



Частное социально-информационное учреждение
«Центр по продвижению прав женщин – Ее права»

**СПИСОК ТЯЖЕЛЫХ РАБОТ
И РАБОТ С ВРЕДНЫМИ И (ИЛИ) ОПАСНЫМИ
УСЛОВИЯМИ ТРУДА,
НА КОТОРЫХ ЗАПРЕЩАЕТСЯ
ПРИВЛЕЧЕНИЕ
К ТРУДУ ЖЕНЩИН,
И
СОБЛЮДЕНИЕ ГЕНДЕРНОГО РАВЕНСТВА
(МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТЫ)**

Минск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА И ОХРАНА ТРУДА: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИССЛЕДОВАНИЯМ.....	5
Половые и гендерные факторы, их влияние на состояние здоровья.....	5
Доказательность в медицине труда: принципы и оценка связи нарушений здоровья с работой.....	7
Медицинские исследования в области и охраны труда – значимость социальных факторов.....	10
АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ЗАПРЕЩЕННЫХ ДЛЯ ЖЕНЩИН ПРОФЕССИЙ И ВИДОВ РАБОТ.....	12
ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО И ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН В РБ.....	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	20
Список использованных источников.....	22

ВВЕДЕНИЕ

Постановлением Совета Министров Республики Беларусь утвержден Национальный план действий по обеспечению гендерного равенства в Республике Беларусь на 2017-2020 годы. Со ссылкой на Цели Саммита Организации Объединенных Наций по устойчивому развитию на период до 2030 года, в Национальном плане заявлено, что *«прогресс государств по достижению всеобщего процветания и благополучия для всех напрямую будет зависеть от их целенаправленных усилий по дальнейшему продвижению фактического равенства мужчин и женщин во всех сферах жизнедеятельности общества»*.

В Национальном плане действий по обеспечению гендерного равенства отмечено: *«проблемными остаются вопросы сохраняющегося гендерного разрыва в заработной плате (на уровне 23 – 24 процентов), развития женского предпринимательства и самозанятости»*. Описанные проблемы неразрывно связаны с трудностями продвижения женщин по карьерной лестнице и гендерной профессиональной сегрегации, стойким патерналистическим отношением мужчин, которое проявляется, в том числе, и в так называемой «заботе о репродуктивной системе женщин». Вышеперечисленные особенности в Республике Беларусь в значительной мере поддерживаются и на законодательном уровне. Так, например, в настоящее время возможности профессиональной и личной реализации, улучшение материального положения женщин во многом ограничены существованием Списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин. Постановление об утверждении Списка утверждено Министерством труда и социальной защиты Республики Беларусь.

Список тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, был пересмотрен и сокращен в 2014 году. Данное изменение Списка является, на наш взгляд, полумерой, т.к. в настоящее время 181 вид работ по-прежнему остается недоступным для женщин Беларуси. Введенный запрет значительно ограничивает женщин в профессиональном развитии и экономическом благополучии.

Согласно Министерству труда и социальной защиты, Список тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, разработан и применяется в связи с необходимостью заботы о здоровье женщин. В данной работе нами была предпринята попытка проанализировать некоторые аспекты существования данного запрета. Таким образом, наш обзор сфокусирован преимущественно

на следующих проблемах:

Во-первых, современный уровень развития медицинских исследований, в том числе и в области медицины труда, не позволяет вводить запреты и ограничения без предоставления доказательной базы в виде достоверных результатов медицинских исследований. В мире разработаны и существуют стандарты изучения рисков в связи с воздействием профессиональных факторов. Важно при этом разделить понятия «гендер» и «пол», а запреты и ограничения, связанные с гендерными факторами и стереотипами, необходимо отметить, как дискриминирующие. Необходимо также принимать во внимание значимость социальных факторов, которые зачастую сопутствуют работе в тяжелых условиях. Социальные переменные в виде отсутствия образования и культуры бережного обращения со своим здоровьем, плохие бытовые условия могут и пр. в значительной мере могут искажать картину рисков в связи с воздействием профессиональных вредностей.

Во-вторых, нами были проанализированы некоторые из запрещенных профессий. Иногда запреты представляются абсурдными с позиции здравого смысла и исторически сложившегося уклада жизни (как, например, запрет на сбор плодов с высоты выше 1,3 метра). Многие запреты являются устаревшими и гендерно дискриминирующими, они не позволяют осуществлять выбор сферы деятельности даже при наличии у некоторых женщин физических и профессиональных качеств, равных и/или превосходящих таковые у мужчин (работы по тушению пожаров, управлению тракторами, водолазные работы и пр.).

В-третьих, навязчивая забота о здоровье женщин, формально оправдывающая существование списка запрещенных профессий, не имеет под собой фактических оснований. Статистические показатели мужского здоровья в Беларуси намного более угрожающие, чем показатели женского здоровья. Средняя продолжительность жизни женщин согласно официальным статистическим данным на 10 лет дольше, уровни первичной инвалидности мужского населения трудоспособного возраста превышают аналогичные показатели у женщин в 1,7-2,2 раза [1]. Очевидно, что на сегодняшний день нет необходимости отдельно «охранять» женское здоровье. Забота о репродуктивной функции женщин так же имеет гендерный «перекос»: согласно результатам Всемирной Организации Здравоохранения (1987) не менее 50% случаев бесплодие пары обусловлено нарушением фертильности мужчин. Некоторые производственные факторы отрицательно влияют на репродуктивную систему мужчин, приводя к медицинским и демографическим последствиям.

Таким образом, с учетом того, что реализация мероприятий по обеспечению гендерного равенства в Республике Беларусь является одной из

приоритетных задач, пришло время пересмотреть необходимость существования Списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин в сторону его полной отмены.

