniach, w fazie planowania, realizacji, monitorowania i oceny.

Źródło definicji: Komisja Europejska (b.d.w.), „Przewodnik po ocenie wpływu płci”.

2. Włączanie zagadnień płci do analiz, kształtowania i monitorowania polityki, programów i projektów, w celu zapewnienia zmniejszania przez nie nierówności między kobietami a mężczyznami.

Źródło definicji: WHO (1998), Referat techniczny na temat płci i zdrowia.

Wprowadzanie do głównego nurtu – wprowadzanie bezpieczeństwa i higieny pracy do głównego nurtu

Wprowadzanie do głównego nurtu zmierza do uczynienia zasad zarządzania ryzykiem i „myślenia o bezpieczeństwie i higienie pracy” nieodłączną częścią sposobu podejmowania decyzji i działań w miejscu pracy, by zdrowie i bezpieczeństwo nie były tylko dodatkiem.

Źródło definicji: Europejska Agencja, „Forum 8 – Uczenie się o bezpieczeństwie i higienie pracy”.

Plany równości

Stworzone przez kierownictwo plany włączenia programu równości do całej polityki firmy.

Źródło definicji: Europejska Fundacja (2002c).

10.



BIBLIOGRAFIA

ACTU (2003), *National survey of workplace issues 2002*, Australian Council of Trade Unions, Melbourne (http://www.actu.asn.au/public/news/1043965764_16041.html).

Ahjo nro (2002), Uudenkaupungin autotehtaalle tasa-arvopalkinto (Uusikaupunki car factory wins equality award), *Ahjo nro* 21/2002, Helsinki (<http://www.metalliliitto.fi/21-02tasapalk.htm>).

Akyeampong, E. B. (1992), L'absentéisme, *Tendances Sociales Canadiennes* 25, s. 25–28.

Albarracan, D. (2002), *El sector de servicio doméstico: mujer e inmigración*, CIEM Foundation, European Industrial Relations Observatory web site (2002),

Domestic work examined (<http://www.eiro.eurofound.ie/2002/05/Feature/ES0205206F.html>), European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

Alterman, T., Shekelle, R. B., Vernon, S. W. i Burau, K. D. (1994), Decision latitude, psychological demand, job strain and coronary heart disease in: the Western Electric Study, *American Journal of Epidemiology* 139(6), s. 620–627.

American Psychological Association (1996), Research agenda for psychosocial and behavioural factors in women's health, American Psychological Association, Recommendations.

Ammattitaudit 2000, Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset (Occupational diseases 2000. Reported new cases of occupational diseases), Työterveyslaitos, Helsinki, 2001.

Ammattitaudit 2001, Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitetut uudet tapaukset. (Occupational diseases 2001. Reported new cases of occupational diseases). Työterveyslaitos, Helsinki, 2002.

Andersen, A., Barlow, L., Engeland, A., Kjaerheim, K., Lynge, E. i Pukkala, E. (1999), Work-related cancer in the Nordic countries, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health*, 25, Supplement 2, s. 1–116.

Anderson, B. i Phizacklea, A. (1997), *Migrant domestic workers. A European perspective*, Report for the Equal Opportunities Unit, DG V, European Commission.

AOK Bayern (2002), *Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben – Ein Modellprojekt der AOK Bayern*.

Ariëns, G. A. M., Bongers, P. M., Douwes, M., Miedema, M. C., Hoogendoorn, M. E., Wal, G., van der Boer, L. M. i van Mechelen, W. (2001), Are neck flexion, neck rotation and sitting at work risk factors for neck pain? Results of a prospective cohort study in an occupational setting, *Occupational and Environmental Medicine* 58, s. 200–207.

Aronsson, G. i Gustafsson, K. (2002), Semester – Forfarande en arbetarskyddsfråga? En empirisk studie av semester och återhämtning (Vacation – Still a question of occupational safety? An empirical study of vacation and return to work), *Arbetsmarknad and Arbetsliv*, årg 8, nr 2, summer, 2002.

Artazcoz, L., Institut Municipal de Salut Publica (2001), Housework, paid work and women's health, Presented at „A seminar on the gender dimension in health and safety”, 16 November, Belgium EU Presidency/Federal Ministry of Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Atkinson, J. (2000), *Employment options and labour market participation*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Autio, L., Heloma, A., Taskinen, K. i Reijula, K. (2001), Ravintolatyöntekijöiden tupakointi ja tupakansavua-altistus – Toteutuuko tupakkalaki? (Restaurant employees' smoking and their exposure to cigarette smoke – Does the antismoking law go ahead?), *LSS* 2001 56, s. 5289–5292.

Auvinen, A., Hietanen, M., Luukkonen, R. i Koskela, R.-S. (2002), Brain tumours and salivary gland cancers among cellular telephone users, *Epidemiology* 13(3), s. 356–359.

Axelsson, A. i Prasher, D. (2000), Tinnitus induced by occupational and leisure noise, *Noise and Health* 8, s. 47–54.

Axelsson, G., Ahlborg, G. i Bodin, L. (1996), Shift work, nitrous oxide exposure and spontaneous abortion among Swedish midwives, *Occupational and Environmental Medicine* 53, s. 374–378.

Ayuso-Mateos, J. L., Vazquez-Barquero, J. L. i Dorrwick, C. (2001), Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN (European Outcome of Depression International Network) study 2001, *British Journal of Psychiatry* 179, s. 308–316.

Baird, D. D. i Strassmann, B. I. (2000), Women's fecundability and factors affecting it, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and Health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Bakker, A., Schaufeli, W. B. i van Dierendonck, D. (2000), Burnout: prevalence, risk groups and risk factors, in: Houtman, I., Schaufeli, W. B. i Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work* (w jęz. niderlandzkim), Samsom, Alphen a/d Rijn, s. 65–82.

Ballard, T., Corradi, L., Lauria, L., Mazzanti, C., Sgorbissa, F. i Romito, P. (2002a), Flight attendants talk about work, family and health: generating hypotheses from qualitative research, Workshop TuW15, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – Illrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Ballard, T., Lagorio, S., De Santis, M., De Angelis, G., Santaquilani, M., Caldora, M. i Verdecchia, A. (2002b), A retrospective cohort mortality study of Italian commercial airline cockpit crew and cabin attendants 1965–96, *International Journal of Occupational Environmental Health* 8(2), s. 87–96.

Barnett, R. C. i Goreis, K. C. (2000), Reduced hours, job role quality and life satisfaction among married women physicians with children, *Psychology and Women Quarterly* 24, s. 358–364.

Barrenäs, M. (1998), Pigmentation and noise-induced hearing loss: Is the relationship between pigmentation and noise-induced hearing loss due to an ototoxic pheolaminin interaction or to otoprotective eumelanin effects. Advances in noise research, in: Prasher, D. i Luxon, L. (eds.), *Biological effects of noise*, Volume 1, Whurr Publishers Ltd, London, s. 59–70.

Barros Duarte, C., Ramos, S. i Lacomblez, M. (2002), From work to occupational health: working conditions analysis in the textile and clothing sector – the particularity of women's work, Workshop TuW09:2, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – Illrd international*

congress – *Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Baruch, G. K., Biener, L. i Barnett, R. C. (1987), Women and gender in research on work and family stress, *American Psychologist* 42, s. 130–136.

Bastian, R. W. i Thomas, M. D. (2000), *Talkativeness and vocal loudness: Do they correlate with laryngeal pathology? – A study of the vocal overdoer/underdoer continuum*, Voice Foundation meeting, Philadelphia, PA 6/30/00, Voicedoctor.net (<http://www.voicedoctor.net/physician/article/talk/abstract.html>).

Batra, P. (2002), Aspects of gender relations in Greek industry, Workshop TuW09:4, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – IIIrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Benach, J., Gimeno, D. i Benavides, F. G. (2002), *Types of employment and health in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Benschop, Y. i Doorewaard, H. (1996), Lood om oud ijzer. De gendersubtekst vanayloristische en sociotechnische organisaties (Six of one and half a dozen of the other. The gender subtext of Tayloristic and sociotechnical organisations), *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 12(3), s. 238–250.

Bercusson, B. i Dickens, L. (1996), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 1: Defining the issues*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Bercusson, B. i Weiler, A. (1999), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 3: Analysis of agreements*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Berger, E., Royster, L. i Thomas, W. (1978), Presumed noise-induced permanent threshold shift resulting from exposure to an A-weighted Leq of 89 dB, *Journal of the Acoustical Society of America* 64(1), s. 192–197.

Bergman, B. P. i Miller, S. A. (2001), Equal opportunities, equal risks? Overuse injuries in female military recruits, *Journal of Public Health Medicine* 23(1), s. 35–39.

Bielenski, H. i Hartmann, J. (2000), *Combining family and work: the working arrangements of women and men*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Bielenski, H., Bosch, G. i Wagner, A. (2002), *Working time preferences in 16 European countries*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

BIFU – Banking, Insurance and Finance Union (now UniFI), *Occupational voice loss. A negotiator's guide*, London.

Bildt, C. i Michélsen, H. (2002), Gender differences in the effects from working conditions on mental health: a four-year follow-up, *International Archives of Occupational and Environmental Health* 75, s. 252–258.

Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds) (2002), *Women, work and health – IIIrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm (<http://www.arbetslivsinstitutet.se/www/default.asp>).

Bildt Thorbjörnsson, C. i Lindelöw, M. (1998), Psychiatric ill health and conditions at work, in: Kilbom, Å., Messing, K. i Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Black, D. W., Doebbeling, B. N., Voelker, M. D., Clarke, W. R., Woolson, R. F., Barrett, D. H. i Schwartz, D. A. (2000), Multiple chemical sensitivity syndrome:

symptom prevalence and risk factors in a military population, *Archives of International Medicine* 160(8), s. 1169–1176.

Blair, A. (1998), Occupational cancer among women, an overview, *Women's health, occupation, cancer and reproduction*, 14 to 16 May, Reykjavik, Iceland.

Blatter, B. M. i Bongers, P. M. (2002), Duration of computer use and mouse use in relation to musculoskeletal disorders of neck or upper limb, *International Journal of Industrial Ergonomics* 30, s. 295–306.

Bleijenbergh, I., de Bruijn, J. i Dickens, L. (1999), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 5: Strengthening and mainstreaming equal opportunities through collective bargaining*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Blikvaer, T. i Helliesen, A. (1997), *Sickness absence. A study of 11 LES countries*, Luxembourg income study, LES Working Paper 3, Luxembourg (<http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf>).

Boice, J. D. i McLaughlin, J. (2002), *Epidemiological studies of cellular telephones and cancer risk*, Statens srålkskyddsinstitut, SSI Rapport 2002, p. 16.

Bongers, P. M., de Winter, C. R., Kompier, M. A. J. i Hildebrandt, V. H. (1993), Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19, s. 297–312.

Borg, A., Canlon, B. i Engström, B. (1992), Individual variability of noise-induced hearing loss, in: Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J. i Hamernik, R. P. (eds), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, s. 467–475.

Borras, J., Borras, J. M., Galceran, J., Sanchez, V., Moreno, V. i Gonzalez, J. R. (2001), Trends in smoking-related cancer incidence in Tarragona, Spain, 1980–96, *Cancer Causes Control* 12(10), s. 903–908.

Borrill, C. i Kidd, J. M. (1994), New parents at work: jobs, families and the psychological contract, *British Journal of Guidance and Counselling* 22(2), s. 219–231.

Bosma, H., Marmot, M. G., Hemingway, H., Nicholson, A. G., Brunner, E. i Stansfeld, A. (1997), Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study, *British Medical Journal* 314, s. 558–565.

Boyd, C. (2002), Customer violence and employee health and safety, *Work, Employment and Society* 16(01), s. 151–170.

Brisson, C., Laflamme, N., Moisan, J., Milot, A., Msse, B. i Vzina, M. (1999), Effect of family responsibilities and job strain on ambulatory blood pressure among white-collar women, *Journal of the American Psychosomatic Society* 61(2), p. 205.

Broberg, E. (2001), Serious occupational accidents, in: Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Buckle, P. i Devereux, J. (1999), *Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Budig, J. M. i England, P. (2001), The wage penalty for motherhood, *American Sociological Review* 66, s. 204–225.

Bullinger, M., Morfeld, M., von Mackensen, S. i Brätsche, S. (1999), The sick-building syndrome – Do women suffer more?, *Zentralblatt für Hygiene und Umweltmedizin*, 1999, Aug. 202 (2–4), s. 235–241.

Bylund, S. H. i Burström, L. (2003), Power absorption in women and men exposed to hand-arm vibration, *International Archives of Occupational and Environmental Health* 77.

Bylund, S. H., Burström, L. i Knutsson, A. (2002), A descriptive study of women injured by hand-arm vibration, *Annals of Occupational Hygiene* 46(3), s. 299–307.

- Campo, P. i Lataye, P. R. (1992), Intermittent noise and equal energy hypotheses, in: Dancer, A. L., Henderson, D., Salvi, R. J. i Hamernik, R. P. (eds), *Noise-induced hearing loss*, Mosby Year Book, St Louis, s. 456–466.
- Cancedda, A. (2001), *Employment in household services*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Castells, M. (1996), The rise of the network society. The information age, *Economy, society and culture*, Volume 1, Blackwell, Massachusetts, Oxford.
- Cinbiose, Improving the health of women in the workforce – Action plan developed by the meeting of Canadian researchers and representatives of women workers, 26 to 28 March 1998, at the Université du Québec à Montréal, University of Quebec (<http://www.unites.ugam.ca/cinbiose/anglais/pub/pub.actionplan.html>).
- Clarke, S. (2001), Earnings of men and women in the EU: the gap narrowing but only slow, Theme 3: Population and social conditions, Eurostat (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).
- Cockburn, C. (1983), *Brothers. Male dominance and technological change*, Pluto Press, London.
- Cockburn, C. (1986), *Machinery of dominance*, Pluto Press, London.
- Comisiones Obreras (CC.OO.) (2001), *Salud-Laboral: diferencia género*, Federación de Comunicación y Transporte de CC.OO., Madrid.
- Cooper, C. L. (1998), The changing psychological contract at work, *Work and Stress* 12(2), s. 97–100.
- Cooper, C. L. i Swanson, N. (2002), *Workplace violence in the health sector – State of the art*, ILO, WHO, ICN and PSI, International Labour Office, Geneva.
- Cooper, C. L., Hoel, H. i di Martino, V. (2003), *Preventing violence and harassment in the workplace*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Cooper, G. S., Savitz, D. A., Millikan, R. i Chiu Kit, T. (2002), Organochlorine exposure and age at natural menopause, *Epidemiology* 13(6), s. 729–733.
- Cortazar Lopez, M., Kareaga Uriate, G., Lansac Aquilué, M., Irusta Onandia, J. A. i Azuara Blanco, S. (2002), *Estudio de los trastornos de voz en docentes y auxiliares de educación especial de al enseñanza pública de Bizkaia*, Servicio Médico de la Delegación de Educación de Bizkaia del Gobierno Vasco, Bilbao.
- Council Directive 76/207/EEC of 9 February 1976 on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion and working conditions, OJ L 39, 14.2.1976, p. 40, Derogation in 194N, Incorporated by OJ L 1, 3.1.1994, p. 484, Luxembourg.
- Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work, OJ L 183, 29.6.1989, Luxembourg, s. 1–8.
- Council Directive 89/654/EEC concerning the minimum safety and health requirements for the workplace, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, s. 1–12.
- Council Directive 89/655/EEC concerning the minimum safety requirements for the use of work equipment by workers at work, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, s. 13–17.
- Council Directive 89/656/EEC on the minimum safety requirements for the use of personal protective equipment, OJ L 393, 30.12.1989, Luxembourg, s. 18–28.

Council Directive 92/85/EEC on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health at work of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding, OJ L 348, 28.11.1992, Luxembourg, s. 1–8.

Council Directive 2002/73/EC of 23 September 2002 amending Council Directive 76/207/EEC on the implementation of the principle of equal treatment for men and women as regards access to employment, vocational training and promotion and working conditions, OJ L 269, 5.10.2002, Luxembourg, s. 15–20.

Cousins, C. (2000), Women and employment in southern Europe: the implications of recent policy and labour market directions, *South European Society and Politics* 5(1) (summer 2000), s. 97–122.

Cox, T. i Rial-González, E. (2002), Workrelated stress: the European picture, *Working on stress*, Magazine 5 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Cox, T., Griffiths, A. i Rial-González, E. (2000), *Research on work-related stress*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Coyle, A. (1982), Sex and skill in the organisation of the clothing industry, in: West, J. (ed.), *Work, women and the labour market*, Routledge and Kegan Paul, London, s.10–27.

Cuelenaere, B. (1997), *Going to work after long-term sick leave. A study about rehabilitation in men and women* (w jęz. niderlandzkim), Erasmus University, Rotterdam.

Current Intelligence Bulletin 57 (1996), Violence in the workplace. Risk factors and prevention strategies, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

Danish Agency for Trade and Industry, Women entrepreneurs now and in the future (<http://www.efs.dk/publikationer/rapporter/womenentr/kap01.html>).

Dassen, T. W. N., Nijhuis, F. J. N. i Philipsen, H. (1990), Career prospects for male intensive care nurses (w jęz. niderlandzkim), *Gedrag Organisatie* 1, s. 32–47.

Daubas-Letourneux, V. i Thébaud-Mony, A. (2002), *Organisation du travail et santé dans l'Union européenne*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.eu.int/publications/files/EF0206FR.pdf>).

Davidson, M. J., Cooper, C. L. i Baldini, V. (1995), Occupational stress in female and male graduate managers – A comparative study, *Stress Medicine* 11, s. 157–175.

Davis, S., Mirick, D. K. i Stevens, R. G. (2001), Night shift work, light at night and risk of breast cancer, *Journal of the National Cancer Institute* 93(20), s. 1557–1562.

Davis, A., Smith, P. i Wade, A. (1998), *A longitudinal study of hearing — Effects of age, sex and noise*, Proceedings of Nordic Noise, 12–15 March 1998, Stockholm.

de Lange, A., Kompier, M. A. J., de Jonge, J., Taris, T. i Houtman, I. (2001), Hoogwaardige longitudinaal vragenlijstonderzoek en het demand- control-support model (High-quality longitudinal survey research and the demandcontrol- support model), *Gedrag Organisatie* 14(5), s. 254–272.

Devereux, J. (2000), Work-related stress and MSDs: Is there a link?, *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 19, (http://agency.osha.eu.int/publications/magazine/3/en/mag3_en.pdf).

Dhondt, S., Goudswaard, A. i Knave, B. (2002), *Research on changing world of work*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Diamantopoulou, A. (2002), Europe under stress, *Working on stress*, Magazine 5 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 3.

Dickens, L. (1998), *Equal opportunities and collective bargaining in Europe. Part 4: Illuminating the process*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Dikkers, F. G. i Nikkels, P. G. (1995), Benign lesions of the vocal folds: histopathology and phonotrauma, *Annals of Otolaryngology and Rhinology* 104 (9 Pt 1), s. 698–703.

di Martino, V. (2002), *Workplace violence in the health sector – Country case studies (Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study)*, Synthesis report, ILO, WHO, ICN and PSI, International Labour Office, Geneva.

di Martino, V., Hoel, H. i Cooper, C. L. (2002), *Preventing violence and harassment in the workplace*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Douillet, P. i Aptel, M. (2001), Preventing MSDs: towards a global approach, *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, s. 4–6.

Doyal, L. (2002), *The health and work of older women – A neglected issue*, Pennell Trust, Huddersfield (www.pennellwomenshealth.org).

Dreyer, L., Andersen, A. i Pukkala, E. (1997), Occupation, *Acta Microbiologica et Immunologica Scandinavica (APMIS)*, 1997, Supplement No 76, Vol. 105, Avoidable cancers in the Nordic countries, s. 68–79.

Dulk, L. den (2002), Employers and the caring employee: how Dutch, Italian, British and Swedish organisations facilitate the combination of work and care (w jęz. niderlandzkim), *Gedrag Organisatie* 15(4), s. 225–239.

Dupré, D. (2001), Work-related health problems in the EU 1998–99, *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 17/2001, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Dupré, D. (2002), The health and safety of men and women at work, *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 4/2002, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eklund, I., Englund, A. i Wikman, A. (2001), Working conditions in Sweden and Europe, in: Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Ekstedt, E. (1999), Forms of employment in a project-intensive economy, *American Journal of Industrial Medicine*, Supplement 1.

Ekstedt, E., Lundin, R. A., Soderholm, A. i Wirdenius, H. (1999), *Neo-industrial organising. Renewal by action and knowledge formation in a project-intensive economy*, Routledge, London and New York.

End abuse, family violence prevention fund (<http://endabuse.org/programs/workplace/>).

Endometriosis.org web site (<http://www.endometriosis.org/>). Environmental Law Centre, Multiple chemical sensitivity (MCS) conference.

Environmental Law Centre web site (<http://www.elc.org.uk>). Equality Authority (Ireland), Dublin.

Equality in a diverse Ireland, Dublin (<http://www.equality.ie>).

Estlander, T. i Jolanki, R. (2003), Sukupuoli ja ammatin ihotaudit (Gender and occupational skin disease).

ases), in: Luoto, R., Viisainen, K. i Kulmala, I. (eds) *Sukupuoli ja terveys (Gender and health)*, Vastapaino.

Estola-Partanen, M. (2000), *Muscular tension and tinnitus. An experimental trial of trigger point injections on tinnitus*, Academic dissertation, University of Tampere, Medical School, Tampere University Hospital, Department of Otorhinolaryngology, Vammala, Vammalan Kirjapaino Oy (<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4972-X.pdf>).

European Agency for Safety and Health at Work (2001a), *How to reduce workplace accidents*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2001b), *Health and safety campaigning: getting the message across*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2001c), *Preventing work-related slips, trips and falls: factsheet 14*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002a), *How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002b), *Preventing psychosocial risks and stress at work in practice*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002c), *Violence at work: factsheet*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002d), *Bullying at work: factsheet*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002e), *Working on stress*, Magazine 5, Office for

Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2002f), *Research on changing world of work*, Working paper, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Agency for Safety and Health at Work (2003a), *Promoting health and safety in European small and medium-sized enterprises (SMEs): SME funding scheme 2001-02*, Office for Official Publications of the European Communities (<http://agency.osha.eu.int/publications/other/20030408/en/sme.pdf>).

European Agency for Safety and Health at Work (2003b), *SME funding scheme 2002: summary of awarded projects* (http://agency.osha.eu.int/sme/index_en.htm).

European Agency for Safety and Health at Work (2003c), *Improving occupational safety and health in SMEs: examples of effective assistance*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (1991), Commission recommendation of 27 November 1991 on the protection of the dignity of women and men at work, including the code of practice to combat sexual harassment (92/131/EEC), OJL 49, 24.2.1992, Luxembourg, s. 1-8.

European Commission (1997), *Partnership for a new organisation of work*, Green Paper, European Commission, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (1998), *Sexual harassment at the workplace in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (1999), Community strategy for endocrine disruptors: a range of substances suspected of interfering with the hormone systems of humans and wildlife, Communication from the

Commission to the Council and the European Parliament, COM(1999) 706 final, 17.12.1999, Brussels.

European Commission (2000a), On the guidelines on the assessment of the chemical, physical and biological agents and industrial processes considered hazardous for the safety or health of pregnant workers and workers who have recently given birth or are breastfeeding (Council Directive 92/85/EEC), Communication from the Commission, COM(2000) 466 final/2, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (2000b), *Guidance on work-related stress – Spice of life or kiss of death?*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission (2001), *Promoting a European framework for corporate social responsibility*, Green Paper, European Commission, Brussels.

European Commission, Employment and Social Affairs (2001), *Towards a Community strategy on gender equality (2001–05): equality between men and women*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission, Employment and Social Affairs, *Social Agenda 2*, July 2002 ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/soc_agenda_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc_agenda_en.html)).

European Commission, Employment and Social Affairs (2002a), Sexual harassment outlawed, *Social Agenda 2*, July 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Commission, Employment and Social Affairs (2002b), Dialogue between employers and unions enters a new phase, *Social Agenda 3*, 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/social_agenda3_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_agenda3_en.pdf)).

European Commission (2002c), Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002–06, Communi-

cation from the Commission, COM(2002) 118 final, 11.3.2002, Brussels.

European Commission (2002d), Report requested by the Stockholm European Council: Increasing labour force participation and promoting active ageing, Report from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, COM(2002), 9 final, 24.1.2002, Brussels ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/feb/com_2002_9_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/feb/com_2002_9_en.pdf)). European Commission, Employment and Social Affairs web site (a), European campaign to raise awareness of violence against women (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/violence_en.html).

European Commission, Employment and Social Affairs web site (b), Teleworking agreement ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/jul/telework_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/jul/telework_en.pdf)).

European Commission (no date), A guide to gender impact assessment, European Commission web site (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/gender/gender_en.pdf).

European Commission web site, Gender equality legislation ([http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/rights_en.html# other](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/rights_en.html#other)).

European Commission gender equality web site, Statistics on gender issues ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html)).

European Commission gender equality web site, Statistics on gender issues – gender segregation in the labour market ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/segregation.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/segregation.pdf)).

European Commission gender equality web site, Statistics on gender issues – part-time employment (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/parttime.pdf).

European Council (2000), Presidency Council conclusions. Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000, News release, European Council web site (<http://ue.eu.int/Newsroom/LoadDoc.asp?BID=76DID=60917from=LANG=1>).

European Council (2002), Council Decision 2002/177/EC of 18 February 2002 on guidelines for Member States employment policies for the year 2002, OJ L 60, 1.3.2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, s. 60–69.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002a), *Quality of work and employment in Europe. Issues and challenges*, Foundation Paper No 1, February 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0212EN.pdf>).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002b), *Access to employment for vulnerable groups*, Foundation Paper No 2, June 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0244EN.pdf>).

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2002c), *Quality of women's work and employment – Tools for change*, Foundation Paper No 3, December 2002, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Full-time or part-time work: realities and options. Employment options of the future (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0021EN.pdf>).

European Heart Network (1998), *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention*, European Heart Network, Brussels.

European Industrial Relations Observatory online (1998), French national action plan (NAP) on em-

ployment adopted, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions web site (<http://www.eiro.eurofound.ie/1998/05/feature/FR9805107F.html>).

European Outcome of Depression International Network web site (<http://www.markwalton.net/links.asp>).

European Parliament, Committee on Employment and Social Affairs (2002), Report on the Commission communication „Adapting to change in work and society: a new Community strategy on health and safety at work 2002–06” (COM(2002) 118 – C5–0261/2002 – 2002/2124(COS)), 16.9.2002, FINAL A5–0310/2002 (<http://www2.europarl.eu.int/omk/sipade2?L=EN&OBJID=3904&LEVEL=3&MODE=SIP&NAV=X&LSTDOC=N#Content5c0840>).

European Platform for Vocational Rehabilitation (2002), *Participation of women in vocational rehabilitation programmes: a comparative research*, Brussels (http://www.epvr.org/Women_finale.doc).

European Women's Lobby (2000), *Women's health*, European Women's Lobby, Brussels (<http://www.womenlobby.org/Document.asp?DocID=94&tod=163423>).

European Women's Lobby (2002), *Strengthening the gender dimension in the new Community strategy on health and safety at work 2002–06*, European Women's Lobby, Brussels (<http://www.womenlobby.org/Document.asp?DocID=474&tod=161133>).

Eurostat, Population and social conditions 1999, *Average EU woman earns a quarter less than a man*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eurostat (2002a), People in Europe, *Eurostat yearbook. The statistical guide to Europe – Data 1990–2000*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eurostat (2002b), *The life of women and men in Europe: a statistical portrait – Data 1980–2000*, European

Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Eurostat NewCronos, Population and social conditions 1999, Tilastokeskus, Eurostat Data Shop, Helsinki.

EWHNET (European Women's Health Network Working Group on Occupational Health) (2001), Gender sensitivity in occupational health, Presented at „A seminar on the gender dimension in health and safety”, 16 November, Belgium EU Presidency/Federal Ministry of Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Fagan, C. i Burchell, B. (2002), *Gender, jobs and working conditions in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Fagan, C., Warren, T. i McAllister, I. (2001), *Gender, employment and working time preferences in Europe*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Fernandez, M., Schwarz, G. E. i Bell, I. R. (1999), Subjective ratings of odorants by women with chemical sensitivity, *Toxicology and Industrial Health* 15(6), s. 577–581. Figà-Talamanca, I. (1999), Reproductive health and occupational hazards among women workers, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, WHO, Geneva.

Figà-Talamanca, I. (2000), Reproductive problems among women healthcare workers: epidemiologic evidence and preventive strategies, *Epidemiologic Reviews* 22, s. 249–260.

