

MEDYCYNĄ PRACY

DWUMIESIĘCZNIK

ORGAN SEKCJI MEDYCYNY PRACY PRZY POLSKIM TOWARZYSTWIE
LEKARSKIM I INSTYTUTÓW MEDYCYNY PRACY

ROK IX

1958

Nr 5

P R A C E O R Y G I N A L N E

M. Sokołowska, M. Królikowska, J. Nofer

NIKTÓRE ZAGADNIENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD KOBIETĄ W PRZEMYSŁE

Z Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi
Dyrektor: doc. dr *J. Nofer*

Szybki rozwój przemysłu, przemiany polityczno-społeczne i wojny w ciągu XX wieku, a zwłaszcza ostatnich 25 lat, spowodowały znaczny wzrost zatrudnienia kobiet, przede wszystkim w przemyśle. Kobiety czynne w tej gałęzi gospodarki narodowej stanowią obecnie w większości krajów uprzemysłowionych ok. $\frac{1}{3}$ wszystkich kobiet pracujących zawodowo i od 20% do 40% osób zatrudnionych w przemyśle.

Zatrudnienie kobiet w przemyśle w Polsce ilustruje tabela I.

Tabela I

Zatrudnienie kobiet w przemyśle w Polsce (wg Rocznika Statystycznego z 1957)

Rok	Zatrudnienie kobiet w liczbach bezwzgl.	% w stosunku do ogółu zatrudnionych w przemyśle
1930	210 000	22,0
1949	493 679	28,4
1953	584 781	30,4
1954	626 800	30,7
1955	814 656	30,2
1956	843 459	30,0

Jak wynika z tabeli II, w Polsce kobiety pracują we wszystkich najważniejszych gałęziach przemysłu, przy czym w niektórych przemyśłach stanowią one większość ogółu zatrudnionych (np. przemysł odzieżowy, włókienniczy, poligraficzny).

Statystyki innych krajów również potwierdzają fakt, że kobiety pracują obecnie we wszystkich gałęziach przemysłu, także i w tych, które jeszcze niedawno uważane były za niedostępne dla kobiet, np. przemysł

maszynowy, budowlany, chemiczny, elektrotechniczny itd.), przy czym udział pracy kobiet w tych gałęziach przemysłu kształtuje się na ogół jak w Polsce.

Tabela II

Zatrudnienie kobiet w różnych działach przemysłu w Polsce w 1956 r.
(wg Rocznika Statystycznego z 1957)

Gałęzie przemysłu	% w stosunku do ogółu zatrudnienia
Odzieżowy	69,4
Włókienniczy (z dziewiarskim)	61,2
Poligraficzny i produkcja przedmiotów kultury	55,1
Tłuszczowy i mydlarsko-kosmetyczny	48,3
Szklarski i porcelanowo-fajansowy	45,4
Gumowy	43,9
Papierniczy	41,8
Chemiczny (łącznie z kopalnictwem surowców chemicznych)	32,9
Spożywczy	30,8
Skórzany, futrzarski i obuwniczy	30,4
Wydobycie minerałów i produkcja wyrobów z tworzyw mineralnych	26,2
Drzewny	22,7
Budowy maszyn i metalowy	20,4
Materiałów budowlanych (łącznie z wydobyciem materiałów do budownictwa)	19,4
Hutnictwo metali nieżelaznych (łącznie z wydobyciem rud)	18,5
Hutnictwo żelaza (łącznie z wydobyciem rud)	18,2
Wytwarzanie energii elektr. i ciepłej	14,5
Paliw i koksochemiczny	11,2
Solny	10,8

W związku ze znaczną przewagą kobiet w niektórych gałęziach przemysłu (np. włókienniczy i odzieżowy), na obszarach, gdzie zlokalizowane są te gałęzie przemysłu, wzrasta poważnie udział kobiet w ogólnym zatrudnieniu (np. w Łodzi kobiety stanowią obecnie 50,5% wszystkich zatrudnionych).

Ten wzrost liczby kobiet pracujących zawodowo świadczy o poważnym kroku naprzód w procesie usamodzielnienia i równouprawnienia kobiet. W rezultacie tego procesu uległa i coraz bardziej ulega zmianie sytuacja społeczna kobiety, która w naszych warunkach ustrojowych stała się na równi z mężczyzną pełnowartościowym członkiem społeczeństwa, mającym możność wykazania swych uzdolnień i swej przydatności we wszystkich zawodach i na wszelkich stanowiskach. To równouprawnienie kobiet

jest wielką zdobyczą gospodarczą, społeczną i polityczną ustroju socjalistycznego. Dało ono gospodarce duży potencjał siły roboczej, a kobietom stworzyło równe z mężczyznami szanse zarobkowania i wpływania na tok życia społecznego. Jednakże masowy, żywiołowy i nieuregulowany wpływ kobiet do różnych zawodów, a w szczególności do przemysłu, pociągnął za sobą głębokie zmiany w całym życiu społecznym. Zmiany te dotyczą również zagadnień zdrowotnych.

Przyjmuje się, że dla kobiety nie będącej w ciąży i nie karmiącej, pracami, które mogą spowodować zmiany w czynnościach narządów rodnych, są: a) prace wymagające dużych wysiłków fizycznych, b) prace w wymuszonej uciążliwej pozycji, c) prace narażające na wstrząsy mechaniczne, aczkolwiek w tym ostatnim przypadku badania przeprowadzone przez różnych autorów nie dają jednoznacznej odpowiedzi. Poza tym mniejsze niż u mężczyzn wymiary ciała kobiety uzasadniają żądanie, aby warsztat lub stanowisko pracy, przy którym pracuje kobieta, były dostosowane do tych rozmiarów, najczęściej bowiem wymiary produkowanych obecnie maszyn i narzędzi dostosowane są do pracy przeciętnego mężczyzny. Nie ma natomiast, przynajmniej dotychczas, mimo bardzo licznych prac na ten temat, przekonujących danych, które by wskazywały na szczególną wrażliwość, w porównaniu z mężczyzną, organizmu kobiety, nie będącej w ciąży i nie karmiącej, na inne szkodliwości zawodowe. Jady przemysłowe, pyły szkodliwe, różnego rodzaju promieniowanie działają w warunkach przemysłowych na ustrój kobiety na ogół podobnie jak na ustrój mężczyzny. Wprawdzie w przebiegu zatrucia niektórymi jadami przemysłowymi dochodzi również do uszkodzeń funkcji narządu rodowego (zaburzenia w miesiaczkowaniu w przypadku zatrucia rtęcią, benzenem itp.), jednak zatrucia te zdarzają się w takich warunkach pracy, kiedy i wśród mężczyzn stwierdza się wyraźne objawy zatrucia.