ГЕНДЕРНАЯ МЕДИЦИНА И ОХРАНА ТРУДА: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ИССЛЕДОВАНИЯМ

Половые и гендерные факторы, их влияние на состояние здоровья

При оценке состояния здоровья населения, как в общей медицине, так и в области гигиены труда важным является определение *детерминант здоровья*. На протяжении последних лет Всемирная Организация Здравоохранения придавала все большее значение социальным детерминантам. Социальные детерминанты здоровья – это условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая политика. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной несправедливости в отношении здоровья – несправедливых и предотвратимых различий, наблюдаемых внутри стран и между ними.

Гендерный фактор выделился относительно недавно. Необходимо отметить различия между понятиями ПОЛ и ГЕНДЕР. Они не являются взаимозаменяемыми. ВОЗ определяет, что «пол относится к биологическим и физиологическим характеристикам и разделяет людей на мужчин и женщин», в то время как «гендер отсылает к социальным ролям, виду поведения, роду занятий, и приписывает обществу соответствующие для мужчин и женщин нормы» [2]. Можно сказать, что понятия «мужчина» и «женщина» относятся к категории пола, а характеристики «мужественный / маскулинный» и женственный / феминный» принадлежат к гендерным категориям. Таким образом, биологические, генетические, гормональные, физиологические факторы связаны с полом, а социальные, экономические, семейные ролевые – с гендером.

С учетом вышеописанных определений, очевидно, что аспекты здоровья, связанные с полом, не будут отличаться существенно в разных культурах, в то время как гендерные аспекты могут иметь принципиальные отличия в зависимости от общественных стандартов. В 80-х годах было выделено отдельное направление медицины – «гендерная медицина». Гендерная медицина – это междисциплинарный подход, при котором оценивается роль гендерных и половых факторов в физиологических процессах и развитии заболеваний.

Согласно положениям гендерной медицины существуют различия в токсикокинетических и токсикодинамических механизмах мужчин и женщин, в

том, какой орган может становиться мишенью поражения, в специфичности гормональной и репродуктивной систем, что, в свою очередь, ведет к различным биологическим эффектам. Кроме вышеописанных биологических, социоэкономические и культуральные факторы могут оказывать даже более значимый вред здоровью, поскольку возможно их потенцирующее действие на биологические переменные, связанные с полом [3].

Для понимания гендерного подхода в оценке рисков на рабочих местах, в первую очередь, важно обратить внимание на различия в рынке рабочих мест для мужчин и женщин. Так, общие перспективы гендерных различий хорошо описаны в документе ВОЗ (2004): мужчины и женщины обычно выполняют различные задания, участвуя в разных сферах производства, женщины в большей степени вовлечены в домашнюю работу и занимают более низкие позиции. В целом женщины более уязвимы к растущему давлению конкуренции: это отражается в нестабильности рабочих мест, ограниченных возможностях в обучении и освоении новых профессий, что приводит к социальному неравенству. Кроме того, различия могут быть продемонстрированы в воздействии факторов физического и психологического стресса: например, общеизвестно, что женщины чаще страдают от дискриминации, запугивания и преследования на рабочих местах, чем мужчины [4].

В свете описанного выше очевидно, что оценка рисков развития заболеваний на рабочих местах должна быть произведена с учетом различий переменных «пол» и «гендер». Так, например, женщины чаще работают на местах, связанных с большим скоплением людей (школы, медучреждения, сфера обслуживания), что приводит к повышению риска возникновения инфекционных заболеваний. Другим примером является большее вовлечение женщин в работы, связанные со стереотипными движениями, которые требуют мелкой моторики и могут приводить к большей частоте артритов.

Таким образом, при оценке риска вредных производственных факторов рекомендовано придерживаться «гендерно-чувствительной» стратегии, которая состоит из 5 последовательных шагов: выявление потенциально опасных факторов на производстве, оценка рисков, рекомендации по предотвращению рисков, внедрение рекомендаций, мониторинг результатов. Данная стратегия предусматривает серьезную оценку гендерных аспектов, участие всех работников, как мужчин, так и женщин, на всех уровнях, для исключения установления «априори» вредных факторов и групп риска. При этом необходимо выполнить условие обеспечения адекватной информацией и равной профессиональной подготовки [5].

Доказательность в медицине труда: принципы и оценка связи нарушений здоровья с работой

Медицинские аспекты не должны быть использованы, как прикрытие для решения социальных, политических и прочих задач. Некоторые основные понятия и принципы медицины труда приведены ниже, они должны служить основанием для оценки связи нарушений здоровья с работой.

В современном мире принят основной принцип медицины, в частности, медицинской эпидемиологии, – каждое клиническое решение должно основываться на строго доказанных научных фактах. Этот постулат получил название «evidence-based medicine», или научно-доказательная медицина (доказательная медицина).

Широкое внедрение научно-обоснованной медицинской практики во многом обусловлено экономическим аспектом. От того, насколько убедительны научные данные в отношении клинической и стоимостной эффективности, зависит правильность размещения финансовых средств. Естественно, что наиболее эффективно направлять эти ресурсы на развитие методов профилактики, диагностики и лечения, практическая польза которых подтверждена исследованиями, удовлетворяющим критериям доказательной медицины.

Доказательная медицина – это способ изменить сложившуюся в течение веков систему авторитарных отношений в медицине и не ставить в основу принятия решений укоренившуюся традицию или мнение авторитета. Индивидуальный врачебный опыт и мнение даже весьма влиятельных экспертов рассматриваются, как не имеющие достаточной научной силы при отсутствии доказательной базы.

Не отрицая огромной важности личного опыта, доказательная практика ориентирована на следующие положения: исследователи должны полагаться на наблюдения, основанные на твердых научных принципах, включающих способы уменьшения предвзятости и оценку роли случайности. Стандартом считают рандомизированные контролируемые исследования, когда участников распределяют по группам случайным образом, при этом группы не должны различаться по параметрам, влияющим на исход заболевания. Ни один новый метод профилактики или диагностики не может быть признан без обязательной тщательной проверки в ходе рандомизированных контролируемых исследований [6].

