

Jerzy Koniarek

BADANIA OPINII OSÓB ZATRUDNIONYCH JAKO ŹRÓDŁO WIEDZY O WARUNKACH PRACY I ICH KONSEKWENCJACH DLA ZDROWIA PRACOWNIKÓW*

EXPLORATION OF WORKERS' OPINIONS AS A SOURCE OF KNOWLEDGE OF WORKING CONDITIONS AND THEIR IMPACT ON WORKERS' HEALTH

Z Zakładu Psychologii Pracy

Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Kierownik Zakładu: dr hab. B. Dudek

STRESZCZENIE Obecny, ukształtowany historycznie system i zakres oceny warunków pracy nie daje pełnego obrazu tych warunków ponieważ nie obejmuje wszystkich pracujących i nie uwzględnia nabierających coraz większego znaczenia czynników psychospołecznych i organizacyjnych, charakteryzujących środowisko pracy i oddziałujących na zdrowie pracujących.

Prowadzone na reprezentatywnych próbach badania mogą wnieść istotne uzupełnienie do wiedzy o tym, w jakich warunkach wykonywana jest praca. Badania takie są prowadzone od wielu lat w krajach Europy Zachodniej. W artykule przedstawiono argumenty uzasadniające celowość podjęcia takich badań także w Polsce. Med. Pr. 2002, 53, 3, 265–272

SŁOWA KLUCZOWE: warunki pracy, subiektywna ocena

ABSTRACT The present system and the range of assessing working conditions with their historical background do not reveal reality as they neither cover the whole working population nor take account of a growing importance of psychosocial and organizational factors characteristic of the work environment and affecting workers' health.

The studies carried out on representative samples of different occupational groups may substantially contribute to the advancement of knowledge in this area. This kind of studies have already been carried out in a number of West European countries. The author tries to justify the need for performing such studies in Poland. Med Pr 2002, 53, 3, 265–272

KEY WORDS: working conditions, subjective assessment

WSTĘP

Warunki w jakich pracują ludzie w istotny sposób wpływają na ich zdrowie i samopoczucie. Warunki pracy są czynnikiem współdecydującym o zdrowiu całej populacji, a wynika to ze znacznego udziału w nich osób pracujących - jak się szacuje 58% światowej populacji jedną trzecią dorosłego życia przebywa w pracy (1), a w Polsce 56,6% ludności jest aktywna zawodowo (2). Dlatego warunki pracy są przedmiotem zainteresowania zarówno poszczególnych państw jak i organizacji międzynarodowych, m.in. takich jak Światowa Organizacja Zdrowia czy Międzynarodowa Organizacja Pracy. Niezależnie od tego, że zdrowie i bezpieczeństwo w pracy są wartościami autonomicznymi wskazuje się także na wymiar ekonomiczny niekorzystnych warunków pracy. W Stanach Zjednoczonych w 1992 r. bezpośrednie i pośrednie koszty urazów doznanych w pracy wyniosły 145 miliardów dolarów, a chorób zawodowych - 26 miliardów. Łączne koszty wynoszące 171 miliardów dolarów były równe tym, jakie w tym samym roku, spowodowały choroby nowotworowe (3).

Dbałość państwa o warunki w jakich pracują jego obywatele wyraża się w stanowieniu odpowiednich regulacji prawnych i powoływaniu instytucji, takich jak Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Pracy, przemysłowa służba zdrowia, których zadaniem jest m.in. kontrola przestrzegania prawa w zakresie warunków pracy i podejmowania różno-

rodnych działań zmierzających do poprawy tych warunków i ochrony zdrowia zatrudnionych.

Sprawozdania z działalności wspomnianych instytucji, a także wyniki badań naukowych dają pewien obraz warunków w jakich pracują Polacy. Obraz ten nie jest jednak pełny. Należy zatem wskazać na przyczyny tego stanu rzeczy.

Ograniczone środki, jakimi dysponują instytucje zajmujące się warunkami pracy zatrudnionych sprawiają, że kontrola warunków pracy może objąć pewien procent miejsc pracy i zatrudnionych tam osób. W 1999 r. pion higieny pracy Inspekcji Sanitarnej obejmował nadzorem 96 886 zakładów pracy, w których zatrudnionych było 4,44 mln osób. Pracownicy pionu higieny pracy skontrolowali 69309 zakładów, czyli 71,5% zakładów objętych nadzorem, a Państwowa Inspekcja Pracy skontrolowała 63474 podmioty gospodarcze, w których zatrudnionych było 4,9 mln osób (4). W tym samym roku, wg. danych GUS, w Polsce, poza indywidualnymi gospodarstwami rolnymi, na podstawie stosunku pracy zatrudnionych było 9,94 mln osób, a 2,128 mln było pracodawcami lub pracowało na własny rachunek (2). Przytoczone liczby wskazują na ograniczony zakres rozpoznawania i oddziaływania na warunki i bezpieczeństwo pracy wspomnianych wyżej instytucji.