Zagadnieniem, które nie zostało dotąd wystarczająco opracowane, mimo że zajmowało się nim wielu autorów (Baetjer, Smith, Kronenberg, Rejskova, Jindrichova i inni) jest wpływ cyklicznych przemian hormonalnych na sprawność ustroju kobiecego. Jak się wydaje, prawidłowy cykl miesiaczkowy, który jest procesem fizjologicznym, nie ma większego wpływu na zdolność kobiety do pracy. Potwierdzają to również badania przeprowadzone przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi nad wydajnością pracy tkaczek obserwowanych w czasie kilku cykli miesiaczkowych. Nie wykazano znamiennych różnic w wydajności pracy w okresie miesiaczkowania w porównaniu z innymi dniami cyklu.

Jedynym czynnikiem biologicznym, który może uzasadniać ostrożniejsze w porównaniu z mężczyznami zatrudnianie kobiet w przemyśle, jest fakt, że kobieta zachodzi w ciążę, rodzi i karmi dziecko. Wiadomo, że w okresie ciąży sprawność wielu mechanizmów regulacyjnych w ustroju, np. procesów detoksykacji i wydalania jądów, może być naruszona. W rezultacie może zwiększyć się wrażliwość ustroju na niektóre jady przemysłowe. Wiele szkodliwości przemysłowych może bezpośrednio (np. jady przenikające przez łożysko) lub pośrednio, poprzez uszkodzenia organizmu ciężarnej, działać niekorzystnie na płód. Wynika stąd bezwzględne wskazanie do usuwania kobiet ciężarnych z prac tzw. szkodliwych lub uciążliwych. Prócz tego szkodliwości zawodowe, które mogą wywoływać przewlekłe uszkodzenia zdrowia (np. przewlekłe zatrucia, pylice itp.), o ile występują w nasileniu przekraczającym dopuszczalne normy, również powinny stanowić przeciwwskazanie do pracy kobiet będących

w wieku płodnym. Jest rzeczą oczywistą, że ciąża u osoby z przewlekłym schorzeniem zawodowym będzie procesem bardziej niebezpiecznym, zarówno dla matki jak i dla płodu, niż ciąża u osoby zdrowej. Na ogół wymagania te są w dostatecznej mierze uwzględniane przez ustawodawstwo pracy kobiet w przemyśle. Lista prac nie dozwolonych dla kobiet w Polsce wynosi 71 pozycji. System opieki lekarskiej nad kobietą ciężarną, ustawodawstwo o pracy kobiet ciężarnych, dwunastotygodniowe urlopy macierzyńskie itp. w zasadzie w wystarczający sposób chronią ciążę pracującej kobiety przed specyficznymi, wynikającymi z warunków produkcji, szkodliwościami zawodowymi.

O skuteczności tego systemu opieki nad kobietą ciężarną świadczą badania, w których nie udało się wykazać szkodliwego wpływu pracy kobiet w zawodach dla nich prawnie dozwolonych, na przebieg ciąży, porodu i położu. Jak wynika z przeprowadzonych w Łodzi badań kobiet w przemyśle włókienniczym, kobiety pracujące w tym przemyśle rodzą tak samo często jak inne grupy kobiet w Polsce. Praca zawodowa zatem nie wpływa na ograniczenie funkcji rozrodczych (Krzysztoporski, Komorowska, Berger, Sowiński).

W Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi i I Klinice Chorób Kobiectych Łódzkiej Akademii Medycznej wykonano szereg badań w celu określenia ogólnego stanu zdrowia kobiet ciężarnych w różnych grupach zawodowych. Między innymi, przebadano średnie wartości dla krwinek czerwonych i współzależność z poziomem hemoglobiny (Wolski). Uzyskane wartości średnie nieznacznie różniły się w zależności od grupy zawodowej, liczby przebytych porodów itp. Oznaczono również poziom hemoglobiny i białka w osoczu krwi pracujących fizycznie ciężarnych w porównaniu z inną grupą ciężarnych (Paluchowa). W badaniach wykazano wprawdzie nieznaczny wpływ rodzaju pracy na obniżenie poziomu białka, jednakże wyniki badań nie są na tyle przekonujące, żeby uważać problem za dostatecznie opracowany.

Poza tym badano zmiany w górnych drogach oddechowych u ciężarnych pracujących, choroby skóry, stan uzębienia, żylaki i obrzęki kończyn dolnych oraz zmiany rentgenologiczne w klatce piersiowej. Nie udało się stwierdzić wyraźnego wpływu pracy na częstość występowania tych schorzeń.

Autorzy obcy (Pinard, Vignes, Baetjer, Desoille, Bauer i inni) wykazują zależność pomiędzy pracą zawodową kobiet a wagą noworodków. Zależność ta występuje jeszcze wyraźniej, jeżeli kobieta pracuje do ostatniej chwili przed porodem (Smith). Średnia waga noworodków matek zatrudnionych w przemyśle wynosiła wg Baetjer 2900 g, a noworodków matek nie pracujących zawodowo — 3100 g. Jednak badania przeprowadzone przez Wawryka na Śląsku nie potwierdziły tych spostrzeżeń.

Z danych Komorowskiej i Bergera wynika, że odsetek porodów powikłanych i przedwczesnych u kobiet zatrudnionych w przemyśle włókienniczym nie przewyższa odsetka podawanego w ogólnie znanych statystykach położniczych uwzględniających całą populację kobiet. Według tych autorów odsetek powikłań ciążowych u kobiet pracujących nie przewyższa odsetka powikłań ciążowych w kraju (odsetek martwo urodzonych dzieci matek pracujących w przemyśle wynosił 1,6, co odpowiada mniej więcej danym krajowym — 1,8%).