При выявлении причинно-следственных связей между потенциально патогенным фактором среды и риском развития заболевания рекомендовано использовать логические критерии Хилла, рекомендованные ВОЗ [7], которые включают следующие признаки:

- 1) сила взаимосвязи между предполагаемой причиной и клиническим исходом (по данным соответствующих статистических инструментов);
- 2) согласованность наблюдаемой связи (факт, что связь неоднократно наблюдалась разными лицами и/или в разных местах, обстоятельствах и в разное время);
- 3) специфичность взаимосвязи (устанавливается, когда единственная предполагаемая причина производит специфический эффект);
- 4) временной характер взаимосвязи (воздействие предшествует результатам);
- 5) биологический градиент или соответствующая кривая доза-эффект (рост воздействия увеличивает риск);
- 6) биологическое правдоподобие (причинность является биологически правдоподобной и согласуется с принятым в настоящее время пониманием рассматриваемых патологических процессов заболевания);
- 7) согласованность с текущим знанием (данные должны быть согласованы с общеизвестными фактами естественной истории и биологии болезни);
- 8) экспериментальные или полужэкспериментальные свидетельства [8].

Медицина труда, как часть медицинской науки, естественно, основывается на принципах доказательной медицины. Таким образом, были выработаны *основные принципы оценки связи нарушений здоровья с работой*:

1. Приоритетом в медицине труда является **анализ риска и установление связи с работой** нарушений здоровья на основе статистических методов популяционных и индивидуальных оценок;
2. Выявление **факторов риска**, связанных с работой, и определение их **экспозиций** должно проводиться с четким разграничением обследованной группы работников и группы сравнения при количественной оценке риска обеих групп;
3. Выявление нарушений здоровья работников должно проводиться по **четко определенным клиническим исходам** для профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний – острые и хронические формы, ближайшие и отдаленные последствия, влияние на потомство – для возможного сравнения индивидуальных и популяционных данных;
4. Количественную оценку профессионального риска и оценку связи заболеваний с работой проводят **адекватными статистическими методами**, отдавая предпочтение общепринятым показателям – отношение шансов, относительный риск, этиологическая доля [9].

При рассмотрении этиологии и патогенеза нарушений здоровья в связи с

условиями труда их причинно-следственная связь является фундаментальной и логической – от концентрации вещества или интенсивности физического фактора в рабочей среде до исхода заболевания. В триаде причинности можно выделить: 1) экспозицию (уровень фактора и стаж работы в профессии, т.е. стажевую дозу); 2) степень выраженности нарушений здоровья и клинический исход; 3) вероятность суждения о степени их взаимосвязи (силу связи нарушений с работой). При изучении достоверности ассоциации экспозиции и исхода используют такие критерии как сила ассоциации, связи доза-эффект и временные характеристики, биологическое правдоподобие [10].

В рекомендациях по методологии изучения профессионально-обусловленных заболеваний сказано: «при определении степени зависимости болезни от работы, рассчитывают относительный риск и этиологическую долю вклада производственных факторов в развитие патологии. При значениях относительного риска от 1,4 и этиологической доле менее 33% оценивают, как общие заболевания; при относительном риске от 1,5 до 5 и этиологической доле 33-80% оценивают, как производственно-обусловленные заболевания; при относительном риске выше 5 и этиологической доле 81-100% – как профессиональное заболевание». Например, при относительном риске до 1,5 общие заболевания можно считать «подозреваемыми» профессионально обусловленными заболеваниями (ПОЗ – группа болезней, полиэтиологических по своей природе, в возникновении которых производственные факторы вносят определенный вклад), при риске 1,5 – 5 их можно считать предполагаемыми ПОЗ, а при риске 5 и более – доказанными ПОЗ, т.е. профзаболеваниями [11].

При введении запретов и ограничений на труд женщин в отдельных отраслях и профессиях необходимо опираться на результаты сравнительных исследований с выявлением половых различий и оценки связи риска возникновения профессионально обусловленных заболеваний для мужчин и женщин. Для оценки риска развития профессионально обусловленных заболеваний в сфере репродуктивного здоровья женщин исследования должны соответствовать принципам доказательности в медицине труда и учитывать возможные влияния социальных, экономических и прочих факторов, способных исказить результаты (см. выше).

Таким образом, в медицине труда необходимо реализовывать принципы доказательной медицины с соответствующим статистическим аппаратом. Для этого необходимо формирование базы научно-практических данных для социально-гигиенического мониторинга. Это позволит принимать решения по управлению рисками, а их верификация с позиции доказательной медицины даст возможность организовать более качественную медицинскую помощь работникам, разрабатывать новые программы в медицине труда, используя доказательства, основанные на мировых научных данных, а не только на

клиническом опыте и традициях отдельных научных школ и институтов [9].

Таким же образом, при утверждении «Списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин» необходимо опираться на данные имеющихся медицинских исследований в области охраны труда и изучения рисков возникновения профессионально обусловленных заболеваний, но не на гендерные стереотипы или субъективные мнения. В противном случае запрет на работу женщин в определенных сферах производства или профессиях является дискриминирующим и должен быть пересмотрен.

Медицинские исследования в области и охраны труда – значимость социальных факторов

При введении ограничений, как для женщин, так и для мужчин на какой либо вид производственной деятельности важно избегать запрета на «априори» вредные виды деятельности, но опираться на имеющиеся научные доказательства. То есть направить наше внимание на сопоставлении собственных представлений с положением вещей в обобщенном познавательном опыте (*valid external evidence*).

В данном разделе нами была предпринята попытка продемонстрировать, как и каким образом дополнительные факторы могут существенно смещать и, в конечном итоге, приводить к искажению результатов при изучении вредных факторов производства и медицинских последствий трудовой деятельности.