Historycznie ukształtowało się określone rozumienie warunków pracy, czynników szkodliwych, czy uciążliwości pracy. Charakteryzując warunki pracy mówi się o wypadkach przy pracy, chorobach zawodowych, czynnikach fizycznych, chemicznych, biologicznych, występujących w miejscu pracy. Czy

* Praca wykonana w ramach zadania finansowego z dotacji na działalność statutową nr IMP 21.4 pt. „Przygotowanie metodyki pomiaru subiektywnej oceny warunków pracy w populacji osób zatrudnionych”. Kierownik zadania: mgr J. Koniarek.



w odniesieniu do tak opisywanych warunków pracy oficjalne dane są w pełni wiarygodne? J. Indulski (1) stwierdza, że o ile oficjalne dane dotyczące wypadków przy pracy i chorób zawodowych można uznać za w miarę pełne i wiarygodne, to nie można tego powiedzieć o danych na temat higienicznych warunków pracy. Wynika to, zdaniem tego autora, m. in. z braku informacji o warunkach pracy w wielu, zwłaszcza małych przedsiębiorstwach, a także z niedostatku odpowiednio przygotowanych laboratoriów dokonujących pomiaru czynników szkodliwych w środowisku pracy. B. Levy i D. Wegman (3) uważają, że liczba osób u których stwierdzono choroby, uznane za związane z pracą i o których istnieją formalne dane to jedynie czubek góry lodowej i wskazują na czynniki powodujące niedoszacowanie rzeczywistych rozmiarów niekorzystnego wpływu warunków pracy na zdrowie.

Dominujące, tradycyjne rozumienie warunków pracy i ich skutków dla zdrowia pracujących jest zakotwiczone w regulacjach prawnych. Te regulacje dotyczą parametrów fizycznych i chemicznych, biologicznych środowiska pracy, a także relacji między pracodawcą i pracownikiem określonych w Kodeksie pracy i one wyznaczają zakres działań instytucji, zajmujących się warunkami pracy. Poza obszarem zainteresowań tych instytucji jest to, co nie wynika z przepisów. Tymczasem na pełny obraz warunków pracy składa się wiele innych czynników, które ogólnie można nazwać psychospołecznymi i które także wpływają na zdrowie i samopoczucie pracujących.

ZNACZENIE CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH W ŚRODOWISKU PRACY

Te związki czynników psychospołecznych, występujących w środowisku pracy ze stanem zdrowia pracujących dokumentują liczne badania. Przykładem mogą być badania holenderskie, w których porównano warunki pracy 3000 osób uznanych za niezdolne do pracy i korzystających ze zwolnień chorobowych przez rok lub dłużej z warunkami pracy całej populacji zatrudnionych. Okazało się, że w populacji chorych 3 do 4 razy częściej występowało wysokie tempo pracy, niski poziom autonomii w pracy, wysokie obciążenie fizyczne, niekorzystny klimat społeczny i niskie płace. (5). Podstawą teoretyczną wielu badań dowodzących związku między czynnikami psychospołecznymi a zdrowiem zatrudnionych jest teoria stresu (6,7,8,9).

Zwiększone zainteresowanie czynnikami psychospołecznymi, charakteryzującymi środowisko pracy, wynika także z obserwacji zjawisk jakie zachodzą w gospodarce i procesie pracy w ostatnich dziesięcioleciach, a szczególnie w końcu XX wieku. Procesy te zmieniają dotychczasowe podejście do kwestii bezpieczeństwa, zdrowia, dobrego samopoczucia pracujących, rodzą nowe problemy nieuwzględnione dotychczas.

Zmniejsza się liczba pracowników zatrudnionych bezpośrednio przy produkcji, zwłaszcza w dużych przedsiębiorstwach przemysłowych. W krajach Unii Europejskiej w zakładach, w których pracuje mniej niż 50 osób zatrudnionych

jest 63% pracujących, a wśród nich około 15% to osoby samozatrudniające się (10,11,12). Procesy technologiczne są coraz bardziej bezpieczne, praca w coraz większym stopniu zautomatyzowana, co redukuje tradycyjne niekorzystne czynniki i liczbę narażonych na nie ludzi. Jednocześnie nowe technologie niosą ze sobą nowe zagrożenia, nie zawsze jeszcze rozpoznane. Wzrasta udział zatrudnionych w szeroko rozumianych usługach i aktywnościach wymagających dużych kwalifikacji, co wiąże się ze wzrostem takich form zatrudnienia i pracy, jak zatrudnienie czasowe, praca w niepełnym wymiarze czasu, praca z komputerem, wykonywana w domu, przez telefon, w ciągłym lub trwającym długo kontakcie z klientami.

Wszystkie te zjawiska wzajemnie ze sobą powiązane rodzą szereg nowych problemów w zakresie oceny warunków pracy, zapobiegania występowaniu czynników szkodliwych, szacowania ryzyka, czy zapobiegania lub łagodzenia skutków niekorzystnych warunków pracy.

Oto niektóre z tych zjawisk i problemów najczęściej sygnalizowanych w literaturze.

Jak wspomniano wcześniej około 15 % zatrudnionych w krajach Unii Europejskiej to samozatrudniający się, a chęć pracy w tej formie wyraża 25% pracujących. Wart uwagi jest zatem fakt, że o ile tylko 12% zatrudnionych u pracodawców pracuje więcej niż 50 godzin tygodniowo, to wśród samozatrudniających się ten odsetek wynosi 50. Średni tygodniowy czas pracy wynosi w tej grupie ponad 48 godzin i jest o 10,5 godziny dłuższy niż średni czas pracy pozostałych zatrudnionych i to mimo, iż 16% samozatrudniających to pracujący w niepełnym wymiarze godzin (part-time work) (13). Powstają pytania mające swój wymiar prawny i praktyczny: jak ułokować tę kategorię zatrudnionych w dotychczasowym systemie ochrony zdrowia pracujących? Czy należy, a jeśli tak to w jaki sposób to robić, w odniesieniu do tej kategorii zatrudnionych egzekwować przestrzeganie przepisów, choćby tych dotyczących czasu pracy?