Podobnie w masowych badaniach wykonywanych w latach 1952—1954 na terenie Łodzi, dotyczących głównie robotnic przemysłu włókienniczego,

nie udało się wykryć wpływu pracy zawodowej na częstość występowania schorzeń ginekologicznych wśród kobiet pracujących w przemyśle.

W świetle powyższych materiałów wydawałoby się, że przy istniejącym systemie opieki prawnej i lekarskiej nad kobietą pracującą stan zdrowotny kobiet zatrudnionych w przemyśle nie powinien być gorszy niż innych grup ludności. Jednak istnieją dane wskazujące, że ogólny stan zdrowia robotnic kształtuje się gorzej niż wśród mężczyzn w analogicznych grupach produkcji i gorzej niż wśród kobiet nie zatrudnionych w przemyśle.

W szczególności wskaźniki absencji chorobowej wśród kobiet kształtują się na poziomie wyższym niż wśród mężczyzn (tab. III i IV).

Tabela III

Wskaźniki absencji chorobowej i zachorowalności wśród mężczyzn (m) i kobiet (k) w dużym kombinacie włókienniczym w 1951 r. (wg badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi)

	Płeć	Wskaźnik
Absencja (w % dni zaplanowanych)	m	3,1
	k	4,0
Zachorowalność (przypadków na 100 rob.)	m	96,4
	k	167,8

Tabela IV

Absencja chorobowa w zależności od płci i wieku w dużym kombinacie włókienniczym w 1951 r. (wg badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi)

Wiek	Mężczyźni			Kobiety		
	absencja *	zachorowalność **	przeciętne trwanie choroby ***	absencja *	zachorowalność **	przeciętne trwanie choroby ***
Do 19 lat	2,36	122,8	6,9	2,59	158,4	5,5
20—29 „	2,62	111,4	8,5	3,34	183,0	6,3
30—39 „	2,28	94,2	8,8	3,99	172,0	8,1
40—49 „	2,82	82,8	12,7	4,54	160,2	10,0
50—59 „	4,41	83,5	18,8	5,58	150,5	13,2
60 i więcej	5,25	81,6	22,7	6,78	127,9	19,1

* w % dni roboczych zaplanowanych

** przypadków na 100 pracowników

*** dni

Z tabeli IV wynika, że absencja chorobowa jak i zachorowalność kobiet jest większa we wszystkich grupach wieku w porównaniu z mężczyznami. Dla obu płci wzrasta ona z wiekiem (zwykle choroba starszego robotnika trwa dłużej). Zachorowalność kobiet jest również wyższa we wszystkich

grupach wieku, jakkolwiek zmniejsza się z wiekiem u obu płci (zwykle starsi robotnicy chorują rzadziej). Przeciętny czas choroby u kobiet jest krótszy niż u mężczyzn we wszystkich grupach wieku.

Jednak mimo że kobiety chorują krócej, chorują one częściej i to sprawia, że dają w rezultacie większą liczbę dni niezdolności do pracy. Jest rzeczą interesującą, aczkolwiek nie wyjaśnioną, że krótszy przeciętny czas trwania zwolnienia u kobiet dotyczy niemal wszystkich jednostek i grup chorobowych (z wyjątkiem gościca, nadciśnienia i chorób układu nerwowego, tab. V). Być może wpływa na to fakt, że do wcześniejszego opuszczenia łóżka zmusza kobietę konieczność pracy domowej oraz brak dostatecznego pielęgnowania w chorobie (zwykle kobieta opiekuje się chorymi w rodzinie; natomiast, gdy ona sama zachoruje, domownicy nie zawsze potrafią zapewnić jej dostateczną opiekę).

Tabela V

Przeciętny czas trwania choroby u kobiet i mężczyzn w różnych jednostkach chorobowych w dużym kombinacie włókienniczym (wg badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi)

Jednostki chorobowe lub grupy chorób	Przeciętny czas trwania choroby (dni)	
	kobiety	mężczyźni
1. Gruźlica narządów oddechowych	34,4	54,0
2. Choroby gośćcowe i narządów ruchu	20,0	18,6
3. Nadciśnienie tętnicze	18,8	12,8
4. Choroby serca	17,9	28,7
5. Choroby naczyń	15,2	17,7
6. Urazy pozazawodowe	13,0	17,2
7. Choroby wątroby i dróg żółciowych	11,8	16,5
8. Choroby układu nerwowego	11,7	10,4
9. Urazy i zatrucia zawodowe	11,4	11,9
10. Choroby narządów moczowych	10,6	12,3
11. Inne choroby skóry	9,8	13,1
12. Narząd oddechowy	9,7	12,0
13. Ropne choroby skóry i tkanki podskórnej	9,6	10,5
14. Choroby narządów płciowych	9,3	—
15. Inne choroby narządu trawienia	8,3	8,6
16. Choroby wzroku	7,1	8,8
17. Choroba wrzodowa	6,1	9,5
18. Ostry nieżyt żołądka i jelit	6,1	7,7
19. Grypa	4,7	4,7
20. Inne choroby	3,1	3,2

Prace autorów czeskich, niemieckich, włoskich, francuskich, angielskich, szwedzkich, amerykańskich i innych potwierdzają uzyskane przez nas wyniki w zakresie kształtowania się absencji chorobowej kobiet w przemyśle (Rejskova, Jindrichova, Baetjer, Smith, Forssman, Guillbert, Desoille, Paul, Smiley, Wade, Balogh, Kronenberg, Wyatt i inni).