Figà-Talamanca, I. et al. (2000), Stressful work conditions and menstrual dysfunctions among female hospital employees, *Journal of Healthcare Safety Compliance and Infection Control* 4, s. 69–74.

Finnish Ministry of Social Affairs, Occupational Safety and Health Act 738/2002: unofficial translation 20.2.2003, Helsinki ([http:// fi.osha.eu.int/legislation/oshact.pdf](http://fi.osha.eu.int/legislation/oshact.pdf)).

FIOH, Legal provisions on the protection of pregnant women at work, *Työterveiset*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999.

Forastieri, V. (2000), *Safe work: information note on women workers and gender issues on occupational safety and health*, International Labour Office, Geneva, s. 1–15.

Forss, S., Karisalmi, S. i Tuuli, P. (2001), *Työyhteisö, jaksaminen ja eläkeajatuks* (Workplace, resources and retirement thoughts), *Työssäpysymiseen liittyvän tutkimusprojektin loppuraportti. Eläketurvakeskus*, Raportteja 2001, Helsinki.

Franco, A. i Winqvist, K. (2002), Women and men reconciling work and family life, *Statistics in Focus*, Theme 3: Population and social conditions, 9/2002, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A.-L., Hedman, M., Bergman-Losman, B. i Wallin, L. (1989), Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers, *Journal of Organisational Behaviour* 10, s. 321–346.

Fransson, S., Johansson, L. i Svenaeus, L. (2001), *High-lighting pay differentials between women and men*, Swedish Presidency study, European Commission web site ([http:// europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/documents/paydiff_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/documents/paydiff_en.pdf)).

Fremont, J. (2001), Agriculture in Europe: the spotlight on women, *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 7/2001, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Galinsky, T., Waters, T. i Malit, B. (2001), Overexertion injuries in home healthcare workers and the need for ergonomics, *Home Health Care Services Quarterly* 20(3), Haworth Press, United States, s. 57–73.

Garcia, A. i Lega, H. (1999), *The „second sex” of European trade unionism: research into women and decision-making in trade union organisations*, ETUC, Brussels.

Gates, G. A., Couropmitree, N. N. i Meyers, R. H. (1999), Genetic associations in age-related hearing thresholds, *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery* 125, s. 654–659.

Geary, K. G., Irvine, D. i Croft, A. M. (2002), Does military service damage females? An analysis of medical discharge data in the British armed forces, *Occupational Medicine* 52(2), s. 85–90.

Giezen, A. van der (1998), *Women more often in the disability system?* (w jęz. niderlandzkim), Elsevier, The Hague.

Giezen, A. van der (2000), *Women, working conditions and disability* (w jęz. niderlandzkim), Amsterdam.

Gjesdal, S. i Bratberg, E. (2002), The role of gender in long-term sickness and transition to permanent disability benefits. Results from a multi-register-based prospective study in Norway 1990–95, *European Journal of Public Health* 12, s. 180–186.

Glasgold, A. i Altmann, F. (1966), The effect of stapes surgery on tinnitus in otosclerosis, *Laryngoscope* 76, s. 1624–1632.

Glasgow Healthy City Project, Women's Health Working Group (1997), *Action for women's health. Making changes through organisations*, Glasgow Healthy City Project, Glasgow City Council, Glasgow.

Goldman, M. i Hatch, M. (eds) (2000), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Gonäs, L. (2002), Gender segregation in the labour market, in: Skiöld, L. (ed.), *Women and work – Seminar report*, Worklife and EU enlargement WLE report 4, Swedish National Labour Market Board (AMS) (www.ams.se/wle).

Goudswaard, A. i Andries, F. (2002), *Employment status and working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A. i de Nanteuil, M. (2000), *Flexibility and working conditions. A qualitative and comparative study in seven EU Member States*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A., André, J. C., Ekstedt, E., Huuhtanen, P., Kuhn, K., Peirens, K., OpdeBeeck, R. i Brown, R. (2002), *New forms of contractual relationships and the implications for occupational safety and health*, European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Goudswaard, A., Houtman, I., Kraan, K. i van den Berg, R. (1999), *Working conditions of flexible workers and part-timers*, TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Graham, P. J. (2000), Improving access to occupational health services, *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the International Symposium, Helsinki, 3 to 5 November 1999, s. 113–117.

Grönkvist, L. i Lagerlöf, E. (1999), Work and health among European women, in: Messing, K. (ed.), *Integrating gender in ergonomic analysis*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.

Groth, M. V., Burr, H. i Guichard, A. (2000), *Køn, arbejdsmijø og helbred. Arbejdsmijø i Danmark 2000*, AMI, Arbejdsmiljøinstituttet.

- Gründemann, R. W. M. i Van Vuuren, C. V. (1997), *Preventing absenteeism at the workplace – European research report*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Gump, B. B. i Matthews, K. A. (2000), Are vacations good for your health? The nine-year mortality experience after the multiple risk factor intervention trial, *Psychosomatic Medicine* 62, s. 608–612.
- Hague, J., Oxborrow, L. i McAtamney, L. (2001), *Musculoskeletal disorders and work organisation in the European clothing industry*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.
- Hakanen, J. (1999), Gender-related differences in burnout, *Työterveys*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999, FIOH, s. 15–17.
- Hakola, T. (2002), Economic incentives and labour market transitions of the aged Finnish workforce, *Vatt-tutkimuksia* 89, Helsinki.
- Hallberg, L. R. i Barrenäs, M. L. (1993), Living with a male with noise-induced hearing loss: experiences from the perspective of the spouses, *British Journal of Audiology* 27, s. 255–262.
- Hallberg, L. R. i Carlsson S. G. (1991), A qualitative study of the strategies for managing a hearing impairment, *British Journal of Audiology* 25, s. 201–211.
- Hallman, T., Burell, G., Setterlind, S., Oden, A. i Lisspers, J. (2001), Psychosocial risk factors for coronary heart disease, their importance compared with other risk factors and gender differences in sensitivity, *Journal of Cardiovascular Risk* 8(1), s. 39–49.
- Hämäläinen, R.-M., Räsänen, K., Husman, K. i Westerholm, P. (2000), Survey of the quality and effectiveness of occupational health services in EU Member States, Norway and Switzerland, *Occupational Health for Europeans*, Proceedings of the International Symposium, Helsinki, 3 to 5 November 1999, s. 129–133.
- Hamelsky, S. W., Stewart, W. F. i Lipton, R. B. (2000), Epidemiology of headache in women: emphasis on migraine, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Hansen, J. (2001), Increased breast cancer risk among women who work predominantly at night, *Epidemiology* 12, s. 74–77.
- Hardell, L., Hallquist, A., Hansson Mild, K., Pålsson, A. i Lilja, A. (2002), Cellular and cordless telephones and the risk of brain tumours, *European Journal of Cancer Prevention* 11(4), s. 377–386.
- Hardell, L., Näsman, A., Pahlson, A., Hallquist, A. i Hansson Mild, K. (1999), Use of cellular telephones and the risk of brain tumours: a case-control study, *International Journal of Oncology* 15, s. 113–116.
- Harisinghani, A. (2000), Voice problems: an occupational hazard for teachers, Indianest web pages at Boliji.com (<http://www.indianest.com/health/articles/01011.htm>).
- Härmä, M., Kivistö, M., Kalimo, R. i Sallinen, M. (2002), Työn vaatimukset, työajat ja uni tietotekniikan ammatillisilla, *Työn muutos ja hyvinvointi tietoyhteiskunnassa* (Demands of work, working hours and sleep among the employees of the IT sector, *Change of work and welfare in the information society*), *Sitran raportteja* 22, Helsinki.
- Harrison, D. A. i Shaffer, M. A. (1994), Comparative examinations of self-reports and perceived absenteeism norms: wading through lake Wobegon, *Journal of Applied Psychology* 79(2), s. 240–251.
- Haslam, C., Brown, S., Hastings, S. i Haslam, R. (2003), *Effects of prescribed medication on performance in the working population*, Health and Safety Executive, HSE Books, Sudbury, UK.
- Hatch, M., Figà-Talamanca, I. i Salerno, S. (1999), Work stress and menstrual patterns among American and Italian nurses, *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 25(2), s. 144–150.

Health and Safety Agency (2001), *Dignity at work: the challenge of workplace bullying – Report of the Task Force on the Prevention of Bullying at Work*, The Stationery Office, Dublin.

Health and Safety Commission, Health Services Advisory Committee (1998), *Manual handling in the health services*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Commission (1999), *Farmwise: your essential guide to health and safety in agriculture*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (1997), *Priorities for health and safety in catering activities*, HSE Books, Sudbury, UK (<http://www.hse.gov.uk/pubns/cater2.htm>).

Health and Safety Executive (2000), *Key messages from the LFS for injury statistics: gender and age, job tenure and part-time working*, HSE Books, Sudbury, UK (<http://www.hse.gov.uk/keyart.pdf>).

Health and Safety Executive (2002a), *Control of substances hazardous to health regulations 2002 (Fourth edition) – Approved code of practice and guidance L5*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2002b), *Preventing dermatitis at work: advice for employers and employees*, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2003a), *Preventing slip and trips in education*, Press release, 10 April, Health and Safety Executive, London.

Health and Safety Executive (2003b), *Preventing slip and trip incidents in the education sector*, Education information sheet No 2, HSE Books, Sudbury, UK.

Health and Safety Executive (2003c), *Caring for cleaners. Guidance and case studies on how to prevent musculoskeletal disorders*, HSG234, HSE Books, Sudbury, UK.

Hearn, J. (2001), Men's violence to women, gendered power and „non-violent” institutions, *Gender and*

violence in the Nordic countries, Report from a conference in Koge, Denmark, 23 and 24 November.

HELA (Health and Safety Executive/Local Authorities Enforcement Liaison Committee) (2001), *Advice regarding call centre working practices*, LAC94/1(rev) web site (<http://www.hse.gov.uk/lau/lacs/94-1.htm#specific>).

Heller, M. i Bergman, M. (1953), Tinnitus aurium in normally hearing persons, *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology* 62, s. 73–83.

Herbert, C. (1999), *Preventing sexual harassment at work*, International Labour Office, Geneva.

Hétu, R., Getty, L. i Hung, T. Q. (1995), Impact of occupational hearing loss on the lives of the workers in occupational medicine, *State-of-the-Art Reviews* 10, Hanlay and Belfus Inc., Philadelphia, s. 3.

Hétu, R., Jones, L. i Getty, L. (1993), The impact of acquired hearing loss on intimate relationships: implications for rehabilitations, *Audiology* 32, s. 363–381.

Hewlett, S. A. (2002), Executive women and the myth of having it all, *Harvard Business Review* 80(4), s. 66–73.

Hietanen, M., Hämäläinen, A.-M. i Husman, T. (2002), Hypersensitivity symptoms associated with exposure to cellular telephones: no causal link, *Bioelectromagnetics* 23, s. 264–270.

Hochschild, A. R. (1983), *The managed heart. Commercialisation of human feeling*, Amazon, United States.

Hochschild, A. R. i Machung, A. (1997), *The second shift. Working parents and the revolution at home*, Amazon, United States.

Holt, V. i Jenkins, J. (2000), Endometriosis, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

- Hoogendoorn, W. E., Poppel, M. N. M., van Bongers, P. M., Koes, B. W. i Bouter, L. M. (2000), Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factor for back pain, *Spine* 25, s. 115–125.
- House, J. W. i Brackmann, D. E. (1981), Tinnitus: surgical treatment, CIBA Foundation symposium „Tinnitus”, London, s. 204–212.
- Houtman, I. i Dhondt, S. (1994), *Weba and Nova-Weba in relation to health and well-being in employees* (w jęz. niderlandzkim), Leiden, NIPG.
- Houtman, I. i Kompier, M. A. J. (1997), Mental health, *Encyclopaedia for Occupational Health and Safety*, International Labour Office, Geneva.
- Houtman, I. i Kornitzer, M. (1999), The job stress, absenteeism and coronary heart disease European cooperative study (the JACE study) – Design of a multicentre prospective study, *European Journal of Public Health* 9, s. 52–57.
- Houtman, I. i Van den Heuvel, F. (2001), *Coping capacity from women and men in relation to illness and absenteeism: a literature review* (w jęz. niderlandzkim), Elsevier, Doetinchem.
- Houtman, I., Bosch, C. M., Jettinghoff, K. i van den Berg, R. (2000a), *Work stress in the police force* (w jęz. niderlandzkim), TNO Work and Employment, Hoofddorp.
- Houtman, I., Broersen, S., de Heus, P., Zuidhof, A. i Meijman, Th. (2000b), The epidemiology of fatigue at work, in: Houtman, I., Schaufeli, W. B. i Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work* (w jęz. niderlandzkim), Samsom Alphen a/d Rijn, s. 37–64.
- Houtman, I., Schoemaker, C. G., Blatter, B. M., de Vroome, E. M. M., van den Berg, R., and Bijl, R. V. (2002), *Psychological complaints, interventions and rehabilitation to work; the prognostic study of Invent* (w jęz. niderlandzkim), TNO Work and Employment, Hoofddorp.
- Humes, L. E. (1984), Noise-induced hearing loss as influenced by other agents and by some physical characteristics of the individual, *Journal of the Acoustical Society of America* 76, s. 1318–1329.
- Hunter, S. J., Shaha, S., Flint, D. i Tracy, D. M. (1998), Predicting return to work. A long-term follow-up study of railroad workers after low back injuries, *Spine* 21(21), s. 2319–2328.
- Hwang, P. (1999a), Are there fathers at the workplace?, Presentation in the seminar „European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture”, Helsinki.
- Hwang, P. (1999b), Work and family – An analysis of company culture and fatherhood, Presentation in the seminar „European diversities: combining work and family in different settings of working life, family life and culture”, Helsinki.
- IDICT (Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho), *Campanhas (Campaigns)*, IDICT, Lisbon (<http://www.idict.gov.pt/>).
- ILO (no date), *Gender issues in occupational safety and health: PIACT programme*, International Labour Office, Geneva ([http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/occupational safety and health/](http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/occupational%20safety%20and%20health/)).
- ILO/International Labour Conference (1985), Resolution on equal opportunities and equal treatment for men and women in employment, Adopted by the International Labour Conference at its 71st session in June 1985, International Labour Office, Geneva.
- ILO (1992), *Report of the 11th session of the ILO/WHO Joint Committee on Occupational Safety and Health*, Geneva, 27 to 29 April, Ref.: JCOH/XI/92, International Labour Office, Geneva.
- ILO, Bureau for Gender Equality (2000), *Decent work for women*, International Labour Office, Geneva (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/>).
- ILO, ICN, PSI, WHO joint programme on workplace violence in the health sector (2002a), *Framework guidelines for addressing workplace violence in the*

health sector, International Labour Office, International Council of Nurses, Public Services International, World Health Organisation, International Labour Office, Geneva.

ILO press release (2002b), Joint programme launches new initiative against workplace violence in the health sector, Press release ILO/02/49, International Labour Office, Geneva (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/inf/pr/2002/49.htm>).

INAIL (2002), *Women at work*, Rome (<http://www.inail.it/multilingua/inglese/pubblicazioni/donneallavoro/sommario.htm>).

InfoBASE Europe news service web site, Social partners' framework agreement on teleworking, Europe Factsheet 38 (<http://www.ibeurope.com/Fact/38telework.htm>).

International Agency for Research on Cancer (IARC) web site (<http://www.iarc.fr/>). International Transport Workers' Federation (2000), *ITF Women*, Issue 2/2000,

International Transport Workers' Federation, London.

International Transport Workers' Federation (2002), *Women transporting the world: an ITF resource book for trade union negotiators in the transport sector*, International Transport Workers' Federation, London.

ISO R 389 (1964), Standard reference zero for the calibration of pure tone audiometers, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 1999 (1975), Acoustics – Assessment of occupational noise exposure for hearing conservation purposes, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 4869–3 (1989), Acoustics – Hearing protectors simplified method for the measurement of insertion loss of ear-muff type protectors for quality inspection purposes, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 1999 (1990), Acoustics – Determination of occupational noise exposure and estimation of noise-induced hearing impairment, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 4869–1 (1990), Acoustics – Hearing protectors subjective method for the measurement of sound attenuation, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISO 9612–2 (1997), Acoustics – Guidelines for the measurements and assessment of exposure to noise in the working environment, International Organisation for Standardisation, Geneva.

ISPESL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro) (2002), Mainstreaming the gender dimension into legislation and preventive action, *Mainstreaming OSH into education*, Unpublished report to the European Agency for Safety and Health at Work.

Jaakkola, J. J. K., Verkasalo, P. A. i Jaakkola, N. (2000), Plastic interior materials and respiratory health in pre-school children, *American Journal of Public Health* 90, s. 797–799.

Johansen, C., Boice Jr, J. D., McLaughlin, J. K. i Olsen, J. H. (2001), Cellular telephones and cancer – Nationwide cohort study in Denmark, *Journal of the National Cancer Institute* 93, s. 203–207.

Johnson, J. V., Stewart, W., Hall, E. M., Fredlund, P. i Theorell, T. (1996), Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men, *American Journal of Public Health* 86(3), s. 324–331.

Jorna, A. i Offers, E. (1991), *Young women, their work, their future* (w jęz. niderlandzkim), VUGA, The Hague.

Kaksonen, R., Pyykkö, I., Rosenhall, U., Starck, J., Topila, E., Kila, S. i Kere, J. (1998), Is genetic hearing loss interactive with noiseinduced hearing loss? Advances in noise research, in: Prasher, D. i Luxon, L. (eds), *Biological effects of noise*, Vol. 1, Whurr Publishers Ltd, London, s. 59–70.

Kalimo, R. i Toppinen, S. (1997), *Työuupumus suomen työikäisellä väestöllä (Workforce's burnout in Finland)*, Työterveyslaitos, Helsinki.

Kane, P. (ed.) (1999a), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Kane, P. (1999b), Migration, workforce and health, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Karasek, R. i Theorell, T. (1990), *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, BasicBooks, London.

Karjalainen, A., Kurppa, K., Martikainen, R., Klaukka, T. i Karjalainen, J. (2001), Work is related to a substantial portion of adult-onset asthma incidence in the Finnish population, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 164, s. 565–568.

Karjalainen, A., Vänskä, J. i Notkola, V. (1999), Koetut työperäiset sairaudet ja oireet, (Occupational diseases and symptoms), in: Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet, työtapaturmat ja työväikvaltatapaukset (Dangers at work. Experienced occupational diseases, accidents and violence at work)*, Työmarkkinat, 2000, Helsinki.

Karlqvist, L. (2000), Investigating the gender gap, *Preventing work-related musculoskeletal disorders*, Magazine 3 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Kauppinen, K. (1993), OECD Panel Group on Women, Work and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999a), The working conditions of men and women in the European Union, *Työterveys*, Newsletter of the Finnish Institute of Occupational Health, Special Issue 2/1999, FIOH, Helsinki.

Kauppinen, K. (1999b), Sexual harassment in the workplace, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Kauppinen, K. (2001), Gender and working conditions in the European Union, in: Bildt, C. i Karlqvist, L. (eds), *Women's conditions in working life, Arbete och hälsa, vetenskaplig skriftserie 2001/17*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Kauppinen, K. (2003), *Sexual harassment at the workplace. Women's employment and gender equality in Europe*, EU Socrates project (Contract No 71248-CP-2-2000-1-LT- Grundtvig ADU).

Kauppinen, K. and Kandolin, I. (1998), *Gender and working conditions in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Kauppinen, K. i Ojala, L. (1999), *Gender equality, work organisation and well-being: equality standards for a good workplace*, Finnish National Work Development Programme/ Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Kauppinen, K. i Patoluoto, S. (w druku), Sexual harassment and violence towards policewomen in Finland, in: Gruber, J. i Morgan, P. (eds), *In the company of men: rediscovering the links between male domination and sexual harassment*, Northeastern University Press.

Keith, M., Brophy, J., Kirby, P. i Roskam, E. (2002), *Barefoot research: a worker's manual for organising work security*, International Labour Office, Geneva.

Keltikangas-Järvinen, L. i Ravaja, N. (2002), Relationships between hostility and physiological coronary heart disease risk factors in young adults: moderating influence of perceived social support and sociability, *Psychology and Health* 17(2), s. 173–190.

Kemmlert, K. i Lundholm, L. (2001), Slips, trips and falls in different work groups – with reference to age and from a preventive perspective, *Applied Ergonomics* 32(2), s. 149–153.

Kessler, R. C. i Frank, R. G. (1997), The impact of psychiatric disorders on work loss days, *Psychological Medicine* 27, s. 861–873.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. i Kendler, K. S. (1994), Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry* 51, s. 8–19.

Kinnunen, U. (2002), Työ, vanhemmuus ja lapset. Teoksessa tieto ja tekniikka. Missä on nainen? (Work, parenthood and children. Knowledge and technology. Where are women?), in: Smets, R., Kauppinen, K., Yrjänheikki, K. i Valtonen, A. (eds), *Tekniikan Akaatemisten Liitto TEK*, Lahti, s. 74–80.

Kinnunen, U., Sallinen, M. i Rönkä, A. (2001), Vanhempien työ ja vanhemmuus nuoren kokema: yhteydet nuoren hyvinvointiin (Parents' work and parenthood seen by a young person: connections to a young person's well-being), *Psykologia* 36(6), s. 407–418.

Kipen, H. M., Hallman, W., Kelly-McNeil, K. i Fiedler, N. (1995), Measuring chemical sensitivity prevalence: a questionnaire for population studies, *American Journal of Public Health* 85, s. 574–577.

Kivelä, K. i Lahelma, E. (2000), Ansiotyön ja perheen yhdistäminen: kaksinkertainen etu vai taakka naisten hyvinvoinnille ja terveydelle (Reconciliation of family and work: double benefit or burden to women's welfare and health), *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 37, s. 40–52.

Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., Virtanen, M. i Stansfeld, S. A. (2003), Association between organisational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees, *Psychosocial Medicine* 83, s. 319–326.

Kivimäki, M., Kuisma, P., Virtanen, M. i Elovainio, M. (2001), Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who had never done shift work, *Work and Stress* 15(1), 2001, s. 3–13.

Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J. i Kirjonen, J. (2002), Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees, *British Medical Journal* 325, p. 857

Kivimäki, M., Vahtera, J., Thomson, L., Griffiths, A., Cox, T. i Pentti, J. (1997), Psychosocial factors predicting employee sickness absence during economic decline, *Journal of Applied Psychology* 82, s. 858–872.

Kivistö, S., Lopenen, M. i Kuosma, E. (2001), *Sairauslomalta takaisin töihin. Siirtymävaiheen psykologinen sopimus (From sick leave back to work. Psychological agreement of the transitional phase)*, Työterveyslaitos, Helsinki.

Kompier, M. A. J. i Cooper, C. (eds) (1999), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.

Kompier, M. A. J. i Marcelissen, F. (1990), *Handbook on work stress* (w jęz. niderlandzkim), NIA, Amsterdam.

Kompier, M. A. J., Gründemann, R. W. M., Vink, P. i Smulders, P. G. W. (1996), *Get going! Ten case studies of successful reduction of absenteeism* (w jęz. niderlandzkim), Samsom, Alphen a/d Rijn.

Kornitzer, M., de Smet, P., Boulenguez, C., Backer, G., de Ferrario, M., Houtman, I., Ostergren, P.-O., Sans, S. i Wilhelmsen, L. (2002), The demand-control model and incidence of coronary heart disease in a multi-centre European project: the JACE study, Presentation at the third ICOH-CVD, Düsseldorf, 20 to 22 March.

Kristensen, T. S., Kornitzer, M., Alfredsson, L. i Marmot, M. (1998), *Social factors, work, stress and cardiovascular disease prevention in the European Union*, European Heart Network, July 1998, Belgium.

- Kumpulainen, R. (2000), Timber and herring: modernisation and mobility in Finnish Lapland and the Western Islands of Scotland, *Research Reports* No 237, Department of Sociology, University of Helsinki, Helsinki, s. 1770–1970.
- Kuper, H., Singh-Manoux, A. i Marmot, M. (2002), The role of effort and rewards at work in relation to risk for coronary heart disease within the Whitehall II study, Presentation at the third ICOH-CVD, Düsseldorf, 20 to 22 March.
- Lagerlöf, E. (1998), Women's occupational health: a European perspective, TUC seminar on women, work and health, 3 November, TUC, London.
- Landrine, H. i Klonoff, E. A. (1997), *Discrimination against women. Prevalence, consequences, remedies*, Sage Publications, United States.
- Landsbergis, P. A., Cahill, J. i Schnall, P. (1999), The impact of lean production and related new systems of work organisation on worker health, *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), s. 108–130.
- Lärförbundet (2002), *TCO, Marknadsundersökning (A market research)*, June 2002, Sweden.
- Leino, P. I. i Hänninen, V. (1995), Psychosocial factors at work in relation to back and limb disorders, *Scandinavian Journal on Work, Environment and Health* 21, s. 134–142.
- Leszczynski, D., Joenvaara, S., Reivinen, J. i Kuokka, R. (2002), Non-thermal activation of the hsp27/p38MAPK stress pathway by mobile phone radiation in human endothelial cells: molecular mechanism for cancer- and bloodbrain barrier-related effects, *Differentiation* 70, s. 120–129.
- Lewis, C. E., Bucholz, K. K. i Spitznagel, E. (1996), Effects of gender and comorbidity on problem drinking in a community sample, *Alcoholism Clinical and Experimental Research* 20, s. 466–476.
- Linares, D. (2003), Women and men in agriculture: a statistical look at the family labour force, *Statistics in Focus*, Theme 5: Agriculture and fisheries, 4/2003, Eurostat, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Lindbohm, M.-L. (1998), Recent Nordic research on occupational hazards and pregnancy outcome, *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Lindbohm, M.-L. i Taskinen, H. (2000), Reproductive hazards in the workplace, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Lippel, K. (1993), *Le stress au travail: indemnisation des atteintes à la santé doit québécois, canadien et américain*, Éditions Yvon Blais, Cowansville, p. 28.
- Lippel, K. (1996), *Workers' compensation and stress: gender and access to compensation*, Proceedings of the International Congress on Women, Work and Health, Barcelona, 17 to 20 April, s. 82–91.
- Lippel, K. i Demers, D. (1996), *L'invisibilité, facteur d'exclusion: les femmes victimes de lésion professionnelles*, Department of Legal Sciences, Université du Québec à Montréal, Montreal.
- Lloyd, S. (1997), The effects of domestic violence on women's employment. *Law and Policy* 19(2), s. 139–167.
- Lundberg, U. i Frankenhaeuser, M. (1999), Stress and workload of men and women in high-ranking positions, *Journal of Occupational Health Psychology* 4(2), s. 142–151.
- Lutz, H. (undated), *At your service madame! Domestic servants, past and present: gender, class, ethnicity and profession*, Unpublished research project (<http://www.vifu.de/new/areas/migration/projects/lutz.html>).
- Lynch, J., Krause, N., Kaplan, G. A., Tuomilehto, J. i Salonen, J. T. (1997), Workplace conditions, socioeconomic status and risk of mortality and acute myocardial infarction: the Kuopio ischaemic heart

disease risk factor study, *American Journal of Public Health* 87(4), s. 617–622.

MacAlister E. i Partners (2002), *The role of women in the fisheries sector: report for the European Commission Fisheries DG*, Tender FISH/2000/01-LOT No 1, Final report 1443/R/03/D, Fisheries DG web site (http://europa.eu.int/comm/fisheries/doc_et_publ/liste_publi/studies/women/index.htm).

Maestro, J., Montero, M. A. i Rivero, M. R. (2000), Perfiles formativos y necesidades de formación en materia de prevención de riesgos laborales de los empleados públicos españoles, (Description and needs for occupational safety and health training among public sector employees), *Prevención, Trabajo y Salud* 7, s. 4–15.

Magnavits, N. (2002), Workplace violence in female nurses, Workshop WeW01:1, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – IIIrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Marmot, M., Bosma, H., Hemingway, H., Brunner, E. i Stansfeld, S. (1997), Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence, *The Lancet* 350, s. 235–239.

Marmot, M., Feeney, A., Shipley, M., North, F. i Syme, S. L. (1995), Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study, *Journal of Epidemiology and Community Health* 49, s. 124–130.

Maschewsky, W. (2002), MCS – Oversensitivity or overexposure?, Multiple Chemical Sensitivity International Conference, 8 April, Environmental Law Centre (http://www.elc.org.uk/Conference_Papers/MCS%20-%20oversensitivity%20or%20overexposure.doc).