Wzrasta udział zatrudnionych na różne ograniczone czasowo formy zatrudnienia. Na początku lat dziewięćdziesiątych w Szwecji czasowo zatrudnionych było 10 % pracujących, pod koniec tej dekady – 15%, w krajach Unii procent ten wynosił 17 (10,14). Podjęcie zatrudnienia, które nie jest zatrudnieniem na czas nieograniczony nie zawsze jest świadomym wyborem takiej właśnie formy zatrudnienia. Często jest to konieczność wynikająca z sytuacji na rynku pracy, raz większego, raz mniejszego zapotrzebowania na pracę firm reagujących na koniunkturę. Ta forma zatrudnienia u wielu pracowników rodzi niepewność co do tego, jak długo będzie się miało pracę, co może stanowić istotny czynnik stresogenny dla tej kategorii pracowników. Jak wynika z badań czasowo zatrudnieni częściej niż zatrudnieni na stałe pracują w gorszych warunkach (pozycja wywołująca ból, intensywny hałas, wykonywanie powtarzających się ruchów i krótkich powtarzających się zadań), mają mniejszy wpływ na swoje warunki pracy, mniejszy zakres autonomii. Częściej deklarują zmęczenie, bóle



pleców, bóle mięśniowe. Czasowe zatrudnienie ogranicza możliwość korzystania ze wsparcia społecznego, które w pewnym zakresie może moderować wpływ niekorzystnych warunków (14,15). Związek między odczuwaniem bólu szyi a czynnikami psychospołecznymi potwierdziły m. in. badania prowadzone w Wielkiej Brytanii przez K.T. Palmer i in. na losowej próbie liczącej ponad 12 tysięcy osób w wieku 16–64 lat. W badaniach tych nie stwierdzono, by istniał związek między występowaniem tej dolegliwości a rodzajem aktywności fizycznej w miejscu pracy, stwierdzono natomiast związek między bólami szyi a takimi czynnikami jak zmęczenie i stres (16). Na związek niskiego wsparcia społecznego z odczuwaniem bólu w dolnej części pleców wskazały badania W. Hoogendoorn i wsp., przeprowadzone w latach 1994–1995 wśród prawie 1200 pracowników z 34 firm z całej Holandii (17).

Problemem, który stosunkowo niedawno zwrócił uwagę badaczy jest narażenie na agresję związane z wykonywaniem pracy. Zwiększający się udział pracujących spędzających dużą część swego czasu pracy w bezpośrednim kontakcie z klientami, petentami zwiększa ryzyko spotkania się z agresją ze strony tych osób. O ile w całej populacji pracujących w krajach Unii Europejskiej 4% zatrudnionych doświadczyło agresji w formie zastraszania, to wśród pracujących w usługach z tą formą agresji w pracy spotkało się 13% tam zatrudnionych (10). W raporcie UK Health and Safety Executive, poświęconemu występowaniu przemocy wobec personelu służby zdrowia stwierdza się, że co 200 osoba biorąca udział w badaniu doświadczyła w okresie 12 miesięcy poprzedzających badania zranienia wymagającego opieki medycznej, co dziesiąta mniej poważnych zranień wymagających udzielenia pierwszej pomocy, a ponad 16% było obrażanych lub zastraszanych werbalnie (18).

Wspomniane procesy, a także wyniki badań wskazujące na związki zdrowia z psychospołecznymi warunkami pracy sprawiły, że w wielu krajach w aktach prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy pojawiły się już w latach siedemdziesiątych sformułowania odnoszące się do ryzyka, wynikającego z psychospołecznych czynników występujących w pracy. Dotyczy to takich dokumentów, jak Occupational Safety and Health Act w Stanach Zjednoczonych, który zawiera wymagania badania psychologicznych czynników w pracy, Health and Safety at Work Act w Wielkiej Brytanii w którym uraz (personal injury) definiuje się jako „każde pogorszenie i nadwątlenie fizycznego i umysłowego (mental) stanu jednostki”. Bezpośrednie sformułowania dotyczące konieczności zapewnienia właściwych psychologicznych i organizacyjnych warunków pracy znajdują się także w Norwegian Working Environment Act i Swedish Work Environment Act (19). W latach dziewięćdziesiątych te akty były uzupełniane i obecnie na pracodawców w wielu krajach nakładany jest obowiązek pisemnego, dokładnego wskazania i regularnego szacowania wszystkich związanych z pracą czynników ryzyka, włączając w to także czynniki psychospołeczne. W opracowaniu Światowej Organizacji Zdro-

wia stwierdza się, że „...wzrastać będzie znaczenie stresów psychologicznych i niesatysfakcji zawodowej jako czynników wpływających na zdrowie pracujących” (20). Wyrazem uznania znaczenia czynników psychospołecznych w kształtowaniu przyjaznego człowiekowi środowiska pracy jest zwłaszcza Dyrektywa Rady Wspólnoty Europejskiej z 12 czerwca 1989 r. (21).