Na kształtowanie się wskaźników absencji chorobowej, obok wielu innych czynników, wpływa również środowisko przemysłowe. Tab. VI uwiadcza kształtowanie się tych wskaźników w zasadniczych działach prze-

Tabela VI

Absencja chorobowa i zapadalność w dużym kombinacie włókienniczym wśród mężczyzn i kobiet (wg badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi)

	Płeć	Przędzalnia i tkalnia	Inne działy	Ogółem
Absencja	m	3,2	3,1	3,1
(w % dni zaplanowanych)	k	4,1	3,9	4,0
Zapadalność (przypadków na 100 ro- botników)	m	112,5	88,8	96,4
	k	174,3	143,0	167,9

Tabela VII

Wskaźniki absencji chorobowej wśród mężczyzn i kobiet w Szwecji w zależności od stanu cywilnego: w % dni roboczych zaplanowanych (wg Forssmana)

	Kobiety		Mężczyźni	
	samotne	mężatki	samotni	żonaci
Wskaźnik absencji chorobowej (%) .	6,81	8,96	4,85	4,44

Tabela VIII

Wskaźniki absencji chorobowej wśród kobiet samotnych i mężatek w Czechosłowacji: w % dni roboczych zaplanowanych (wg Rejskowej)

	Samotne	Mężatki
Wskaźnik absencji chorobowej (%) .	4,47	7,07

mysłu bawelnianego. Wynika z niej, że działy, w których występuje duże zapylenie i gorący mikroklimat, mają większe wskaźniki absencji i zapadalności, przy czym różnice te kształtują się podobnie wśród mężczyzn jak i wśród kobiet, mimo że kobiety dają większą absencję i zapadalność niż mężczyźni. Potwierdza to wspomnianą poprzednio tezę, że kobiety nie są wyraźnie bardziej wrażliwe na szkodliwości przemysłowe w porównaniu z mężczyznami i większa absencja chorobowa kobiet w zasadzie nie zależy od tego czynnika.

Jak wynika z tabel VII i VIII, na absencję chorobową kobiet wpływa wybitnie ich sytuacja rodzinna. Małżeństwo obniża absencję chorobową mężczyzn, natomiast zwiększa absencję chorobową kobiet, na skutek czego mężatki opuszczają więcej dni pracy niż kobiety samotne. Jest rzeczą oczywistą, że odgrywają tu rolę warunki i obowiązki domowe kobiet zamężnych.

Tabela IX

Wskaźniki absencji wśród kobiet w porównaniu z mężczyznami. Analogiczne wskaźniki wśród mężczyzn w odpowiednich grupach wieku przyjęte za 100 (wg badań Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi)

Wiek	Absencja
Do 19 lat	110
20—29 „	128
30—39 „	175
40—49 „	161
50—59 „	127
60 i więcej	129

Z tab. IX wynika, że różnica między wskaźnikami absencji kobiet i mężczyzn zaczyna wyraźnie zaznaczać się w wieku 20—29 lat, a więc wtedy, gdy kobieta wychodzi za mąż, rodzi i zaczyna wychowywać dzieci. Różnice te osiągają największą rozpiętość w wieku 30—39 lat, na który to okres przypada również największe nasilenie obowiązków rodzinnych kobiety. Wysoki wskaźnik w wieku 40—49 lat można tłumaczyć, obok istniejącego jeszcze obciążenia kobiet rodziną, zaburzeniami związanymi z okresem przekwitania.

Podobne dane przytacza z terenu Berlina autorka niemiecka Paul. Zbadane przez nią kobiety bezdzietne opuściły z powodu choroby w ciągu półrocza średnio 28,1 dni; kobiety, których dzieci miały dobrą opiekę podczas pracy matki, opuściły 30,8 dni; natomiast kobiety, których dzieci nie miały zapewnionej opieki, opuściły 32,2 dni.

Powstaje pytanie, czy zjawisko większej absencji chorobowej kobiet obciążonych rodzinami jest związane z rzeczywiście gorszym stanem ich zdrowia, czy też jest to wynikiem symulowania względnie agravacji choroby, aby pod pretekstem zwolnienia chorobowego uzyskać czas na wykonanie prac domowych.

Badania nad częstością wydawania nieuzasadnionych zwolnień lekarskich, przeprowadzone przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w lutym i marcu 1958, wykazały, że wśród mężczyzn uzyskujących zwolnienia chorobowe odsetek nieuzasadnionych zwolnień wynosi 4,7%; u kobiet — 3,9%. Świadczy to, że wyższe wskaźniki absencji chorobowej u kobiet wynikają z obiektywnych przyczyn zdrowotnych, a nie z częstszej symulacji lub agravacji w porównaniu z mężczyznami.

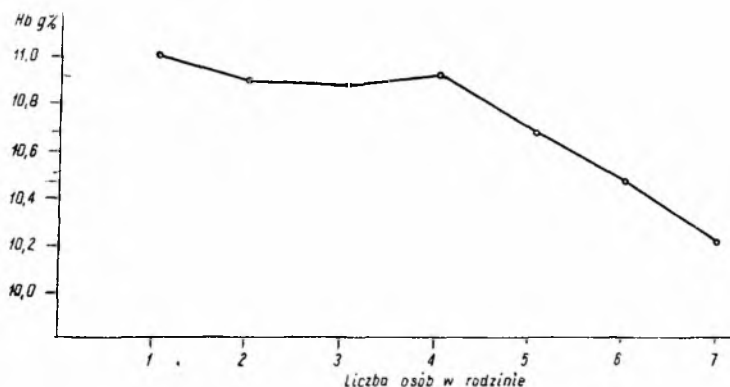
Faktu gorszego ogólnego stanu zdrowia kobiet pracujących w przemyśle dowodzą również wykonane u nas masowe badania poziomu hemoglobiny (tab. X).

Z tabeli X wynika, że poziom hemoglobiny u robotnic łódzkich jest niższy niż u kobiet wiejskich. Wśród mężczyzn różnice te nie są statystycznie znamienne. Wynika z tego, że nie warunki bytowania wpływają na niższy poziom Hb wśród włókniaerek w porównaniu z kobietami wiejskimi (w analogicznych grupach mężczyzn nie ma różnic w poziomie Hb). Czynnikiem obniżającym poziom Hb jest tu prawdopodobnie praca za-

Tabela X

Poziom hemoglobiny w różnych grupach zawodowych w Łodzi w 1948 r. (wg Palucha, Mrozowskiego i Poddębniaka)

Grupy zawodowe	płeć	Liczba badanych	Hb w g% (średnia arytm. $\pm$ podwójny średni błąd)
Kobiety		2255	
włókniaarki		1609	$12,58 \pm 0,004$
kobiety na wsi		326	$13,67 \pm 0,13$
Mężczyźni		2353	
włókniarze		557	$14,16 \pm 0,10$
mężczyźni na wsi		348	$14,33 \pm 0,11$



Ryc. 1. Poziom hemoglobiny u kobiet w zależności od liczebności (liczby dzieci) rodziny. Badania wykonane w grupie kobiet w wieku 40—44 lat (wg Palucha, Nofera, Etel, Jaworskiej, Lausz).

wodowa włókniaerek połączona z pracą domową. Wskazują na to dane z wykresu (ryc. 1), dowodzące zależności poziomu Hb od liczebności rodziny, a pośrednio od zakresu obowiązków domowych kobiety pracującej.