Так, например, в рамках НИР «Оценка состояния здоровья женщин-работниц, занятых на химическом производстве, и разработка профилактических мероприятий по его сохранению и укреплению» (И.А.Наумов, Е.Л.Есис) было изучено репродуктивное здоровье женщин, работающих в условиях химического производства (работницы ОАО «Гродно Азот») [12, 13]. Была выявлена связь имеющихся неблагоприятных факторов производства и состояния репродуктивного здоровья женщин. Так, у работающих на химическом производстве женщин достоверно чаще отмечались фоновая патология шейки матки, неспецифические вульвовагиниты, нарушения менструального цикла, миома матки и др. по сравнению с женщинами из контрольной группы. Ценность данного исследования в том, что авторы одновременно изучали основные параметры самосохранительного поведения: отношение к своему здоровью, медицинскую активность, отношение к спорту, привычки, «репродуктивное поведение». Таким образом было выявлено, что женщины, занятые на химическом производстве, достоверно меньше времени отводили отдыху, не имели

представления о «факторах риска» развития заболеваний, хотя и не были удовлетворены состоянием своего здоровья. Были выявлены и особенности «репродуктивного поведения»: меньшее количество женщин сообщило о постоянном половом партнере, несмотря на замужество, беременности не были запланированными (т.е., данный процесс не являлся осознанным), женщины не были удовлетворены отношениями между супругами, чаще испытывали недостаток жилой площади, проживали во временном наёмном жилье, не соблюдали режим питания. Несмотря на выявленные гинекологические проблемы, женщины-работницы химического производства преимущественно посещали врача с целью прохождения профилактического осмотра, но не лечения имеющейся патологии.

Данное исследование демонстрирует не только наличие проблем репродуктивного здоровья у женщин на химическом производстве, но и наглядно показывает весь спектр социального неблагополучия, отсутствие образования и культуры бережного и ответственного отношения к своему здоровью, что не имеет ничего общего с занятостью на химическом производстве.

Исследователями были предложены мероприятия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья: усовершенствование организации обследования при проведении периодических профилактических медицинских осмотров, усовершенствование диспансерного наблюдения; активизацию пропаганды ЗОЖ при систематическом информировании пациенток о рисках нарушения репродуктивного здоровья.

Можно резюмировать, что социальные факторы могут в значительной мере влиять на состояние здоровья работников, игнорирование их может приводить к ошибочному выводу о наличии прямой связи между наличием производственных факторов и возникновением заболеваний.

К сожалению, большинство исследований по анализу рисков и установлению связи с работой отличаются отсутствием системного подхода, что в значительной мере искажает результаты и приводит к субъективизму выводов.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ ЗАПРЕЩЕННЫХ ДЛЯ ЖЕНЩИН ПРОФЕССИЙ И ВИДОВ РАБОТ

В данном разделе нами были выбраны некоторые профессии из действующего Постановления Министерства труда и социальной защиты РБ от 12 июня 2014 года «Об установлении списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин» и предпринята попытка критического анализа запрета с позиций доказательной медицины и гендерного подхода. Выбор данных видов работ был обусловлен: отсутствием доказательной базы для существующих ограничений, широким привлечением женщин в данную сферу в других, в том числе, высокоразвитых странах, очевидный гендерно-дискриминирующий характер запрета.

Одной их запрещенных видов работ для женщин в Республике Беларусь являются **работы по тушению пожаров и ликвидации аварий**. Известно, что исторически женщины не единожды участвовали в борьбе с пожарами. Например, в 1894 году в Российской империи в Улеборгской губернии (территория современной Финляндии) была учреждена пожарная команда, в состав которой могли записываться и женщины. Тогда в состав пожарной команды вошли 104 мужчины и 98 женщин. Пожарная охрана СССР военного времени тоже в немалой степени была укомплектована женщинами, которые вполне успешно справлялись с обязанностями, некоторые из них были отмечены наградами при тушении пожаров [14]. Не так давно, в марте 2015 года медалью МЧС России «За отвагу на пожаре» была награждена пожарный г. Санкт-Петербурга, 32-летняя сотрудница МЧС России Анна Шпенюва. Эту награду она получила за проявленный героизм и мужество при спасении из огня двух женщин.

Сегодня происходит заметная интеграция женщин в «профессии риска», ранее считавшимися исключительно мужскими [15]. Российская Федерация – одна из стран, приближенных к Беларуси по большинству социальных и экономических показателей. Опрос общественного мнения, проведенный в РФ, показал, что большинство респондентов (82,0%) считают возможным для женщин работу в МЧС [16].

Усиление женской самоактуализации, изменение мотиваций и появление новых жизненных приоритетов формирует у женщин, служащих (работающих) в МЧС определенные взгляды на характер их деятельности. Например, в результате проведенного в 2013 году социологического исследования удалось выяснить, что «мотивацией при выборе профессии в МЧС России для женщин являются: 30% - гарантированное денежное довольствие, льготы, определенный статус; 26 % - желание помогать людям в трудных жизненных и чрезвычайных

ситуациях; 22%- престижность профессии в МЧС России; 13 %- возможность карьерного роста; 9%-приобщение к традициям Министерства» [17, 18]. Эти данные представляются важными для нас – женщины высказались о личных профессиональных, карьерных и материальных ценностях, что на протяжении многих лет было прерогативой мужчин.

В Беларуси также запрещена работа женщин по ликвидации аварий. Вместе с тем участие женщин в военных действиях, ликвидации последствий аварий и катастроф в качестве медицинского персонала не запрещено. Более того, врачи Республики Беларусь, независимо от пола, являются военнообязанными и могут быть призваны к военной службе при необходимости. Известны и описаны героические действия женщин-врачей и медицинских сестер по спасению людей во время землетрясения в Спитаке, зонах военных действий, где выполнение работы связано с высочайшим уровнем ответственности, риском для жизни, физической выносливостью. Так, например, врач И.А.Назарова (г.Москва), являясь медиком-спасателем, участвовала в 65 спасательных командировках (Афганистан, Буденновск, Владикавказ, две чеченские военные кампании, где работала в общей сложности восемнадцать месяцев, землетрясения в Турции, Колумбии, все места в Москве, где террористами были взорваны дома, и другие очаги трагедий). Известны и многие другие примеры участия женщин в медицинских спасательных бригадах.