W Polsce akty prawne i dotychczasowa praktyka oceny warunków pracy nie uwzględniają innych niż tradycyjne czynniki charakteryzujące warunki pracy. Potrzeba zmiany tego stanu rzeczy jest dostrzegana także u nas, wyrazem czego jest m. in. opracowana w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi propozycja systemu ochrony zdrowia przed zagrożeniami czynnikami psychospołecznymi w miejscu pracy czy właśnie badań nad metodami oceny stresogenności środowiska pracy do priorytetowych grup tematycznych programu badawczego IMP (22,23,24).

KOSZTY ODDZIAŁYWANIA NIEKORZYSTNYCH CZYNNIKÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH

Uzasadniając znaczenie czynników psychospołecznych występujących w miejscu pracy dla zdrowia pracowników próbuje się także, podobnie jak to się robi w odniesieniu do tradycyjnych czynników, szacować koszty niekorzystnych skutków zdrowotnych stresu w pracy.

Przemysł w Stanach Zjednoczonych z powodu absencji traci rocznie około 550 milionów dni roboczych. Szacuje się, że ponad połowa tej absencji związana jest bezpośrednio lub pośrednio ze stresem doświadczanym w pracy. Podobne szacunki dokonywane w Wielkiej Brytanii także przypisują stresowi w pracy 50% absencji. Ogólne koszty stresu zawodowego w Wielkiej Brytanii szacowane są na ponad 10% produktu narodowego brutto (7,19,25). W Stanach Zjednoczonych, gdzie argumenty finansowe mają szczególnie silne znaczenie przy wykazywaniu tego, że warto podejmować działania zapobiegające stresowi w pracy wyliczono także koszty, jakie są ponoszone z powodu tak wydawałoby się marginalnego zjawiska jakim jest nękanie seksualne kobiet (sexual harassment). Okazało się, że koszty wynikające z tego powodu absencji, zmiany miejsca pracy, roszczeń prawnych wyniosły w 1988 roku 189 mln dolarów, a jedna trzecia spośród 500 największych korporacji amerykańskich wydaje rocznie w sumie 6,7 mln dolarów z powodu istnienia tego problemu (26).

W Holandii koszty absencji chorobowej i świadczeń z tytułu niezdolności do pracy sięgały w roku 1995 25 miliardów dolarów, co stanowiło około 8% produktu krajowego brutto. W kraju tym jedna trzecia otrzymujących świadczenia z tytułu niezdolności do pracy otrzymuje je z racji zaburzeń psychicznych. W 1998 r. zaburzenia zdrowia psychicznego stanowiły największą grupę diagnostyczną (32%) wśród przyczyn niezdolności do pracy i wyprzedzały drugą w kolejności jaką były choroby mięśniowo-szkieletowe (19%). Bliższa analiza tych przypadków zaburzeń psychicznych wykazała, że o-



koło 80% z nich to nie były klasyczne choroby psychiatryczne takie jak psychozy, neurozy czy zaburzenia osobowości, ale przypadki wynikające z chronicznego stresu i wypalenia (burnout) (5).

G. Harnois i P. Gabriel (27) stwierdzają, że choć trudno precyzyjnie określić udział czynników obecnych w pracy na zdrowie psychiczne, to istnieje zgoda, że takie czynniki jak społeczny klimat miejsca pracy, możliwość decydowania o tym co się dzieje w pracy, stres współdecydują o kondycji psychicznej zatrudnionych.

Przytoczone wyżej informacje i wyniki badań ukazują znaczenie i potrzebę uwzględniania w ocenie warunków pracy także tych czynników, które nie są lub są w niewielkim stopniu uwzględniane w dotychczas istniejących, zinstytucjonalizowanych systemach oceny warunków pracy i ich skutków dla zdrowia i samopoczucia zatrudnionych.

BADANIA WARUNKÓW PRACY PROWADZONE PRZEZ EUROPEJSKĄ FUNDACJĘ NA RZECZ POPRAWY WARUNKÓW ŻYCIA I PRACY

Wobec wynikających z wielu badań, danych pozwalających stwierdzić, że różnorodne czynniki psychospołeczne i organizacyjne charakteryzujące środowisko pracy mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem pracujących naturalne wydaje się postawienie pytania o to na ile te czynniki są obecne, doświadczane przez pracujących.

Najbardziej kompleksowej odpowiedzi na to pytanie, odnoszącej się do liczącej ponad 150 mln populacji aktywnych zawodowo osób z 15 krajów Unii Europejskiej, dostarczają wyniki badań prowadzonych od 1990 r. przez Europejską Fundację na Rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). Fundacja przeprowadzała swoje badanie w 1990, 1995 i 2000 roku. Celem tych badań było dostarczenie ogólnego obrazu stanu warunków pracy w krajach Unii Europejskiej i wskazanie obszarów, w których następują zmiany dotyczące pracujących. Charakter badań sprawia, że w odniesieniu do poszczególnych problemów w nich poruszanych uzyskane informacje mają charakter ogólny i nie dostarczają wyczerpujących i szczegółowych danych o każdym z tych problemów. Pozwalają one jednak na wskazanie tych obszarów, w których istnieje potrzeba bardziej szczegółowych, multidyscyplinarnych często, badań.