Z wykresu wynika, że poziom Hb u kobiet spada w miarę powiększania się rodziny. Spadek zaznacza się zwłaszcza po urodzeniu trzeciego dziecka. Wyniki tych badań potwierdzają pogląd, że kobiety pracujące w przemyśle i obciążone liczną rodziną posiadają na ogół gorszą kondycję fizyczną.

Jest rzeczą oczywistą, że kobieta zatrudniona w przemyśle i posiadająca rodzinę wykonuje podwójną pracę: zawodową i domową (gotowanie, pranie, zakupy, sprzątanie, szycie itd.). Gayral obliczył, że tydzień pracy takiej kobiety we Francji wynosi 85—90 godzin. Pomoc innych członków rodziny w wykonywaniu pracy domowej zdarza się rzadko. Wg Rejskovej mężowie pomagali tylko 1/10 obserwowanych przez nią kobiet w wykonywaniu niektórych prac domowych. W materiale Jindrichovej pomoc ta zdarzała się jeszcze rzadziej. Należy podkreślić, że pomoc ta, zwykle zresztą dorywcza, polega najczęściej na wykonywaniu niektórych, ściśle określonych prac i tylko w nieznacznym stopniu odciąża kobietę posiadającą rodzinę, od nieustannych zajęć, jakie musi ona wykonywać, i od odpowiedzialności za całość spraw domowych, jaka na niej spoczywa. W rezultacie kobiety pracujące w przemyśle i obciążone rodzinami zmuszone są do nadmiernego wysiłku i mają skrócony czas wypoczynku. W szczególności skrócony jest okres snu poniżej zapotrzebowania fizjologicznego.

Obserwowane przez Jindrichovą kobiety, zatrudnione w przemyśle ciężkim w Czechosłowacji, spały na dobę średnio 6 godzin. Okres snu jest szczególnie krótki u kobiet pracujących w nocy. Wg ankiety Rutkowskiej, przeprowadzonej w 1947 r., wśród 3 200 kobiet pełniących zmiany nocne, tylko 221 miało wystarczające warunki do spania w dzień, a część kobiet mogła spać jedynie dorywczo. Wg danych Alexander i Kleinrath, przeszło $\frac{1}{3}$ kobiet spała po nocnej zmianie lub pomiędzy nocnymi zmianami mniej niż 4 godziny.

Zagadnienie wpływu niedoborów normalnego snu na zdrowie kobiet wynika szczególnie wyraźnie z badań wspomnianej już Paul. Podaje ona, że kobiety pracujące na nocnej zmianie, a więc u których występują największe niedobory snu, dały w okresie półrocznym średnio 41,3 dni niezdolności do pracy, natomiast kobiety pracujące na zmianie przedpołudniowej — średnio 28,2 dni.

W świetle przytoczonych materiałów wydaje się uzasadniony pogląd, że przy obecnych warunkach ochrony pracy kobiet zasadniczym czynnikiem związanym z pracą i niekorzystnie wpływającym na stan zdrowia kobiety zatrudnionej w przemyśle, jest sytuacja zmuszająca ją do łączenia pracy zawodowej z obowiązkami rodzinnymi. Kumulacja tych zajęć doprowadza często kobietę pracującą i obciążoną rodziną do stanu chronicznego zmęczenia fizycznego i psychicznego. Wg danych ankiety przeprowadzonej we Włoszech w 1952 r., na ogólne przemęczenie skarżyło się 46% robotnic i tylko 14% kobiet, których zajęcia ograniczały się do pracy domowej (Casassa). 15—16 godzinny dzień pracy, niedobór snu, konieczność wykonywania niekiedy cięższej niż w fabryce pracy fizycznej w domu, napięcie psychiczne wpływające z trudnych warunków bytowania i wychowywania dzieci, wszystko to najprawdopodobniej jest przyczyną gorszego niż u mężczyzn i kobiet niezamężnych stanu zdrowia kobiet obciążonych rodzinami. Naturalną kompensacją tego zmęczenia jest przypuszczalnie niższa wydajność pracy tych kobiet oraz większa niż u mężczyzn absencja chorobowa. Zwłaszcza to drugie zjawisko, pozornie niewytłumaczalne, da się w dużej części objaśnić stałym przemęceniem kobiety pracującej, jak to wynika m. in. z badań cytowanych przez Grandjeana. Stwierdzono w nich, że w przypadku nadmiernego zmęczenia, wywołanego np. godzinami nadliczbowymi w zakładzie przemysłowym, wskaźniki absencji rosną. I odwrotnie, wprowadzenie w kilku przedsię-

biorstwach 5-dniowego tygodnia pracy dało zmniejszenie absencji chorobowej i wzrost wydajności pracy.

Z przytoczonych powyżej danych wynika kilka zasadniczych wniosków dotyczących pracy kobiet w przemyśle, ważnych zarówno ze społecznego jak i zdrowotnego punktu widzenia i mogących mieć znaczenie dla medycyny przemysłowej.

Wydaje się, że z lekarskiego punktu widzenia nie powinno być zastrzeżeń co do zatrudniania w przemyśle, w ramach obowiązujących ustaw, kobiet nie posiadających dzieci, natomiast specjalne zadania stają przed nami w związku z masowym napływem do przemysłu kobiet obarczonych rodzinami, a zwłaszcza licznymi rodzinami.

Tabela XI

Charakterystyka mieszkań robotników zatrudnionych w przemyśle włókienniczym w Łodzi w 1957 r. (wg Zakładu Badań Socjologicznych PAN)

	Spośród ogółu zbadanych mieszkań posiada
Elektryczność	95,1%
Gaz	3,0%
Łazienkę	2,2%
Wodę bieżącą i ustęp skanalizowany (w mieszkaniu lub na korytarzu)	10,9%
Wodę bieżącą (w mieszkaniu lub na korytarzu)	18,7%

Dotyczy to w szczególności środowisk, gdzie występują trudności w zaopatrzeniu rynku w artykuły pierwszej potrzeby, gdzie jest słabo rozwinięta sieć punktów usługowych (np. pralnie, stołówki i inne) oraz tam, gdzie zaopatrzenie mieszkań w urządzenia wodociągowe, kanalizacyjne, gaz itp. jest niewystarczające. Niestety w Polsce istnieją jeszcze wielkie trudności w tym zakresie, jak to wynika z tab. XI, charakteryzującej mieszkania robotnicze w Łodzi, głównym ośrodku przemysłu włókienniczego, gdzie kobiety stanowią większość wszystkich zatrudnionych.

