



Проект USAID Підтримка реформи охорони здоров'я



ОЦІНКА ГЕНДЕРНОЇ ОБІЗНАНОСТІ СЕРЕД МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УКРАЇНІ



Київ 2021

Цей документ підготовлено за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), наданої від імені народу Сполучених Штатів Америки, та Програми Уряду Великої Британії «GoodGovernanceFund», наданої від імені народу Великої Британії. Відповідальність за зміст цього документу, який необов'язково відображає погляди USAID, Уряду Сполучених Штатів Америки, UKaid або Уряду Великої Британії, несе виключно компанія ТОВ «Делойт Консалтинг» в рамках контракту №72012118C00001.

Зміст

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ _____	2
ВСТУП _____	3
1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ _____	4
2. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ _____	9
3. ГЕНДЕРНА ЧУТЛИВІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ЩОДО ПАЦІЄНТІВ І КОЛЕГ _____	11
Гендерна чутливість медпрацівників _____	11
Гендерні стереотипи медпрацівників у їхній взаємодії з пацієнтами _____	13
Гендерні стереотипи та упередження медичних працівників у їхній взаємодії з колегами _____	20
Умови праці та навчання медпрацівників: гендерний аспект _____	24
4. ПОЄДНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ТА СІМЕЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 _____	30
Розподіл гендерних ролей у партнерських стосунках _____	30
Вплив пандемії на робоче навантаження, розподіл домашніх обов'язків та сімейне життя медпрацівників _____	32
ВИСНОВКИ _____	37
РЕКОМЕНДАЦІЇ _____	39

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ВНЗ – вищий навчальний заклад
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ДУ – державна установа
ЗОЗ – заклад охорони здоров'я
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ – Національна служба здоров'я України
ПМД – первинна медична допомога
СМД – спеціалізована медична допомога
СМП – середній медичний персонал
ФГД – фокус-групова дискусія

ВСТУП

У наданні медичної допомоги та підвищенні якості медичних послуг важливо враховувати подібності та відмінності у потребах здоров'я чоловіків і жінок з погляду на їх гендерні особливості. Перепоною для надання якісної медичної допомоги може стати як недостатня увага до біологічних характеристик та фізіологічних особливостей пацієнтів різних статей, так і неврахування соціальних, економічних та поведінкових детермінант здоров'я.

Численні закордонні дослідження свідчать про поширеність гендерних стереотипів лікарів, а також про те, як вони впливають на поведінку лікаря – комунікацію з пацієнтом, діагностику та вибір схеми лікування залежно від статі¹, що потенційно впливає на результат терапії та навіть інколи шкодить пацієнту. Зокрема є дані про те, що лікарі та медичні сестри сприймають жінок як більш вимогливих пацієнтів², а чоловіків водночас менш вимогливих, але в цілому байдужих до власного здоров'я. Такі переконання впливають на підходи медичних працівників у лікуванні та комунікації з пацієнтами і можуть стати на заваді до отримання необхідної медичної допомоги. Так, є дані, що жінки в післяопераційний період частіше отримували седативні препарати, в той час як чоловікам призначали анальгетики³. Це показало, що жінки зазнають ризику недостатнього полегшення болю. Водночас, в Україні таких досліджень бракує.

Гендерна обізнаність медичних працівників значною мірою впливає на якість послуг, що надаються пацієнтам, а також на комунікацію та кар'єрну мобільність працівників сфери охорони здоров'я. ВООЗ визначає гендерну обізнаність як «розуміння того, що існують соціально обумовлені відмінності між жінками та чоловіками на основі набутої поведінки, що впливає на їхню здатність отримувати доступ до ресурсів та контролювати їх»⁴.

Нині в Україні відсутні узагальнені дані про рівень гендерної обізнаності медпрацівників. Репрезентативні опитування медичних працівників щодо того, як гендерні стереотипи та уявлення впливають на спілкування лікаря та пацієнта, до цього часу в Україні не проводилися. Без цих даних важко знайти ефективні рішення для подолання гендерної нерівності в системі охорони здоров'я.

Вивчення як гендерних особливостей доступності послуг, так і гендерної обізнаності серед медичних працівників, буде сприяти прийняттю рішень, спрямованих на покращення якості послуг, що надаються пацієнтам, та забезпечення рівності та справедливості у доступі до послуг в охороні здоров'я.

¹ Calderone, K.L. The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles* 23, 713–725 (1990). <https://doi.org/10.1007/BF00289259>

² Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Educ Couns*. 2003 Jan;49(1):45-52. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00039-3. PMID: 12527152.