Badania z roku 2000 (10) przeprowadzone były na reprezentatywnej próbie osób pracujących w wieku 15–65 lat. W każdym z 15 krajów Unii losowana była próba licząca około 1500 osób (w Luksemburgu – 527 osób). Łącznie badaniem objęto 21703 osoby, z którymi przeprowadzono wywiady w ich domach. Celem badań jest uzyskanie obrazu warunków pracy, a służy temu m.in. to, że w kwestionariuszu będącym narzędziem badawczym dominują pytania o fakty. Przyjęta metodologia każe jednak pamiętać o tym, że uzyskany w badaniach obraz warunków pracy jest obrazem warunków postrzeganych przez respondentów. Dlatego dane u-

zyskane z tego typu badań należy konfrontować, tam gdzie to jest możliwe, z innymi źródłami informacji.

Oto niektóre wyniki uzyskane w badaniach Europejskiej Fundacji, odnoszące się do warunków pracy i ilustrujące wspomniane wcześniej tendencje i zmiany dotyczące rynku pracy i samej pracy.

Wśród badanych 10% stanowią osoby samozatrudniające się (self-employed), tj. prowadzące własne firmy i niezatrudniające żadnych pracowników, a 53% badanych pracuje w zakładach zatrudniających do 49 osób. 6% pracujących stwierdziło, że poza główną, ma także drugą pracę, najczęściej wykonywaną okazjonalnie lub sezonowo, której poświęcają średnio 12 godzin tygodniowo.

W stosunku do roku 1995 z 39 do 41 wzrósł procent osób pracujących przynajmniej jedną czwartą czasu pracy przy komputerze, a tych, którzy cały czas pracują przy komputerze było w 2000 r. 19%.

Zmniejszył się w stosunku do roku 1995 z 69 do 64 odsetek osób, które mają w pracy bezpośredni, zajmujący przynajmniej czwartą część czasu pracy, kontakt z osobami spoza miejsca pracy, a więc pacjentami, petentami, klientami itp. Wiąże się to prawdopodobnie ze zmianami strukturalnymi w handlu, sprawiającymi że likwidowane są małe sklepy. 43% badanych przez cały czas pracy ma bezpośredni kontakt z osobami spoza miejsca pracy.

Wzrasta intensywność pracy. Wprawdzie w dwóch ostatnich badaniach odsetek osób stwierdzających, że mają zbyt mało czasu by wykonać pracę był podobny (23%), ale od 1990 r. wzrósł odsetek tych, którzy przez przynajmniej czwartą część czasu pracy muszą pracować z najwyższą szybkością z 47% w roku 1990 do 54% w 1995 i do 56% w roku 2000. Odsetek tych, którzy przez 1/4 czasu pracy muszą liczyć się z napiętymi, nieprzekraczalnymi terminami jej wykonania wynosił w kolejnych latach odpowiednio 49, 56 i 60%. Cały lub prawie cały czas z najwyższą szybkością pracowała niemal co czwarta osoba (w kolejnych latach, w których przeprowadzono badania było tych osób odpowiednio 18, 25 i 24%), a z napiętymi, nieprzekraczalnymi terminami niemal co trzecia (w kolejnych badaniach – 23, 29 i 29% zatrudnionych).

Okazało się, że w roku 2000, w porównaniu z okresem sprzed pięciu lat, dla mniejszego odsetka pracujących tempo pracy zależało od bezpośredniej kontroli przełożonego (34% – rok 1995 i 32% – rok 2000) i takich czynników, jak określenie ilościowe zadań do wykonania (35 i 31%), czy szybkości działania urządzeń (22 i 20%). Wzrosła natomiast proporcja tych, których tempo wyznaczone jest przez pracę wykonywaną przez współpracowników (z 37 do 43%) lub wymagania klientów (z 67 do 69%).

Zwiększonej intensywności pracy towarzyszy skrócenie czasu pracy. W 2000 r. badani mieszkańcy Unii pracowali średnio 38,2 godzin tygodniowo. Na tę średnią wartość składa się ponad 46. godzinny tydzień pracy samozatrudniających się i około 37. godzinny pracy tych, którzy są zatrudnieni u pracodawców. Znaczne jest zróżnicowanie tygod-



Tabela I. Brak kontroli nad procesem pracy (% wszystkich zatrudnionych)

Brak wpływu na:	1991	1995	2000
Kolejność wykonywania zadań	-	35	35
Metody pracy	38	28	29
Szybkość wykonywania pracy	35	28	30
Możliwość robienia przerw, wtedy gdy się chce	-	37	39
Termin korzystania z urlopu	-	41	43
Godziny pracy	-	-	55

Źródło: P. Paoli, D. Merllie, 2001 (10).

niowego czasu pracy między Krajami Unii. Najkrócej pracują Holendrzy (około 33 godzin tygodniowo), najdłużej Grecy (ponad 42 godzinny).

Zmniejsza się liczba pracujących w soboty (55% w 1995 i 52% w 2000) i niedziele (odpowiednio: 29 i 27%), choć wśród pracowników handlu i obsługi odsetek pracujących w niedziele wzrósł w ostatnich pięciu latach od 34 do 46%.

Zakres kontroli nad procesem pracy oceniany był za pomocą wskaźników, które zamieszczone są w tabeli I.