Massai, G., *Ambiente e Lavoro Toscana* (2001), The lessons of the Tuscany survey into the health of women workers, Presented at „A seminar on the gender dimension in health and safety”, 16 November, Belgium EU Presidency/ Federal Ministry of

Labour and Employment Equal Opportunities Unit with the TUTB, Brussels.

Mastekaasa, A. (2000), Parenthood, gender and sickness absence, *Social Science and Medicine* 50, s. 1827–1842.

Mather, C. i Peterken, C. (1999), ealth promotion: learning from Europe, *Occupational Health Review*, November/December, s. 23–26 (http://www.bkk.de/ps/tools/download.php?file=/bkk/content/psfile/downloaddatei/42/health_cir3ea7f5b2cfff5.pdf&name=health_circles.pdf&id=96&nodeid=28). Matthews, S., Manor, O. i Power, C. (1999), Social inequalities in health: Are there gender differences?, *Social Sciences and Medicine* 48, s. 49–60.

Mausner-Dorsch, H. i Eaton, W. W. (2000), Psychosocial work environment and depression: epidemiological assessment of the demand – control model, *American Journal of Public Health* 90(11), s. 1765–1770.

McCarthy, E. i Scannell, J. (2002), *Women, work and health – An Irish perspective*, Report to the Occupational Health and Safety Institute of Ireland.

McCoy, C. A., Carruth, A. K. i Reed, D. B. (2002), Women in agriculture: risks for occupational injury within the context of gendered role, *Journal of Agricultural Safety and Health* 8(1), s. 37–50.

McShane, D. P., Hyde, M. L. i Alberti, P. W. (1988), Tinnitus prevalence in industrial hearing loss compensation claimants, *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences* 13, s. 323–330.

Meding, B. i Torén, K. (2001), Occupational skin and respiratory diseases, in: Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Meier, J. (1997), Domestic violence, character and social change in the welfare reform debate, *Law and Policy* 19(2), s. 205–263.

Mejer, L. i Siermann, C. (2000), Income poverty in the European Union: children, gender and poverty gaps,

Theme 3: Population and social conditions, Eurostat (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics_en.html).

Menckel, E. (2001), Threats, violence and harassment in school and worklife, in: Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Messing, K. (1998), *One-eyed science: occupational health and women workers*, Temple University Press, Philadelphia.

Messing, K. (ed.) (1999), *Integrating gender in ergonomic analysis: strategies for transforming women's work*, Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, Brussels.

Messing, K. (2000), Ergonomic studies provide information about occupational exposure differences between women and men, *Journal of the American Medical Women's Association* 55(2), s. 72–75.

Messing, K. i Stellman, J. (1999), Understanding occupational disease in the workforce, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva, pp 23–29.

Messing, K., Chatigny, C. i Courville, J. (1998a), „Light” and „heavy” work in the housekeeping service of a hospital, *Applied Ergonomics* 29, s. 451–459.

Messing, K., Dumais, L., Courville, J., Seifert, A. M. i Boucher, M. (1994), Evaluation of exposure data from men and women with the same job title, *Journal of Occupational Medicine* 36(8), s. 913–918.

Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R. i de Groenbois, S. (2003), Be the fairest of them all: challenges and recommendations in the treatment of gender in occupational health research, *American Journal of Industrial Medicine* 43(6), s. 618–629.

Messing, K., Tissot, F., Saurel-Cubizolles, M.-J., Kaminski, M. i Bourguine, M. (1998b), Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions factors associated with sickness absence, *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 40(3), s. 251–260.

Middleton, N., Gunnell, D., Whitley, E., Dorling, D. i Frankel, S. (2001), Secular trends in antidepressant prescribing in the UK, 1975–98, *Journal of Public Health Medicine* 23, s. 262–267.

Miller, B. A. i Downs, W. R. (2000), Violence against women, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Miller, K., Greyling, M., Cooper, C. L., Lu, L. i Sparks, K. (2000), Occupational stress and gender: a cross-cultural study, *Stress Medicine* 16, s. 271–278.

Mirrlees-Black, C. (1999), Domestic violence: findings from a new British crime survey self-completion questionnaire, *Home Office Research Study* 191, London.

Mohren, D. (2003), Results from the NWO research programme „Fatigue at work”, Department of Epidemiology, Maastricht University, Reported in: Newsletter 14 of the European Agency for Safety and Health at Work, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Montero, M. A. i Frutos, P. E. (2000), *Encuesta sobre necesidades formativas de los empleados públicos Europeos en salud laboral (Survey on occupational safety and health training needs of public sector employees)*, Leonardo da Vinci project E/97/2/00428/EA/III.2.A/FPC, Federación de Servicios y Administraciones Públicas de Comisiones Obreras, Madrid.

Morata, T. C., Dunn, D. E., Kretshmer, L. W., Lemasters, G. K. i Keith, R. W. (1991), Effects of occupational exposure to organic solvents and noise on hearing, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 19(4), s. 245–254.

Mortola, J. (2000), Premenstrual syndrome, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Myers, E. N. i Bernstein, J. M. (1965), Salicylate ototoxicity, *Archives of Otolaryngology* 82, s. 483–493.

Naber, P. (1991), *Friendship amongst young women*, Acco/Library Youth and Society, Amersfoort.

Naegele, G. (1999), *Active strategies for an ageing workforce*, Conference report, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

National Centre for Women and Policing web site (<http://www.womenandpolicing.org/aboutus.asp>).

Naumanen, P. (2002), Koulutuksella kilpailukykyä. Koulutuksen yhteys miesten ja naisten työllisyyteen ja työn sisältöön (Competitiveness by education. Education's connection to men's and women's employment and content of work), *Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti* 57, Turun yliopisto.

NCHS (1968), Hearing status and ear examination: findings among adults, United States 1960–62, *Vital and Health Statistics*, Series 11, No 32, National Centre for Health Statistics, US Department of Health Education and Welfare, Washington, DC.

Nelson, D. L. i Burke, R. J. (2000), Women, work stress and health, in: Davidson, M. J. i Burke, R. J. (eds), *Women in management. Occupational stress and black and ethnic minority issues*, Part III, Sage Publications, London.

Niedhammer, I., Bugel, I., Goldberg, M., Leclerc, A. i Guéguen, A. (1998), Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study, *Occupational and Environmental Medicine* 55, s. 735–741.

Niedhammer, I., Saurel-Cubizolles, M.-J., Piciotti, M. i Bonenfant, S. (2000), How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational

risks?, *Occupational and Environmental Medicine* 57, s. 521–527.

NIOSH (1997), *The effects of workplace hazards on male reproductive health*, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH (1999a), *Providing safety and health protection for a diverse construction workforce: issues and ideas*, Publication No 99–140, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH (1999b), *The effects of workplace hazards on female reproductive health*, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH factsheet (2001), Women's health and safety issues at work, Publication No 2001-123, National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH web site (a), *Reproductive health*, NIOSH web pages (<http://www.cdc.gov/niosh/reprohg.html>), National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

NIOSH web site (b), *Occupational heart disease*, NIOSH web pages (<http://www.cdc.gov/niosh/heartdis.html>), National Institute for Occupational Safety and Health, Cincinnati.

North, F. M., Syme, L., Feeney, A., Shipley, M. i Marmot, M. (1996), Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall study, *American Journal of Public Health* 86, s. 332–340.

Notkola, V. i Vänskä, J. (1999), Määräaikaistyöntekijöiden työtapaturmat ja koetut työperäiset sairaudet (Occupational accidents and diseases among the temporary employed), in: Paananen, S. (ed.), *Työn vaarat 1999. Koetut työperäiset sairaudet ja työväki valtataapaukset (Dangers at work. Experienced occupational diseases and violence at work)*, *Työmarkkinat*, 2000:15, Tilastokeskus, Helsinki.

- Notkola, V. i Virtanen, S. (1998), Occupational mortality differences among women and the role of work, in: *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Nuutinen, I., Kauppinen, K. i Kandolin, I. (1999), *Tasa-arvo poliisitoimessa – työyhteisöjen ja henkilöstön hyvinvointi (Equality in the police force – well-being of work organisation and personnel)*, Työterveyslaitos, Sisäasiainministeriö, Helsinki.
- O'Brien, M. i Shemilt, I. (2003), *Working fathers: earning and caring*, Equal Opportunities Commission, Manchester.
- OECD (2001), *Childcare coverage*, OECD employment outlook, reproduced on the European Commission web site (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/statistics/childcare.pdf).
- OECD (2002), *Babies and bosses: reconciling work and family life – Volume 1 – Australia, Denmark and the Netherlands*, OECD, Paris.
- Oeij, P. i Wiezer, N. (2002), *New work organisations, working conditions and quality of work: towards the flexible firm?*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- O'Hara, R. (2002), *Scoping exercise for research into the health and safety of homeworkers*, Health and Safety Laboratory, HSL/2002/18, Sheffield.
- Olgiati, E. i Shapiro, G. (2002), *Promoting gender equality in the workplace*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- O'Neill, R. (2000), *Europe under strain. A report of trade union initiatives to combat workplace musculoskeletal disorders*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.
- Östlin, P. (2002), Gender perspective on socioeconomic inequalities in health, in: Mackenbach, J. i Bakker, M. (eds), *Reducing inequalities in health: a European perspective*, London and New York.
- Paoli, P. (2002), *Working conditions in the candidate countries*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Paoli, P. i Merlié, D. (2001), *Third European survey on working conditions 2000*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg (<http://www.eurofound.ie/publications/files/EF0121EN.pdf>).
- Papaleo, B. (2002), Presentation of the national ISPEL project to raise awareness of occupational risks to women, Workshop on women, work, safety and health, 15 March, ISPEL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), Department of Documentation, Rome.
- Papaleo, B., Palmi, S. i Pera, A. (2003), Women, health and work: new strategy for research, Unpublished communication, ISPEL (Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro), Department of Occupational Medicine, Rome.
- Paul, J. (2003), *Health and safety and the menopause: working through the change*, Trades Union Congress, London (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6316-f0.cfm).
- Phillips, A. i Taylor, B. (1980), Sex and skill: notes towards feminist economics, *Feminist Review* No 6, s. 79–89.
- Piirainen, H., Elo, A.-L., Hirvonen, M., Kauppinen, K., Ketola, R., Laitinen, H., Lindström, K., Reijula, K., Riala, R., Viluksela, M. i Virtanen, S. (2000), Work and health survey, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

- Piispa, M. i Saarela, K. L. (1999), Työväkivalta (Worklife violence), in: Paananen, S. (1999), *Työn vaarat 1999 (Dangers at work)*, *Työmarkkinat* 2000:15, Helsinki.
- Plomp, R. (1986), A signal-to-noise ratio model for the speech-reception threshold of the hearing impaired, *Journal of Speech and Hearing Research* 29, s. 146–154.
- Plumridge, L. (1999), Sex workers and health, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.
- Poelmans, S., Compennolle, T., De Neve, H., Buelens, M. i Rombouts, J. (1999), Belgium: a pharmaceutical company, in: Kompier, M. A. J. i Cooper, C. (eds), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.
- Pretty, G., McCarthy, M. i Catano, M. (1992), Psychological environments and burnout: gender considerations within the corporation, *Journal of Organisational Behaviour* 13, s. 701–711.
- Pryce, J., Cox, S. i Cox, T. (submitted), The impact of long working hours on libido, Submitted to the *Journal of Family and Marital Therapy*.
- Punnett, L. i Herbert, R. (2000), Workrelated musculoskeletal disorders: Is there a gender differential and, if so, what does it mean?, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Pyykkö, I., Pekkarinen, J. i Starck, J. (1986), Sensory-neural hearing loss in forest workers. An analysis of risk factors, *International Archives of Occupational Environmental Health* 59, s. 439–454.
- Rantalaiho, L., Acker, J., Jónasóttir Melby, K. i Witt-Brattsröm, E. (2002), Women's studies and gender research in Finland, *Publications of the Academy of Finland* 8/02, Helsinki (<http://www.aka.fi/engl>).
- Raphael, J. (1997), Welfare reform: prescription for abuse? A report on new research studies documenting the relationship of domestic violence and welfare, *Law and Policy* 19(2), s. 123–137.
- Rea, T. i Buchwald, D. (2000), Chronic fatigue syndrome, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Rees, D. (1993), Research note: reliability of self-report sickness absence data in the health service, *Health Services Management Research* 6(2), s. 140–141.
- Reilly, B., Paci, P. i Hall, P. (1995), Unions, safety committees and workplace injuries, *British Journal of Industrial Relations* 33(2).
- Reproductive Health Outlook web site (<http://rho.org/html/aboutrho.htm>).
- Risking Acoustic Shock Conference (2001), Freemantle, Western Australia, September 2001.
- Robins, L. N. i Regier, D. A. (eds) (1991), *Psychiatric disorders in America*, The Free Press, New York.
- Rogers, R. i Salvage, J. (1988), *Nurses at risk: a guide to health and safety at work*, Heinemann Professional Publishing, London.
- Rohlf, I., Valls-Llobet, C., Lopez, M., Artazcoz, L. i Ciera, E. (2002), The total workload of women and men in a cross-cultural perspective, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – IIIrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Roskam, E., *Women work to close the „occupational safety gender gap”*, International Labour Office web site (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/gender/publ/roskam.htm>).

- Rout, U. R., Cooper, C. i Kerslake, H. (1997), Working and non-working mothers: a comparative study, *Women in Management Review* 12(7), s. 264–275.
- Ruben, C. H., Burnett, C. A., Halperin, W. E. i Seligman, P. J. (1993), Occupation as a risk identifier for breast cancer, *American Journal of Public Health* 83, s. 1311–1315.
- Rylander, L., Axman, A., Torén, K. i Albin, M. (2002), Reproductive outcome among female hairdressers, *Occupational and Environmental Medicine* 59, s. 517–522.
- Sala, E., Airo, E., Olkinuora, P., Laine, A., Suonpää, J. P., Tähtinen, E. i Portnoi, H. (1999), *Päiväkotien kasvatushenkilöiden äänihäiriöt ja äänihäiriöiden työperäiset taustatekijät (Daycare employees' voice problems and their occupational explanatory factors)*, Työsuojelurahaston loppuraportti 97030, Turku.
- Salerno, S., Bosco, M. G. i Valcella, F. (2002a), Mental health and working environment in a group of public health service users (Salute mentale e ambiente di lavoro in un gruppo di utenti dei servizi pubblici di prevenzione), *La Medicina del Lavoro* 93(4), s. 329–337.
- Salerno, S., Bosco, M. G. i Figà-Talamanca, I. (2002b), Stress in Italian working women, Workshop SUW05, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – Illrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Sallmén, M. (2000), Fertility among workers exposed to solvents or lead. Finnish Institute of Occupational Health, *People and Work Research Reports* 37, Otamedia, Espoo.
- Sallmén, M. i Taskinen, H. (1998), Finnish studies on fertility among female workers, *Women at work, People and Work Research Reports* 20, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, s. 121–125.
- Sataloff, R. T., Sataloff, J. i Hawkshaw, M. (1993), *Tinnitus in occupational hearing loss – Second edition*, Sataloff, R. T. i Sataloff, J. (eds), Marcel Dekker Inc., New York.
- Saurel-Cubizolles, M.-J., Fougereyrolas-Schwebel, D., Camard, R. i the Enveff group (2002), Health and violence at work against women: national data in France, Workshop WeW01:3, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – Illrd international congress – Book of abstracts*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Savolainen, S. i Lehtomäki, K. (1996), Hearing protection in acute acoustic trauma in Finnish conscripts, *Scandinavian Audiology* 25(1), s. 53–58.
- Schaufeli, W. B. i Enzmann, D. (1998), *The burnout companion for research and practice: a critical analysis*, Taylor and Francis, London.
- Schernhammer, E. S., Laden, F., Speizer, F. E., Willet, W. C., Hunter, J., Kawachi, I. i Colditz, G. (2001), Rotating night shifts and risk of breast cancer in women participating in the nurses' health study, *Journal of the National Cancer Institute* 93(20).
- Schie, E. van (1997), Career aspirations of men and women before coming into the labour market (w jęz. niderlandzkim), *Gedrag Organisatie* 10(5), s. 286–299.
- Schippers, A. (2002), *The special blight of migrant workers*, Radio Netherlands web site (<http://www.rnw.nl/society/html/migrant020102.html>).
- Sennet, R. (1998), *The corrosion of character. The personal consequences of work in the new capitalism*, Norton, New York, London.
- Sjögren, J. i Rappe, T. E. (2002), *Diagnos: duktig. Handbok för överambitiösa tjejer och alla andra som borde bry sig (Diagnosed competent. A handbook for overambitious girls and everyone else who thinks they should care)*, Bokförlaget.
- Skiöld, L. (ed.) (2002), *Women and work – Seminar report*, Worklife and EU enlargement WLE report 4, Swedish National Labour Market Board (AMS), Stockholm (www.ams.se/wle).

Smith, D., Atkinson, R., Junko, M. i Yarnagata, Z. (2002), Occupational skin diseases in nursing, *Australian Nursing Journal* 51, June (http://www.anf.org.au/pdf/0206_clin_update.pdf).

Sochert, R. (1999), *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel*, BAuA, Dortmund/Berlin.

Spagat, Innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen, Information provided by ppm forschung + beratung – Projekt Spagat, Spagat project web site (<http://www.spagat.or.at/>).

Spanish Ministry of Employment and Social Affairs (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) (2002), *Proyecto Europeo para la mejora de la seguridad y la salud laboral por razones de reproducción y maternidad* (European project for the improvement of security and health in the workplace due to reproduction pregnancy reasons), Madrid.

Stansfeld, S. (2002), Work, personality and mental health, *British Journal of Psychiatry* 181, s. 96–98.

Steele, M., Alexander, M., Stephen, K. i Duffin, L. (1997), *Changes at work: the 1995 Australian workplace industrial relations survey*, Addison Wesley Longman, Melbourne.

Steenland, K., Johnson, J. i Nowlin, S. (1997), A follow-up study and heart disease among males in the NHANES1 population, *American Journal of Industrial Medicine* 4(31), s. 256–260.

Stefanovska, T. i Pidlisnuk, V. (2002), Ukraine struggles with pesticides – Women bear the brunt, *Pesticide News* 57, Pesticides Action Network, London.

Stellman, J. M. i Lucas, A. (2000), Women's occupational health: international perspectives, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Stenberg, B. i Wall, S. (1995), Why do women report sick-building syndrome more often than men?, *Social Science and Medicine* 40(4), s. 491–502.

Stronks, K., van de Mheen, H., van den Bos, J. i Mackenbach, J. P. (1995), Smaller socioeconomic inequalities in health among women: the role of employment status, *International Journal of Epidemiology* 24, s. 559–568.

Strowbridge, N. F. (2002), Musculoskeletal injuries in female soldiers: analysis of cause and type of injury, *Journal of the Royal Army Medical Corps* 148, s. 256–258.

Sutela, H. (1999), Tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, työpaikan sosiaaliset suhteet (Equality, equity, workplace social relations), in: Lehto, A.-M. i Sutela, H., *Tasa-arvo työoloissa* (Equality at work), *Työmarkkinat* 19, Tilastokeskus, Helsinki.

Sutela, H., Vänskä, J. i Notkola, V. (2001), Pätkätyöt Suomessa 1990-luvulla (Temporary employment in Finland in the 1990s), *Työmarkkinat* 2001:1, Tilastokeskus, Helsinki.

Taris, T., Schaufeli, W. B., Schreurs, P. i Caljé, D. (2000), Burned out in education: stress, mental fatigue and absenteeism amongst teachers (w jęz. niderlandzkim), in: Houtman, I., Schaufeli, W. B. i Taris, T. (eds), *Mental fatigue and work* (w jęz. niderlandzkim) Samson, Alphen a/d Rijn, s. 97–106.

Taskinen, H. K., Kyyrönen, P., Sallmén, M., Virtanen, S. V., Liukkonen, T. A., Huida, O., Lindbohm, M. L. i Anttila, A. (1999), Reduced fertility among female woodworkers exposed to formaldehyde, *American Journal of Industrial Medicine* 36(1), s. 206–212.

Taylor, R. (2002), *Managing workplace change*, Economic and Social Research Council, Swindon.

Tiihonen, A. i Koivisto, N. (eds) (2002), *Allowed to care/allowed to intervene: sexual harassment in sports – A guidebook for adults*, Finnish Sports Federation, SLU publications series 10/02, Helsinki.

TUC (forthcoming), TUC survey of safety reps 2002, Trades Union Congress, London.

TUTB, *Results of the survey*, Trade Union Technical Bureau web site (<http://www.etuc.org/tutb/uk/pdf/survey-document2.pdf>).

TUTB (2000), *Trade union initiatives across Europe*, Women, work and health special report, TUTB Newsletter, 13 March 2001, Brussels, s. 21–23.

UK Department of Trade and Industry (2000), *Creating a work–life balance: a good practice guide for employers*, Department of Trade and Industry Publications, London (<http://www.dti.gov.uk/work-lifebalance/docs/cawlbfd.doc>).

UNI-Europa and EFCI/FENI (2001), *Health and safety in the office cleaning sectors. European manual for employees*, UNI-Europa, Brussels (<http://www.union-network.org/uniproperty.nsf/c56501bbc7a97749c1256b3c004f96fe/cf3ccc8d55dce0fcc1256b11002e1fea?OpenDocument>).

Unison (1997), *Unison members' experience of workplace bullying*, Unison, London.

Unison (2001), *Women's health and safety: a guide for Unison safety representatives*, Unison, London.

United Nations (1995), *International migration policies and the status of female migrants: Proceedings of the United Nations Expert Group Meeting, San Miniato, Italy, 28 to 31 March 1990*, ST/ESA/SER.R/126, Population Division, United Nations, New York.

Vagg, P. R., Spielberger, C. D. i Wasala, C. F. (2002), Effects of organisational level and gender on stress in the workplace, *International Journal of Stress Management* 9(4), s. 243–261.

Vahtera, J., Kivimäki, M. i Pentti, J. (1997), *Effect of organisational downsizing on health of employees*, *The Lancet* 350, s. 1124–1128.

Valls-Llobet, C. (2002), Women's health conditions after occupational chemical exposures, Workshop MoW03, in: Bildt, C., Gonäs, L., Karlqvist, L. i Westberg, H. (eds), *Women, work and health – Illrd inter-*

national congress – Book of abstracts, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Valls-Llobet, C., Borra, G., Doyal, L. i Torns, T. (1999), Household labour and health, in: Kane, P. (ed.), *Women and occupational health: issues and policy paper prepared for the Global Commission on Women's Health*, World Health Organisation, Geneva.

Vartia, M. (2003), *Workplace bullying: a study on the work environment, well-being and health*, People and Work Research Reports 56, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.

Veerman, T. J., Schoemaker, C. G., Cuelenaere, B. i Bijl, R. V. (2001), *Mental disability* (w języku niderlandzkim), Elsevier, Doetinchem.

Verbrugge, L. M. (1985), Gender and health: an update on hypotheses and evidence, *Journal of Health and Social Behaviour* 26, s. 156–182.

Verbrugge, L. M. (1986), From sneezes to adieus: stages of health for American men and women, *Social Sciences Medicine* 22(11), s. 1195–1212.

Verschuuren, R., de Groot, B. i Nossent, S. (1995), *Working conditions in hospitals in the European Union*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Vickery, G. i Wurzburg, G. (1996), Flexible firms, skills and employment, *The OECD Observer* No 202, October/November, OECD, Paris.

Vingård, E. i Hagberg, M. (2001), Work factors and musculoskeletal disorders, in: Marklund, S. (ed.), *Worklife and health in Sweden 2000*, Arbetslivsinstitutet, Stockholm.

Vinke, H., Andriessen, S., van den Heuvel, S. G., Houtman, I., Rijnders, S., Van Vuuren, C. V. i Wevers, C. W. J. (1999), *Women and rehabilitation for work* (w języku niderlandzkim), TNO Work and Employment, Hoofddorp.

Vinke, H. i Wevers, C. (1999), Women, disability and rehabilitation in work (w jęz. niderlandzkim), in: Houtman, I., Smulders, P. i Klein Hesselink, D. J. (eds), *Trends in work*, Samsom Alphen a/d Rijn, s. 217–236.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J. i Cooper, C. (2001), Contingent employment, health and sickness absence, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 27, s. 365–372.

Vogel, L. (1999), *Occupational health in central government administration: a comparative study of the implementation of selected provisions of the framework directive in Austria, Spain, France and the United Kingdom*, Trade Union Technical Bureau, Brussels.

Vogel, L. (2002), The gender dimension in health and safety. Initial findings of a European survey, TUTB Newsletter 18, Trade Union Technical Bureau, Brussels, s. 13–17 (<http://www.etuc.org/tutb/uk/survey.html>).

Voice Care Network, *More care for your voice*, Kenilworth, UK (www.voicecare.org.uk).

Wamala, S.-P., Mittleman, M. A., Horsten, M., Schenck-Gustafsson, K. i Orth-Gomer, K. (2000), Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women. The Stockholm female coronary risk study, *Social Science and Medicine* 51(4), s. 481–489.

WAO, WAZ and Wajong (2001), *Developments in the use of disability pensions in the Netherlands in 2000*, Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV), Amsterdam.

Webster, J. i Schnabel, A. (1999), *Participating on equal terms*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Wedderburn, A. (ed.) (2000), *Shift work and health*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.

Weinberg, A. i Creed, F. (2000), *Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff*, *The Lancet* 355, s. 533–537.

Westberg, H. (1998), Where are women in today's workplace?, in: Kilbom, Å., Messing, K. i Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Sweden.

Westerholm, P. (1998), The heart – a weak spot. Gender, work and cardiovascular disease, in: Kilbom, Å., Messing, K. i Bildt Thorbjörnsson, C. (eds), *Women's health at work*, Arbetslivsinstitutet, Sweden.

Westman, M. i Etzion, D. (2001), The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism, *Psychology and Health* 16, s. 595–606.

Whatmore, L., Cartwright, S. i Cooper, C. (1999), United Kingdom: evaluation of a stressmanagement programme in the public sector, in: Kompier, M. A. J. i Cooper, C. (eds), *Preventing stress, improving productivity: European case studies in the workplace*, Routledge, London and New York.

White, B. (2000), Lessons from the careers of successful women, in: Davidson, M. J. i Burke, R. J. (eds), *Women in management*, Part II, Sage Publications, London. WHO (undated), *Gender disparities and mental health*, World Health Organisation web site, Gender and women's mental health (http://www5.who.int/mental_health/main.cfm?p=0000000022), Geneva.

WHO (1980), *International classification of impairments, disabilities and handicaps*, World Health Organisation, Geneva.

WHO (1994a), *A global strategy on occupational health for all*, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/oeh/OCHweb/OCHweb/OSHpages/GlobalStrategy/GlobalStrategy.htm>). Geneva.

WHO (1994b), *Monica project (monitoring cardiovascular disease)*, World Health Organisation, Geneva.

- WHO (1998), Gender and health technical paper, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/frh-whd/GandH/GHreport/gendertech.htm>), Geneva.
- WHO (2001), Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward, Madrid statement, Gender mainstreaming health policies in Europe, gender mainstreaming programme, Division of Technical Support, World Health Organisation, Madrid.
- WHO (2002a), *Integrating gender perspectives into the work of the World Health Organisation: WHO gender policy*, World Health Organisation web site (<http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a78322.pdf>), Geneva.
- WHO (2002b), Selected occupational risks, *World Health Report 2002*, Chapter 4.9, World Health Organisation web site (<http://www.who.int/whr/2002/chapter4/en/index8.html>), Geneva.
- Wickström, G. i Joki, M. (1998), Utilisation of official breaks and take-up of short breaks in nursing work, in: Lehtinen, S., Taskinen, H. i Rantanen, J. (eds), *Women at work*, Proceedings of an international expert meeting, *People and Work Research Reports 20*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki.
- Williams, C. (2001), Health meeting resume, Filtration and health – clean air in the workplace, Birmingham, March, The Filtration Society (http://www.lboro.ac.uk/departments/cg/research/filtration/abstracts_health_meeting.htm).
- Williams, K. i Umberson, D. (2000), Women, stress and health, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.
- Wise, L. A., Krieger, N., Zierler, S. i Harlow, B. L. (2002), *Lifetime socioeconomic position in relation to onset of perimenopause*, *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(11), s. 851–860.
- Wollersheim, J. P. (1993), Women workers, in: Headapohl, D. M. (ed.), *State-of-the-art reviews, Occupational Medicine*.
- Woods, V., Buckle, P. i Haisman, M. (1999), *Musculoskeletal health of cleaners*, Health and Safety Executive, Contract research report 215/1999, HSE Books, Sudbury, UK.
- WorkCover NSW (2001), *Health and safety guidelines for brothels*, Sydney (http://www.workcover.nsw.gov.au/Publications/pdf/workcover_brothels.pdf).
- Wrangö, K., Wallenhammar, L. M., Ortengren, U., Barregard, L., Andreasson, H., Björkner, B., Karlsson, S. i Meding, B. (2001), Protective gloves in Swedish dentistry: use and side effects, *British Journal of Dermatology* 145(1), s. 32–37.
- Wynne, R., Clarkin, N., Cox, T. i Griffiths, A. (1997), *Guidance on the prevention of violence at work*, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Yeandle, S., Gore, T. i Herrington, A. (1999), *Employment, family and community activities: a new balance for women and men*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- Yehuda, R. (2002), Post-traumatic stress disorder, *New England Journal of Medicine* 346(2), s. 108–114.
- Ylikoski, M., Lehtinen, S., Kaadu, T. i Rantanen, J. (eds) (2002), *The FinEst bridge – Finnish–Estonian collaboration in occupational health*, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki (http://www.sm.ee/telematic/twinning/finest_bridge.pdf).
- York Consulting (2003), *Pilots to explore the effectiveness of workers' safety advisors: interim findings*, Report to the Health and Safety Commission, available at the TUC web site (http://www.tuc.org.uk/h_and_s/tuc-6505-f0.pdf).