Oczywiste jest, że w takich warunkach zakres i uciążliwość pracy domowej kobiet są bardzo znaczne.

Dalszym istotnym czynnikiem, który ma duże znaczenie dla poprawy sytuacji kobiet zatrudnionych w przemyśle, jest rozbudowa urządzeń społecznych, odciążających kobietę od prac związanych z opieką nad dzieckiem (żłobki, przedszkola itp.).

Rozwój sieci żłobków w Polsce ilustruje tab. XII.

Tabela XII

Liczba miejsc w żłobkach w Polsce (wg Rocznika Statystycznego z 1957 r.)

Rok 1931	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
512	18866	23440	24788	32600	37008	42836	47704	50922

Mimo znacznego wzrostu liczby miejsc w żłobkach, liczba ta jest ciągle jeszcze za mała w stosunku do potrzeb. Podobnie niedostateczna jest liczba miejsc w przedszkolach.

Jest rzeczą oczywistą, że w warunkach trudności zaopatrzeniowych i mieszkaniowych oraz przy braku dostatecznej liczby miejsc w żłobkach i przedszkolach praca w przemyśle kobiet obarczonych licznymi rodzinami nastęrcza zagadnienia szczególnie trudne do rozwiązania ze zdrowotnego punktu widzenia. Niesłuszne wydaje się w chwili obecnej, bez specjalnie w tym celu podjętych badań, podawanie konkretnych propozycji zmierzających do poprawy istniejącej sytuacji kobiet zatrudnionych w przemyśle, tym bardziej że ich realizacja pociąga za sobą skutki dla wszystkich dziedzin gospodarki narodowej.

Być może celowe byłoby zatrudnienie kobiet obarczonych rodzinami w niepełnym wymiarze godzin, jak to się zaczyna praktykować obecnie w przemyśle włókienniczym w Łodzi, względnie stworzenie tzw. etatów wymiennych, stosowanych w Kanadzie, które polegają na obsadzeniu jednego stanowiska roboczego przez dwie kobiety, ustalające między sobą dogodne dla siebie godziny pracy.

Należy jednak podkreślić konieczność przeprowadzenia uprzednio szczegółowych badań socjologiczno-ekonomicznych nad ustaleniem, do jakich granic i przy jakim obciążeniu rodzinnym praca kobiety w przemyśle jest na tyle wydajna, aby była rentowna dla przedsiębiorstwa i dla społeczeństwa (konieczność rozbudowy i utrzymywania kosztownych urządzeń socjalnych).

Na szczególną uwagę ze zdrowotnego punktu widzenia zasługują przytoczone wyżej dane świadczące o niedoborach snu kobiet pracujących w przemyśle. Wydaje się, że przynajmniej w stosunku do kobiet obarczonych rodzinami należy wprowadzić bezwzględny zakaz pracy na zmianach nocnych.

Dane wynikające z niniejszego opracowania nie uprawniają do stwierdzenia, że częstość i rodzaj schorzeń narządów rodnych kobiet zatrudnionych w przemyśle różni się w sposób istotny od schorzeń narządów rodnych innych grup kobiet. Nie ma więc potrzeby stwarzania dla tych kobiet specjalnej opieki ginekologicznej. Jednak ze względu na ułatwienie robotnicom korzystania z opieki specjalistycznej, wydaje się celowe zaangażowanie przez zakłady leczniczo-zapobiegawcze w przemyśle, zwłaszcza w zakładach zatrudniających większą liczbę kobiet, specjaliści ginekologa, co zresztą zrealizowano już w dużej mierze w naszym kraju. Jako normę orientacyjną można by przyjąć w takim przypadku 1—2 godziny lekarskie na tydzień na 100 robotnic. Do obowiązków lekarza ginekologa pracującego w przemyśle, który musi zapoznać się ze środowiskiem pracy swego zakładu i z istniejącymi tam szkodliwościami, powinna należeć oprócz leczenia schorzeń kobiecych, działalność profilaktyczna. Wydaje się słuszne, aby masowe badania ginekologiczne, których celowość wykazali m. in. Syrowatko w ZSRR, Rejskova i Jindrichova w Czechosłowacji, Paul w NRD, Komorowska i Krzysztoporski w Polsce, wchodziły w skład badań wstępnych i okresowych. Prócz tego do zadań ginekologa należy kierowanie kobiet na odpowiednie dla nich, ze względu na stan zdrowia, stanowiska robocze oraz objęcie opieką poradnianą (dyspanseryzacją) wszystkich kobiet ciężarnych w zakładzie.

Ponieważ, jak się wydaje, kobieta pracująca niejednokrotnie w przypadku choroby nie ma zapewnionej w domu właściwej opieki, należałoby

podjąć próbę odpowiedniego zorganizowania pielęgniarstwa domowego, które polegało by na odwiedzaniu w domach chorych robotnic przez wykwalifikowane pielęgniarki społeczne.

W zakresie wskazań ogólnosanitarnych należy przestrzegać, aby w każdym, a zwłaszcza w nowym zakładzie pracy, były miejsca przeznaczone dla odpoczynku oraz urządzenia do utrzymywania higieny osobistej kobiet.

WNIOSKI

W świetle powyższych uwag można przyjąć, że istniejący w Polsce system ochrony prawnej kobiety pracującej, obejmujący zakaz prac uciążliwych i prac na wszystkich niemal stanowiskach, gdzie występują szkodliwej natury zawody, w dostatecznej mierze chroni zdrowie kobiety przed tzw. specyficznymi szkodliwościami zawodowymi.

Również obowiązujące u nas ustawodawstwo socjalne nakazujące od 6. miesiąca ciąży przesunięcie kobiety do prac dla niej dogodniejszych, z zachowaniem dotychczasowych zarobków, zapewniające jej 12-tygodniowy urlop macierzyński i prawo do dwóch $1\frac{1}{2}$ godzinnych płatnych przerw w pracy w okresie karmienia, w dostatecznej mierze zapewnia ochronę ciąży kobiety pracującej.

