

ЖЕНСКАЯ ДОЛЯ



Автор:
Анна Владимировна Хасина,
психолог, эксперт по медицинской коммуникации и врачебному стрессу, директор консалтинговой компании «МАС-менеджмент»

«Дух и тело не разделены пропастью; они формируют друг друга». Эту фразу приписывают английскому врачу, военному хирургу Джеймсу Миранде Бэрри.

Всю взрослую жизнь Бэрри прожил как мужчина, хотя родился женщиной. Маргарет Энн Балкли (такое имя дали Бэрри при рождении) появилась на свет в 1795 году. Для женщины в то время заниматься врачебной практикой было невозможно. Чтобы поступить в Эдинбургский университет и начать карьеру хирурга, Маргарет пришлось стать Джеймсом, вести тайную жизнь, отказаться от семьи…

В докладе BO3 Global Health Workforce statistics database[1] 2021 года указано, что в целом по миру 76% медицинских кадров (врачей и медицинских сестер) составляют женщины, хотя их доля варьируется в зависимости от специализации, типа занятий и региона. Среди врачей женщины составляют чуть более 40%, среди медицинских сестер – более 90%.

Согласно статистическому сборнику за 2018 год, в России трудятся почти 549 тысяч врачей, из них больше 390 тысяч – женщины[2]. Простой подсчет показывает, что женщин среди врачей – 71%. Медсестрами и санитарками работают в подавляющем большинстве женщины, так что у медицины в России буквально женское лицо.

В наше время женщина может свободно выбирать любую врачебную специальность. Однако с чем ей придется иметь дело? Будет ли это ситуация равноправия с коллегами-мужчинами или женщина-врач будет испытывать больше трудностей в работе и построении карьеры?

ПРАВО ИМЕЮ

Международный банк реконструкции и развития (МБРР) ежегодно публикует отчет «Женщины, бизнес и закон»[3]. Каждой стране присваиваются баллы от 0 до 100; 100 балов означает, что женщины имеют равное с мужчинами правовое положение во всех сферах. В отчете подвергаются анализу 8 сфер: мобильность женщин (возможность свободно выбирать место жительства и путешествовать), место работы (возможность выбора, наличие дискриминации), оплата труда, жизнь в браке, родительство, предпринимательство, собственность и пенсия.

В отчете 2021 года Россия «заработала» 73,1 балла, столько же, сколько Бурунди и Уганда. Для сравнения: Эстония – 97,5 балла, Турция – 82,5 балла, Саудовская Аравия –

[1] https://apps.who.int/gho/data/node.main.HWFGRP?lang=en

[2] https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god

[3] https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35094/9781464816529.pdf?sequence=7&isAllowed=y

80 баллов, Украина – 79,4 балла, Казахстан – 69,4 балла.

Россия получала очень разные оценки в зависимости от сферы анализа. В плане мобильности и владения правами собственности в России нет различий между мужчинами и женщинами. Наибольшие различия – в сферах «Место работы», «Оплата труда» и, как следствие, – «Пенсия».

Согласно докладу Минэкономразвития[4], разрыв в оплате труда между мужчинами и женщинами в России в 2019 году составил 27,9% (расчет по данным Росстата), что существенно превышает среднемировой показатель. Работодатели позволяют себе платить женщинам – и женщинам-врачам в частности – меньше, потому что конкуренция среди женщин выше. При прочих равных работодатель зачастую предпочитает взять на работу врача-мужчину: он не уйдет в декрет или на больничный по уходу за ребенком, у него нет домашних обязанностей, которые станут отвлекать его от работы.

В уже упомянутом докладе ВОЗ также было отмечено: несмотря на то, что женщины составляют преобладающую часть рабочей силы, занятой в сфере здравоохранения, они недостаточно представлены на высших уровнях управления данной сферы.

Согласно исследованию консалтинговой компании McKinsey & Co, в 2019 году в США доля женщин среди медиков начального уровня (врачей и медсестер) составляла 66%, доля женщин-руководителей в сфере здравоохранения – 34%.