Zahm, S. H. (2000), Women at work, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Zahm, S. H., Pottern, L. M., Lewis, R. D., Ward, M. H. i White, D. W. (1994), Inclusion of women and minorities in occupational cancer and epidemiological research, *Journal of Occupational Medicine* 36(8), s. 842–847.

Zahm, S. H., Ward, M. H. i Silverman, D. T. (2000), Occupational cancer, in: Goldman, M. i Hatch, M. (eds), *Women and health*, Academic Press, San Diego, San Francisco, New York, Boston, London, Sydney, Tokyo.

Zitting, A. i Husgafvel-Pursiainen, K. (2002), Health effects of environmental tobacco smoke, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 28, Supplement 2.



ZAŁĄCZNIKI

Także niektórzy z pracowników Agencji przyczynili się do powstania raportu, w tym: Markku Aaltonen (kierownik Centrum Tematycznego), Eusebio Rial-González, Christa Sedlatschek, Brenda O'Brien, Mónica Vega i Paola Piccarolo.

Sarah Copsey
kierownik projektu

ZAŁĄCZNIK 1: PODZIĘKOWANIA

Agencja pragnie podziękować takim osobom, jak: Kaisa Kauppinen i Riitta Kumpulainen, FIOH, Finlandia, oraz Irene Houtman, TNO Praca i Zatrudnienie, Niderlandy, za ich wkład w powstanie niniejszego raportu, i innym, także z Centrum Tematycznego ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia, którzy brali udział w jego przygotowaniu. Są to: Anneke Goudswaard, TNO Praca i Zatrudnienie, Niderlandy; Maria Castriotta, ISPESL, Włochy; Alan Woodside, OSHII, Irlandia; Birgit Aust, AMI, Dania; Veerle Hermans, Prevent, Belgia; Dolores Solé, INSHT, Hiszpania; Karl Kuhn i Ellen Zwink, BAuA, Niemcy.

Agencja pragnie także podziękować tym, którzy dostarczyli cennych uwag i sugestii odnośnie do niniejszego raportu, takim jak:

punkty centralne Agencji i inni członkowie grupy sieciowej; Carina Bildt, Krajowy Instytut ds. Warunków Pracy, Szwecja; Lesley Doyal, Uniwersytet w Bristolu, UK; Marilyn Fingerhut, WHO; Carin Hakansta i współpracownicy, ILO; Karen Messing, Cinbiose, Université du Québec w Montrealu, Kanada; Naomi Swanson i współpracownicy, NIOSH; i Sabrina Tesoka, Europejska Fundacja na rzecz Prawy Warunków Życia i Pracy.

ZAŁĄCZNIK 2: ORGANIZACJA PROJEKTU, UCZESTNICY I EKSPERCI

Kierownik projektu Agencji

Sarah Copsey
Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia
w Pracy
Gran Vía, 33
E-48009 Bilbao

Uczestnicy projektu w Centrum Tematycznym ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia

Liderzy projektu:

Kaisa Kauppinen i Riitta Kumpulainen
Fiński Instytut Higieny Pracy (FIOH)
Työterveyslaitos
Topeliuksenkatu 41A
FIN-00250 Helsinki

Irene Houtman i Anneke Goudswaard
TNO Praca i Zatrudnienie
Polarisavenue 151
PO Box 718
2130 AS Hoofddorp
Niderlandy

Uczestnicy zadania:

Maria Castriotta
Krajowy Instytut Bezpieczeństwa Pracy i Prewencji
(ISPESL)
Via Urbana
I-167-00184 Rzym

Alan Woodside
Irlandzki Instytut Bezpieczeństwa i Higieny Pracy
(OSHI)
University Road
Galway
Irlandia

Birgit Aust
Arbejdsmiljøinstituttet (AMI)
Lersø Parkallé 105
DK-2100 Kopenhaga

Veerle Hermans
Prevent
Rue Gachard 88, boîte 4
B-1050 Bruksela

Dolores Solé
Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el
Trabajo (INSHT)
Dulcet, 2-10
E-08034 Barcelona

Karl Kuhn i Ellen Zwink
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedi-
zin (BAuA)
Friedrich-Henkel-Weg 1-25
D-44149 Dortmund

Kierownik projektu Agencji w Centrum Tematycznym ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia

Markku Aaltonen
Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia
w Pracy
Gran Vía, 33
E-48009 Bilbao

*Liderzy Centrum Tematycznego
ds. Badań w zakresie Pracy i Zdrowia*

Jean-Luc Marié
INRS
30, rue Olivier Noyer
F-75680 Paris Cedex 14

Jean-Claude André
INRS – Centre de Lorraine
Avenue de Bourgogne, BP 27
F-54501 Vandoeuvre Cedex

*Uczestnicy spotkania ekspertów, Rzym,
15 marca 2002 r.*

T. Baccolo (ISPESL, Włochy)
L. Benedettini (CGIL, Włochy)
C. Bildt (NIWL, Szwecja)
M. Castriotta (ISPESL, Włochy)
A. Ciani Passeri (Wydz. Prew. Florencja, Włochy)
S. Copsey (Europejska Agencja Bezpieczeństwa
i Zdrowia w Pracy)
G. Costa (ARPA Piemonte, Włochy)
G. Delpier (Kraj. Kom. Równ. Możliw., Włochy)
I. Figà-Talamanca (Uniw. La Sapienza, Włochy)
C. Frasherl (CISL, Włochy), G. Galli (UIL, Włochy)
P. Germini (Kraj. Kom. Równ. Możliw., Włochy)
E. Giuli (ISPESL, Włochy)
A. Goudswaard (TNO, Niderlandy)
V. Hermans (Prevent, Belgia)
M. Hiltunen (Min. Spraw Społ., Finlandia)

I. Houtman (TNO, Niderlandy)
K. Kauppinen (FIOH, Finlandia)
K. Kuhn (BAuA, Niemcy)
B. Papaleo (ISPESL, Włochy)
S. Perticaroli (ISPESL, Włochy)
S. Salerno (ENEA, Włochy)
D. Solé (INSHT, Hiszpania)
E. Volturo (CDF ASL Mediolan, Włochy)
A. Woodside (OSHI, Irlandia)
E. Zwink (BAuA, Niemcy)

*Dodatkowi eksperci pomagający przy
tworzeniu raportu*

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego: H. Rii-
himäki (FIOH)
Schorzenia dróg oddechowych, astma i zespół
chorego budynku: K. Reijula (FIOH)
Choroby skóry: R. Jolanki (FIOH) i T. Estlander
(FIOH)
Schorzenia słuchu: E. Toppila (FIOH)
Rak: T. Kauppinen (FIOH); telefony komórkowe:
M. Hietanen (FIOH)
Zdrowie rozrodcze: M.-L. Lindbohm (FIOH),
H. Taskinen (FIOH) i I. Figà-Talamanca (Uniw. La Sa-
pienza)
Absencje, niezdolność do pracy i rehabilitacja:
R. Gründemann (TNO)

Pomagali także: H. Huuhtanen (FIOH), S. Patoluoto
(FIOH) i T. Veriö-Piispanen (FIOH)

ZAŁĄCZNIK 3: FRAGMENTY DOTYCZĄCE PŁCI ZE STRATEGII WSPÓLNOTY W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA W PRACY NA LATA 2002–2006

We wspólnotowej strategii w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006 Komisja Europejska wyraźnie podkreśla wagę wprowadzenia zagadnienia płci do głównego nurtu bezpieczeństwa i higieny pracy. Stosowny tekst zamieszczony jest poniżej:

„Wstęp

Wynika z tego, że trzeba dążyć do osiągnięcia zdrowszego środowiska pracy w ramach ogólnej tendencji w działaniach ekonomicznych (bardziej zorientowane na usługi), formach zatrudnienia (bardziej zróżnicowane), ludności czynnej zawodowo (więcej kobiet i starsza ludność pracująca) i całości społeczeństwa (bardziej zróżnicowane, ale bardziej narażone na wykluczenie społeczne) [...].

2.1. Zmiany w społeczeństwie

2.1.1. *W coraz większym stopniu sfeminizowane społeczeństwo*

Wzrost odsetka zatrudnionych kobiet jest widoczny od dziesięcioleci. Był to jeden z podstawowych celów ustalonych w Lizbonie, w warunkach starzenia się ludności pracującej, i wprowadza nowy wymiar do tematu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Aż 83% zatrudnionych kobiet pracuje w usługach, co wyjaśnia, dlaczego mają o wiele niższy wskaźnik wypadków i chorób zawodowych niż mężczyźni, i dlaczego są w o wiele mniejszym stopniu zagrożone udziałem w wypadku. Niemniej jednak tendencja ta nie jest pozytywna, ponieważ praca tego rodzaju, w jakiej przeważają kobiety, powoduje rosnący wskaźnik wypadków, w tym śmiertelnych. Ponadto chociaż przypadki u kobiet stanowiły [w 1995 r.] tylko 17,8% rozpoznanych chorób zawodowych, odsetek był o wiele wyższy w pewnych grupach: 45% alergii, 61% chorób zakaźnych, 55% dolegliwości neurologicznych, 48% dolegliwości dotyczących zapalenia wątroby i dermatologicznych. Te liczby uwydatniają znaczenie czynnika płci w dziedzinie chorób zawodowych.

W podejmowanych środkach prewencyjnych i metodach oceny, a także zasadach przyznawania odszkodowań trzeba uwzględniać rosnący odsetek kobiet w sile roboczej i zagrożenia, na które kobiety są szczególnie narażone. Te środki muszą być oparte na badaniach obejmujących aspekty ergonomiczne, projekt miejsca pracy i skutki narażenia na czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Należy też zwracać uwagę na różnice fizjologiczne i psychologiczne w sposobie organizacji pracy.

3.1. Globalne podejście do dobrego samopoczucia w pracy

Celem polityki Wspólnoty w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy musi być doprowadzenie do nieustającej poprawy samopoczucia w pracy, która to koncepcja ma obejmować wy-

miar fizyczny, moralny i społeczny. Ponadto wszyscy muszą dążyć do osiągnięcia szeregu uzupełniających celów [...].

2. *Wprowadzanie wymiaru płci do głównego nurtu* oceny ryzyka, środków prewencyjnych i programów odszkodowań powinno się odbywać w taki sposób, by były uwzględnione specyficzne cechy kobiet w aspekcie zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy [...].

3.3.2. *Zachęcanie do innowacyjnych sposobów podejścia*

1. *Analiza porównawcza*

Komisja:

– rozważy zaproponowanie w 2002 r. poprawki do wskazówek na temat zatrudnienia, wzywającej Państwa Członkowskie do przyjmowania krajowych celów w zakresie zmniejszania liczby wypadków w pracy i chorób zawodowych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na sektory z wysoką częstotliwością wypadków, i wprowadzania do głównego nurtu zagadnienia płci i wieku; [...]”.

Źródło: Komisja Europejska (2002c), Komunikat Komisji „Dostosowanie się do zmian w pracy i społeczeństwie: nowa strategia Wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2000–2002”, COM(2002) 118 wersja ostateczna, C5-0261/2002 – 2002/2124(COS), 11 marca 2002 r., Bruksela.

ZAŁĄCZNIK 4: FRAGMENTY DOTYCZĄCE PŁCI Z REZOLUCJI PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO NA TEMAT STRATEGII WSPÓLNOTY W ZAKRESIE OCHRONY ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA W PRACY NA LATA 2002–2006

Parlament Europejski przeanalizował i omówił Wspólnotową strategię Komisji Europejskiej w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006, a następnie przyjął rezolucję przedstawiającą poglądy i propozycje dotyczące tej strategii. Strategia Wspólnoty zawierała wzmiankę o wprowadzaniu zagadnienia płci do głównego nurtu działań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Następujące fragmenty z rezolucji Parlamentu Europejskiego dotyczą wymiaru płci w dokumencie Komisji:

„[...] zważywszy, że wymiar płci i demografii został przywołany w analizie Komisji, ale jest prawie całkowicie nieobecny w proponowanych działaniach; na przykład propozycje działań powinny uwzględniać fakt, że w wielu sektorach zatrudnienia zdominowanych przez kobiety praca jest nisko płatna i niepewna; tam gdzie mężczyźni są bardziej narażeni na poważne wypadki przy pracy, kobiety częściej

cierpią na choroby związane z pracą i zaburzenia psychiczne,

3. Wzywa Komisję do włączania kwestii płci we wszystkich częściach strategii, ze zwróceniem szczególnej uwagi na następujące zagadnienia:

(i) podwójne obciążenie pracą, wobec którego staje wielu ludzi, przeważnie kobiety, to znaczy płatnym i produktywnym społecznie zatrudnieniem oraz niepłatną pracą związaną z osobistymi obowiązками, co może mieć konsekwencje dla zdrowia i bezpieczeństwa;

(ii) fakt, że w kontekście różnicy płci, która charakteryzuje zbyt wiele europejskich rynków pracy, kobiety rzadziej są szkolone i kształcone zawodowo niż mężczyźni;

(iii) sytuacja specyficznych grup, takich jak osoby pracujące w domu (których wysoki odsetek to kobiety), wytwarzające szeroki zakres dóbr w swoich domach, kobiety w rolnictwie i rodzinnych MŚP, z których wiele jest oficjalnie współnikami w przedsiębiorstwie i wykonuje potencjalnie niebezpieczną pracę, ma zbyt mały dostęp do szkoleń, informacji albo ubezpieczeń społecznych;

(iv) to, w jaki sposób aspekty zdrowia, bezpieczeństwa i zdrowia rozrodczego w zatrudnieniu mogą być przeszkodą do podejmowania przez kobiety pracy w pewnych sektorach, utrwała podział pracy między płciami i proponowanie środków w celu zapewnienia usunięcia tych przeszkód.

Kwestie prawodawcze

4. Wzywa do rozszerzenia zakresu dyrektywy ramowej, dyrektywy Rady 89/391/EWG z 12 czerwca 1989 r. na temat wprowadzania środków w celu wspierania ulepszeń w bezpieczeństwie i higienie w pracy dla wykluczonych grup pracowników, takich jak wojskowi, samozatrudniający się, pracownicy domowi i osoby pracujące w domu; wyłączenie dwóch ostatnich grup stanowi pośrednią dyskryminację kobiet i jej zakończenie dałoby konkretny rezultat wobec nacisku Komisji na problem płci;

5. Wspiera w swojej rezolucji z 20 września 2001 r. w sprawie nękania w miejscu pracy „globalne podejście do dobrego samopoczucia w pracy”, obejmujące wszystkie rodzaje zagrożeń, takie jak stres, nękanie, tyranizowanie i przemoc; jest to echem orzeczenia Trybunału Sprawiedliwości co do szerokiej interpretacji „środowiska pracy” (art. 137 ust. 1 TWE); jednak Komisja powinna uznawać czynnik płci za ważny w tym kontekście i być bardziej konkretna przez na przykład proponowanie ustawodawstwa na temat tyranizowania w miejscu pracy; globalne podejście powinno także obejmować zobowiązanie do rozszerzania działań strategicznych mających na celu zajmowanie się albo zwalczanie pojawiających się zagrożeń stwarzanych przez nowe procesy albo zmiany w istniejących;

6. W sprawie problemów z układem mięśniowo-szkieletowym, na które cierpi ponad połowa osób dotkniętych dolegliwościami związanymi z pracą w UE, zwłaszcza starsi pracownicy, nalega na Komisję, by zaproponowała wszechstronną dyrektywę na temat ergonomii miejsca pracy, w celu dokonania przeglądu i poprawy wdrażania dyrektywy Rady 90/270/EWG z 29 maja 1990 r. na temat minimalnych wymagań co do bezpieczeństwa i higieny pracy z ekranami monitorów i zaproponowała poprawki do dyrektywy Rady 90/269/EWG z 29 maja 1990 r. na temat minimalnych wymagań w zakresie zdrowia i bezpieczeństwa co do przenoszenia ciężarów, gdzie istnieje ryzyko urazów kręgosłupa u pracowników, szczególnie odnośnie do powtarzalnego przenoszenia małych ciężarów; ponadto uwzględnianie czynnika płci powinno być wprowadzane do głównego nurtu polityki i praktyk w dziedzinie oceny ryzyka i rozplanowania miejsca pracy;

[...]

10. Nalega na Komisję, by oceniła całe istniejące prawodawstwo z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w celu ustalenia, czy brano pod uwagę potrzeby danej płci, nawet w sektorach, w których kobiety mają mały udział;

[...]

12. Uważa, że uproszczenie prawodawstwa nie może stać się osłoną dla deregulacji postanowień dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa; należy ocenić spójność istniejących postanowień; rola interesariuszy (szczególnie władz publicznych i przedstawicieli pracowników) powinna być wyraźniej przedstawiona, konwencje MOP powinny być surowiej respektowane, zadania monitoringu zdrowia powinny ogólnie być lepiej wyjaśnione niż jak obecnie w różnych dyrektywach i pełna perspektywa wprowadzania czynnika płci do głównego nurtu powinna być wprowadzona jako zagadnienie poziome;

[...]

30. Jest zadowolony z nacisku, jaki Komisja kładzie na „wprowadzanie zdrowia i bezpieczeństwa do głównego nurtu” innych programów działania Wspólnoty i wzywa Komisję, by włączyła do swojego planu działania dotyczącego tej strategii przejrzysty plan wprowadzania bezpieczeństwa i higieny pracy do głównego nurtu wszystkich właściwych obszarów ustawodawczych i nieustawodawczych zarówno w jej Dyrekcji Generalnej ds. Zatrudnienia i Spraw Społecznych, jak i w jej innych dyrekcjach; [...].

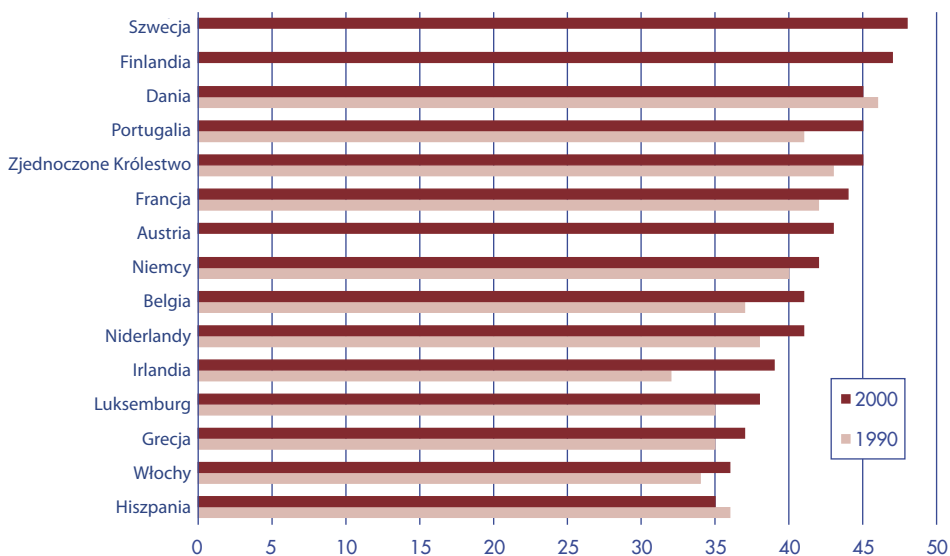
Źródła: Teksty Parlamentu Europejskiego przyjęte na posiedzeniu ze środy 23 października 2002 r. (P5_TA-PROV(2002)10-23, tekst P5_TA-PROV(2002)0499), „Dostosowanie się do zmian w pracy i społeczeństwie” (A5-0310/2002 – Sprawozdawca: Stephen Hughes)

Rezolucja Parlamentu Europejskiego w sprawie komunikatu Komisji „Dostosowanie się do zmian w pracy i społeczeństwie: nowa strategia Wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w pracy na lata 2002–2006” (COM(2002) 118 – C5-0261/2002 – 2002/ 2124(COS)).

Strona internetowa Parlamentu Europejskiego (<http://www3.europarl.eu.int/omk/omnsapir.so/calendar?APP=PDF&TYPE=PV2&FILE=p0021023EN.pdf> LANGUAGE=EN).

ZAŁĄCZNIK 5: DANE STATYSTYCZNE DOTYCZĄCE PŁCI I ZATRUDNIENIA W UE

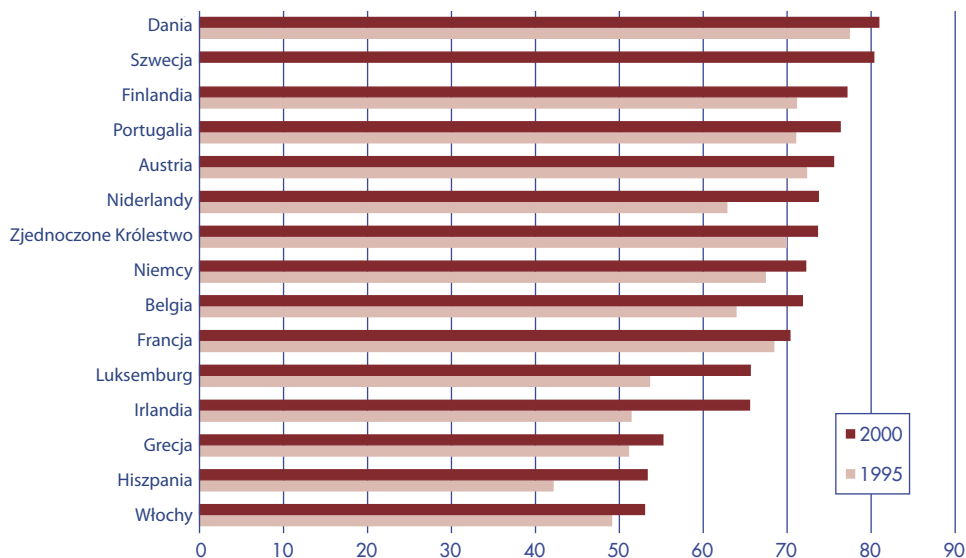
Rysunek 1. Zatrudnienie kobiet jako % ogólnego zatrudnienia, 1990 i 2000 ⁽¹⁾



Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

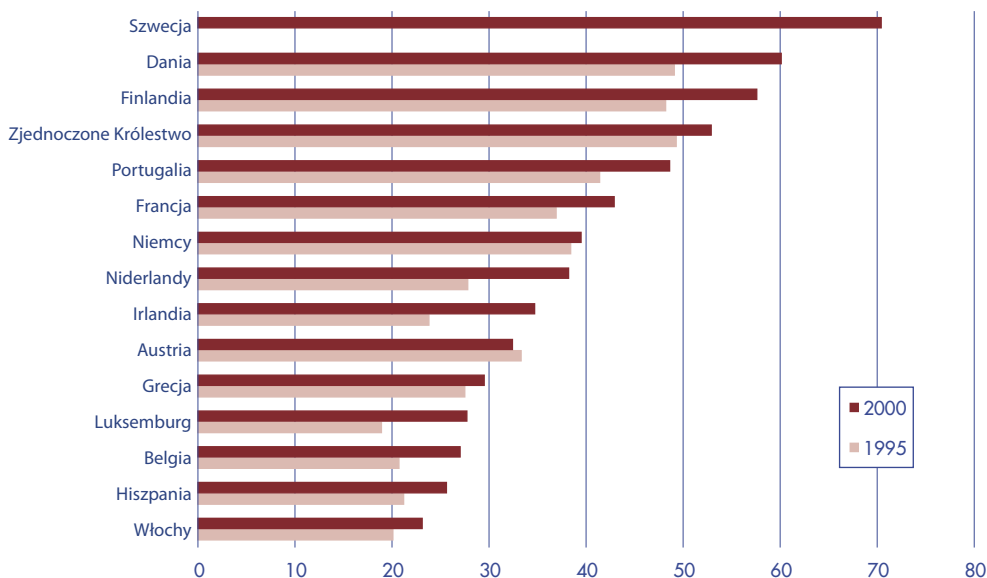
⁽¹⁾ W 1990 r. Szwecja, Finlandia i Austria nie były jeszcze państwami członkowskimi, a dotyczące ich informacje są dostępne tylko dla 2000 r.

Rysunek 2. Stopa zatrudnienia kobiet, w wieku 25–49 lat, w 1995 i 2000 r. w UE (w %)



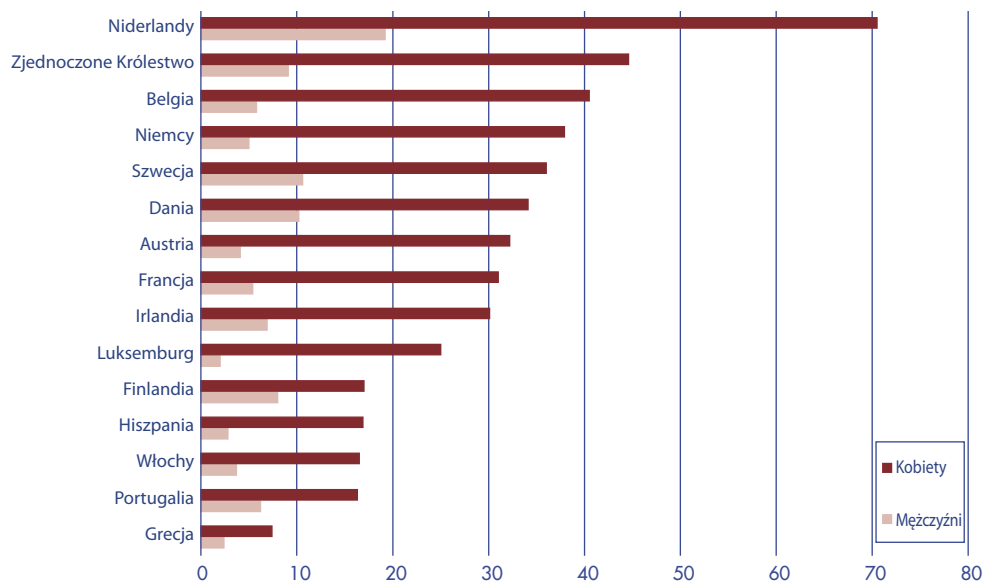
Źródło: Rocznik Eurostatu 2002.

Rysunek 3. Stopa zatrudnienia kobiet, w wieku 50–64 lata, w 1995 i 2000 r. w UE (w %)



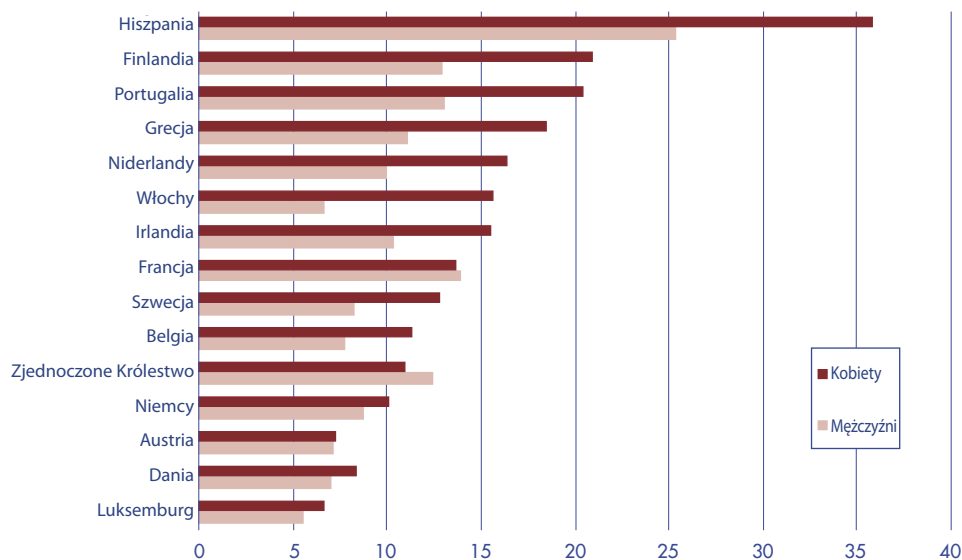
Źródło: Rocznik Eurostatu 2002.