Po znaczącym wzroście pracujących, którzy uznali że mają wpływ na metody i tempo pracy, jaki miał miejsce między 1990 a 1995 r., po kolejnych pięciu latach wskaźniki obrazujące zakres autonomii pracowników uległy pewnemu pogorszeniu.

Tabela II obrazuje poziom narażenia na czynniki fizyczne jakiego doświadczają, według ich przekonania, pracujący w krajach Unii Europejskiej.

Tabela II. Narażenie na czynniki fizyczne przez cały czas pracy (% wszystkich zatrudnionych). W nawiasach % narażonych przez 25 % czasu pracy lub dłużej

Czynniki	1990.	1995	2000
Hałas	10 (27)	10 (28)	11 (29)
Wibracje	-	11 (24)	10 (24)
Wysokie temperatury	13	5 (20)	6 (23)
Niskie temperatury		5 (23)	4 (21)
Wdychanie kurzów, oparów	10 (27)	11 (23)	9 (22)
Dotykanie niebezpiecznych substancji	5 (14)	5 (14)	5 (16)
Promieniowanie	-	2 (5)	2 (6)
Zajmowana pozycja wywołująca ból	16 (43)	18 (45)	18 (47)
Przenoszenie ciężkich przedmiotów	9 (31)	11 (33)	12 (37)

Źródło: P. Paoli, D. Merllie, 2001 (10).

Ogólny wniosek jaki, zdaniem autorów badań, wynika z przedstawionych wyżej danych to brak poprawy w fizycznych warunkach pracy na przestrzeni dziesięciu lat. Nieznacznej poprawie w odniesieniu do niektórych parametrów (wibracja, niskie temperatury, wdychanie oparów) towarzyszy pogorszenie w zakresie występowania innych czynników, takich jak hałas, wysokie temperatury, przyjmowanie wywołującej ból pozycji ciała czy przenoszenie ciężkich przedmiotów.

Tej stabilnej sytuacji w zakresie występowania w pracy niekorzystnych fizycznych czynników towarzyszy większy zakres ochrony przed nimi. Wyraża się to zwiększonym odsetkiem zatrudnionych, noszących wyposażenie ochronne: w roku 1995 przez cały czas nosiło je 16%, a przez przynajmniej czwartą część czasu pracy 25% zatrudnionych, a w roku 2000 odpowiednio: 21% i 30%.

Zwiększył się także w ciągu pięciu lat z 72% do 76% odsetek pracowników stwierdzających, że są bardzo dobrze lub wystarczająco dobrze poinformowani o ryzyku wynikającym z tego, że w pracy mają do czynienia z określonymi szkodliwymi czynnikami.

W badaniach pytano także o doświadczanie przez badanych w miejscu pracy różnych form przemocy i dyskryminacji. Przemocy fizycznej ze strony współpracowników doświadczyło 2% respondentów, ze strony osób spoza miejsc

Tabela III. Postrzegane skutki zdrowotne związane z pracą (% wszystkich zatrudnionych)

	1991	1995	2000
Zagrożone zdrowie lub bezpieczeństwo	30	28	27
Praca wpływa na moje zdrowie	-	57	60
Praca powoduje:			
bóle pleców	-	30	33
stres	-	28	28
ogólne zmęczenie	-	20	23
bóle mięśniowe szyi i ramion	-	-	23
bóle mięśniowe kończyn górnych lub dolnych	-	17	17
bóle mięśniowe kończyn górnych i dolnych	-	-	8
bóle mięśniowe kończyn górnych	-	-	13
bóle mięśniowe kończyn dolnych	-	-	12
bóle głowy	-	13	15
poirytowanie	-	11	11
problemy ze snem	-	7	8
problemy ze wzrokiem	-	10	8
problemy ze słuchem	-	6	7
zranienia	-	-	7
niepokój	-	-	7
problemy ze skórą	-	6	6
problemy z oddychaniem	-	4	4
problemy żołądkowe	-	5	4
uczulenie	-	4	4

Źródło: P. Paoli, D. Merllie, 2001 (10).



Tabela IV. Problemy zdrowotne wśród osób pracujących i niepracujących z najwyższą szybkością (%)

Problemy zdrowotne	Pracujący z najwyższą szybkością cały lub prawie cały czas	Nigdy lub prawie nigdy niepracujący z najwyższą szybkością
Praca wpływa na moje zdrowie	73	50
Praca powoduje:		
bóle pleców	46	25
bóle głowy	22	11
bóle mięśniowe szyi i ramion	35	15
bóle mięśniowe kończyn górnych	20	9
bóle mięśniowe kończyn dolnych	18	8
stres	40	21
ogólne zmęczenie	33	18
problemy ze snem	11	6
niepokój	11	6
poirytowanie	15	8
zranienia	11	5

Źródło: P. Paoli, D. Merllie, 2001 (10).

ca pracy – 4 %; zastraszania – 9%, niepożądanego zainteresowania seksualnego – 2% a dyskryminacji ze względu na wiek – 3%.

O tym jak pracujący postrzegają związki między pracą, a zdrowiem informują dane zawarte w tabeli III.

Wynika z nich, że w kolejnych latach, w których prowadzono badania zmniejsza się udział osób, które uważają, że w pracy zagrożone jest ich zdrowie lub bezpieczeństwo, a zarazem wzrasta odsetek tych, którzy są przekonani o wpływie pracy na ich zdrowie i samopoczucie.