В 2005 году в России была интересная диссертационная работа «Гендерный статус женщины в современной медицине» [Ковалева М. Д., 2005]. Одно из положений, вынесенных на защиту, звучало следующим образом: в российском управлении здравоохранением сохраняется гендерная стратификация. Мужчины чаще занимают руководящие посты, а женщины заняты в непосредственной практической работе с пациентами.

В 2018 году В. И. Скворцова упомянула на сессии в рамках II Евразийского женского форума: «В последние годы существенно увеличилось число женщин на руководящих постах в российском здравоохранении. Сейчас уже каждый пятый региональный министр (20%) и каждый четвертый ректор медицинского вуза (25%) – женщина». К сожалению, нам не удалось обнаружить данные, подтверждающие этот тезис. Также нет сведений о том, каково соотношение мужчин и женщин на должности главврача организации здравоохранения.

«СТЕКЛЯННЫЙ ПОТОЛОК»

В отсутствие данных остается предаваться размышлениям о феномене «стеклянного потолка» – ограничений в развитии женской карьеры.

Например, можно порассуждать о том, каковы социальные ожидания россиян от фигуры руководителя. Так, в 2019 году консалтинговая компания Ernst & Young провела опрос тысячи россиян. Только 7% респондентов обоих полов хотели бы работать под руководством женщины. Желающих трудиться под руководством мужчины существенно больше – 49%. Объяснение, предложенное авторами опроса: российское общество до сих пор предвзято относится к женщинам-руководителям. Существует представление, что они непременно авторитарны. Кроме того, женщины-врачи испытывают трудности в карьерном развитии, поскольку существует дефицит наставников – ролевых моделей [Sonnad, Colletti, 2002]. Помимо этого, высоковероятно, что на своем профессиональном пути женщина-врач столкнется с сексуальным домогательством. Так, согласно отчету Medscape 2018 года[5], в американ-

ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ РАБОТОДАТЕЛЬ ПРЕДПОЧТЕТ ВЗЯТЬ В ШТАТ ВРАЧА-МУЖЧИНУ: ВЕДЬ ОН НЕ УЙДЕТ В ДЕКРЕТ И У НЕГО НЕТ ДОМАШНИХ ДЕЛ, ОТВЛЕКАЮЩИХ ОТ РАБОТЫ

[4] https://clck.ru/Wrvsq

[5] https://www.staging.medscape.com/slideshow/sexual-harassment-of-physicians-6010304?faf=1

ской медицине с харассментом сталкиваются 12% американских женщин-врачей. Традиционно российских данных о распространенности сексуальных домогательств в медицине не существует; читатели могут адресоваться к собственному опыту. Важно, что сексуальные домогательства часто являются формой запугивания, способом показать женщине ее место в иерархии, заставить почувствовать свой низкий социальный статус. Распространенным следствием столкновения с домогательствами является временное отступление или полный отказ от дальнейшей карьеры.

И, наконец, женщины-врачи могут сознательно отказываться от должности руководителя в силу нарушения баланса семья – карьера.

WORK-LIFE BALANCE: ВТОРАЯ СМЕНА

Немного статистики. Шансы на выгорание у врача увеличиваются на 3% за каждый дополнительный час работы в неделю, на 2% – за каждый дополнительный час работы дома в неделю. При этом шансы возрастают на 200–250%, если возникает конфликт между домашними делами и работой, и на 275%, если больше 4/5 рабочего времени врач тратит на задачи, недостаточно значимые с его точки зрения [Dyrbye et al, 2017].

Можно предположить, что многим женщинам-врачам хорошо знакома ситуация конфликта между рабочими и домашними обязанностями. Так, в мае 2021 года на портале Medical Economics был опубликован материал «Десять главных факторов выгорания женщин-врачей»[6]. В статье упомянуто, что в среднем женщина-врач работает на 8,5 часов в неделю больше, чем мужчина-врач, за счет выполнения домашних обязанностей. Отметим, что речь идет о США, где значительное распространение получили идеи равного распределения домашних обязанностей между партнерами.