Rysunek 4. Zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin jako % ogółu zatrudnienia, 2000



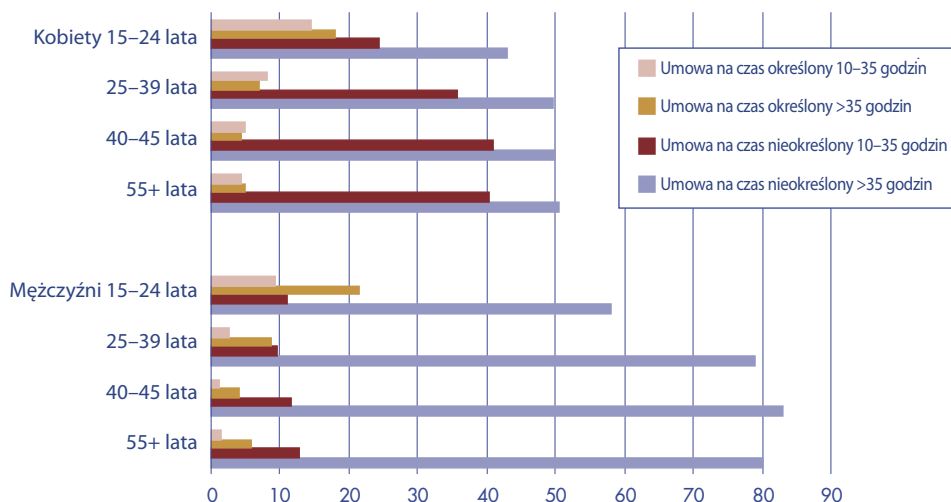
Źródło: Podstawowe wskaźniki zatrudnienia 2000 – strona internetowa Komisji Europejskiej na temat równości płci: „Dane statystyczne na temat zagadnienia płci – zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin”.

Rysunek 5. Odsetek pracowników z umową na czas określony dla poszczególnych płci i krajów, 2000



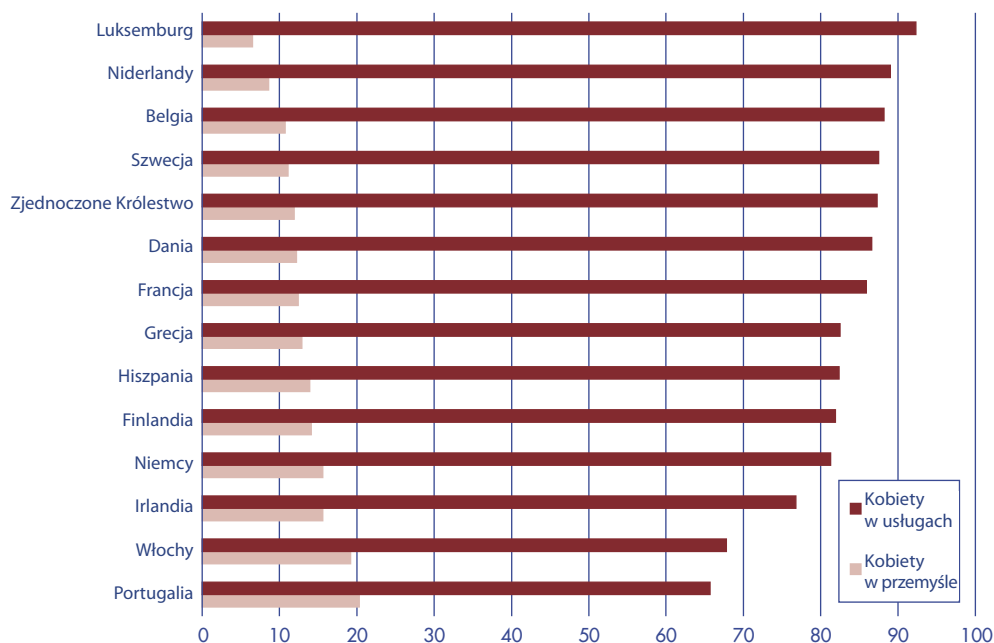
Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Rysunek 6. Status zatrudnienia w UE według wieku i płci: odsetki pracowników z różnymi typami umów o pracę, 2000



Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Rysunek 7. Zatrudnienie kobiet jako % całkowitego zatrudnienia z podziałem na sektory; usługi i przemysł, 2000



Źródło: Zatrudnienie w Europie – strona internetowa Komisji Europejskiej na temat równości płci: „Dane statystyczne na temat zagadnienia płci – rozdział płci na rynku pracy”.

Tabela 1. Rozdział płci w poszczególnych sektorach przemysłu w UE

Odsetek miejsc pracy, w pełnym i niepełnym wymiarze godzin w każdym sektorze, zajmowanych przez mężczyzn i kobiety

Sektory NACE ⁽¹⁾	mężczyźni			kobiety			ogółem
	PW	NW	razem	PW	NW	razem	
Budownictwo	86	5	91	6	3	9	100
Przemysł wydobywczy	82	2	84	16	..	16	100
Użyteczność publiczna	78	6	84	13	3	16	100
Transport, komunikacja	68	7	75	16	9	25	100
Przemysł wytwórczy	68	5	73	20	7	27	100
Rolnictwo	55	10	66	24	10	34	100
Usługi finansowe	51	7	58	27	15	42	100
Administracja publiczna	51	5	56	30	14	44	100
Handel, hotele, catering	41	6	47	30	23	53	100
Inna komunalna działalność usługowa	36	8	44	29	27	56	100
Edukacja zdrowotna	19	6	25	40	35	75	100
Prywatne gospodarstwa domowe oraz organizacje i zespoły eksterytorialne	2	3	5	35	60	95	100
Wszyscy zatrudnieni	50	6	56	26	18	44	100

Klucz: PW = w pełnym wymiarze godzin, NW = w niepełnym wymiarze godzin (mniej niż 35 godzin tygodniowo), razem = PW + NW
 (1) Sektory sklasyfikowane są według procentowej przewagi mężczyzn. „..” oznacza mniej niż 0,5%.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 2. Obecność kobiet w każdej grupie zawodowej w poszczególnych krajach, 2000

Procentowy udział kobiet w każdej z głównych grup zawodowych ISCO i w całym zatrudnieniu, w poszczególnych krajach

	Ustawodawcy, urzędnicy i kierownicy	Specjaliści	Technicy i inny personel średniego szczebla	Pracownicy biurowi	Pracownicy usług osobistych i sprzedawcy	Wykwalifikowani rolnicy i rybacy	Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń	Prace proste	Ogółem
Finlandia	30	40	72	87	66	44	14	15	65	49
Szwecja	32	57	54	61	74	38	8	16	71	48
Niderlandy	41	55	49	67	72	5	6	18	59	48
Zjednoczone Królestwo	37	58	37	75	75	..	7	13	45	47
Dania	35	50	68	64	65	17	9	21	35	46
Francja	46	45	46	79	72	29	12	20	56	46
Portugalia	42	52	30	66	58	36	23	61	71	46
Austria	38	37	57	68	78	50	11	23	51	46
Niemcy	25	38	58	71	74	37	11	17	51	45
Belgia	38	56	48	60	63	20	12	14	40	43
Irlandia	35	51	44	73	58	20	7	38	26	43
Grecja	45	54	26	61	51	46	16	3	53	41
Hiszpania	33	49	62	68	39	25	19	11	49	39
Włochy	39	54	34	51	60	25	16	14	45	38

Nb: Kraje zostały sklasyfikowane według udziału kobiet w całym zatrudnieniu. Siły zbrojne, Luksemburg i praca w rolnictwie w Zjednoczonym Królestwie nie są pokazane z powodu ograniczonej wielkości próbek. Dane oparte są na początkowych krajowych próbkach, przed uwzględnieniem stosunkowej wielkości kraju. Komórki zaznaczone białym kolorem wskazują, gdzie kobiety mają o ponad 5 punktów procentowych za mały udział w stosunku do ich uczestnictwa w ogólnym zatrudnieniu w danym kraju. Liczby w kolorze czerwonym oznaczają miejsca, gdzie kobiety mają o ponad 5 punktów procentowych zbyt duży udział w stosunku do ich uczestnictwa w zatrudnieniu w danym kraju.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 3. Rozdział zawodowy zatrudnienia kobiet i mężczyzn w UE

Odsetek miejsc pracy w każdym zawodzie, które zajmują mężczyźni i kobiety zatrudnieni w pełnym i niepełnym wymiarze godzin

Grupy zawodowe ISCO	mężczyźni			kobiety			ogółem
	PW	NW	razem	PW	NW	razem	
1. Parlamentarzyści, urzędnicy wyższego szczebla i kierownicy	58	5	63	30	7	37	100
1.1. Parlamentarzyści, urzędnicy wyższego szczebla	71	1	72	23	6	28	100
1.2. Kierownicy wielkich firm	66	5	71	23	6	29	100
1.3. Kierownicy małych przedsiębiorstw	53	5	58	35	7	42	100
2. Specjaliści	41	9	50	27	23	50	100
2.1. Specjaliści nauk fizycznych, matematycznych i technicznych	75	6	81	16	3	19	100
2.2. Specjaliści nauk przyrodniczych i ochrony zdrowia	30	3	33	41	26	67	100
2.3. Specjaliści szkolnictwa	21	14	35	26	39	65	100
2.4. Pozostali specjaliści	57	7	64	25	11	36	100
3. Technicy i inny personel średniego szczebla	46	6	52	31	17	48	100
3.1. Średni personel techniczny	75	3	78	17	5	22	100
3.2. Średni personel w zakresie nauk przyrodniczych i ochrony zdrowia	17	3	20	50	30	80	100
3.3. Nauczyciele praktycznej nauki zawodu i instruktorzy	21	10	31	30	38	69	100
3.4. Pracownicy pozostałych specjalności	52	8	60	26	14	40	100
4. Pracownicy biurowi	28	3	31	45	24	69	100
4.1. Pracownicy obsługi biurowej	29	3	32	46	22	68	100
4.2. Pracownicy obsługi klientów	26	2	28	40	32	72	100
5. Pracownicy sektora usług osobistych i sprzedawcy	28	5	33	33	34	67	100
5.1. Pracownicy usług osobistych i ochrony	30	5	35	33	32	65	100
5.2. Modelki, sprzedawcy i demonstratorzy	25	6	31	33	36	69	100
6. Wykwalifikowani rolnicy i rybacy	59	10	69	22	8	31	100
7. Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy	83	4	87	9	3	13	100
7.1. Górnicy i robotnicy budowlani	92	6	98	2	..	2	100
7.2. Robotnicy obróbki metalu i mechanicy maszyn i urządzeń	91	5	96	4	..	4	100
7.3. Robotnicy zawodów precyzyjnych, rzemieślnicy, robotnicy poligraficzni	75	4	79	15	6	21	100
7.4. Robotnicy w przetwórstwie spożywczym, produkcji wyrobów włókienniczych, obróbce drewna	63	3	66	24	10	34	100
8. Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń	77	6	83	14	3	17	100
8.1. Operatorzy maszyn i urządzeń wydobywczych i przetwórczych	82	3	85	15	..	15	100
8.2. Operatorzy i monterzy maszyn	65	4	69	25	6	31	100
8.3. Kierowcy i operatorzy pojazdów	85	10	95	3	2	5	100
9. Prace proste	41	9	50	22	28	50	100
9.1. Utrzymanie czystości, usługi domowe, wywóz odpadów, sprzedawcy uliczni	32	9	41	22	37	59	100
9.2. Robotnicy pomocniczy w rolnictwie, rybołówstwie i pokrewni	27	15	42	44	14	58	100
9.3. Pozostali robotnicy	67	8	76	16	8	24	100
10. Siły zbrojne	90	2	92	7	1	8	100
Wszyscy zatrudnieni	50	6	56	26	18	44	100

Klucz: PW = w pełnym wymiarze godzin, NW = w niepełnym wymiarze godzin (mniej niż 35 godzin tygodniowo), razem = PW + NW

Nb: Klasyfikacja ISCO przedstawiona jest dla dziewięciu głównych grup zawodowych (klasyfikacja jednocyfrowa) i podkategorii drugiego stopnia, która istnieje w tych grupach (klasyfikacja dwucyfrowa). „..” oznacza mniej niż 0,5%.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

ZAŁĄCZNIK 6: DANE Z TRZECIEJ EUROPEJSKIEJ ANKIETY NA TEMAT WARUNKÓW PRACY

Źródło: Tabele i liczby, które prezentują dane z trzeciej europejskiej ankiety na temat warunków pracy w rozbiciu na płci, zaczerpnięte zostały z Fagan i Burchell (2002).

Klucz do tabel:

PW = w pełnym wymiarze godzin; NW = w niepełnym wymiarze godzin (mniej niż 35 godzin tygodniowo); razem = PW + NW

Tabela 1. Zastraszanie i dyskryminacja w miejscu pracy

Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy zgłaszają, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy:	Mężczyźni			Kobiety			wszystkie
	PW	NW	wszyscy	PW	NW	wszyscy	
Osobiście doświadczyli przemocy albo zastraszania	9	8	9	13	12	12	11
Wiedzą, że doświadczyli ich inni ludzie	15	14	15	19	19	19	17
Osobiście doświadczyli dyskryminacji	5	6	5	8	7	8	6
Wiedzą, że doświadczyli jej inni ludzie	10	9	10	11	9	11	10
Razem	39	37	39	51	47	50	44

Nb: Zadano następujące pytania: „Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłeś, czy nie byłeś poddawany w pracy [...] przez kolegów albo inne osoby w twoim miejscu pracy?” i „Czy wiesz o istnieniu w twoim zakładzie pracy [...]?”, po czym następowała lista problemów. Miara dyskryminacji obejmuje płeć, wiek, obywatelstwo, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność i orientację seksualną.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 2. Narażenie na materialne i fizyczne zagrożenia środowiska według płci							
Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy przez co najmniej połowę swojego czasu pracy są narażeni na:	Mężczyźni			Kobiety			Wszyscy
	PW	NW	wszyscy	PW	NW	wszystkie	
Hałas	27	18	26	12	10	11	20
Wibracje spowodowane przez ręczne narzędzia, maszyny itd.	24	14	23	9	5	7	16
Wdychanie par, oparów, pyłu albo niebezpiecznych substancji	21	15	20	11	7	9	15
Wysokie temperatury	17	15	17	11	11	11	14
Niskie temperatury	17	16	16	7	6	7	12
Kontakt z niebezpiecznymi produktami albo substancjami	12	8	12	7	6	6	9
Promieniowanie	4	3	4	3	1	2	3
Skrócona skala narażenia							
Wysoki wynik	45	31	44	23	18	21	34
Średni wynik	30	36	30	35	35	35	32
Brak narażenia	25	33	26	42	47	44	34
Ogółem	100	100	100	100	100	100	100
Nb: Skala „narażenia w otoczeniu” oparta jest na podsumowaniu siedmiu elementów wymienionych w tabeli, gdzie stopień narażenia na każdy element zmierzony został na siedmiostopniowej skali sięgającej od „przez cały czas” do „nigdy”. <i>Źródło:</i> Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.							

Tabela 3. Warunki ergonomiczne według płci							
Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy przez co najmniej połowę swojego czasu pracy są narażeni na:	Mężczyźni			Kobiety			Wszyscy
	PW	NW	wszyscy	PW	NW	wszystkie	
Powtarzalne ruchy rąk albo ramion	48	43	47	48	44	46	47
Bolesne albo męczące pozycje	33	30	33	35	29	33	33
Przenoszenie albo przesuwanie ciężarów	28	24	28	18	16	17	23
Skrócona skala niebezpiecznych warunków ergonomicznych							
Wysoki wynik	27	24	27	25	19	22	30
Średni wynik	46	40	45	44	47	45	45
Brak narażenia	27	36	28	31	34	32	25
Ogółem	100	100	100	100	100	100	100
Nb: Skala „niebezpiecznych warunków ergonomicznych” oparta jest na podsumowaniu trzech elementów wymienionych w tabeli, gdzie stopień narażenia na każdy element zmierzony został na siedmiostopniowej skali sięgającej od „przez cały czas” do „nigdy”. <i>Źródło:</i> Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.							

Tabela 4. Narażenie na zagrożenia fizyczne i ergonomiczne według płci i statusu zawodowego

Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy zgłaszają wysoki wskaźnik narażenia na zagrożenia fizyczne i ergonomiczne

Grupa statusu zawodowego	zagrożenia materialne i fizyczne		zagrożenia ergonomiczne		powtarzalne zadania trwające krócej niż 10 minut	
	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety
Umysłowe zawody kierownicze	23	17	12	16	37	42
Umysłowe zawody specjalistyczne	19	20	8	15	33	36
Umysłowe zawody urzędnicze i usługowe	20	13	17	19	46	47
Fizyczne zawody w przemyśle i rzemieślnicze	72	49	41	48	53	68
Fizyczne zawody operatorskie i robotnicze	60	36	43	40	55	60
Wszystkie	44	21	27	22	46	48

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 5. Wybrane wskaźniki wymagań co do umiejętności w zawodach mężczyzn i kobiet według statusu zawodowego⁽¹⁾

Grupa statusu zawodowego	Odsetek zatrudnionych mężczyzn, których praca obejmuje:				Procentowa różnica między płciami (kobiety – mężczyźni) ⁽²⁾			
	A	B	C	D	A	B	C	D
Umysłowe zawody kierownicze	76	46	39	73	-6	-13	-3	-13
Umysłowe zawody specjalistyczne	81	53	33	31	0	-1	-8	-14
Umysłowe zawody urzędnicze i usługowe	64	32	36	21	-7	-8	0	-11
Fizyczne zawody w przemyśle i rzemieślnicze	64	36	37	23	-17	-49	-5	-1
Fizyczne zawody operatorskie i robotnicze	46	19	35	8	-23	-11	-8	-3
Wszystkie	65	37	36	26	-4	-7	-7	-10

Klucz: A = rozwiązywanie problemów i uczenie się,

B = tylko skomplikowane zadania,

C = praca zespołowa i rotacja zadań,

D = rozległe obowiązki z zakresu planowania.

⁽¹⁾ Wskaźniki te zaczerpnięto z pytań dotyczących rozwiązywania problemów; monotonicznych lub skomplikowanych zadań; planowania produkcji, zarządzania personelem lub czasu pracy; rotacji zadań lub pracy zespołowej.

⁽²⁾ „Różnica między płciami” to różnica w punktach procentowych uzyskana przez odjęcie wyniku dla mężczyzn od wyniku dla kobiet. Minus oznacza, że mniej kobiet jest zatrudnionych w tej części grupy statusu zawodowego.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 6. Stopień autonomii w zawodach mężczyzn i kobiet według statusu zawodowego

Autonomia pracy	Odsetek z wysokim stopniem autonomii zadań					
	mężczyźni			kobiety		
	niska	pewna	wysoka	niska	pewna	wysoka
Umysłowe zawody kierownicze	7	20	73	8	25	68
Umysłowe zawody specjalistyczne	10	37	53	14	50	36
Umysłowe zawody urzędnicze i usługowe	24	38	39	30	37	33
Fizyczne zawody w przemyśle i rzemieślnicze	28	33	40	25	28	47
Fizyczne zawody operatorskie i robotnicze	45	31	23	40	34	27
Wszystkie	25	33	42	25	39	36

Autonomia w zakresie czasu pracy	Odsetek z wysokim stopniem autonomii w zakresie czasu pracy					
	mężczyźni			kobiety		
	żadna	pewna	obydwie	żadna	pewna	obydwie
Umysłowe zawody kierownicze	9	24	67	9	25	66
Umysłowe zawody specjalistyczne	25	28	47	41	30	29
Umysłowe zawody urzędnicze i usługowe	32	35	33	34	37	29
Fizyczne zawody w przemyśle i rzemieślnicze	34	33	33	34	26	41
Fizyczne zawody operatorskie i robotnicze	44	37	20	48	31	21
Wszystkie	31	32	37	36	33	31

Nb: Skala autonomii pracy obejmuje metody pracy, szybkość pracy, kolejność zadań i przerwy. Niska autonomia oznacza autonomię w sprawie jednego albo żadnego z czterech wymienionych elementów; wysoka oznacza autonomię w sprawie wszystkich czterech elementów.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 7. Percepcja wpływu zatrudnienia na stan zdrowia i wskaźniki absencji

Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy zgłaszają następujący stan rzeczy:	Mężczyźni			Kobiety			Wszyscy
	PW	NW	wszyscy	PW	NW	wszystkie	
Praca wpływa w jakiś sposób na ich zdrowie	62	55	61	61	53	58	60
Praca poprawia zdrowie	1	1	1	1	2	2	1
Zdrowie albo bezpieczeństwo są zagrożone z powodu ich pracy	32	25	31	24	19	22	27
Absencje w ciągu ostatnich 12 miesięcy							
Przez co najmniej jeden dzień z powodu wypadku w pracy	10	6	9	6	5	6	8
W razie nieobecności: średnia liczba dni nieobecności	21	15	22	21	23	21	21
Przez co najmniej jeden dzień w wyniku problemów zdrowotnych spowodowanych przez pracę	10	7	10	12	9	10	10
W razie nieobecności: średnia liczba dni nieobecności	18	19	18	17	25	20	19
Przez co najmniej jeden dzień w wyniku innych problemów zdrowotnych	34	29	33	40	34	36	35
W razie nieobecności: średnia liczba dni nieobecności	11	14	12	13	13	13	12

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 8. Ocena przez mężczyzn i kobiety wpływu ich pracy na zdrowie

Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy zgłaszają, że cierpią na następujące problemy zdrowotne z powodu warunków ich pracy:	Mężczyźni			Kobiety			Wszyscy
	PW	NW	wszyscy	PW	NW	wszyscy	
Problemy ze słuchem	11	6	10	3	2	3	7
Problemy ze wzrokiem	9	8	9	10	5	8	8
Problemy dotyczące alergii (alergie, problemy skórne, trudności z oddychaniem)	10	8	10	9	7	8	9
Problemy z mięśniami (ból pleców i inne bóle mięśni)	30	24	29	33	26	30	30
Problemy związane ze stresem (ból głowy, ból żołądka, choroby serca, lęk, drażliwość, problemy ze snem, „stres”)							
Jeden objaw	20	17	19	18	16	16	19
Co najmniej dwa objawy	25	23	25	29	19	27	25
Ogółem z jakimiś objawami stresu	45	40	44	47	35	43	44

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 9. Obowiązki domowe zatrudnionych mężczyzn i kobiet w UE

Sytuacja domowa	Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, będących w swym gospodarstwie domowym osobą, która:		
	wnosi największy wkład do domowego dochodu (¹)	jest odpowiedzialna głównie za prace domowe i zakupy (²)	opiekuje się codziennie dziećmi albo starszymi krewnymi (³)
Mężczyźni			
Żonaty lub mieszkający z partnerką, z dzieckiem	91	11	57
Żonaty lub mieszkający z partnerką, bez dzieci w domu	89	12	11
Samotny dorosły, bez dzieci w domu	53	43	4
Wszyscy zatrudnieni mężczyźni	77	20	25
Kobiety			
Mężatka lub mieszkająca z partnerem, z dzieckiem	19	93	88
+ zatrudniona w pełnym wymiarze godzin	24	92	86
+ zatrudniona w niepełnym wymiarze godzin	13	95	89
Mężatka lub mieszkająca z partnerem, bez dzieci w domu	22	91	23
Samotna dorosła, bez dzieci w domu	56	59	11
Wszystkie zatrudnione kobiety	31	83	45

(¹) „Jestem w moim gospodarstwie domowym osobą, która wnosi największy wkład do domowego dochodu”.

(²) „Jestem w moim gospodarstwie domowym osobą odpowiedzialną głównie za zwykłe zakupy i dbanie o dom”.

(³) „Spędzam co najmniej godzinę dziennie na opiece nad dziećmi albo starszymi krewnymi”.

Nb: Dzieci znajdujące się na utrzymaniu definiuje się jako mające mniej niż 15 lat i mieszkające w tym samym gospodarstwie domowym. Samotni rodzice nie są pokazani osobno, ale są włączeni do ogólnych liczb.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

Tabela 10. Inne działania poza zatrudnieniem i obowiązkami domowymi podejmowane przez zatrudnionych mężczyzn i kobiety w UE

Sytuacja domowa	Odsetek respondentów w trzeciej europejskiej ankiecie na temat warunków pracy, którzy regularnie uczestniczą w:		
	działaniach wypoczynkowych, sportowych albo kulturalnych w trakcie tygodnia ⁽¹⁾	kursach edukacyjnych albo szkoleniowych poza pracą ⁽²⁾	działalności społecznej w ciągu roku ⁽³⁾
Mężczyźni			
Żonaty lub mieszkający z partnerką, z dzieckiem	66	9	34
Żonaty lub mieszkający z partnerką, bez dzieci w domu	64	8	32
Samotny dorosły, bez dzieci w domu	79	12	25
Wszyscy zatrudnieni mężczyźni	69	10	31
Kobiety			
Mężatka lub mieszkająca z partnerem, z dzieckiem	57	10	29
+ zatrudniona w pełnym wymiarze godzin	53	10	28
+ zatrudniona w niepełnym wymiarze godzin	62	10	31
Mężatka lub mieszkająca z partnerem, bez dzieci w domu	61	11	31
Samotna dorosła, bez dzieci w domu	71	22	29
Wszystkie zatrudnione kobiety	62	13	30

(¹) Działania wypoczynkowe, sportowe albo kulturalne w trakcie tygodnia (proszę zauważyć, że respondentom pozostawiono określić, co uważają za działania „wypoczynkowe” albo „kulturalne”, i wypoczynek może obejmować bierny odpoczynek albo oglądanie telewizji, jak również bardziej zorganizowane działania).

(²) Kursy edukacyjne albo szkoleniowe co najmniej raz w miesiącu.

(³) Uczestnictwo w działalności ochotniczej, charytatywnej, politycznej albo związkowej w ciągu roku.

Nb: Dzieci znajdujące się na utrzymaniu definiuje się jako mające mniej niż 15 lat i mieszkające w tym samym gospodarstwie domowym. Samotnie wychowujący rodzice nie są pokazani osobno, ale są włączeni do ogólnych liczb.

Źródło: Trzecia europejska ankieta na temat warunków pracy.

ZAŁĄCZNIK 7: DANE EUROSTATU NA TEMAT ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA MĘŻCZYZN I KOBIET W PRACY

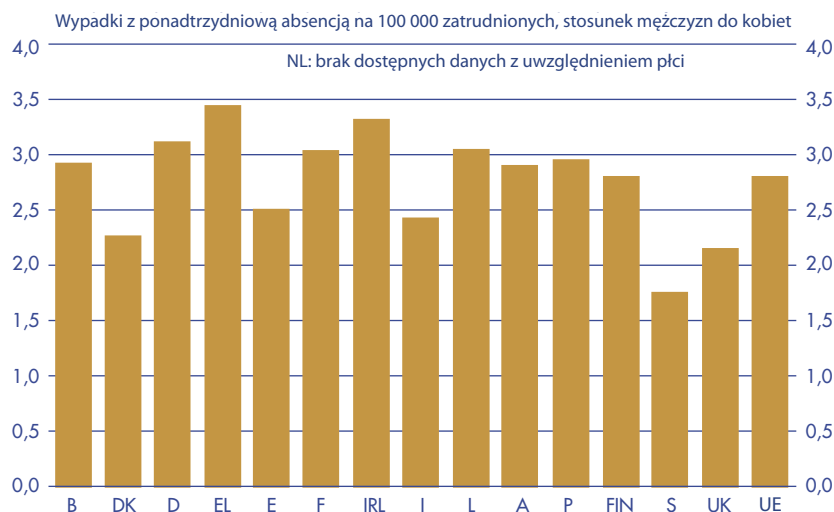
Poniższe tabele zaczerpnięte zostały z pozycji *Statystyka w centrum uwagi*, Temat 3: Warunki socjalne ludności, 4/2002 (Dupré, 2002), Eurostat, Komisja Europejska.