Tabela V. Problemy zdrowotne wśród osób pracujących i niepracujących z napiętymi, nieprzekraczalnymi terminami (%)

Problemy zdrowotne	Cały lub prawie cały czas pracują mając napięte, nieprzekraczalne terminy	Nigdy lub prawie nigdy nie pracują mając napięte, nieprzekraczalne terminy
Praca wpływa na moje zdrowie	69	53
Praca powoduje:		
bóle pleców	42	27
bóle głowy	21	11
bóle mięśniowe szyi i ramion	31	17
bóle mięśniowe kończyn górnych	18	10
bóle mięśniowe kończyn dolnych	16	10
stres	40	20
ogólne zmęczenie	31	19
problemy ze snem	12	5
niepokój	11	5
poirytowanie	16	7
zranienia	10	5

Źródło: P. Paoli, D. Merllie, 2001 (10).

Najwyższy odsetek pracujących wiąże z pracą odczuwanie bólu pleców, stres oraz ogólne zmęczenie i bóle mięśniowe ramion i szyi.

Wstępne analizy dostępne w omawianym raporcie wskazują, że tempo pracy wyraźnie wpływa na występowanie problemów zdrowotnych, co ilustrują informacje zawarte w tabelach IV i V.

Wśród tych, którzy pracują cały lub prawie cały czas z najwyższą szybkością lub z napiętymi, nieprzekraczalnymi terminami procent osób stwierdzających negatywny wpływ pracy jest dwukrotnie wyższy, w odniesieniu do każdego z uwzględnionych problemów zdrowotnych, czy wskaźników samopoczucia, niż wśród tych, którzy nigdy lub prawie nigdy nie pracują we wspomniany sposób.

UZASADNIENIE POTRZEBY PROWADZENIA W POLSCE BADAŃ OPINII OSÓB PRACUJĄCYCH O ICH WARUNKACH PRACY

W odniesieniu do wielu danych uzyskanych w prezentowanych badaniach Fundacji stwierdzono znaczne różnice między poszczególnymi krajami. Jak wyglądają na tle wszystkich krajów i poszczególnych państw Unii warunki pracy w Polsce? Jeśli pominiemy ważne i nietracące na znaczeniu dane na temat wypadkowości przy pracy, chorób zawodowych, obecności w miejscu pracy szkodliwych czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych, to w odniesieniu do pozostałych czynników, których znaczenie dla zdrowia i dobrego samopoczucia pracujących starano się wykazać wcześniej, odpowiedź na to pytanie nie jest możliwa, ponieważ w Polsce nie prowadzono dotychczas badań analogicznych do tych, prowadzonych przez Fundację Europejską.

Wydaje się, że podjęcie takich badań jest celowe, zwłaszcza wobec perspektywy wejścia Polski do Unii Europejskiej. Oto okoliczności, które uzasadniają podjęcie takich badań.

Obraz warunków pracy rysujący się na podstawie danych uzyskanych przez instytucje powołane do zajmowania się tymi warunkami jest niepełny, ponieważ obejmują one swoim nadzorem jedynie część przedsiębiorstw i zatrudnionych. Merytoryczny zakres zainteresowań ograniczony jest do tradycyjnych czynników charakteryzujących środowisko pracy (wypadkowość, choroby zawodowe, czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne).

Brak jest danych o częstości/nasileniu występowania czynników psychospołecznych i organizacyjnych, charakteryzujących środowisko pracy. Trendy następujące w gospodarce i na rynku pracy w Polsce sprawiają, że podobnie jak w krajach Europy Zachodniej, wzrastać będzie znaczenie tych czynników w ocenie warunków pracy. Prowadzone w Polsce badania nad tymi czynnikami realizowane są zwykle na niewielkich, niereprezentatywnych grupach, a uzyskane w nich dane mogą co najwyżej stanowić przesłanki uzasadniające tezę o znaczeniu czynników psychospołecznych i organizacyjnych dla zdrowia, dobrego samopoczucia i funkcjonowania pracowników.



Potrzebne są zatem i w Polsce badania reprezentatywnej próby pracujących, analogiczne do tych, jakie od lat prowadzi się systematycznie w krajach Unii Europejskiej.

Badania takie pozwolą na uzyskanie w krótkim czasie, względnie tanio, możliwie pełnego obrazu warunków, w jakich pracują Polacy. Uzyskane dane stanowiąc mogą istotne uzupełnienie istniejącej wiedzy o warunkach pracy całej populacji zatrudnionych. Pozwolą określić zakres oddziaływania wielu, dotychczas nieuwzględnianych, czynników i ich wiązek i wskazywać na grupy szczególnie narażone. Cykliczne powtarzanie takich badań pozwoli na śledzenie zmian w warunkach pracy, określanie priorytetów w działaniach prewencyjnych i ocenę skuteczności takich działań.

Uprowadzając ewentualne wątpliwości dotyczące wartości wiedzy o warunkach pracy budowanej na podstawie sądów wyrażanych przez zatrudnionych, wątpliwości osób przywykłych do stosowania „twardych” wskaźników, jakimi obecnie opisywane są warunki pracy, należy podkreślić, że takie badania w niczym nie umniejszają znaczenia dotychczas stosowanych procedur ani ich nie zastąpią. Wyniki badań opinii zatrudnionych należy, w tym zakresie w jakim to jest możliwe, konfrontować z obiektywnymi danymi, a w odniesieniu do zagadnień, w których takich obiektywnych danych nie ma, należy uznać, że takie badania są jedynym, choć może nie idealnym, źródłem poznania interesującego nas obszaru rzeczywistości.