Zdaje również w zasadzie egzamin nasza organizacja opieki lekarskiej nad kobietą pracującą, w ramach której przy zakładach przemysłowych, zatrudniających większą liczbę kobiet, utworzono gabinety ginekologiczne. Wprawdzie nie wszędzie przeprowadzają one jeszcze wstępne i okresowe badania ginekologiczne, jednak w wydatny sposób uzupełniają działalność terenowych specjalistycznych poradni dla kobiet (poradnie K).

System ten jednak nie wystarcza dla pełnej ochrony zarówno kobiety pracującej w przemyśle, ponieważ w chwili obecnej wiele spraw wymagających uregulowania leży poza środowiskiem samego przemysłu i poza kręgiem działania służby zdrowia.

W zakresie ustawodawczym należałoby jak najszybciej wprowadzić w Polsce zakaz pracy nocnej dla kobiet, a przynajmniej dla kobiet obarczonych rodzinami. Obecnie bowiem obowiązujące u nas ustawodawstwo przewiduje zakaz pracy nocnej dla kobiet jedynie w okresie od 4 miesiąca ciąży i dla matek posiadających dzieci do 1 roku życia.

Jak wspomniano, rozwiązanie nawet częściowo tych zagadnień nie leży w możliwościach służby zdrowia. Zadaniem lekarzy jest jedynie wykazać, w jakim stopniu i jakie czynniki wpływają niekorzystnie na kształtowanie się stanu zdrowia kobiet zatrudnionych przez przemysł. Realizacja zasygnalizowanych wyżej środków zaradczych oraz zakres ich realizacji powinien stać się przedmiotem zespołowych badań ekonomistów, socjologów i lekarzy.

М. Соколовска, М. Круликовска, Е. Нофер

НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВИЯ ЖЕНЩИНЫ В ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Содержание

Из произведенных до сих пор исследований не вытекает повидимому, что кроме работ, требующих большого напряжения, тягостной позиции и связанных с вибрацией, организм небеременной и не кормящей женщины является более чувстви-

тельным на профессиональные вредности, чем организм мужчины. Не доказано тоже до сих пор с достаточной точностью влияние циклических гормональных изменений (в особенности месячных) на трудоспособность организма женщины. Не удалось тоже доказать вредное влияние работы женщины в профессиях разрешенных законом на течение беременности, родов и периода после родов.

Однако несмотря на существующее законодательство охраны труда женщин, показатели заболеваемости с временной утратой работоспособности женщин находятся на более высоком уровне, чем у мужчин. Разница эта отмечается точного уже в группе 20—29 летних и достигает максимум в группе 30—39 летних а потом постепенно уменьшается.

Из произведенных исследований следует, что явление более высокого показателя заболеваемости с временной утратой работоспособности среди женщин, обременённых семьями, связано с худшим состоянием их здоровья. Причиной этого является выполнение женщинами двойной работы: профессиональной и домашней, что часто приводит работающую и обременённую семей женщиной до состояния хронического физического и психического персудомления, причиняет значительный недостаток сна и проч.

Авторы считают, что с врачебной точки зрения нет надобности препятствовать в затруднении в промышленности, в границах существующих законов, бездетных женщин, но не следует допускать к стихийному притоку к промышленности женщин, обременённых семьями.

Авторы подчёркивают необходимость произведения подробных социально-экономических и врачебных исследований границ семейного обременения, при которых работа женщин в промышленности прибыльна для производства и общества.

Авторы добиваются тоже введения безусловного запрещения обременённым семьями женщинам работать на ночной смене.

M. Sokołowska, M. Królikowska, J. Nofer

SOME PROBLEMS OF THE WOMAN'S HEALTH PROTECTION IN INDUSTRY

Summary

From previous investigations it does not seem to result that the organism of a not pregnant or not feeding woman is more susceptible to occupational noxiousness than the organism of man, if not subjected to hard work, uncomfortable position or vibration. Also the influence of cyclic hormonal functions (menses especially) upon the efficiency of the woman's organism is until now not sufficiently proved.

The harmful influence of the work of women upon the course of pregnancy, delivery and puerperium was not proved either in the occupations permitted by law.

However, in spite of the women's work protection legislation, the rate of their absenteeism and morbidity is higher than among men. This difference can be distinctly seen already in the group of age 20—29 years, it reaches its maximum at the age of 30—39 years and later is decreasing gradually.

The investigations have shown that the increase of absenteeism among women with large families is connected with their worse state of health. This is because the women are performing twofold work: occupational and at home; this frequently leads to a chronic physical and psychical fatigue, to large sleep deficiency etc.

The authors consider that from medical point of view no restrictions ought to

be made to the employment of women having no children in occupations permitted by law, but the uncontrolled enrolment of women encumbered with family should not be allowed.

The authors stress the necessity of sociological, economical and medical examinations for the evaluation of the limit of family encumbrance by which the woman's work in industry is profitable to the plant and society.

The authors claim also the absolute prohibition of night work for women encumbered with families.