Europejskie dane statystyczne dotyczące wypadków w pracy oparte są na wynikach zgromadzonych przez państwa członkowskie na temat wypadków w pracy skutkujących czterodniową albo dłuższą absencją. Dane na temat złego stanu zdrowia związanego z pracą pochodzą z odpowiedzi

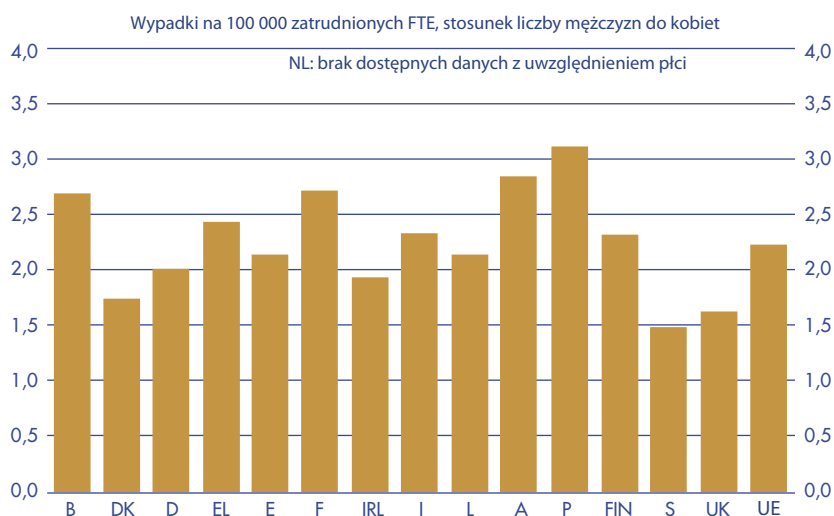
w europejskiej ankiecie przeprowadzonej wśród siły roboczej z 1999 r.

Wskaźnik częstości wypadków zdefiniowany jest jako liczba wypadków w pracy mających miejsce w ciągu roku na 100 000 zatrudnionych osób. Wskaźnik rozpowszechnienia to liczba dolegliwości zdrowotnych związanych z pracą doznanych w ciągu ostatnich 12 miesięcy na 100 000 zatrudnionych osób. Tutaj wskaźnik częstości występowania mierzy się w kategoriach równoważnego zatrudnienia w pełnym wymiarze godzin (zobacz poniżej) w celu uwzględnienia różnic w liczbie przepracowanych godzin zarówno między mężczyznami i kobietami, jak i między miejscami pracy w różnych sektorach działalności. Etaty kalkulacyjne (FTE) mężczyzn i kobiet oblicza się przez dostosowanie liczby osób zatrudnionych w każdym sektorze albo zawodzie w różnych państwach członkowskich pod kątem ich typowego przeciętnego tygodniowego czasu pracy w stosunku do przeciętnej liczby godzin pracy mężczyzn i kobiet zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin w całej UE. Różni się to od typowej procedury definiowania zatrudnienia FTE w kategoriach typowych godzin pracy w pełnym wymiarze w każdym kraju osobno, ponieważ celem jest uwzględnienie różnic w czasie pracy między państwami członkowskimi, jak również między mężczyznami i kobietami, typami działalności i zawodami. Porównywalne dane nie są dostępne ze wszystkich państw członkowskich. W celu uzyskania dalszych wyjaśnień, zobacz Dupré (2002).

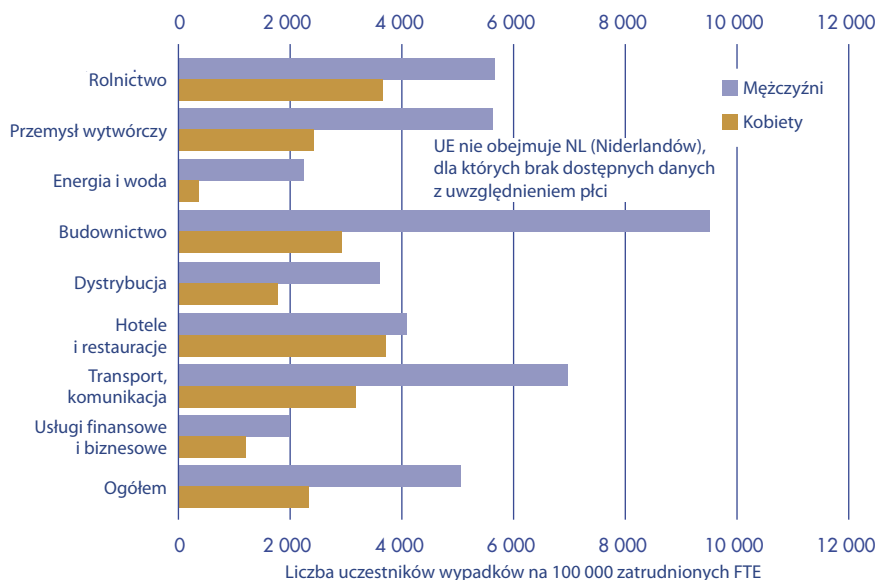
Wykres 1. Wskaźnik częstości występowania wypadków w pracy doznawanych przez mężczyzn w stosunku do kobiet, 1998



Wykres 2. Wskaźnik częstości występowania wypadków w pracy doznawanych przez mężczyzn w stosunku do kobiet na podstawie FTE, ujednolicony pod kątem struktury sektorowej, 1998 (ponadtrzydniowa absencja)



Wykres 3. Ujednolicone wskaźniki częstości występowania wypadków w pracy wśród mężczyzn i kobiet odnośnie do zatrudnienia FTE według branż w UE, 1998 (ponadtrzydniowa absencja)



Wykres 4. Zmiana w ujednoliconych wskaźnikach częstości występowania wypadków w pracy wśród mężczyzn i kobiet, 1994–1998 (ponadtrzydniowa absencja)

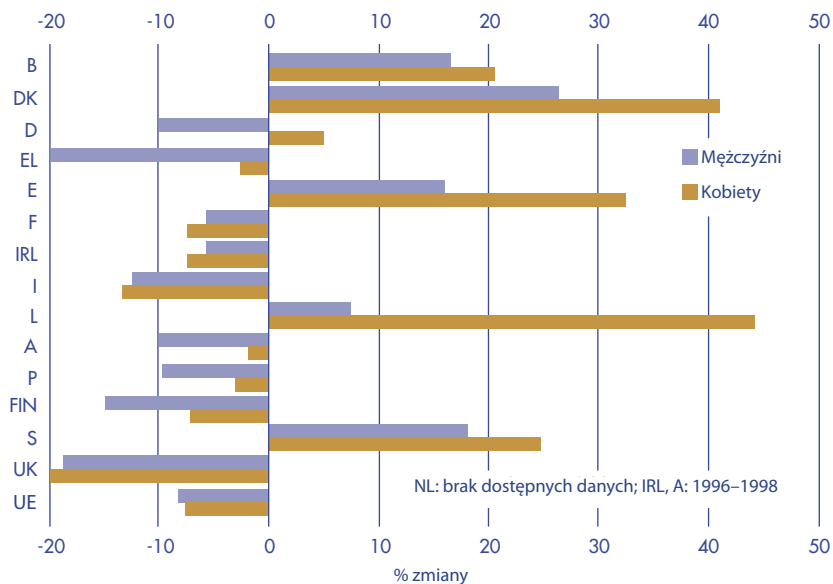


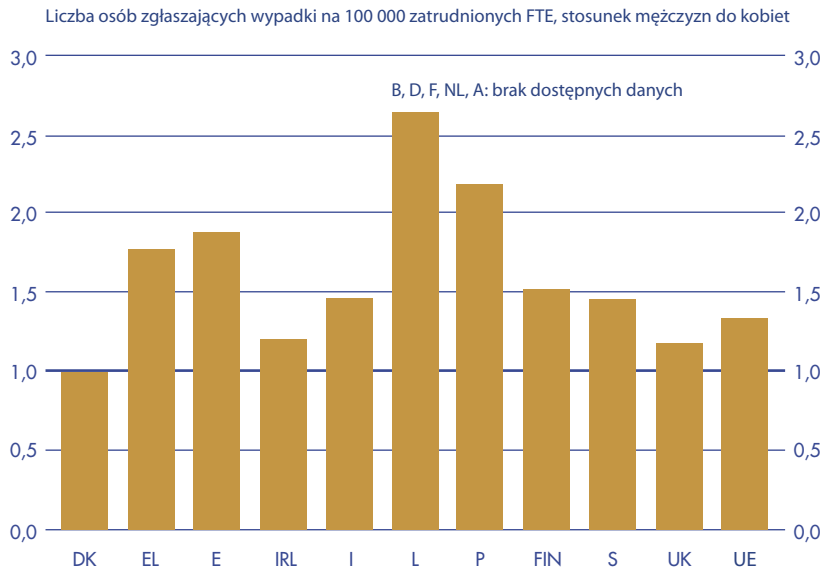
Tabela 1. Wskaźniki częstości występowania wypadków przy pracy wśród mężczyzn w stosunku do kobiet według sektora działalności, 1998

Liczba osób uczestniczących w wypadkach w pracy z ponadtrzydniową absencją na 100 000 zatrudnionych FTE, stosunek mężczyzn do kobiet

Sektor	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	A	P	FIN	S	UK	UE
Rolnictwo	1,6	1,0	1,5	3,7	1,2	1,4	2,3	1,2	0,9	2,0	3,1	2,7	0,9	1,7	1,5
Przemysł wytwórczy	2,7	1,7	2,0	2,4	2,4	2,4	1,6	3,0	1,4	2,6	3,8	2,4	1,5	1,9	2,3
Energia i woda	2,5	3,8	22,4	8,9	3,2	5,1	:	3,3	:	2,1	0,7	6,4	3,2	8,3	6,7
Budownictwo	8,8	4,4	2,4	2,5	2,6	11,1	1,3	6,4	:	7,4	2,4	3,6	3,8	4,2	3,3
Dystrybucja	2,3	1,6	2,6	2,0	2,1	2,0	2,0	2,5	2,2	2,3	3,2	1,6	1,1	1,0	2,1
Hotele i restauracje	0,9	1,1	1,1	1,4	1,0	1,1	0,6	0,6	0,9	1,4	7,7	1,7	0,7	0,9	1,1
Transport, komunikacja	2,9	1,1	2,2	3,6	2,7	3,0	4,9	1,9	4,0	2,7	1,1	2,2	1,4	2,0	2,2
Usługi finansowe i biznesowe	2,4	1,2	0,6	2,9	1,3	2,5	1,3	1,4	2,3	2,8	4,2	1,8	1,3	1,2	1,7
Ogółem	2,7	1,7	2,0	2,4	2,1	2,7	1,9	2,3	2,1	2,8	3,1	2,3	1,5	1,6	2,2

Nb: EU nie obejmuje NL (Niderlandów), dla których brak dostępnych danych z uwzględnieniem płci.

Wykres 5. Wskaźniki częstości występowania wypadków w pracy wśród mężczyzn w stosunku do kobiet ujednolicone co do struktury zawodowej, 1999



Wykres 6. Wskaźniki rozpowszechnienia związanych z pracą dolegliwości mężczyzn w stosunku do kobiet, ujednolicone (zawód), 1999

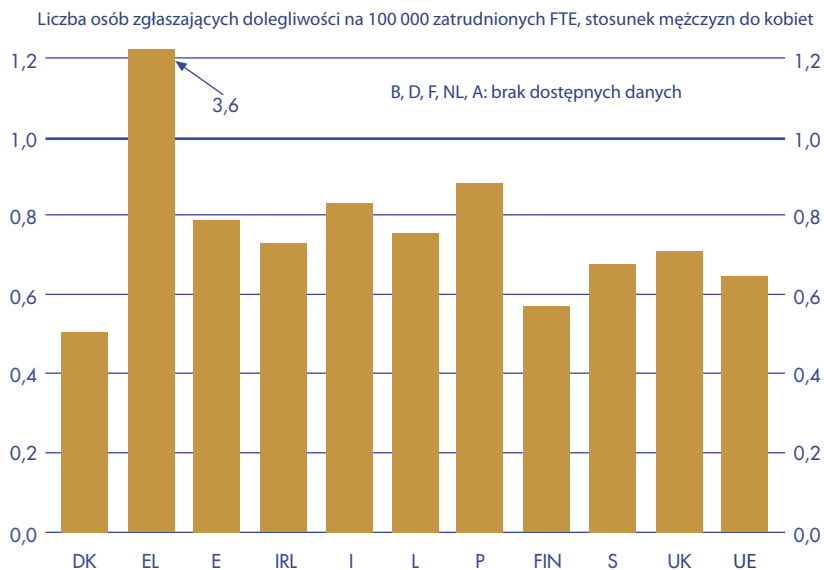


Tabela 2. Wskaźniki rozpowszechnienia dolegliwości związanych z pracą według zawodu, 1999

Stosunek mężczyzn do kobiet											
Główne zawody (ISCO)	DK	EL	E	IRL	I	L	P	FIN	S	UK	UE
Kierownicy, specjaliści, technicy	0,4	1,0	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,4	0,6	0,5
Pracownicy biurowi	0,9	:	1,3	1,1	0,9	0,8	0,8	0,6	1,0	0,8	0,7
Sprzedawcy i pracownicy usług osobistych	0,5	:	0,7	0,6	1,0	0,8	0,5	0,4	0,4	0,6	0,5
Wykwalifikowani pracownicy fizyczni	0,5	2,4	0,6	1,1	0,9	0,6	0,9	0,6	0,6	1,0	0,8
Pracownicy przy pracach prostych	0,5	1,4	0,9	0,5	0,7	2,1	1,3	0,5	1,1	0,8	0,7
Ujednolicona suma	0,5	3,6	0,8	0,7	0,8	0,8	0,9	0,6	0,7	0,7	0,6

Nb: UE nie obejmuje B, D, F, NL i A, dla których brak dostępnych danych albo podziału według zawodu.

Tabela 3. Odsetek mężczyzn i kobiet z różnego typu dolegliwościami związanymi z pracą, 1999

Odsetek mężczyzn i kobiet według typu dolegliwości zgłoszonego jako najpoważniejszy

Typ dolegliwości	DK	EL	E	I	L	P	FIN	S	UK	UE
Mężczyźni										
Problemy z kośćmi, stawami albo mięśniami	57,3	38,8	53,0	50,3	44,3	45,6	58,6	59,7	44,1	51,4
Stres, depresja albo lęk	8,4	10,7	7,3	12,6	7,3	15,2	11,2	14,2	30,5	16,5
Problemy z oddychaniem albo płucami	4,8	17,5	12,6	10,3	12,6	11,3	11,8	5,8	3,7	8,4
Choroby serca albo atak serca, albo inne problemy z układem krążenia	2,5	0,0	11,2	5,4	9,0	6,3	5,1	3,6	3,2	5,4
Problemy ze słuchem	1,9	4,9	2,3	8,3	2,5	4,5	4,2	3,8	2,5	4,2
Ból głowy i przemęczenie oczu	3,3	9,2	2,1	4,4	7,7	2,3	1,6	1,7	2,9	2,8
Problemy skórne	1,6	14,1	1,1	3,2	3,7	4,4	2,9	1,0	2,5	2,4
Choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna albo innego typu)	3,3	0,0	1,6	3,0	6,1	2,2	1,2	1,2	2,8	2,3
Inne typy dolegliwości	16,8	4,9	8,7	2,5	6,8	8,2	3,3	9,0	7,8	6,7
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kobiety										
Problemy z kośćmi, stawami albo mięśniami	63,4	:	66,1	48,3	33,6	26,8	63,9	60,7	40,4	54,4
Stres, depresja albo lęk	9,3	:	8,7	17,0	13,7	34,3	11,5	20,6	36,5	20,2
Problemy z oddychaniem albo płucami	2,5	:	5,3	9,4	13,6	13,1	10,4	3,2	4,5	6,4
Ból głowy i przemęczenie oczu	3,9	:	2,1	6,6	8,0	7,5	2,5	1,7	4,5	3,7
Choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna albo innego typu)	3,1	:	1,4	5,3	9,1	0,8	1,4	1,9	3,6	2,8
Problemy skórne	2,3	:	1,3	3,7	1,1	4,2	3,7	2,3	1,9	2,6
Choroby serca albo atak serca albo inne problemy z układem krążenia	1,0	:	6,1	3,3	7,4	1,9	2,8	1,4	1,4	2,5
Problemy ze słuchem	1,4	:	0,4	2,8	0,4	0,5	0,8	0,8	0,4	1,0
Inne typy dolegliwości	13,1	:	8,7	3,6	13,0	10,9	2,9	7,4	6,8	6,4
Ogółem	100,0	:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Nb: UE nie obejmuje B, D, EL (tylko kobiet), F, IRL, NL i A, dla których brak dostępnych danych albo podziału według płci.

ZAŁĄCZNIK 8: ZAGROŻENIA

ZAWODOWE A PŁEĆ NA ŚWIECIE

Na poziomie międzynarodowym Międzynarodowa Organizacja Pracy (International Labour Organisation – ILO) i inne organizacje przeprowadziły działania w celu analizy zagadnienia płci odnośnie do zagrożeń zawodowych.

Przeciętnie udział kobiet w globalnym rynku pracy wynosi ponad 40%. Ogólny trend jest taki, że liczba kobiet wykonujących płatną pracę wzrasta. Jednak w większości krajów stopa bezrobocia jest wyższa dla kobiet niż dla mężczyzn. Większość kobiet na świecie nadal pracuje w rolnictwie, często jako niepłatne pracownice rodzinne, ale wiele znalazło nowe możliwości zatrudnienia z lepszą płacą w sektorach przemysłu i usług. Kobiety są w coraz większym stopniu aktywne jako przedsiębiorcy i są właścicielkami albo dyrektorami znaczącego odsetka małych i mikroprzedsiębiorstw w wielu krajach. Ponadto kobiety wspięły się w hierarchii i zajmują coraz więcej stanowisk specjalistycznych i kierowniczych. Jednak pozostają zgrupowane na niższych i średnich szczeblach firm i z nielicznymi wyjątkami rzadko dochodzą do najwyższych stanowisk w sektorze prywatnym lub publicznym.

Postęp w kierunku równości płci jest nierównomierny i dyskryminacja nadal jest rozpowszechniona w świecie pracy. Kobiety często są w nieproporcjonalnym stopniu skoncentrowane w zawodach wymagających niższych kwalifikacji i gorzej opłacanych. Stanowią większość pracowników wykonujących pracę w niepełnym wymiarze godzin, tymczasową albo w domu.

Zagrożenia zawodowe, na które są narażone kobiety, związane są z rodzajem pracy najczęściej przez nie wykonywanej. Dotyczą one braku środków z zakresu bezpieczeństwa pracy i ochrony zdrowia oraz długich godzin pracy, zwłaszcza w przypadku pracy w domu czy w usługach. Powszechne są także urazy i zagrożenia dla zdrowia rozrodczego spowodowane narażeniem na szkodliwe pestycydy i ciężką pracę fizyczną podczas uprawy i zbiorów. Ponadto kobiety pracujące we wszystkich zawodach muszą brać na siebie większą odpowiedzialność za pracę związaną z opieką nad rodziną i domem, chociaż w wielu krajach rośnie stopniowo liczba mężczyzn odgrywających coraz większą rolę w tym zakresie. Wyższy poziom stresu u kobiet, ich chroniczne zmęczenie i przedwczesne starzenie się można przypisać „podwójnemu dniowi”, czyli wysiłkowi, jaki wkładają w zachowanie równowagi między pracą a potrzebami rodziny.

U kobiet w rolnictwie, jak u wielu innych wiejskich pracownic, wysoka jest częstość występowania urazów i chorób i niedostateczny dostęp do usług zdrowotnych. Rola kobiet w rolnictwie jest tradycyjnie niedoceniana. Obecnie kobiety produkują prawie połowę światowej żywności. Przeciętne zarobki wiejskich kobiet zajmujących się pracą przy plantacyjnej uprawie roślin są niższe niż mężczyzn. Wiele kobiet wykonujących pracę rolniczą trafia do zadań, których nikt inny nie chciałby wykonywać, takich jak mieszanie albo stosowanie szkodliwych pestycydów, bez odpowiedniego zabezpieczenia i informacji, co powoduje u nich zatrucia, a czasem śmierć. Ciężka praca podczas uprawy i zbiorów może skutkować częstym występowaniem poronień, przedwczesnych porodów i śmierci dziecka albo matki.

Niektóre badania wykazały, że obciążenie pracą w tradycyjnych „kobiecych” zadaniach, takich jak sianie, wrywanie i uprzątnie, jest trochę wyższe niż obciążenie pracą mężczyzn, którzy częściej wykorzystują środki mechaniczne podczas nawadniania, okopywania i uprawy roli (strona internetowa ILO).

Dyskryminacja ze względu na płeć utrudnia także kobietom wydostanie się z kręgu ubóstwa, zwłaszcza w przypadku gospodarstw domowych kierowanych przez kobiety, co staje się coraz powszechniejsze w wielu krajach. Bardziej rozpowszechniony wśród kobiet analfabetyzm i brak dostępu do kształcenia i szkolenia w porównaniu z mężczyznami, jak również brak przedstawicielstwa kobiet w organizacjach politycznych niekorzystnie wpływają na ich możliwości zatrudnienia i zarobki. Zajęcie się tymi zagadnieniami jest ważne tak samo jak analizowanie i rozpoznawanie odmiennych niebezpieczeństw i zagrożeń doświadczanych przez mężczyzn i kobiety w globalizującym się świecie pracy oraz lokalnym rynku pracy. Potrzebne jest wyraźne zaangażowanie w sferze polityki w zwalczanie dyskryminacji, tj. zapewnienie, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety osiągają korzyści z programów bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów prawnych

i instytucji stworzonych w celu wprowadzania ich w życie i egzekwowania (Forastieri, 2000; zobacz także „notatkę informacyjną ILO” poniżej).

Globalne strategie i programy działania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy powinny także uwzględniać dodatkowe problemy, wobec których stają pracownice zwłaszcza w krajach rozwijających się, takie jak: ciężka praca fizyczna, godzenie pracy z życiem rodzinnym, praca w kontekście rodziny, mniej rozwinięte metody pracy, tradycyjne role społeczne i ubóstwo. Ogólne wskaźniki ubóstwa i analfabetyzmu wśród pracownic w krajach rozwijających się są jeszcze wyższe niż dla mężczyzn (WHO, 1994a; Kane, 1999a; zobacz także Bildt i in., 2002).

ILO stworzyła program działań o nazwie „Godna praca”, by zareagować na wyzwania, jakie stawia globalizacja i promować równe możliwości otrzymania godnej i produktywniej pracy przez kobiety i mężczyzn. Celem programu jest ustanowienie programu dla pracy i zatrudnienia, który uwzględnia prawa powszechne i który jest zgodny z wartościami i celami społeczeństwa. Inicjatywa „Godna praca” umieszcza zagadnienia równości płci i rozwoju w centrum programu ILO (ILO, Biuro ds. Równości Płci, 2000).

Kobiety i pestycydy na Ukrainie

Kobiety stanowią na Ukrainie 54% ludności wiejskiej i wykonują 65% pracy w rolnictwie. Ich warunki pracy są gorsze niż mężczyzn, często mają do czynienia z pestycydami, w tym pestycydami przestarzałymi. Pracują bez odzieży ochronnej przy przekopywaniu ziemi skażonej przez radionuklidy i pozostałości pestycydów podczas sadzenia ziemniaków i opryskiwania. Istnieją dowody na to, że cierpią one na choroby związane z pestycydami, ale same są bardzo często nieświadome tych niebezpieczeństw. Intensywna produkcja rolna przyciąga największe spółki agrochemiczne.

Jedną z inicjatyw w celu wprowadzania czynnika płci do głównego nurtu działań z zakresu ochrony środowiska i promowania zrównoważonego rozwoju, w której kobiety przewodzą, wyszła z organizacji pozarządowej, Centrum Zrównoważonego Rozwoju i Badań Ekologicznych, i zatytułowana jest „Kobiety w kształceniu rolniczym”. Działania obejmują promowanie zrównoważonego rolnictwa, ograniczanie ilości pestycydów jako jeden z głównych tematów, edukację środowiskową i zwiększanie świadomości oraz promowanie przyjmowania ustawodawstwa i programów działania dla strategii zmniejszania ilości pestycydów na poziomie lokalnym i państwa.

Źródło: Stefanovska i Pidlisnuk (2002).

Przykłady strategii i polityki w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy na całym świecie

Ogólnie istnieje coraz większa potrzeba zwracania uwagi na zagadnienie płci; zaleca się podob-

ne sposoby podejścia do tego zagadnienia, zwłaszcza wprowadzanie problematyki płci do głównego nurtu polityki i działań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy. Poniżej podane są przykłady z różnych międzynarodowych organizacji.

Wspólny Komitet ILO i WHO

Wspólny Komitet ILO i WHO przyznał w 1992 r., że istnieją specjalne potrzeby pracowników w dziedzinie higieny pracy uzasadnione wiekiem, warunkami fizjologicznymi, płcią, barierami komunikacyjnymi i innymi aspektami społecznymi. Zaleca, jako jeden z priorytetów, opracowanie działań, w których takie potrzeby będą zaspokajane indywidualnie z należytą troską o ochronę zdrowia w pracy wszystkich pracowników, bez pozostawiania żadnej możliwości dyskryminacji (ILO, 1992).

ILO

Rezolucja Międzynarodowej Konferencji Pracy na temat równych możliwości i równego traktowania mężczyzn i kobiet w zatrudnieniu z 1985 r. (zobacz poniżej) zawiera fragmenty dotyczące środowiska pracy, na przykład stwierdza, że „kobiety i mężczyźni powinni być chronieni przed zagrożeniami występującymi w ich pracy i zawodzie w świetle postępu nauki i techniki” i że należy zwracać uwagę na ochronę zdrowia rozrodczego zarówno mężczyzn, jak i kobiet.

W 1989 r. ILO zorganizowała trójstronne posiedzenie ekspertów na temat „specjalnych środków ochronnych dla kobiet i równości w możliwo-

ściach i traktowaniu”. Główny wniosek z dyskusji był taki, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni potrzebują odpowiedniej ochrony przed wszystkimi zagrożeniami w pracy i niewłaściwymi warunkami pracy. Specjalne środki ochronne dla kobiet są sprzeczne z zasadą równości pod względem możliwości i traktowania, jeśli nie wynikają z aspektów biologicznych kobiet. Potrzebne są dalsze badania nad różnicami w czynności rozrodczej kobiet i mężczyzn. Wśród innych propozycji wysuwanych w czasie spotkań były: potrzeba zmiany w podstawowych postawach i praktykach społeczeństwa odnośnie do równych możliwości i traktowania; uznanie dodatkowego obciążenia kobiet pracą; potrzeba dokonania przeglądu całego ustawodawstwa na temat zapobiegania odnoszącego się do kobiet; potrzeba uzasadnienia obiektywnymi i aktualnymi dowodami naukowymi całego ustawodawstwa na temat zapobiegania; potrzeba właściwego mieszkania, godzin pracy i okresów odpoczynku oraz urządzeń do mycia i urządzeń sanitarnych podczas ciąży, karmienia piersią i wczesnego macierzyństwa; potrzeba osobistego bezpieczeństwa dla wszystkich pracowników (w tym w odniesieniu do molestowania seksualnego i przemocy); i znaczenie udogodnień z zakresu opieki nad dziećmi dla pracujących mężczyzn i kobiet.

Przykłady konwencji ILO dotyczących problemu płci

Konwencja 171 w sprawie pracy nocnej (1990) pokazuje przejście od wcześniejszej koncepcji ochrony wszystkich kobiet do zrozumienia, że należy zapewnić ochronę wszystkim pracownikom. Ogólne wyłączenie kobiet z pracy nocnej może mieć negatywny wpływ na ich szanse na rynku pracy i w coraz większym stopniu jest uważane za dyskryminujące, jeśli nie jest uzasadnione powodami związanymi z macierzyństwem.

Konwencja 176 w sprawie pracy w domu (1996), która zajmuje się zdominowaną przez kobiety strefą pracy (badania pokazują, że około 90% osób pracujących w domu to kobiety), przedstawia następujące postanowienia: wolność stowarzyszeń, ochrona przed dyskryminacją, jednakowe wynagrodzenie za pracę o jedna-

kowej wartości, ustawowa ochrona w zakresie ubezpieczeń społecznych, bezpieczeństwo i higiena pracy, minimalny wiek i ochrona macierzyństwa oraz dostęp do szkolenia.