Женщины работают пожарными и спасателями во многих странах мира: Австрия, Германия, Норвегия, Индия, Япония, Нидерланды, Великобритания, США и др. Этот список включает в себя страны с высоким уровнем медицины и профилактики, в том числе в области женского здоровья. Согласно статистическим данным, представленным на сайте Национальной Ассоциации Пожарных (National Fire Protection Association) в США в общей сложности работают 13750 женщин-пожарных, что составляет 4,6% от общего количества. Эти цифры не включают в себя административных работников, инспекторов и волонтеров. 150 женщин занимают руководящие посты в региональных департаментах. Ежегодно проводится несколько митингов в разных точках страны в защиту прав «пожарных в юбке».

Очевидно, что физические данные пожарных и спасателей должны соответствовать высоким стандартам выносливости. Эти стандарты имеют жизненно-важное значение для вербовки, обучения и поддержания оперативной эффективности персонала в физически сложных ситуациях (например, пожарных и спасательных, военных). Например, в Великобритании равные возможности в сфере занятости определены в Законе о равенстве 2010 года, который охватывает девять охраняемых характеристик, включая возраст, пол и гендер. Законодательство запрещает прямую или косвенную

дискриминацию из-за охраняемой характеристики. Прямая дискриминация возникает, если к кому-то относятся менее благосклонно из-за охраняемой характеристики (например, разные стандарты для мужчин и женщин). Косвенная дискриминация возникает, если положение или критерий (например, тест на пригодность) ставит кого-то из охраняемой группы в невыгодное положение и не может быть оправдано как пропорциональное средство достижения законной цели (например, если критерии тестирования и / или прохождения не отражают требования к работе). Таким образом, при приеме на работу в пожарную службу, претенденту, независимо от пола, необходимо пройти тест, состоящий из 7 заданий, симулирующих действия сотрудников при пожаре. Эти задания в полной мере отражают требования к физической подготовке пожарного [19]. Стандарты теста одинаковы для мужчин и женщин, что исключает дискриминацию по гендерному критерию, но учитывает физические способности, независимо от половой принадлежности. Аналогичные законодательные требования существуют в Европе, США и Австралии [20]. Таким образом, достигается гендерное равенство и высокий профессиональный уровень рекрутируемых пожарных и спасателей, учитываются индивидуальные физические данные.

Аналогично, согласно Списку тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, в Беларуси не разрешается профессия **водолаза**. Согласно данным профессионального сообщества женщин-водолазов Women Diver's Hall of Fame, которое охватывает представительниц 18 стран мира, женщины активно участвуют в научных глубоководных исследованиях, подводных археологических экспедициях, военном и спасательном дайвинге, обучении водолазов. Допуск к работе осуществляется на основании полного медицинского обследования, показателей профессиональной теоретической и практической подготовки, навыков оказания медицинской помощи (Diving Personnel Medical and Training Requirements).

В истории СССР также есть примеры активного участия женщин в водолазных работах. Например, инженер-водолаз, полковник Военно-Морского флота Н.В. Соколова возглавила и лично участвовала в подводной разведке и прокладке Ладожского трубопровода во время блокады Ленинграда, в общей сложности проведя более 400 часов под водой [21]. Мы считаем, что только личные показатели физической подготовки могут и должны определять степень пригодности к выполнению водолазных, а так же пожарных и спасательных работ.

Одной из работ, на которых запрещен труд женщин, является **заготовка плодов с подъемом на высоту выше 1,3 метра**. Трудно понять логику данного запрета. На протяжении веков труд женщин в сельском хозяйстве был связан со

сбором фруктов, в том числе и с деревьев. Владельцы собственных приусадебных хозяйств в Беларуси имеют плодовые деревья и, соответственно, ежегодно собирают урожай. Большая часть из них – женщины, и эта работа является частью их повседневной жизни. Кроме того, указание на высоту 1,3 метра, вероятно, имеет связь с тем, что среднестатистический рост и показатели выносливости женщин меньше, чем мужчин. Данный запрет не учитывает того большого количества женщин, которые обладают ростом выше среднего и высокой выносливостью (в РБ к возрасту 45-50 лет показатели физического здоровья мужчин значительно хуже, чем у женщин). Данный запрет трудно согласуется с традиционным укладом деревенской жизни в стране, является так называемым «двойным стандартом», когда «дома бесплатно эту работу выполнять можно, а за деньги – нельзя».

На протяжении многих лет женщины активно участвовали и в других отраслях сельского хозяйства, например, работах, связанных с **управлением тракторами**. В СССР наибольшее вовлечение женщин в управление тракторными машинами произошло в послевоенное время вплоть до 70-х годов. Тогда, в связи с широким распространением и использованием механизированной техники в сельском хозяйстве остро стал вопрос нехватки квалифицированных кадров, было принято решение о привлечении девушек. В некоторых областях СССР число женщин-трактористок практически равнялось количеству мужчин, управляющих тракторами [22]. В средних школах Беларуси учащиеся 10-11 классов, юноши и девушки, осваивали профессию «тракторист-машинист» в рамках обучения в УПК. К концу прошлого века число женщин, вовлеченных в данную сферу, постепенно снизилось. Так, например, в 2004 году на 2240 сельскохозяйственных предприятиях Беларуси трудились 40 женщин-трактористок. Тогда всем им в День матери, 14 октября, на Минском тракторном заводе были вручены ключи от новых тракторов МТЗ-82. Министр сельского хозяйства и продовольствия Леонид Русак выразил им слова благодарности за нелегкий труд, самоотверженность и подчеркнул, что в 7-миллионный "каравай" страны нынешнего года вложен труд и сельских женщин, пишет портал новостей Naviny.by (15.10.2004) [23].