³ Calderone KL. The influence of gender on the frequency of pain and sedative medication administered to postoperative patients. *Sex Roles* [Internet]. Springer Nature; 1990 Dec;23(11-12):713–25.

⁴ Gender and health: technical paper. World Health Organization. World Health Organization. Division of Family and Reproductive Health. (1998). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63998>

1. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета та завдання дослідження

Метою дослідження була оцінка гендерної обізнаності серед медичних працівників, зокрема серед лікарів та медсестер/медбрatів. Задачі дослідження включали такі основні блоки: вивчити поширення гендерних стереотипів серед лікарів та медсестер/медбрatів; визначити, як проявляються гендерні стереотипи медичних працівників у їхній взаємодії з пацієнтами; дізнатись як гендерні стереотипи впливають на переконання щодо колег. Також дослідження мало на меті оцінити умови праці і відчуття безпеки на робочому місці та вплив COVID-19 на робоче навантаження і розподіл сімейних обов'язків медичних працівників .



Рис. 1.1. Мета та завдання дослідження

Методи дослідження.

Дослідження передбачало поєднання кількісних та якісних соціологічних методів збору даних, які взаємно доповнювали один одного. При цьому особливістю цього дослідження було те, що кожна наступна дослідницька активність базувалася на результатах попередньої, тобто вони виконувалися послідовно (рис. 1.2).



1-Й ЕТАП. 16 ФГД З МЕДПРАЦІВНИКАМИ

для вивчення гендерної чутливості медпрацівників і впливу епідемії COVID-19 на гендерні стереотипи медпрацівників. Загалом у них взяли участь 93 медпрацівники, в т.ч. 59 жінок та 34 чоловіків (лікарі/ки та медсестри/медбрати ПМД та СМД)

2-Й ЕТАП. КІЛЬКІСНЕ ОПИТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

за методом особистого інтерв'ю у форматі віч-на-віч. Всього було опитано 2031 медпрацівник, включаючи 1529 лікарів та 502 медичних сестер та медичних братів ПМД та СМД

3-Й ЕТАП. ПРОВЕДЕННЯ 4 ФГД ІЗ КЕРІВНИКАМИ ЗОЗ І "ЛІДЕРАМИ ДУМОК"

для обговорення результатів кількісного опитування та розробки рекомендацій

Рис. 1.2. Методи збору даних

Анкета для проведення кількісного опитування медпрацівників

Анкета для проведення кількісного опитування медпрацівників включала два основних компоненти.

1) Запитання щодо гендерної чутливості лікарів та поширених серед них гендерних стереотипів були взяті (після відповідної адаптації) із міжнародного інструменту – Неймегенської шкали гендерної обізнаності в медицині (Nijmegen Gender Awareness in Medicine Scale – N-GAMS)⁵.

2) Запитання щодо впливу пандемії COVID-19 на робоче навантаження та розподіл обов'язків у сім'ях медпрацівників, а також щодо умов праці медпрацівників були сформульовані за результатами ФГД із медпрацівниками, проведених на першому етапі дослідження.

⁵Verdonk, P., Benschop, Y.W.M., De Haes, H.C.J.M. et al. Medical Students' Gender Awareness. Sex Roles 58, 222–234 (2008). <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9326-x>

Вибірка для проведення репрезентативного опитування лікарів

Цільовою (і генеральною) сукупністю дослідження є сукупність лікарів, медичних сестер та медичних братів, які працюють на умовах повної або неповної зайнятості у закладах охорони здоров'я первинної чи спеціалізованої медичної допомоги. За даними Центру медичної статистики МОЗ України станом на 2020 рік в Україні налічувалося 147 361 лікарів та 273 526 середнього медичного персоналу⁶. При цьому жінки становлять приблизно 64% серед лікарів та 95% середнього медичного персоналу.

Для реалізації дослідження було сформовано стратифіковані імовірнісні вибірки ЗОЗ окремо первинної та спеціалізованої ланок. У якості основи вибірки використовувався актуальний перелік ЗОЗ, представлений на сайті НСЗУ.

Стратифікація генеральної сукупності здійснювалася за географічними макрорегіонами (Північ, Південь, Захід, Схід, Центр), а в межах макрорегіонів – за областями. Розподіл обсягу вибірки ЗОЗ за стратами здійснювався пропорційно до чисельності населення в них. У межах сформованих страт відбір ЗОЗ здійснювався з рівними імовірностями. Для опитування лікарів спеціалізованої ланки задавалися квоти (мінімум 40% лікарів кожної статі).

У ході польового етапу дослідження було проведено **2031 інтерв'ю** з лікарями, медсестрами та медбратами ЗОЗ різних рівнів.