Konwencja 183 w sprawie ochrony macierzyńskiej (2000). W tej niedawnej normie nowością jest rozszerzenie zasięgu na wszystkie zatrudnione kobiety, lepsza ochrona przed zwolnieniem w czasie ciąży albo urlopu macierzyńskiego i po powrocie do pracy, ochrona zdrowia dla kobiet ciężarnych i matek karmiących piersią i środki zapewniające, że macierzyństwo nie jest powodem dyskryminacji w zatrudnieniu.

Konwencja 184 w sprawie bezpieczeństwa i zdrowia w rolnictwie podkreśla znaczenie ochrony pracowników w młodym wieku i pracujących kobiet, uznając wysoką liczbę kobiet uczestniczących w pracy w rolnictwie.

Od czasu uchwalenia rezolucji z 1985 r. i posiedzenia ekspertów z 1989 r. ILO przyjęła w połowie lat 90. wewnętrzną politykę wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu działań, która obejmuje kilka składników. Jednym z nich jest wymóg, by wszyscy pracownicy ILO przeprowadzali analizy rynku pracy pod kątem płci i brali pod uwagę różnice między kobietami a mężczyznami na rynku pracy przy projektowaniu i realizacji programów technicznych. ILO wyznaczyła także specjalistów do spraw płci w wielu biurach terenowych i stworzyła rozległą sieć do spraw płci dla skuteczniejszego wprowadzania zagadnienia płci do głównego nurtu działań w swojej pracy.

Inną konsekwencją podejścia ILO do problemu płci w ciągu ostatnich 20 lat jest przyjęcie kilku konwencji ILO ujmujących problem płci, w tym w sprawie pracy nocnej, pracy w domu, ochrony macierzyńskiej oraz rolnictwa (zobacz ramka powyżej).

ILO zajmuje się także molestowaniem seksualnym w pracy. Wśród najnowszych działań są krajowe badania i posiedzenie regionalne w Azji, których rezultatem jest publikacja pod tytułem „Działania przeciw molestowaniu seksualnemu w pracy w Azji i w rejonie Pacyfiku” (2001). W dziedzinie zapobiegania problemom psychospołecznym w pracy program szkoleniowy o nazwie SOLVE zajmuje się stresem i przemocą, w tym molestowaniem seksualnym.

ILO opracowała wskazówki dotyczące sposobów włączania problematyki płci do dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy (zobacz także „notatkę informacyjną ILO” poniżej). Wśród tych wskazówek są następujące kwestie:

- zwracanie szczególnej uwagi na bezpieczeństwo i zdrowie kobiet we wszystkich programach działania z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy;
- zajmowanie się zagrożeniami zawodowymi, na które narażone są kobiety w przedsiębiorstwie;
- troska o ergonomię oparta na niedyskryminującym podejściu i indywidualnej ocenie ryzyka;
- planowanie z uwzględnieniem ludzkiej zmienności, tj. opracowywanie krajowych norm za-

pewniających ochronę przeciw wszystkim zagrożeniom wszystkim pracownikom bez względu na wiek albo płeć;

- badania oceniające rzeczywiste różnice między płciami;
- gromadzenie danych;
- udział kobiet.

Ogólnoświatowa Komisja ds. Zdrowia Kobiet

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO) powołała na mocy rezolucji Ogólnoświatową Komisję ds. Zdrowia Kobiet. Dla Komisji tej przygotowano referat na temat problemów i polityki dotyczących higieny pracy kobiet (Kane, 1999a), który zawierał wiele zaleceń, podanych poniżej. W nim także zaleca się ocenę ustawodawstwa z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy pod kątem płci:

1. Problemy z dziedziny higieny pracy kobiet powinny być badane w kontekście analizy higieny pracy dla określonej płci.
2. W analizie dla określonej płci powinny być uwzględnione specyficzne zagrożenia z dziedziny higieny pracy w poszczególnych branżach, zawodach i zadaniach nie tylko dla pojedynczego pracownika, ale też dla innych członków rodziny.
3. Praca kobiet w sektorze nieoficjalnym, w rolnictwie i w domu, musi być oparta na określonych zasadach i mierzona, jeśli mają być uwzględnione specyficzne zagrożenia dla kobiet z dziedziny higieny pracy.
4. Należy rozszerzać stosowanie takich metod, jak ankiety dotyczące wykorzystania czasu i łączenie danych w badaniach podłużnych w celu określania i oceny zagrożeń z dziedziny higieny pracy.
5. Należy ponownie ocenić ustawodawstwo dotyczące potrzeb kobiet z zakresu higieny pracy w celu zapewnienia, że ani nie dyskryminuje ono kobiet, ani nie pomija potencjalnych zagrożeń z zakresu higieny pracy wśród mężczyzn.

6. Należy kontynuować uzgodnienia międzynarodowe na temat klasyfikacji zagrożeń dla zdrowia rodzycznego (takich jak chemikalia) i środków zapobiegawczych potrzebnych do ochrony zarówno mężczyzn, jak i kobiet przed tymi zagrożeniami.
7. Potrzeba przyznawania większego znaczenia zajmowaniu się potrzebami z zakresu higieny pracy zarówno mężczyzn, jak i kobiet wymaga zaangażowania i ścisłej współpracy ze strony różnych zainteresowanych międzynarodowych agencji, takich jak WHO i ILO.
8. Interdyscyplinarne badania z ważnym aspektem socjologicznym są niezbędne do zrozumienia związanych z płcią zagadnień higieny pracy. WHO i odpowiednie współpracujące z nią ośrodki powinny przodować w określaniu i koordynowaniu takich badań.

Rezolucja konferencji ILO z 1985 r. na temat równości: warunki pracy (wyjątek)

Warunki i środowisko pracy (fragmenty)

- „Wskazówką do podejmowania środków w celu poprawy warunków i środowiska pracy dla wszystkich pracowników powinny być wnioski dotyczące przyszłych działań w dziedzinie warunków i środowiska pracy przyjęte przez Międzynarodową Konferencję Pracy w 1984 r., a zwłaszcza postanowień dotyczących higieny, zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy kobiet. Należy zwracać należytą uwagę:
 - zwłaszcza na sektory i zawody, w których zatrudniona jest duża liczba kobiet;
 - na potrzebę zapewnienia odpowiedniego stosowania odnośnych środków we wszystkich uwzględnionych przedsiębiorstwach;
 - na celowość rozszerzania zakresu takich środków, by warunki pracy w sektorach albo przedsiębiorstwach dotąd pomijanych, takich jak przetwórstwo eksportowe i strefy wolnego handlu, mogły być odpowiednio normowane;
 - na potrzebę krajowego ustawodawstwa w celu zapewnienia, że pracownicy zatrudnieni w niepełnym wymiarze godzin, tymczasowi,

sezonowi i dorywczy, jak również osoby pracujące w domu, pracownicy kontraktowi i pracownicy domowi nie podlegają żadnej dyskryminacji odnośnie do warunków zatrudnienia i że nie następuje dalszy podział rynku pracy;

- W sprawie ustawodawstwa ochronnego:
 - kobiety i mężczyźni powinni być chronieni przed zagrożeniami nieodłącznymi w ich pracy i zawodzie w świetle postępu wiedzy naukowej i technicznej;
 - należy przedsięwziąć środki w celu dokonania przeglądu całego ustawodawstwa dotyczącego ochrony mającego zastosowanie do kobiet w świetle najnowszej wiedzy naukowej i zmian technicznych i przejrzenia, uzupełnienia, rozszerzenia, zachowania albo zniesienia takiego ustawodawstwa stosownie do krajowych warunków, przy czym celem tych środków jest poprawa jakości życia i promowanie równości w zatrudnieniu między mężczyznami i kobietami;
 - należy przedsięwziąć środki w celu zapewnienia specjalnej ochrony kobietom i mężczyznom w odniesieniu do typów pracy z udowodnioną szkodliwością dla zdrowia, zwłaszcza z punktu widzenia ich społecznej funkcji rozmnażania, i takie środki powinny być okresowo poddawane przeglądowi i aktualizowane w świetle postępu wiedzy naukowej i technicznej;
 - należy podjąć studia i badania nad procesami, które mogą mieć szkodliwy wpływ na kobiety i mężczyzn z punktu widzenia ich społecznej funkcji rozrodczości, i należy przedsięwziąć odpowiednie środki, oparte na tych badaniach, w celu zapewnienia ochrony, jaka może być potrzebna.
- Molestowanie seksualne w miejscu pracy jest szkodliwe dla warunków pracy pracowników i dla ich perspektyw zatrudnienia i awansu. Polityka w celu rozwijania równości powinna zatem obejmować środki służące zwalczaniu i zapobieganiu molestowaniu seksualnemu”.

Zaczerpnięto z rezolucji na temat równych możliwości i równego traktowania mężczyzn i kobiet w zatrudnieniu, przyjętej przez Międzynarodową Konferencję Pracy na jej 71. sesji w czerwcu 1985 r.

Notatka informacyjna ILO: W jaki sposób włączyć problem płci do dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy

1. Polityka w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy

Jeśli polityka promocji zdrowia ma być skuteczna zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn, musi być oparta na dokładniejszych informacjach na temat związku między zdrowiem a rolami płciowymi. Pracownice są w niekorzystnej sytuacji szczególnie z powodu przestarzałych struktur siły roboczej, metod organizacji w miejscu pracy i postaw. Polityka promocji zdrowia dla pracujących kobiet musi uwzględniać wszystkie trzy ich role: gospodyń domowych, matek i pracownic. Trzeba zajmować się osobno wpływem każdej z ról na zdrowie i badać potencjalne konflikty i sprzeczności między nimi. Należy stworzyć obszerną strategię w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracownic w obrębie krajowej polityki bezpieczeństwa i higieny pracy, zwłaszcza w tych dziedzinach, w których skoncentrowanych jest wiele kobiet. Należy opracować spójne ramy w celu zapewnienia skoordynowanego krajowego ujęcia problemu.

Koncentracja pracownic w określonych zawodach prowadzi do specyficznego schematu urazów i chorób. Ogólne środki skierowane do wszystkich pracowników nie stanowią pożądanych korzyści dla pracownic. Trzeba starannie zbadać wpływ płci na zdrowie w celu doprowadzenia do lepszego zrozumienia związku między zdrowiem kobiet a ich rolami społecznymi i ekonomicznymi. Wyniki należy uwzględnić w kreowaniu polityki.

Polityka powinna obejmować jako jeden z celów szczególną ochronę bezpieczeństwa i zdrowia pracownic. Pracodawcom, związkom zawodowym

i władzom krajowym należy zapewnić doradztwo, by umożliwić im określenie problemów, stworzenie odpowiednich powiązań z ogólnymi działaniami z zakresu bezpieczeństwa i zdrowia wszystkim pracownikom i opracowanie specjalnych programów w celu uwzględniania potrzeb pracownic w procesach restrukturyzacji zawodowej i przemysłowej na poziomie krajowym, zwłaszcza w dziedzinach ustawodawstwa, informacji i szkolenia, udziału pracowników i badań stosowanych.

2. Wybór celów na poziomie przedsiębiorstwa

Branże i zawody, które mają wpływ na zdrowie pracownic, powinny być głównymi celami zmian. Należy zatem wprowadzać w życie specjalne programy prewencyjne. Na poziomie przedsiębiorstwa należy przedsięwziąć środki w celu kontrolowania zagrożeń zawodowych, na które narażone są pracownice. Do skutecznego zapobiegania i kontrolowania tych zagrożeń należy stworzyć specjalne programy działań związane z pracą w zagrożeniach w każdym zawodzie, w tym w zagrożeniach czynnikami psychospołecznymi i organizacyjnymi, z uwzględnieniem dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego pracownic. Priorytet działań powinien być skierowany na rewizję zasad pracy i zmianę rozplanowania pracy w celu wyeliminowania albo zminimalizowania zagrożeń, klasyfikację zawodów, podnoszenie umiejętności i zapewnianie nowych ścieżek kariery w zawodach, w których przeważają kobiety.

3. Wybór celów na poziomie indywidualnym

Istnieje potrzeba koncentrowania się na bezpieczeństwie i higienie pracy kobiet i ochronie ich samopoczucia z udziałem służb medycyny pracy. Trzeba stworzyć programy prewencyjne do zachowania bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy. Należy dostosować pracę do możliwości pracownic w świetle stanu ich zdrowia fizycznego i psychicznego, na przykład przez zmniejszanie obciążenia kobiet pracą, przez promowanie odpowiedniej tech-

nologii, przez przydzielenie do innej pracy zgodnie z potrzebami i możliwościami pracownika i przez zapewnianie rehabilitacji, kiedy to konieczne.

Nadal niezbędne są specjalne środki do wykonywania zadań fizycznych w czasie ciąży i po porodzie; zwłaszcza ochrona kobiet w ciąży, dla których praca nocna, ciężka praca i narażenie na promieniowanie mogą stwarzać niedopuszczalne zagrożenia zdrowotne. Jednak ochrona przed zagrożeniami w miejscu pracy powinna być jednakowa dla wszystkich pracowników, powinna zachęcać do równiejszego podziału obciążenia pracą między kobietami i mężczyznami we wszystkich dziedzinach, w tym w opiece nad dziećmi, obowiązkach domowych i pracy poza domem.

4. *Względy ergonomiczne*

Trzeba poddać przeglądowi koncepcję maksymalnego ciężaru, jaki mogą przenosić ręcznie kobiety, oraz konstrukcję sprzętu ochrony indywidualnej w kontekście obecnej wiedzy technicznej i trendów socjomedycznych. Trzeba uwzględniać wahania wewnątrz płci. W krajowych normach dotyczących przenoszenia ciężarów powinno się odejść od regulowania limitów wagi, które różnią się między pracownicami i pracownikami, i stosować niedyskryminujące podejście oparte na indywidualnej ocenie i kontroli ryzyka. Australia, Kanada i Stany Zjednoczone to kraje, które wprowadziły to kryterium we własnych normach. Przy ogólnoświatowej masowej migracji coraz oczywistsze staje się to, że normy antropometryczne muszą być oparte bardziej na ludzkiej zmienności niż na modelowych populacjach, jako że zróżnicowanie rasowych i etnicznych cech morfologicznych można znaleźć wśród pracowników w każdym kraju.

5. *Planowanie z uwzględnieniem ludzkiej zmienności*

Należy unikać uogólnień na temat fizycznych możliwości kobiet, a także realnie oceniać narażenie i potrzeby pracowników płci męskiej. Indywidualne możliwości pracowników niezależnie od wieku i płci

powinny być parametrem do określania wymagań, między innymi co do wydajności, stawianych pojedynczemu pracownikowi. Należy zatem przyjąć na poziomie krajowym normy zapewniające właściwą ochronę (przeciw każdemu zagrożeniu) najbardziej podatnych albo narażonych pracowników w każdym wieku i każdej płci. Pojedyncze normy narażenia na czynniki fizyczne, chemiczne albo biologiczne gwarantowałyby ochronę zdrowia wszystkich pracowników. Specjalna ochrona prawna kobiet nie powinna być unieważniana, ale powinna być rozszerzana na pracowników płci męskiej, kiedy jest to właściwe; na przykład w przypadku ochrony przed promieniowaniem czy zdrowia rozrodczego.

6. *Badania*

Istniejące badania epidemiologiczne muszą zostać krytycznie ocenione w celu znalezienia wszelkich systematycznych uprzedzeń w sposobie przeprowadzania badań podczas studiowania schematów zdrowia i chorób kobiet, w celu uniknięcia założeń opartych na tradycyjnych wartościach kulturowych (na przykład wiązania pewnych nowotworów szyi z pewnymi kobiecymi zawodami). Ocenianie rzeczywistych różnic między płciami i unikanie błędnych sądów na temat życia kobiet to jedyny sposób, by z powodzeniem tworzyć wiedzę o zdrowiu kobiet.

7. *Gromadzenie danych*

Podobnie niewystarczające są krajowe dane statystyczne na temat zawodowych wypadków i chorób kobiet, a wiedza o zdrowiu kobiet nadal jest niedostateczna. Większość krajów nadal kładzie nacisk na oficjalne dane statystyczne dotyczące umieralności matek, które wciąż są bardzo ważnym wskaźnikiem ogólnego stanu zdrowia kobiet w krajach rozwijających się. Jednak wiele kobiet pracuje tylko w niepełnym wymiarze godzin albo jest zatrudnionych jako osoby pracujące w domu, by móc wypełniać obowiązki rodzinne, jednocześnie wnosząc wkład do gospodarki rodziny. Sytuacja ta wyklucza je z danych statystycznych na temat odszkodowań za urazy albo na temat absencji w pracy z powodu choroby. Praca domowa i w gospodarstwie domowym także naj-

częściej nie jest rejestrowana w żadnych statystykach. Zawodów kobiet często brakuje w raportach medycznych i aktach zgonu, w przeciwieństwie do wielu innych pracowników.

Rozszerzenie krajowych danych statystycznych na temat wypadków i chorób zawodowych z uwzględnieniem płci przyczyniłoby się do: ustalenia priorytetów działań w ramach programów prewencyjnych; opracowania krajowej strategii informacyjnej gromadzenia i rozpowszechniania informacji na temat higieny i bezpieczeństwa pracy pracownic; opracowania krajowych norm, krajowych kodeksów postępowania i innych wskazówek dotyczących określonych zagrożeń, wobec których stają pracownice.

8. *Udział kobiet*

Kobiety powinny być lepiej reprezentowane i bardziej bezpośrednio włączone do procesu podejmowania decyzji w sprawie ochrony ich zdrowia.

Opinie kobiet jako użytkowników, opiekunek i pracownic oraz ich doświadczenia, wiedza i umiejętności powinny znaleźć odzwierciedlenie przy formułowaniu i wdrażaniu strategii promocji zdrowia. Powinny one mieć większy udział w polepszaniu swoich warunków pracy, zwłaszcza przez opracowywanie programów, zapewnianie służb medycyny pracy i dostęp do szerszych i lepszych informacji, szkolenia i edukacji zdrowotnej. Wspieranie pracownic, by się organizowały i uczestniczyły w ulepszaniu swoich warunków pracy, powinno być wzmacniane zarówno na poziomie kraju, jak i przedsiębiorstwa.

Źródło: Forastieri (2000), Bezpieczna praca: notatka informacyjna na temat pracownic i zagadnienia płci w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, Międzynarodowe Biuro Pracy, Genewa (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/gender/womenwk.htm>).

ZAŁĄCZNIK 9: ZWIĄZEK
MIĘDZY PŁCIĄ, STATUSEM
ZAWODOWYM A WARUNKAMI
PRACY: WYNIKI ANALIZY
POD KĄTEM PŁCI
TRZECIEJ EUROPEJSKIEJ
ANKIETY NA
TEMAT WARUNKÓW PRACY

Fagan i Burchell (2002) zajmowali się związkami między płcią, statusem zawodowym i różnymi wskaźnikami warunków pracy, które są dostępne z trzech europejskich ankiet na temat warunków pracy. Zbiorcza tablica wyników, którą sporządzili zaprezentowana jest poniżej. Po przeanalizowaniu wyników, stwierdzili, że istnieją pewne różnice ze względu na płeć w niektórych aspektach warunków pracy, nie stwierdzili natomiast żadnej tendencji we wszystkich zbadanych wskaźnikach.

Wskaźniki warunków pracy	Różnica między płciami	Związek z grupą statusu zawodowego
Charakter pracy – wybrane tematy - Rozwiązywanie problemów i uczenie się - Złożoność lub monotonia zadań - Praca zespołowa lub rotacja zadań - Obowiązki z zakresu planowania	Status osoby zatrudnionej w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin ma większy wpływ niż sama płeć; prace w niepełnym wymiarze godzin dają mniej możliwości uczenia się, są bardziej monotonne i obejmują mniej obowiązków z zakresu planowania.	Rozwiązywanie zadań, ich złożoność i planowanie cechują głównie stanowiska kierownicze i specjalistyczne. W każdej grupie statusu zawodowego te elementy zawartości pracy są ogólnie biorąc mniej powszechne dla zatrudnionych kobiet niż dla zatrudnionych mężczyzn. Najmniejszą różnicę ze względu na płeć stwierdza się wśród pracowników biurowych i usług.
Dopasowanie umiejętności i ilość szkoleń zapewnianego przez pracodawców - Czy poziom umiejętności odpowiada wymaganiom pracy? - Jaka była liczba zapewnionych dni szkolenia?	Podobnie znaczna większość przedstawicieli każdej płci stwierdziła, że ich umiejętności odpowiadają wymaganiom ich pracy i ilość szkoleń w miejscu pracy także była przeciętnie podobna. Najczęściej to osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin mówią, że ich umiejętności są niedostatecznie wykorzystywane i że przechodzą mniej szkoleń niż pełnoetatowcy.	Kierownicy i specjaliści przechodzili mniej szkoleń niż inni pracownicy. W każdej grupie statusu zawodowego kobiety przechodziły mniej szkoleń niż mężczyźni; ta różnica między płciami była najmniej wyraźna w kategorii kierowniczej i specjalistycznej.
Obsługa klientów i praca „z ludźmi” Część czasu pracy, która spędzana jest na bezpośrednim zajmowaniu się ludźmi spoza miejsca pracy (klientami, pasażerami, pacjentami, uczniami itd.)	Cechuje zwłaszcza zawody kobiet, bez względu na to, czy praca jest w pełnym, czy niepełnym wymiarze godzin.	Cechuje zwłaszcza pracę umysłową. Kobiety na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych wykonują więcej pracy „z ludźmi” niż mężczyźni zatrudnieni w tych kategoriach zawodowych. Obraz jest odwrotny dla pracy fizycznej: w tych zawodach kobiety mają mniej pracy „z ludźmi” niż mężczyźni.
Narażenie na zastraszanie i dyskryminację w miejscu pracy - Przemoc, zastraszanie i tyranizowanie - Dyskryminacja (płeć, wiek, przynależność państwowa, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność, orientacja seksualna)	Kobiety mają wyższe wskaźniki doświadczania i świadomości na temat przemocy, zastraszania i dyskryminacji w pracy.	
Narażenie na zagrożenia materialne i fizyczne Jako część czasu pracy: - Hałas - Wibracje spowodowane przez narzędzia i maszyny - Mikroklimat gorący i zimny - Niebezpieczne produkty albo substancje	Mężczyźni są bardziej narażeni na te zagrożenia niż kobiety. Miejsca pracy w niepełnym wymiarze godzin dają pewną ochronę przed tymi zagrożeniami, w kategoriach zarówno mniejszego zagrożenia narażeniem, jak i krótszego czasu pracy.	W każdej grupie statusu zawodowego mężczyźni są bardziej narażeni na te zagrożenia. Ta różnica ze względu na płeć najwyraźniejsza jest w zawodach fizycznych; jest nieistotna w kategorii specjalistów. Miedzy płcią i statusem zawodowym zachodzi interakcja: narażenie jest najwyższe w przypadku mężczyzn w zawodach fizycznych, a następnie kobiet w zawodach fizycznych; narażenie jest najniższe w przypadku pracowników umysłowych każdej płci.
Narażenie na zagrożenia ergonomiczne Jako część czasu pracy: - Powtarzalne ruchy rąk lub ramion - Bolesne albo męczące pozycje - Przenoszenie albo przesuwanie ciężarów - Krótkie powtarzalne zadania	Brak różnicy ze względu na płeć we wskaźnikach powtarzalnych ruchów, bolesnych pozycji albo krótkich powtarzalnych zadań. Mężczyźni są bardziej narażeni na dźwiganie ciężarów, co sprawia, że ogólnie są bardziej zagrożeni tymi niebezpieczeństwami. Miejsca pracy w niepełnym wymiarze godzin dają pewną ochronę przed tymi zagrożeniami.	Zagrożenia ergonomiczne są najczęściej spotykane w zawodach fizycznych. Miedzy płcią a statusem zawodowym zachodzi interakcja: kobiety są bardziej narażone na zagrożenia ergonomiczne niż mężczyźni we wszystkich strefach pracy umysłowej – zwłaszcza w zawodach specjalistycznych – jak również w fizycznych zawodach specjalistycznych.

Wskaźniki warunków pracy	Różnica między płciami	Związek z grupą statusu zawodowego
Praca z komputerem Jako część czasu pracy: - Praca z komputerem - Telepraca z domu za pomocą komputera	Brak różnic ze względu na płeć w pracy z komputerem, ale mężczyźni nieco częściej wykonują telepracę. Osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin rzadziej pracują z komputerem.	Różnice ze względu na płeć są wyraźniejsze, kiedy bierze się pod uwagę status zawodowy: W każdej grupie statusu zawodowego mężczyźni częściej pracują z komputerem (włączając w to telepracę).
Praca w domu Dom jest głównym miejscem pracy (z wyłączeniem telepracy).	Brak różnic ze względu na płeć we wskaźniku pracy w domu; brak różnicy z uwagi na zatrudnienie w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin (ale ankieta może zbyt nisko szacować większy udział kobiet w pracy w domu, dorywczej albo w sektorze nieformalnym).	Istnieją różnice ze względu na płeć w profilu zawodowym osób pracujących w domu. Mężczyźni pracujący w domu częściej są kierownikami albo specjalistami w zawodach fizycznych, natomiast kobiety pracujące w domu częściej są pracownikami biurowymi albo usług osobistych.
Intensywność pracy - Czynniki wyznaczające tempo pracy - Praca z dużą szybkością - Niewystarczający czas na wykonanie pracy - Napięte terminy	Tempo pracy kobiet częściej wyznaczają żądania innych ludzi; mężczyźni są bardziej narażeni na cele produkcyjne albo tempo maszynowe. Brak różnic ze względu na płeć w wymaganiach, by pracować z dużą prędkością albo w sprawie tego, czy nie mają dość czasu na wykonanie pracy. Mężczyźni częściej pracują pod presją napiętych terminów. Prace w niepełnym wymiarze godzin zapewniają pewną ochronę przed intensywnością pracy.	Kierownicy i specjaliści są najbardziej zagrożeni intensywnością pracy (ale pracownicy fizyczni są najbardziej narażeni na pracę z dużą prędkością). Między płcią a statusem zawodowym zachodzi interakcja: na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych fizycznych kobiety są mniej narażone na wysoki poziom intensywności pracy, ale różnice ze względu na płeć w pozostałych grupach statusu zawodowego są niewielkie.
Zakłócające przerwy	Brak różnic ze względu na płeć albo status osoby zatrudnionej w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin.	Częstość występowania jest nieco wyższa w zawodach specjalistycznych i kierowniczych.
Autonomia pracy i autonomia w zakresie czasu pracy - Metody pracy - Prędkość pracy - Kolejność zadań - Kiedy robione są przerwy - Wybór co do czasu urlopu - Wpływ na czas pracy	Mężczyźni mają wyższy poziom autonomii. Niewiele jest różnic między pełnoetatowcami a osobami pracującymi w niepełnym wymiarze godzin pod względem autonomii pracy, ale osoby pracujące w niepełnym wymiarze godzin mają nieco większy wpływ na swój czas pracy.	Autonomia najwyższa jest w przypadku pracowników na stanowiskach kierowniczych i specjalistycznych. Autonomia pracy specjalistek jest o wiele niższa niż w przypadku specjalistów.
Zarobki - Zarobki miesięczne netto - Struktura płac	Kobiety są bardziej zagrożone niską płacą niż mężczyźni, a także rzadziej korzystają z najwyższych zarobków. Tę różnicę ze względu na płeć stwierdza się także wśród osób pracujących w niepełnym wymiarze godzin. Wyższy odsetek mężczyzn ma włączoną dodatkową zapłatę w strukturę swoich zarobków.	
Konsultacje na temat organizacji pracy i środków ochronnych z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy - Konsultacje mają miejsce i są skuteczne - Świadomość zagrożeń z dziedziny zdrowia i bezpieczeństwa	Większość mężczyzn i kobiet uważa, że są z nimi prowadzone skuteczne konsultacje, ale z jedną trzecią osób z każdej płci nie prowadzi się konsultacji. Spośród osób pracujących w niebezpiecznych warunkach kobiety częściej zgłaszają, że mają niedostateczne informacje z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa, i rzadziej mają sprzęt ochronny.	

Źródło: Fagan i Burchell (2002), *Płeć a miejsca pracy i warunki pracy w Unii Europejskiej*, Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy.