Тем не менее, профессия тракториста-машиниста в настоящее время входит в список работ, на которых запрещается привлечение к труду женщин. Как известно, большую часть сельских жителей составляют женщины. Зачастую женщины являются и основным источником дохода в семьях в то время, когда, согласно статистическим данным, мужчины в 5 раз чаще страдают алкоголизмом, среди них в 8 раз больше осужденных за совершенные преступления по приговорам судов) [1]. В сельской местности профессия тракториста-машиниста является одной их наиболее высокооплачиваемых. Нам представляется очень важным предоставление женщинам возможности выбора

более высокооплачиваемой работы в условиях тяжелой социальной и экономической ситуации в сельской местности. Государство призвано не только использовать женщин в качестве рабочей силы в условиях дефицита кадров, как это исторически сложилось в послевоенные годы, но и поддерживать ответственный выбор отдельного человека, независимо от половой принадлежности. Запрет на управление тракторами для женщин является очевидно гендерно-дискриминирующим решением, отрезает женщин от возможности честно конкурировать с мужчинами за более высокооплачиваемую работу в сельской местности.

На примере вышеописанных профессий можно заключить, что существование Постановления Министерства труда и социальной защиты РБ «Об установлении списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин», носит предвзятый характер, он не позволяет женщинам проявлять свои физические способности и таланты, ограничивает свободу выбора профессии на основании гендерной принадлежности. Нами не было найдено медицинских исследований, которые бы могли предоставить доказательную базу для ограничений работ женщин в данных сферах.

ГЕНДЕРНОЕ РАВЕНСТВО И ЗДОРОВЬЕ МУЖЧИН В РБ

Гендерное равенство обеспечивается соблюдением фактического равенства мужчин и женщин. Принятое Постановление Министерства труда и социальной защиты РБ «Об установлении списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин», по мнению государства, призвано улучшить здоровье женщин, снизить остроту проблем, связанных с производственными заболеваниями. с учетом «физиологических особенностей женского организма, а так же функции материнства и связанные с этим особенности» (тоже ссылочка/сноска, откуда это взяли). В связи с этим нам представляется важным обратить внимание на актуальное состояние здоровья мужчин и женщин в РБ, чтобы оценить, насколько оправдано принятие специальных решений и постановлений, касающихся женского населения РБ. Для этого мы обратились к периодическому статистическому сборнику «Женщины и мужчины Республики Беларусь» (Минск, 2016).

В настоящее время на территории РБ отмечается заметный дисбаланс в показателях здоровья мужского и женского населения – мужчины умирают раньше. Ожидаемая продолжительность жизни белорусских женщин по итогам 2015 года – 78,9 лет, мужчин – 68,6 лет [23]. Разница в 10 лет считается значительной. По всем основным причинам смертности (кроме болезни Альцгеймера) и в каждой возрастной группе у мужчин регистрируются более высокие показатели смертности. Мужчины чаще, чем женщины, страдают тяжелыми хроническими заболеваниями и начинают ими болеть в более раннем возрасте [24].

С медицинской точки зрения существует множество гендерных стереотипов и установок, которые вносят вклад в низкие показатели здоровья мужчин. В целом, традиционная маскулинность в представлении многих связана с повышенным риском для здоровья. Исследования показывают, что мужчины предпочитают не обсуждать болезненные ощущения или физическое недомогание. Белорусы в целом поддерживают культурные (и влияющие на состояние здоровья) взгляды, что мужчина должен быть сильным, здоровыми и крепким, при этом часто отрицаются существующие проблемы. Имеет место некоторая особенность, воспитываемая с детства, когда мужчина не должен болеть и жаловаться, а «мужское» поведение должно быть связано с риском.

Отмечаются гендерные различия и в особенностях представления о состоянии своего здоровья, переживания и отношения к болезни [25]. Мужчины, в отличие от женщин, характеризуются более высокой самооценкой здоровья и самочувствия, несмотря на имеющиеся жалобы. Женщины

отличаются большим соответствием «внутренней картины здоровья» имеющимся физиологическим данным, в то время как у мужчин имеется ее частичное несоответствие объективным показателям. Приведенные примеры гендерных установок и стереотипов не могут не приводить к медицинским и социальным последствиям.

Так, одним из важнейших показателей здоровья населения является первичная инвалидность лиц трудоспособного возраста. В одном из проведенных в РБ исследований было выявлено, что за период 2002-2009 гг. первично было признано инвалидами 179806 лиц в возрасте 18-55 (59) лет, из них мужчин – 67%, женщин – 33%. На протяжении данного временного интервала интенсивные уровни первичной инвалидности мужского населения трудоспособного возраста превышали аналогичные показатели у женщин в 1,7-2,2 раза. Показатель первичной инвалидности женского населения 18-54 лет составил 30,6%, тот же показатель у мужчин составлял 55,0% [25].

Согласно статистическим данным за 2015 год в РБ среди мужчин значительно чаще, чем среди женщин регистрируются случаи профессиональных заболеваний (72 против 21), производственного травматизма (1116 против 408), в том числе со смертельным исходом (71 против 1). Важными представляются данные по причинам смертности в трудоспособном возрасте (в пересчете на 100 000 человек населения соответствующего пола, представлены в виде соотношения количество женщин / мужчин): всего – 150,2 / 637,0; среди них: инфекционные и паразитарные болезни – 5,6 / 16,1, новообразования – 47,0 / 119,2, острый инфаркт миокарда – 0,8 / 10,5, болезни органов дыхания – 2,6 / 19,3, болезни органов пищеварения – 12,1 / 37,0, внешние причины (несчастные случаи, связанные с транспортными средствами, случайные отравления алкоголем, утопления и пр.) – 31,4 / 175,5. В это же время только 7,6% мужчин оценивают свое здоровье, как «плохое» (среди женщин – 10,1%), 33,1% мужчин считают, что обладают «хорошим» здоровьем (среди женщин – 23,9%) по данным за 2016 год [23].

Можно сделать вывод, что патерналистическая позиция в отношении здоровья женщин, в том числе и в области охраны труда в настоящее время не имеет логических оснований в связи с тяжестью проблем в сфере сохранения мужского здоровья в Беларуси. Существование Списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, поддерживает исторически сложившийся «перекос» в сторону профилактических мероприятий, ориентированных на женщин, несмотря на очевидные проблемы в сфере здоровья мужчин в РБ.