Критерії включення:

- Місце роботи: на момент опитування респондент працював (на умовах повної або неповної зайнятості) у ЗОЗ первинної або спеціалізованої ланки медичної допомоги, який належить до державної/комунальної форми власності.
- Посада: лікар/ка (в т.ч. завідувачий відділенням) або медсестра/медбрат, що безпосередньо працює із пацієнтами. Відповідно лікар-лаборант або патологоанатом, медстатистик, сестра-господарка не включалися до опитування.

В ході опитування задавалися квоти за такими ознаками як тип ЗОЗ (первинна та спеціалізована медична допомога), посада (лікарі та медичні сестри/медичні брати), а для ЗОЗ спеціалізованого рівня також стать (не менше 40% лікарів кожної статі).

Фокус-групові дискусії із керівниками ЗОЗ і лідерами думок

Для обговорення результатів дослідження та вироблення рекомендацій було проведено три ФГД із керівниками закладів охорони здоров'я первинного та спеціалізованого рівня надання допомоги та одну із лідерами думок. До ФГД із лідерами думок запрошувалися медичні працівники, які підтримують реформу охорони здоров'я, займаються навчанням інших медичних працівників, є прихильниками людиноорієнтованого підходу у наданні послуг, а також активно висловлюють свої ідеї у соціальних мережах та ЗМІ.

⁶ <http://medstat.gov.ua/ukr/medkadru.html>

Аналіз даних

Під час усіх ФГД проводився відеозапис із використанням відповідного сервісу програми Zoom. На основі відеозаписів були підготовані стенограми ФГД для подальшого їх аналізу.

Для обробки даних кількісного компоненту дослідження (опитування медпрацівників) використовувалася програма статистичної обробки даних SPSS.

Під час підготовки аналітичного звіту за результатами дослідження використовувалися такі методи аналізу даних:

- Розрахунок одно- та двовимірних розподілів відповідей респондентів (напр., порівняння відповідей лікарів і медсестер/медбратів, лікарів-чоловіків і лікарко-жінок, медпрацівників із ЗОЗ первинного та спеціалізованого рівнів медичної допомоги тощо). Результати відповідного аналізу описувалися в тексті звіту лише за наявності статистично значимих відмінностей.
- Розрахунок інтегральних показників (наприклад, частка медпрацівників, які поділяють хоча б один гендерний стереотип щодо своїх колег/пацієнтів), використання інших методів математичної статистики (наприклад, розрахунок середніх, аналіз внутрішньої узгодженості низки тверджень – коефіцієнт Альфа тощо) – за потреби, коли це обумовлювалося логікою аналізу даних.
- Для дослідження наявності та характеру зв'язків між відповідями респондентів було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s), який використовується для дослідження зв'язку між рядами даних, вимірними за порядковою шкалою. Значення r_s може змінюватися в межах від +1 (при наявності прямої залежності) до -1 (при наявності оберненої залежності). Для дослідження були використані значення r_s , які відповідали сильному $\pm 0,7 < r_s < \pm 1$ та помірному зв'язку $\pm 0,3 < r_s < \pm 0,7$, із рівнем статистичної значущості (p) менше 1%, що вказує на малу ймовірність випадкового виникнення подібної залежності.
- Результати ФГД аналізувалися за допомогою методу аналітичної індукції, що передбачає класифікацію даних, їх кластеризацію та аналітичні узагальнення.
- Триангуляція кількісних та якісних даних.

Обмеження дослідження

З огляду на часові, організаційні та інші обмеження ще на етапі розробки методології дослідження його об'єкт був дещо звужений, зокрема із нього були виключені лікарі та середній медперсонал, які працюють у:

- медзакладах високоспеціалізованої медичної допомоги та екстреної медичної допомоги;
- ЗОЗ приватної форми власності;
- відомчих (галузевих) медзакладах (зокрема лікарні залізничників, поліклініки МВС, військові госпіталі та госпіталі ветеранів війни тощо).

Виходячи з цього, результати дослідження більш надійно відображають думки лікарів та середнього медперсоналу, які працюють на умовах повної або неповної

зайнятості у закладах охорони здоров'я первинної та спеціалізованої ланок медичної допомоги комунальної форми власності.

У ході проведення кількісного опитування квоти за статтю задавалися лише для лікарів спеціалізованого рівня медичної допомоги (не менше 40% лікарів кожної статі). Для лікарів із ЗОЗ первинного рівня та для середнього медичного персоналу подібні квоти не передбачалися. Це було обумовлено особливостями генеральної сукупності (згідно з наявними статистичними даними чоловіків серед лікарів первинного рівня і, особливо, серед середнього медперсоналу небагато) та вимогами щодо реалістичності проведення опитування у задані терміни.