PIŚMIENICTWO

1. *Alexander M., Kleinrath G.*: Ueber Frauennachtarbeit in Berliner Industriebetrieben. Arch. f. Gewerbepath. u. Gewerbehyg., t. 13, 1954. — 2. *Baetjer A. M.*: Women in Industry. Philadelphia, 1946. — 3. *Balogh J.*: Rozbor nemocnosti spojene s pracovni neschopnosti w roce 1956, — Cesk. Zdrav., nr 1, 1958. — 4. *Bauer F.*: Die berufstätige Frau als Gattin und Mutter in der Sicht des Arztes. Gesundheitsfürsorge u. Gesundheitspolitik, nr 5, 1956. — 5. *Casassa M. T.*: Primi risultati di inchiesta medico-sociali sul lavoro domestico. Minerva Medica, t. II, 1953. — 6. *Davidowicz-Milanov D., Savicevic M., Jelcic D., Gutesa P.*: Contribution à l'étude de l'emploi des femmes dans les transport en commun. Arch. mal. profession., nr 4, 1955. — 7. *Desoille H.*: Cour de médecine du travail, Paris 1953. — 8. *Forssman S.*: L'absentéisme dans l'industrie. Bull. O. M. S. z. 13, 1955. — 9. *Gayral M. L.*: Aspects psychologiques et hygiène mentale de la femme au travail. Arch. mal. profession., nr 6, 1956. — 10. *Grandjean E.*: Problèmes de la fatigue dans l'industrie. Skrypt O. M. S., 1957.
11. *Guilhem A., Ponntonier A., Monrozies M.*: Gynecologie, Obstetrique et Médecine du Travail. Arch. mal. profession., nr 6, 1956. — 12. *Guillbert M.*: Quelques aspects actuels des problèmes du travail féminin. Journ. psych., nr 1, 1957. — 13. *Jindrichova J., Uxa M.*: Žena v težkim prumyslu. Prac. Lek. nr 4, 1954. — 14. *Komorowska A.*: Stan zdrowia kobiet zatrudnionych w przemyśle włókienniczym (w rękopisie). — 15. *Komorowska A.*: Masowe badania kobiet zatrudnionych w przemyśle włókienniczym, Med. Pracy, nr 3, 1956. — 16. *Komorowska A., Berger E.*: Opieka lekarska w przemyśle włókienniczym nad kobietą ciężarną. Gin. Polska, nr 3, 1955. — 17. *Krahelska H.*: Praca kobiet w przemyśle współczesnym, Warszawa 1932. — 18. *Krizanskaja D. A.*: Eksperymentalnye issledowania wlijanija vibracij na organizm czeloweka. Gig. i San., nr 10, 1948. — 19. *Kronenberg M. H., Morse K.*: Women in Industry w: The Principles and Practice of Industrial Medicine. Wampler F. J., Baltimore, 1943. — 20. *Krzysztoporski St.*: Uwagi ginekologa do charakterystyki stanu zdrowia kobiet zatrudnionych w przemyśle bawełnianym w Łodzi. Gin. Polska, nr 6, 1957.
21. *Kwater E. J.*: Medicinskoie obsluziwanie rabotnicy. Sow. Med., nr 9, 1949. — 22. *Lutowiecki J., Wolski A.*: Zmiany chorobowe skóry podczas ciąży u kobiet pracujących. Przegl. Derm. i Wener., nr 1, 1953. — 23. *Miller T.*: Warunki mieszkaniowe robotników łódzkich. Zakład Badań Socjologicznych P. A. N., Łódź 1958 (w rękopisie). — 24. *Nawrockij W. K.*: Mediko-sanitarnoe obsluziwanie promyslennych predprijatij, Kiew 1951. — 25. *Nofer J.*: Zagadnienia absencji chorobowej w przemyśle. Med. Pracy, nr 5, 1957. — 26. *Nofer J., Poddebniak S.*: Wpływ gorącego mikroklimatu przędzalni i tkalni na absencję chorobową i wydajność pracy robotników. Med. Pracy, nr 5, 1953. — 27. *Nofer J., Sokołowska M., Szyborski L.*: Wpływ miesięczki na wydajność pracy tkaczek (w rękopisie). — 28. *Nofer J., Szyborski L.*: Problem nieuzasadnionych zwolnień z pracy z powodu choroby (w rękopisie). — 29. *Paluch E.*,

Nofer J., Etel J., Jaworska A., Lausz: Poziom hemoglobiny wśród ludności robotniczej w 1946/47. *Med. Pracy*, nr 3, 1948. — 30. Paluch E., Mrozowski K., Poddebniak S.: Poziom hemoglobiny ludności robotniczej w r. 1948, *Polski Tyg. Lek.*, nr 31—32, 1949.

31. Paluchowa O.: Hemoglobina i białko osocza krwi w czasie ciąży wśród kobiet pracujących. *Med. Pracy*, nr 2, 1950. — 32. Paul E.: Sozialhygienische Studie zum Problem der werktätigen Schwangeren. *Das Deut. Gesundheitsw.*, nr 43, 1954. — 33. Paul E.: Untersuchungen über Ursachen, Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei Frauen. *Das Deut. Gesundheitsw.*, nr 51, 1955. — 34. Piasecki W., Wolski A.: Zmiany w górnych drogach oddechowych u pracujących kobiet ciężarnych. *Otolar. Polska*, nr 3—4, 1950. — 35. Pinard: cyt. wg Desoille (patrz poz. 7). — 36. Rejskova M., Mandausova M., Sekyrova O.: Vysledky vysetreni skupiny zen v težkim strojirenstvi. *Prac. Lek.*, nr 3, 1954. — 37. Rejskova M., Sekyrova M., Brozkova O., Nowakova V., Vitkova A., Bena E.: Žena v lehkem prumyslu. *Prac. Lek.*, nr 6, 1952. — 38. *Rocznik Statystyczny P. R. L.*, 1955, 1956, 1957. — 39. Rutkowska E.: Praca nocna kobiet. *Praca i Op. Społ.*, nr 4, 1947. — 40. Smiley J. A.: The Causes of absenteeism. *Med. Illustr.*, nr 7, 1956.

41. Smith R. A. G.: The health of pregnant women in industrial employment. *Med. Illustr.*, nr 3, 1956. — 42. Sowiński W.: Praca zawodowa a czynność narządów płciowych, ciąża i poród. *Med. Pracy*, nr 3—4, 1950. — 43. Syrowatko F. A., Petrow K. M.: Analiz materiałow po profilaktyczeskim ginekologiczeskim osmotram ženskogo naselenja. *Sow. med.*, nr 6, 1953. — 44. Vignes: cyt. wg Guilhem (patrz poz. 11). — 45. Wade L.: A „human relations“ approach to sickness absenteeism and other employee problems. *AMA Arch. Ind. Health*, nr 6, 1955. — 46. Wawryk R.: Wpływ pracy zawodowej na przebieg porodu i pòłogu. *Gin. Pol.*, nr 1, 1955. — 47. Wolski A.: Niedokrwistość ciążowa. *Gin. Pol.*, nr 3—4, 1951. — 48. Wolski A.: Żylaki wśród pracujących kobiet ciężarnych. *Med. Pracy*, nr 2, 1950. — 49. Wyatt S., Marriott R., Hughes D. E. R.: A study of absenteeism among women. London 1943. — 50. Zbiór przepisów B. H. P., 1957.