При обсуждении демографической ситуации и общего состояния репродуктивного здоровья в Республике Беларусь, как правило, затрагиваются проблемы женского здоровья и бесплодия. Как отмечено в ответе на обращение

частного социально-информационного учреждения «Центр по продвижению прав женщин» (23.03.2017, № 7-1-20/249ЮР), «на разработку норм, устанавливающих запреты и ограничения в отношении женского труда, безусловно, оказывают влияние физиологические особенности женского организма, а также *функции материнства и связанные с ними особенности*».

Однако, согласно результатам Всемирной Организации Здравоохранения (1987) не менее 50% случаев бесплодие пары обусловлено нарушением фертильности мужчин [26]. Проведенные исследования показывают значительный вклад вредных производственных факторов в развитие нарушений мужской репродуктивной функции. Так, нарушение сперматогенеза, приводящее к проблемам с зачатием, случаи невынашивания беременности у жён достоверно чаще возникают в тех парах, где мужчины причастны к вредным производственным факторам – контакту со свинцом и другими тяжелыми металлами, органическими растворителями, пестицидами, воздействию ионизирующего излучения и высоких температур [27]. Таким образом, Список тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, по своей сути является дискриминационным не только для женщин, но и для мужчин, т.к. игнорирует влияние профессиональных вредностей на мужское, в том числе, репродуктивное здоровье.

Согласно общепринятым международным документам, «репродуктивное здоровье – это состояние полного **физического, умственного и социального благополучия**, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функций» (Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию, Нью Йорк, ООН, 1994). Социальное благополучие включает возможности реализации своих способностей и адекватного материального вознаграждения за труд. Таким образом, гиперпротекция женщин в области репродуктивного здоровья не только не имеет научного подтверждения (мужчины так же, как и женщины подвержены воздействию профессиональных вредностей), но и существенно снижает экономическое / социальное благополучие женщин. Одним из примеров гиперпротекции в отношении женщин можно считать так называемую «политику защиты плода», принятую на некоторых производствах северной Америки в 1980-х, когда женщины репродуктивного возраста не принимались на работу. Высший Суд США запретил данную дискриминирующую практику на основании того, что все рабочие места должны быть в равной степени безопасными как для мужчин, так и для женщин.

Исторически женщины были нагружены чувством вины в случаях бесплодия пары или рождения детей с нарушениями развития. Приведенные

выше данные говорят о совместной ответственности мужчины и женщины в возникновении медицинских проблем, связанных с рождением и ростом ребенка. Разработка и существование гендерно предвзятых ограничительных документов не соответствует истинному положению вещей в демографической ситуации в РБ, препятствует формированию и принятию ответственности мужчин за здоровье детей.

Одним из признаков зрелости личности является понимание и принятие границ личности, права свободного выбора, как собственного, так и выбора другого человека. Отсутствие этих качеств приводит к повышенному контролю над другими людьми и неспособностью принятия ответственности за свои собственные поступки. В личных судьбах это отражается в алкоголизме, насилию в семьях, употреблению психотропных веществ, и данные проблемы достаточно актуальны для нашей страны. Список работ, запрещающий труд женщин, препятствует естественному «взрослению» общества, поддерживает инфантильные процессы, когда как у мужчин, так и у женщин не формируется персональная ответственность за свою жизнь и здоровье.

Таким образом, мы понимаем, что важно заботиться о здоровье как женщин, и так и мужчин. И наличие Списка лишь укореняет сложившиеся стереотипы и перекосы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Существование Списка тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, является дискриминирующим документом как для женщин, так и для мужчин. Недопущение к перечисленным в списке видам работ женщин не имеет под собой научно-доказательной базы. Многие профессии из списка запрещены по гендерным (субъективным и стереотипным) соображениям, но не на основании научных данных. При принятии решений о запрете должны быть использованы принятые в мире принципы доказательной медицины, но не субъективное мнение, стереотип или авторитетное суждение. Важно так же иметь в виду, что зачастую вес влияния социальных факторов (к примеру, нежелание проходить периодические профилактические осмотры и/или незнание о существовании такой необходимости) может быть значительнее, чем влияние факторов производства.

Многие профессии из Списка доступны для женщин наравне с мужчинами в большинстве стран с высоким уровнем экономики и высокими показателями в сфере здоровья. Женщины могут работать пожарными, спасателями, водолазами и др. специалистами при условии адекватной физической подготовки. Государство не должно препятствовать самоопределению любого человека, независимо от гендерной принадлежности и пола.

Естественно, профессии отличаются между собой по степени тяжести, рискам для жизни и здоровья. И тогда важным представляется проведение политики информирования о вредных условиях производства с предоставлением права свободного выбора без прямой либо косвенной дискриминации обоих полов. Повышение уровня личной ответственности за здоровье, которое происходит в результате социальных, культурных, образовательных и профилактических мероприятий, является ключевым фактором в улучшении здоровья как отдельного человека, так и населения республики в целом. Кроме того, отсутствие доступа женщин к более высокооплачиваемым видам работ в условиях тяжелой экономической ситуации создает значительное психологическое напряжение и угнетенность, неизбежно отрицательно влияющие на ощущение благополучия и здоровья.

Список тяжелых работ и работ с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых запрещается привлечение к труду женщин, поддерживает сложившийся на протяжении десятилетий стереотип, когда мужчины «не жалуются и не плачут», а заботятся о состоянии женщин, игнорируя или отвергая свои очевидные потребности и проблемы. Это может приводить к алкоголизму, низкой продолжительности жизни. Акцент на сохранении

женского здоровья не имеет под собой фактического основания. Таким образом, Список нарушает принципы гендерного равенства не только в отношении женщин, но и мужчин в Беларуси.

Женщины могут и имеют право позаботиться о себе и принять решение самостоятельно, без нормативных документов. Каждая личность имеет право и свободу самоопределения, в том числе и в профессиональной сфере. Важно, таким образом, не продолжать политику дискриминирующих ограничений, а проводить мероприятия, направленные на повышение личной ответственности граждан за свое здоровье и благополучие.