В России – стране с патриархальными ценностями – продолжают действовать социальные ожидания относительно «нормального» распределения бремени домашней работы между супругами. От женщины ожидается, что она будет решать задачи, связанные с бытом, домом, детьми – вне зависимости от ее рабочей загрузки. Говоря метафорично, чтобы иметь возможность работать наравне с коллегами-мужчинами и не испытывать стресса, врачу-женщине нужна дополнительная жена для выполнения домашних обязанностей.

ЛЕЧИ И СОСТРАДАЙ

Ряд исследований показывает, что уровень эмпатии у женщин-врачей в среднем выше, чем у врачей-мужчин [Santos et al, 2016; Duarte et al, 2016]. Более общительные и заботливые врачи с большей вероятностью, чем их сдержанные коллеги, способны уменьшить боль и тревожность своих пациентов [Chassany et al, 2006; Fujimori et al, 2014]. А пациенты чутких врачей с большей вероятностью будут соблюдать назначения врача [Little et al, 2015] и испытывать удовлетворенность медицинской помощью [Kim et al, 2004].

БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ, ЧЕМ У МУЖЧИН, УРОВЕНЬ ЭМПАТИИ ОБЪЕКТИВНО ДЕЛАЕТ ЖЕНЩИН ЛУЧШИМИ ВРАЧАМИ, НО ПРИ ЭТОМ ОНИ ПОДВЕРЖЕНЫ БОЛЬШЕМУ СТРЕССУ И РИСКУ ВЫГОРАНИЯ

Можно сделать смелое заявление, что способность острее чувствовать боль и страдания пациента и сопереживать ему делает женщин лучшими докторами, чем мужчин. Однако важна и «цена» вопроса: женщины-врачи подвержены большему стрессу и риску выгорания, чем коллеги-мужчины.

Профессия врача – одна из самых стрессовых. Высокий уровень стресса обусловлен следующими факторами [Матюшкина и др., 2020]:

- наличие высокой психической нагрузки, связанной с восприятием и переживанием страданий пациентов;

[6] https://www.medicaleconomics.com/view/top-ten-factors-that-contribute-to-burnout-in-women-physicians?page=11&fbclid=IwAR0p_Eeft6PikiFnHhtzfMRzm7g4DP9RA73N6Ei7RL7N9Gfs0Pazr3I-rRg

- высокие требования к уровню эмпатии для облегчения этих страданий;
- высокий уровень ответственности за результаты своей работы ввиду ее специфики (здоровье человека);
- высокий риск отождествления с проблемами пациентов и их семей;
- осознание недостаточного влияния на исход процесса лечения в силу множества не поддающихся контролю и изменению факторов.

Американский портал Medscape проводит ежегодное исследование стресса и выгорания врачей. В периметр исследования попадают 12 000 врачей 29 специальностей. В исследовании 2021 года[7] приняли участие 37% женщин-врачей и 61% мужчин (еще 2% врачей не указали свой пол). При этом выгорание у себя отметили 51% женщин и 36% мужчин.

Предельное проявление выгорания – депрессия. Нужно отметить, что женщины в целом страдают от депрессии в 2 раза чаще, чем мужчины. Это относится к большой депрессии, дистимическим нарушениям и тревожным расстройствам [Тювина Н.А., 2003]. Косвенно о выраженности депрессии среди женщин-врачей говорят следующие данные: частота самоубийств у врачей-женщин – в 2,27 раза выше, чем среди населения в целом [Patel et al, 2018]. Для сравнения: частота самоубийств среди врачей-мужчин в 1,41 раза выше, чем в среднем по популяции. Что сказать, врачебная деятельность – действительно одна из самых эмоционально сложных в мире.

Врачи-женщины и врачи-мужчины отличаются не только риском выгорания, но и тем, как протекает сам процесс.