Warto zauważyć, że autorzy jednego z rozdziałów podręcznika poświęconego chorobom zawodowym dając lekarzom wskazówki, jak można ustalić, które substancje chemiczne, zagrożenia fizyczne mogą być przyczyną chorób, proponują m.in., by pytać pacjentów o ich opinie na temat związków między występowaniem określonych czynników a chorobą czy dolegliwościami (28). W Roczniku statystycznym, w którym przywykliśmy znajdować pewne, obiektywne dane, od roku 1997 zamieszczane są wyniki przeprowadzonych w roku 1996 badań dotyczących samooceny stanu zdrowia ludności Polski.

PIŚMIENNICTWO

1. Indulski J.: Strategia prewencji w miejscu pracy - oczekiwania i możliwości. Med. Pr. 1997, 1, Supl. 7, 7-16.
2. Rocznik statystyczny 2000. GUS, Warszawa 1999.
3. Levy B., Wegman D.: Occupational health overview. W: Levy B., Wegman D. [red.]. Occupational Health. Recognizing and preventing work-related disease and injury. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000.
4. Ocena stanu bezpieczeństwa i higieny pracy w 1999 roku. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2000.
5. Schaufeli W., Kompier M. J.: Managing job. Int. J. Stress Manag. 2000, 8, 1, 15-34.
6. Alfredson L., Theorell T.: Job characteristics of occupations and myocardial infarction risk effect of possible confounding factors. Soc. Sci. Med. 1983, 17, 20, 1497-1503.
7. Karasek R., Theorell T.: Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. Basic Books, 1990.
8. Cox T., Cox S.: Psychosocial and organizational hazards at work. European Occupational Health Series. WHO, Copenhagen 1993.
9. Cox T., Griffiths A.: Assessment of psychosocial hazards at work. W: Schabracq M.J., Winnubst J.A.M., Cooper C.L. [red.]. Handbook of work and health psychology. Wiley J. & Sons, Chichester 1996.
10. Paoli P., Merlie D.: Third European survey on working conditions 2000. European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg 2001.
11. Bielenski H.: Employment option of the future: high demand for new jobs in Europe - high interest in non-standard work-forms. Infratest Burke Sozialforschung/European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Munich 1999.
12. Platt S., Pavis S., Akram G.: Changing labour market conditions and health. A systematic literature review (1993-98). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 1999.
13. Huijgen F., Smith J., Latta M., Parent-Thirion A.: Self-employment: choice or necessity. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 2000.
14. Aronson G.: A new employment contract. Scand. J. Work Environ. Health 2001, 27, 6, 361-364.
15. Employment Status and health. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 1999.
16. Palmer K., Walker-Bone K., Griffin M., Syddal H., Pannet B., Coggon D. i wsp.: Prevalence and occupational associations of neck pain in the British. Scand. J. Work Environ. Health 2001, 27, 1, 49-56.
17. Hoogendoorn W., Bongers P.W., de Vet H., Houtman I., Ariens G., van Mechelen W. i wsp.: Psychosocial work characteristics and psychological strain in relation to low-back pain. Scand. J. Work Environ. Health 2001, 27, 4, 258-267.
18. Leather P., Cox T., Farnsworth B.: Violence at work: an issue for the 1990s. Work Stress 1990, 4, 1, 3-5.
19. Condition of work digest. Preventing stress at work. International Labour Office, Geneva 1992.
20. W trosce o przyszłość Europy. Zdrowie i Środowisko w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia. Streszczenie. Med. Pr. 1995, 1, Supl. 3, 72.
21. Dyrektywy Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej dotyczące ochrony pracy. T. I. CIOP, Warszawa 1992.
22. Dudek B., Waszkowska M.: Ochrona zdrowia pracowników przed zagrożeniami w miejscu. Med. Pr. 1996, 2, 107-115.
23. Dudek B., Waszkowska M.: Zagrożenie zdrowia pracowników czynnikami psychospołecznymi związanymi z pracą - wyzwania dla służb medycyny pracy. Med. Pr. 1996, 1, 63-72.
24. Rydzyński K.: Medycyna Pracy - nowe wyzwania. Med. Pr. 2000, 52, 3, 161-169.
25. Cooper C., Liukkonen P., Cartwright S.: Stress prevention in the workplace: assessing the costs and benefits to organisations. European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg 1996.
26. Quinn M., Woskie S., Rosenberg B.: Women and work. W: Levy B., Wegman D. [red.]. Occupational Health. Recognizing and preventing work-related disease and injury. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000.



27. Harnois G., Gabriel P.: Mental health and work: impact, issues and good practice. World Health Organization, International Labour Organisation, Geneva 2000.
28. Forest W., Kubota Ch., Zoloth S., Michaels D., Cone J.: How to research the effects of chemical substances or other workplace hazards. W: Levy B., Wegman D. [red.]. Occupational Health. Recognizing and preventing work-related disease and injury. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2000.
- Adres autora: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź
Nadesłano: 22.02.2002
Zatwierdzono: 15.05.2002