Список использованных источников:

1. Статистический сборник «Женщины и мужчины Республики Беларусь», под ред. И.В.Медведевой, Минск, 2016, 216 с.
2. World Health Organization (WHO). Gender, Women and Health. What do we mean by sex and gender? Доступно онлайн <https://www.legal-tools.org/doc/a33dc3/pdf> (последний доступ 14.07.2017)
3. Fausto-Sterling A. Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. New York: Basic books, 2000
4. World Health Organization (WHO). Gender, Age and Work. Geneva: WHO department of Gender, Women and Health, September 2004. Доступно онлайн http://www.who.int/gender/other_health/Gender,HealthandWorklast.pdf (последний доступ 14.07.2017)
5. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Factsheet no.43. Including gender issues in risk assessment. Luxembourg: European Agency for Safety and Health, 2003. Доступно онлайн <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/43> (последний доступ 14.07.2017)
6. Котельников Г. П., Шпигель А. С. Доказательная медицина. Научно-обоснованная медицинская практика. – 2000
7. Эпидемиологические аспекты гигиены труда / Ред. М. Карвонен и М. Михеев. Рег. публ. ВОЗ / Евр. сер. №20. Копенгаген: ВОЗ / ЕРБ, 1990
8. Hill AB. The Environment and Disease: Association or Causation? Proceedings of the Royal Society of Medicine. 1965;58(5):295-300
9. Денисов Э. И., Чесалин П. В. Доказательность в медицине труда: принципы и оценка связи нарушений здоровья с работой //Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – №. 11. – С. 6-14
10. Измеров Н. Ф. и др. Методология выявления и профилактики заболеваний, связанных с работой //Медицина труда и промышленная экология. – 2010. – №. 9. – С. 1-7
11. Денисов Э. И., Чесалин П. В. Профессионально обусловленная заболеваемость: основы методологии //Медицина труда и промышленная экология. – 2006. – №. 8. – С. 5-10
12. Есис Е. Л. Субъективная оценка влияния факторов химического производства на состояние репродуктивного здоровья женщин / Е. Л. Есис, И. А. Наумов, Л. С. Бут-Гусаим // Актуальные проблемы медицины : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 55-летию УО "Гродн. гос. мед. ун-т", Гродно, 3-4 окт. 2013 г. : в 2 ч. / Гродненский государственный медицинский университет ; ред. колл. : В. А. Снежицкий [и др.]. - Гродно, 2013. - Ч. 1.- С.234-236
13. Есис Е. Л. Медико-социальная обусловленность состояния

репродуктивного здоровья женщин-работниц химического производства / Е. Л. Есис, Л. С. Бут-Гусаим, И. А. Наумов // Здоровье для всех : сб. ст. V Междунар. науч.-практ. конф., Пинск, 25-26 апр. 2013 г. - Пинск, 2013. - Ч. 1.- С.47-50

14. Пустовалова, Е. И. Гендерная характеристика выбора профессии риска как демографическая проблема / Е. И. Пустовалова // Демографическая политика в регионе: проблемы и перспективы: материалы научно-практической конференции, Екатеринбург, 10–11 марта 2010 г. – Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2010. – С. 62–64

15. Гаах Н. А. Социальная самореализация военнослужащих-женщин Вооруженных Сил Российской Федерации: Социально-философский анализ //Автореф.... канд. филос. наук. – 2001. – Т. 9. – №. 11

16. Киткин К. Н. Изменение имиджа офицера противопожарной службы: историко-социологический анализ //Известия Уральского федерального университета. Серия 3. Общественные науки. – 2008. – Т. 3. – №. 5

17. Пустовалова Е. И., Ложкарев А. И., Бараковских М. В. Выбор профессии риска: гендерный аспект //Проблемы современного педагогического образования. – 2016. – №. 51-4. – С. 320-326

18. Женщины пожарно-спасательной службы МЧС России: сборник материалов круглого стола: – М.: ВНИИПО, 2013. – 60 с

19. Blacker S. D. et al. Physical employment standards for UK fire and rescue service personnel //Occupational medicine. – 2015. – Т. 66. – №. 1. – С. 38-45

20. Payne W., Harvey J. A framework for the design and development of physical employment tests and standards //Ergonomics. – 2010. – Т. 53. – №. 7. – С. 858-871

21. Илюшина В. В., Шилина Т. А. ТРАНСФОРМИРОВАНИЕ РОЛИ ЖЕНЩИНЫ В ОБЩЕСТВЕННОМ СОЗНАНИИ СОВЕТСКОГО ОБЩЕСТВА (на примере жизни и деятельности инженер-капитана 1 ранга ВМФ Соколовой НВ) //Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2016. – №. 10-1. – С. 60-64

22. Захаров А. В. Женщины-механизаторы в 1960 1970-е годы (на материалах Саратовской и Волгоградской областей) //Вестник Саратовского государственного социально-экономического университета. – 2011. – №. 4

23. Трактористки Беларуси получили ко Дню матери ключи от новых тракторов, 15.10.2004. Доступно онлайн http://naviny.by/rubrics/society/2004/10/15/ic_news_116_248570 (последний доступ 14.07.2017)

24. Гендерные особенности первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста / Т. Н. Глинская, М. В. Щавелева // Актуальные проблемы медицины : материалы ежегод. итог. науч. конф. - Гродно, 2011. - С. 37-40

25. Грошев И. В. Гендерно-личностные особенности представления

пациентов о состоянии своего здоровья, переживания болезни и отношения к ней //Российский медицинский журнал. – 2008. – №. 3. – С. 37-41

26. Rowe P. J. et al. WHO manual for the standardized investigation and diagnosis of the infertile couple //Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, 1993. – 1993

27. Figa Talamanca I., Traina M. E., Urbani E. Occupational exposures to metals, solvents and pesticides: recent evidence on male reproductive effects and biological markers //Occupational medicine. – 2001. – Т. 51. – №. 3. – С. 174-188