ZAŁĄCZNIK 10: RÓŻNICE MIĘDZY PAŃSTWAMI CZŁONKOWSKIMI W DZIEDZINIE PRZEPISÓW Z ZAKRESU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH, ABSENCJI CHOROBOWEJ I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Przepisy z zakresu ubezpieczeń społecznych związanych z absencją chorobową w krajach UE

Gründemann i Van Vuuren (1997) podsumowali oficjalne przepisy w dziedzinie bezpieczeństwa dotyczące absencji wskutek chorób i niezdolności do pracy w państwach członkowskich UE (i Norwegii). Stwierdzili, że istnieją wielkie różnice. Jednak należy także zauważyć, że ogólna praktyka często różni się znacznie od oficjalnych przepisów.

W większości krajów (Austria, Belgia, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Włochy, Luksemburg, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja i Zjednoczone Królestwo) żąda się zaświadczenia od lekarza ogólnego w przypadkach czasowego zwolnienia chorobowego. Sytuacja jest niejednolita w różnych krajach co do liczby dni absencji, po której żąda się takiego zaświadczenia. Tylko w trzech krajach (Dania, Irlandia i Niderlandy) nie żąda się takiego zaświadczenia. Wymóg przedłożenia zaświadczenia lekarskiego w przypadku absencji chorobowej zwykle ma być progiem w celu utrudnienia „zgłaszania choroby”.

W praktyce świadectwo lekarskie nie znaczy wiele. Pracownicy idą do lekarza, o którym wiedzą, że podpisze zaświadczenie, a jeśli ten lekarz odmówi, zawsze mogą iść do innego. Niemniej jednak badania pokazują, że obowiązek przedstawienia świadectwa lekarskiego ogólnie wiąże się z nieco niższą częstością występowania absencji chorobowych (zobacz Gründemann i Van Vuuren, 1997).

W większości krajów pracownik, który zgłasza chorobę, musi czekać od jednego do kilku dni, aż otrzyma zaświadczenie. Nazywane jest to „okresem wyczekiwania”. Tylko w Austrii, Niemczech, Luksemburgu i Norwegii nie stosuje się żadnych dni wyczekiwania. W pozostałych krajach pracownikom nie płaci się za pierwszy dzień (Belgia i Szwecja), pierwsze dwa dni (Niderlandy), pierwsze trzy dni (Francja, Grecja, Irlandia, Włochy, Portugalia, Hiszpania i Zjednoczone Królestwo) albo pierwszych dziewięć dni (Finlandia). W wielu krajach praktyka może różnić się znacznie od tych oficjalnych przepisów. W wielu przypadkach pracodawcy rekompensują utratę zarobków z powodu dni wyczekiwania. Dni wyczekiwania są jednak także używane jako próg w absencji. Literatura i fakt, że praktyka czasami różni się od samych przepisów, pokazują, iż dniom wyczekiwania towarzyszy niższa częstotliwość absencji, ale że przeciętna długość absencji jest większa. Wpływ różnic w liczbie dni wyczekiwania między krajami UE na ogół absencji będzie zatem uważany za zerowy.

W większości krajów oficjalnie następuje utrata dochodu w przypadku absencji chorobowej, w takim znaczeniu, że pensje nie są wypłacane albo że wypłacany odsetek świadczenia jest niższy niż 100%. Praktyka jest zwykle mniej negatywna niż można by wnosić z oficjalnych przepisów. W wielu krajach pracodawca uzupełnia świadczenie, w licznych przypadkach nawet do 100%.

Po pierwszym okresie absencji procent świadczenia zmniejsza się w większości krajów. Tylko w czterech krajach (Dania, Luksemburg, Niderlandy i Norwegia) kontynuowana jest pełna wypłata wynagrodzeń. W pozostałych krajach ten odsetek wynosi 50 – 80% ostatniego wynagrodzenia.

W większości krajów (11) maksymalny okres czasowej niezdolności do pracy wynosi w przybliżeniu jeden rok. We Włoszech i w Zjednoczonym Królestwie stosuje się krótszy maksymalny okres (odpowiednio 26 i 28 tygodni). Maksymalny okres absencji ma duży wpływ na długość zwolnienia chorobowego, zwłaszcza na rejestrowane zwolnienia chorobowe. Może jednak również wpływać na nastawienie do rehabilitacji, i przez to także wpływać na ogólną liczbę dni absencji.

Chociaż wszystkie kraje UE mają przepisy dotyczące urlopu macierzyńskiego, czas jego trwania różni się znacznie. Zwłaszcza w rejestrowaniu absencji chorobowych urlop macierzyński może odpowiadać za znaczną część absencji chorobowych. Na przykład w holenderskim systemie opieki zdrowotnej przeciętnie 1,0–1,5% czasu pracy zajmują urlopy macierzyńskie (Gründemann i Van Vuuren, 1997).

Przepisy na temat długotrwałej albo stałej niezdolności do pracy w UE

W wielu krajach (Belgia, Finlandia, Irlandia, Luksemburg, Niderlandy, Norwegia, Portugalia i Hiszpania)

przepisy dotyczące długotrwałej albo stałej niezdolności do pracy wiążą się, pod względem czasu, z przepisami dotyczącymi czasowych zwolnień chorobowych. W krajach tych istnieje okres wyczekiwania na świadczenia związane z trwałą niezdolnością do pracy, który jest równoważny z maksymalnym okresem stosowanym do (niestałej) absencji chorobowej. W większości innych krajów nie jest rzeczą niezbędną, by minął maksymalny okres do (niestałego) zwolnienia chorobowego, zanim osoba uprawniona jest do stałego świadczenia (Gründemann i Van Vuuren, 1997).

Definicje i warunki płatności są zróżnicowane. Często oparte są na minimalnej utracie zdolności do zarabkowania albo minimalnym procencie niezdolności do pracy. To minimum może różnić się znacznie między krajami, tak samo jak maksymalne świadczenie. W Belgii procent świadczenia uzależniony jest od sytuacji rodzinnej. W większości krajów istnieje procedura dodatkowej oceny, która ma decydujące znaczenie w przyznawaniu świadczeń z zakresu niezdolności do pracy albo renty inwalidzkiej. Tu także występują różnice między krajami (Gründemann i Van Vuuren, 1997).

ZAŁĄCZNIK 11: WYNIKI ANKIETY TUTB NA TEMAT CZYNNIKA PŁCI W KONTEKŚCIE BEZPIECZEŃSTWA I OCHRONY ZDROWIA ORAZ PRZYKŁADY INICJATYW ZWIĄZKÓW ZAWODOWYCH

Ankieta TUTB na temat czynnika płci w BHP

W celu ułatwienia włączania czynnika płci do polityki zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy Biuro Techniczne Związków Zawodowych (Trade Union Technical Bureau – TUTB) i Europejska Konfederacja Związków Zawodowych (European Trade Union Confederation – ETUC) przeprowadziły ankietę w 15 krajach UE w latach 2001–2002. Ankieta, wspierana przez belgijskie ministerstwo zatrudnienia, w powiązaniu z działaniami prowadzonymi przez belgijskie przewodnictwo UE, miała ocenić:

- włączanie zagadnienia płci do polityki z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa;
- działania interwencyjne w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy, które uwzględniają zagadnienie płci.

Wśród respondentów były: związki zawodowe (36%), instytuty badawcze (21%), instytucje odpowiedzialne za politykę w zakresie bezpieczeństwa

i higieny pracy (13%) oraz służby prewencyjne (9%). Otrzymano bardzo niewiele odpowiedzi od instytucji odpowiedzialnych za politykę w dziedzinie równości. Ankietę uzupełniło wyszukiwanie i analiza sposobów, w jakie artykuły w czasopismach naukowych albo informacyjnych z dziedziny bezpieczeństwa i higieny pracy zajmowały się problematyką płci; a także szersze przeszukiwanie literatury.

Wśród wstępnych wyników były następujące:

- Wymiar płci zyskuje uznanie jako czynnik zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
- Uwzględnione zagadnienia są z zakresu od chorób układu mięśniowo-szkieletowego do organizacji czasu pracy i przez tradycyjnie męskie „twierdze”, takie jak przemysł budowlany, do zawodów zdominowanych przez kobiety, takich jak pielęgniarstwo i usługi utrzymania czystości.
- Niektóre sektory są wyraźnie o wiele bardziej zaawansowane niż inne w tej dziedzinie: 25% działań miało miejsce w sektorze usług zdrowotnych i społecznych, 10% w dystrybucji i handlu detalicznym (np. kasy w supermarketach), ale mniej niż 25% w przemyśle, głównie w sektorach włókienniczym, obuwniczym i odzieżowym.
- Programy działania w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy nadal w większości oparte są na modelu neutralnym wobec płci, historycznie bazującym na typowym pracowniku płci męskiej; ogólnie instytucje zajmujące się bezpieczeństwem i higieną pracy nie zwracają uwagi na zagadnienie płci, z wyjątkiem krajów nordyckich.
- Służby prewencji zaczynają włączać czynnik płci do swoich działań, ale ogólnie biorąc tylko w sektorach zatrudnienia „zdominowanych przez kobiety” albo odnośnie do problemów uważanych za „bardziej charakterystyczne dla kobiet”.
- Badania są niepełne z powodu zaszufładowania polityki; na przykład istnieją ważne badania na temat rozdziału płci w zatrudnieniu, ale niewiele z nich zajmuje się zagadnieniami bezpieczeństwa i higieny pracy; wiele miejsca w ankietach poświęcono tematowi „budżetu czasu”, czyli podziałowi czasu między działania, ale rzadko wiązano to z warunkami pracy.

- Istnieją różne interpretacje w sprawie tego, co stanowi badania uwrażliwione na problem płci. Można je interpretować jako badania: koncentrujące się na zawodach zdominowanych przez kobiety, obejmujące porównawczą analizę kobiet i mężczyzn, skupiające się na zagadnieniach uważanych za szczególnie istotne dla kobiet, na przykład rozrodczości albo równowadze pracy i życia prywatnego. Inne badania dotyczą czynnika płci zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim, w tym męskich populacji z perspektywy płci.
- W różnych dziedzinach badań przyjmuje się różne sposoby podejścia. Żadne jednak nie gwarantuje uwzględniania wymiaru płci. Potrzebne jest interdyscyplinarne podejście, zajmujące się także czasem życia prywatnego i czasem pracy („podejście poprzeczne”). Uwzględnianie subiektywnego doświadczenia pracowników jest bardzo ważne.
- Jedynie mniejszość badań z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy obejmujących zagadnienie płci ukierunkowana jest na działania interwencyjne i zapobiegawcze.
- Programy działania z zakresu zdrowia w pracy, równości i zdrowia społecznego są bardzo poszuflakowane i stosunkowo nieczułe na pozostałe problemy.
- Polityka zdrowotna w pracy zwykle ignoruje interakcję między płatną i niepłatną pracą. Jeśli czynnik płci jest uwzględniony, często dotyczy to tylko kobiet, które kwalifikowane są jako „narażona grupa”.
- Polityka zdrowia publicznego stała się bardziej świadoma zagadnienia płci w ostatnich latach. Jednak ani płatna, ani niepłatna praca nie zajmują eksponowanego miejsca w większości badań nad wymiarem płci w zdrowiu. Kiedy rozpatrywano powiązanie między zdrowiem i niepłatną pracą, skupiano się bardziej na dostępie do zatrudnienia niż na badaniu powiązania podwójnego obciążenia pracą ze stanem zdrowia.
- Polityka zdrowia publicznego zwykle uwzględnia warunki pracy tylko wtedy, gdy istnieje bezpośredni związek między określonym czynnikiem i schorzeniem. Bardziej oddziałuje to na kobiety, na przykład dlatego, że związane z pracą

skutki dla zdrowia kobiet częściej są wieloprzynowowe niż w przypadku mężczyzn.

- Polityka zdrowotna w pracy nie jest powiązana z polityką równości i widoczność bezpieczeństwa i higieny pracy w dziedzinie równości w zatrudnieniu jest niewielka.
- W wielu krajach prowadzi się politykę promowania równowagi płci w pracy; jednak większość zgłoszonych przypadków nie obejmuje warunków pracy, a ogranicza się do szkolenia zawodowego, czasami połączonego ze wsparciem psychologicznym.

Zaobserwowano także różnice między krajami, zwłaszcza między krajami skandynawskimi i romańskimi. W krajach skandynawskich TUTB stwierdził, że wymiar płci jest bardziej widoczny i włączony do polityki instytucjonalnej i że jak się wydawało, przeprowadzano większą liczbę badań na temat czynnika płci w BHP. Stosowano wskaźniki płci w działaniach monitorujących, a specjalne programy oraz współpraca między różnymi sektorami przyniosły bardziej systematyczny zasób wiedzy. Podejście uwzględniające czynnik płci stosowano do szerszego zakresu problemów zdrowotnych zarówno w badaniach, jak i w monitorowaniu statystycznym. W krajach romańskich TUTB stwierdził, że mniej jest zinstytucjonalizowanych działań dotyczących czynnika płci w BHP, chociaż ich liczba wzrosła w ostatnich latach, i że kiedy miały one miejsce, częściej ograniczone były do problemów „specyficznie kobiecych”. Jednak ponieważ nadal wysokie było zapotrzebowanie „społeczne” na działania w dziedzinie czynnika płci w BHP, skutkowało to podejmowaniem działań na poziomie lokalnym. Zjednoczone Królestwo opisano jako kraj, który ma pragmatyczne podejście, nieobejmujące wyraźnie wszystkich zagadnień z zakresu czynnika płci w BHP, ale które dało początek zarówno lokalnym inicjatywom, przeważnie wychodzącym od związków zawodowych, jak i programom badawczym organu do spraw BHP, które stały się bardziej uwrażliwione na problem płci.

Źródła: Vogel (2002); strona internetowa TUTB.

Przykłady działań związków zawodowych w dziedzinie czynnika płci w BHP

TUTB zebrało także przykłady inicjatyw związków zawodowych mających na celu zapobieganie zagrożeniom dla kobiet i poprawę udziału kobiet w życiu zawodowym. Na przykład trzy konfederacje związków zawodowych z Mediolanu, CGIL, CISL i UIL, stworzyły w 1996 r. grupę interwencyjną do spraw higieny pracy kobiet złożoną ze związkowców, techników publicznej służby prewencji, lekarzy i przedstawicieli pracowników do spraw bezpieczeństwa. Obszary prowadzonych badań obejmowały powtarzalną pracę kobiet w różnych sektorach przemysłu i usług, jak również zagrożenia biologiczne, ochronę macierzyńską i pracę nocną.

Hiszpański związek zawodowy CCOO osiągnął porozumienie z największą siecią hoteli na Balearach dotyczące stworzenia informacyjnej i związkowej inicjatywy szkoleniowej w sprawie chorób układu mięśniowo-szkieletowego w trzydziestu kilku ho-

telach firmy. Opracowano program szkoleniowy dla przedstawicieli do spraw prewencji, przeznaczony dla pokojówek hotelowych, które narzekają głównie na ból pleców i inne choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Szkolenie, przeprowadzane przez związek, odbywa się na terenie hotelu. Obejmuje rozpoznawanie chorób układu mięśniowo-szkieletowego, ocenę ryzyka i sformułowanie planu prewencji. Przeprowadzana jest także ankieta wśród pokojówek. Propozycje wysuwane przez pracownice w trakcie kursu i wyniki ankiety dla pokojówek są gromadzone i włączane do planów prewencji. Komisja do spraw bezpieczeństwa rozwija te plany, które są następnie podstawą dyskusji z technikami służb prewencji i działań prewencyjnych. Jednym z ważnych wyników było to, że pokojówki poprzednio odgrywały niewielką rolę w komisjach do spraw bezpieczeństwa albo w decyzjach co do zakupów (jednym z zagadnień było niewłaściwe ergonomiczne projektowanie mebli i sprzętu roboczego).

Źródło: TUTB (2000).

ZAŁĄCZNIK 12:

USTAWODAWSTWO I POLITYKA

Z ZAKRESU RÓWNOŚCI PŁCI W UE

Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską umieszcza promowanie równości płci wśród zadań Wspólnoty (art. 2) i czyni z niego przekrojowy cel (art. 3) dla UE. Artykuł 13 Traktatu ustanawiającego WE upoważnia Komisję do podejmowania inicjatyw w celu zwalczania dyskryminacji opartej, wśród innych przyczyn, na płci. Artykuł 141 jest podstawą prawną inicjatyw Wspólnoty na rzecz równych możliwości i równego traktowania mężczyzn i kobiet w sprawach zatrudnienia. Na stronie internetowej Komisji na temat równości płci (http://europa.eu.int/comm/employment_social/equ_opp/rights_en.html#other) zamieszczono linki do stron z dziedziny ustawodawstwa i innych działań dotyczących równości płci. Można tam także znaleźć linki do niżej wymienionych dyrektyw i ustaw.

Dyrektywy UE na temat równości płci obejmują następujące tematy:

- Jednakowa płaca (dyrektywa Rady 75/117/EWG)
- Jednakowe traktowanie w miejscu pracy (dyrektywa Rady 76/207/EWG)
- Jednakowe traktowanie odnośnie do ustawowych programów ubezpieczeń społecznych (dyrektywa Rady 79/7/EWG)
- Jednakowe traktowanie odnośnie do pracowniczych programów ubezpieczeń społecznych (dyrektywa Rady 86/378/EWG)
- Jednakowe traktowanie dla samozatrudniających się i pomagających im małżonków (dyrektywa Rady 86/613/EWG)
- Urlop macierzyński (dyrektywa Rady 92/85/EWG)
- Organizacja czasu pracy (dyrektywa Rady 93/104/WE)
- Urlop rodzicielski (dyrektywa Rady 96/34/WE)
- Ciężar dowodu w sprawach o dyskryminację ze względu na płeć (dyrektywa Rady 97/80/WE)
- Ramowe porozumienie na temat pracy w niepełnym wymiarze godzin (dyrektywa Rady 97/81/WE)

Inne ustawy Wspólnoty obejmują omówienie następujących zagadnień:

- Równowaga płci w podejmowaniu decyzji
- Godzenie pracy z życiem rodzinnym
- Współpraca w sprawie rozwoju
- Kobiety a nauka
- Przemoc i wykorzystywanie seksualne
- Edukacja i szkolenie
- Jednakowa płaca
- Zatrudnienie i rynek pracy
- Fundusze strukturalne
- Prawa człowieka i wszelka dyskryminacja.

ZAŁĄCZNIK 13: KRYTERIA OCENY RÓWNOŚCI W MIEJSCU PRACY

Lista kontrolna samooceny w aspekcie równości w miejscu pracy. Równość oceniana jest według ośmiu osobnych norm.

Poziom równości	✓ Czy równość i dobre samopoczucie pracowników są uwzględnione w zarządzaniu zasobami ludzkimi? ✓ Czy równość jest nieodłączna w celach i strategii organizacji pracy? ✓ W jaki sposób równość postrzegana jest przez personel?
Polityka w zakresie wynagrodzeń	✓ Czy polityka w zakresie wynagrodzeń oparta jest na jednakowym traktowaniu i bezstronności? ✓ Jak otwarcie prezentowane i omawiane są podstawy do wynagrodzeń i premii? ✓ Czy pracownicy uważają, że są traktowani sprawiedliwie?
Możliwości kariery i pracy	✓ Czy pracownicy mają równe możliwości zdobycia pracy i równe możliwości rozwoju kariery i rozwoju przez całe życie w swojej pracy?
Wspólne cele i możliwości w zakresie oddziaływania i kontroli	✓ Czy wszyscy znają wspólną wizję i wspólne cele?
Atmosfera pracy i poczucie wspólnoty	✓ Czy kultura miejsca pracy wspiera równość? ✓ Czy różnorodność postrzegana jest jako bogactwo, czy też celem jest osiągnięcie jednorodności personelu?
Przepływ informacji i otwartość w dostarczaniu informacji	✓ Czy wszyscy w takim samym stopniu uzyskują informacje dotyczące ich pracy i działu oraz przyszłych warunków i perspektyw, także w kategoriach ekonomicznych?
Warunki pracy	✓ Czy warunki pracy są bezpieczne i odpowiednie pod względem ergonomicznym? ✓ Czy praktykowane jest zarządzanie wiekiem i czy starszym ludziom poświęca się należyty uwagę? ✓ Czy zainicjowano programy zdolności do pracy i czy wspierają one dobre samopoczucie pracowników?
Godzenie pracy z życiem rodzinnym (życiem prywatnym)	✓ Czy wszyscy mają okazję do życia prywatnego poza pracą? ✓ Czy ciągle nadmierna praca i nadmierne zaangażowanie są wymagane i nagradzane? ✓ Czy karana jest odmowa wykonywania nadmiernej pracy? ✓ Czy życie osobiste i życie rodzinne są cenione, czy też rodzina postrzegana jest jako obciążenie? ✓ Czy mężczyźni są wspierani i nagradzani, czy też zniechęceni i w pośredni sposób karani, jeśli chodzi o branie urlopu rodzicielskiego?

Źródło: Kauppinen i Ojala (1999).

ZAŁĄCZNIK 14: JAKOŚĆ PRACY Kobiet – Strategie zmian ustalone przez Europejską Fundację

Na początku niniejszego raportu przyznano, że szeroki zakres zagadnień dotyczących równości w zatrudnieniu, jak również w życiu społecznym i obywatelskim ma wpływ na różnice ze względu na płeć w bezpieczeństwie i higienie w samym miejscu pracy. Badanie tych zagadnień w dużym stopniu leży poza zakresem niniejszego raportu i inne podmioty na poziomie UE przedstawiły strategię działania w tej dziedzinie. Poniższe propozycje i przykłady dobrych praktyk zostały zestawione przez Europejską Fundację (2002) na podstawie jej badań.

1. Obszary ugód zbiorowych

- Dyskryminacja pod względem płacy i sprawiedliwość płacy:
poziomy płacy, możliwości, systemy, struktury stopniowania płacy, ocena miejsc pracy, dostęp do świadczeń itd.
- Rozdział płci:
dostęp do szkoleń i ich rodzaj, rekrutacja, awanse, definicje zawodów i konieczne kwalifikacje, organizacja pracy, ograniczenia co do pracy kobiet itd.

- Dostęp do pracy i bezpieczeństwo zatrudnienia:

likwidacja etatu, rozwiązanie umowy, bezpieczeństwo godzin pracy, status umowny itd.

- Interakcja rodzina – praca:
urlop macierzyński, ojcowski, rodzicielski i na opiekę nad osobą będącą na utrzymaniu, opieka nad dziećmi, czas pracy itd.
- Kultura i struktury organizacyjne:
szkolenie z zakresu równych możliwości i zwiększania świadomości, ścieżki kariery, molestowanie seksualne itd.
(Bercusson i Dickens, 1996)

2. Różnice ze względu na płeć: przykłady innowacyjnych porozumień

Poniżej podano przykłady innowacyjnych cech porozumień zmierzających do poprawy dostępu kobiet do pracy, ograniczenia rozdziału płci i zmniejszenia dyskryminacji pod względem płacy w celu przyczynienia się do usunięcia różnic między płciami w zatrudnieniu.

Poprawa dostępu kobiet do pracy i rozwoju ich kariery

- Eliminowanie stereotypów płciowych w opisach miejsc pracy i ogłoszeniach.
- Możliwości łączenia pracy z opieką i elastyczny czas pracy.
- Usuwanie albo podnoszenie granic wieku i eliminowanie dyskryminujących próśb o informacje na ten temat.
- Reklamowanie pozytywnych działań w rekrutacji (w celu zachęcania do składania podań niedostatecznie reprezentowanej płci).
- Ustalanie celów w rekrutacji.
- Poszukiwanie odpowiednich wewnętrznych kandydatów i zapraszanie wszystkich kandydatek na rozmowy albo umieszczanie kandydatek na krótkiej liście co do stanowisk, w przypadku których mają zbyt mały udział, albo przynajmniej w stosunku do liczby kobiet wśród kandydatów.

Awanse i szkolenia

- Zamówienie badań nad strukturą płci wśród osób pracujących.
- Określenie przeszkód dla awansów kobiet.
- Wyznaczanie ścieżek kariery w celu ułatwienia dostępu kobiet do wyższych stanowisk.
- Jednakowy albo preferencyjny dostęp do szkoleń i doświadczenia zawodowego.
- Specjalne szkolenie (na przykład umożliwiające kobietom nabycie „męskich” umiejętności i dla dyrektorów i innych osób w dziedzinie świadomości na temat równych możliwości).
- Fundusze i miejsca szkoleniowe zarezerwowane dla kobiet.
- Zapewnienie udogodnień opiekuńczych w czasie szkolenia.

Usuwanie różnic w płacy między płciami

- Dokonanie przeglądu sytuacji, w której ma być wprowadzane w życie porozumienie (na przykład upewnienie się, że wszyscy pracownicy są objęci porozumieniem – także pracujący w niepełnym wymiarze godzin albo nie na stałe).
- Stworzenie nowych narzędzi do neutralnej wobec płci oceny pracy.

Godzenie pracy z życiem rodzinnym

- Środki szkoleniowe podczas urlopu rodzicielskiego i w sytuacji ponownej integracji w zatrudnieniu.
- Utrzymywanie kontaktu w czasie przebywania na urlopie.
- Rozwijanie praw z uwagi na staż pracy i praw z zakresu ubezpieczeń społecznych podczas okresów urlopu.

3. Czynniki kontekstowe wpływające na wynik działań i interwencji

W badaniach Fundacji podkreślono także, jaki wpływ na negocjacje wielostronne w sprawie równości ma kontekst ogólny (Dickens, 1998). Określono następujące czynniki:

- **Czynniki środowiskowe:** kontekst ekonomiczny, rynek pracy, ustawodawcze i nieustawodawcze działania interwencyjne.
- **Czynniki organizacyjne:** interesy i problemy pracodawców, interesy i problemy związków zawodowych, ułatwianie wewnętrznych kontekstów, polityka w dziedzinie zasobów ludzkich.
- **Znaczenie czynnika płci w ugodach zbiorowych:** tożsamość negocjatorów, znaczenie obecności kobiet, charakter i jakość związku negocjacyjnego.

4. Zagadnienia wybrane do przyszłych badań i inicjatyw

W kontekście rozszerzającej się Unii Europejskiej w badaniach Fundacji określono szereg zagadnień przyszłych inicjatyw badawczych:

- Dogłębne badania porównawcze państw.
- Opracowywanie wskaźników ukierunkowanych na problem płci a dotyczących jakości pracy i zatrudnienia (status, zawód, poziom dochodów i płaca, ochrona socjalna, zdrowie i bezpieczeństwo, organizacja pracy, rozwijanie kwalifikacji, równowaga pracy w życiu).
- Dogłębna analiza czynników warunkujących rozdział płci na rynkach pracy w UE oraz istniejących strategii.
- Dalsze badania nad sposobami zachowania równowagi między czasem pracy i czasem poza pracą a perspektywą etapów życia.
- Związki między płatną a niepłatną pracą oraz ich powiązania z ochroną socjalną i emeryturami.
- Jakość pracy i zatrudnienia kobiet w krajach kandydujących, gdzie jak się wydaje wskaźniki udziału kobiet są wyższe, a rozdział płci mniejszy niż w UE.

Źródło: Europejska Fundacja (2002c), Jakość pracy i zatrudnienia kobiet – Narzędzia zmian

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

Bezpieczeństwo i higiena pracy w aspekcie płci pracownika – Przegląd

Luksemburg: Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich

2006 — 222 s. — 16,2 x 22,9 cm

ISBN 92-9191-125-9

Jak otrzymać publikacje UE?

Płatne publikacje Urzędu Publikacji są dostępne w EU Bookshop <http://bookshop.europa.eu/>.
Ze strony tej można złożyć zamówienie na publikacje w dowolnym biurze sprzedaży.

Pełną listę sprzedawców naszych publikacji na całym świecie można uzyskać, wysyłając faks pod numer (352) 29 29-42758.



Niniejszy raport przetłumaczono z oryginału angielskiego w Centrum Tłumaczeń dla Organów Unii Europejskiej. Agencja dziękuje Centralnemu Instytutowi Ochrony Pracy – Państwowemu Instytutowi Badawczemu za pomoc w przygotowaniu niniejszej wersji językowej, zrealizowaną w ramach zadań służb państwowych II etapu programu wieloletniego pn. Dostosowywanie warunków pracy w Polsce do standardów Unii Europejskiej, realizowanego w latach 2005–2007, dofinansowywanego w latach 2005–2007 ze środków Ministerstwa Gospodarki i Pracy.

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy
<http://osha.europa.eu>



Europejska Agencja
Bezpieczeństwa i Zdrowia
w Pracy

Gran Via, 33, E-48009 Bilbao
Tel. (34) 944 79 43 60; faks (34) 944 79 43 83
E-mail: information@osha.europa.eu



Urząd Publikacji
Publications.europa.eu

TE-51-03-786-PL-C

ISBN 92-9191-125-9



9 789291 191125 7 >