Четырехлетнее исследование голландских врачей общей практики [Houkes et al, 2011] показало, что у женщин-врачей выгорание начинается с развития эмоционального истощения, затем переходит в чувство повышенной деперсонализации (чувство отстраненности или цинизма по отношению к пациентам).

В дальнейшем женщины-врачи испытывают редукцию личных достижений, так называемый синдром самозванца: самокопание, ощущение недостаточной успешности, сомнения и терзания. Синдром самозванца наблюдался у 49% врачей-женщин (против 24% врачей-мужчин). Врачи-мужчины по мере выгорания испытывают растущую деперсонализацию и эмоциональное истощение, но не перестают чувствовать себя эффективными, способными и компетентными в работе.

Стоит также отметить, что большая чуткость и способность к эмпатии у женщин-врачей – ответ на социальные ожидания в отношении гендерных ролей. Женщинам приписывается большая уязвимость, эмоциональная нестабильность, чем мужчинам, а с другой стороны – способность лучше сопереживать и заботиться. Исследования показывают, что пациенты имеют разные ожидания от врачей-женщин, чем от врачей-мужчин [Shah, Ogden, 2006].

ПРЕДЕЛЬНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ – ДЕПРЕССИЯ. НУЖНО ОТМЕТИТЬ, ЧТО ЖЕНЩИНЫ В ЦЕЛОМ СТРАДАЮТ ОТ ДЕПРЕССИИ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ МУЖЧИНЫ

Таким образом, женщина-врач сталкивается с более высокими требованиями, чем врач-мужчина, не только дома. В профессии женщина-врач отвечает как будто за все: она должна лечить, как коллеги-мужчины, а вот сочувствовать должна больше. Неудивительно, что женщины-врачи чаще коллег-мужчин испытывают так называемую усталость от сострадания, которая приводит к эмоциональному истощению – «первой ласточке» выгорания.

Быть женщиной-врачом трудно. Процитируем слова хирурга Александры[8]: «Чтобы добиться уважения, женщине нужно работать не наравне с мужчинами, а больше, каждый день доказывая окружающим и самой себе, что она этого достойна».

[7] https://www.medscape.com/slideshow/2021-lifestyle-burnout-6013456?faf=1#3

[8] https://daily.afisha.ru/relationship/11641-pacienty-nazyvayut-nas-zaychik-lastochka-sladenkaya-legko-li-byt-zhenschinoy-vrachom/

ЖЕНСКАЯ ДОЛЯ

1. Ковалева М. Д. Гендерный статус женщины в современной медицине: Дис. … д-ра социол. наук: 14.00.52. Волгоград, 2005.
2. Тювина Н. А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И. М. Сеченова. 2003.
3. Patel RS, Bachu R, Adikey A, et al. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. Behav Sci. 2018;8(11):98.
4. Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al. Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. July 5, 2017.
5. Матюшкина Е.Я, Рой А. П., Рахманина А. А. и др. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников. Современная зарубежная психология. 2020;9(1):39–49.
6. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. Int J Med Educ. 2016;7:149–153.
7. Duarte MIF, Raposo MLB, Rodrigues P, et al. Measuring empathy in medical students, gender differences and level of medical education: An identification of a taxonomy of students. Investigación en Educación Médica. 2016;20(5):253–260.
8. Chassany O, Boureau F, Liard F, et al. Effects of training on general practitioners' management of pain in osteoarthritis: a randomized multicenter study. J Rheumatol. 2006;33(9):1827–1834.
9. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2014;32(20):2166–2172.
10. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. Eval Health Prof. 2004;27(3):237–251.
11. Little P, White P, Kelly J, et al. Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. Br J Gen Pract. 2015;65(635): e351-e356.
12. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, et al. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. BMC Public Health. 2011;11:240.
13. Shah R, Ogden J. 'What's in a face?' The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients' judgements: an experimental study. Patient Educ Couns. 2006;60(2):136–141.
14. Sonnad SS, Colletti LM. Issues in the recruitment and success of women in academic surgery. Surgery. 2002;132(2):415–419.