Таким чином, частка чоловіків серед опитаних лікарів первинної ланки сягала 17% (87 осіб із 502), а серед середнього медперсоналу – 2% (11 осіб із 502). Таким чином, аналіз даних з дезагрегацією за статтю проводився щодо лікарів спеціалізованої ланки та, з певними обмеженнями, щодо лікарів первинної ланки. Для групи медичних сестер/медичних братів відповідний аналіз виявився неможливим.

Можна припустити, що відповідаючи на деякі особливо сенситивні запитання анкети, частина респондентів давали соціально схвалювані відповіді. Зокрема в ході проведення ФГД із лідерами думок частина учасників охарактеризували результати опитування медпрацівників стосовно поширеності сексуальних домагань на робочому місці як занижені.

Етичні засади дослідження

Збір, зберігання та аналіз емпіричних даних дослідження базувалися на дотриманні етичних стандартів і захисті права учасників дослідження на добровільність, анонімність та конфіденційність. Зокрема анкета не містила жодних персональних даних, які дозволяли б ідентифікувати особу респондента, який її заповнював. З цією ж метою всі співробітники Аналітичного центру «Соціоконсалтинг», залучені до реалізації проекту, в тому числі всі інтерв'юери, підписали угоду про дотримання конфіденційності, згідно з якою вони зобов'язуються не розголошувати та іншим чином не передавати стороннім особам будь-які особисті дані про респондентів, які стануть їм відомими в ході виконання ними своїх професійних обов'язків.

Перед початком дослідження всі потенційні респонденти були поінформовані про мету та завдання дослідження, особливості його перебігу, а також про гарантії анонімності та конфіденційності для респондентів, їхнє право на добровільну участь в дослідженні та на її припинення в будь-який момент. Після цього передбачалося отримання усної поінформованої згоди кожного респондента на участь у дослідженні.

Протокол та інструментарій дослідження пройшли процедуру етичної експертизи та отримали схвальний відгук Етичної комісії ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики».

2. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ

Загалом у процесі дослідження був опитаний 2031 медпрацівник:

- близько половини респондентів – лікарі спеціалізованої ланки медичної допомоги, які майже порівну розділилися на чоловіків та жінок (для лікарів спеціалізованої ланки задавалися квоти за статтю, які було виконано в ході опитування);
- близько чверті респондентів становлять лікарі первинної ланки медичної допомоги, в тому числі 17% з них – чоловіки (квоти за статтю для лікарів первинної ланки не задавалися);
- близько чверті респондентів становлять медичні сестри та медичні брати, які представляють первинну та спеціалізовану ланки медичної допомоги. Абсолютну більшість з них становлять жінки (квоти за статтю для медсестер і медбрatів не задавалися) (рис. 2.1.).



Рис. 2.1. Основні характеристики респондентів, %

При опитуванні лікарів спеціалізованої ланки медичної допомоги не задавалися квоти за спеціалізацією, але задавалися квоти за статтю. Отриманий розподіл лікарів різної спеціалізації за статтю відображає наявний гендерний дисбаланс у генеральній сукупності (табл. 2.1.).

Спеціалізація опитаних лікарів, % за типом ЗОЗ та статтю

	Спеціалізована ланка		Первинна ланка	
	Жінки (n=529)	Чоловіки (n=498)	Жінки (n=415)	Чоловіки (n=87)
Загальна практика і сімейна медицина	0	0	71	75
Терапія, включно з усіма терапевтичними спеціальностями	37	13	14	16
Педіатрія, включно з усіма педіатричними спеціальностями	11	2	15	9
Хірургія, включно з усіма хірургічними спеціальностями	13	61	-	-
Неврологія	14	4	-	-
Анестезіологія	4	7	-	-
Акушерство-гінекологія	15	8	-	-
Стоматологія	1	2	-	-
Інші спеціалізації	5	3	-	-

*Кольором у таблиці виділені позиції, відмінності за якими між жінками і чоловіками є значущими

3. ГЕНДЕРНА ЧУТЛИВІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ГЕНДЕРНІ СТЕРЕОТИПИ ЩОДО ПАЦІЄНТІВ І КОЛЕГ

Гендерна чутливість медпрацівників

Для цілей даного дослідження **гендерно чутливий підхід** розглядався як врахування специфічних соціальних, культурних, економічних, політичних та інших характеристик умов життя та потреб жінок і чоловіків. Анкета для опитування медпрацівників містила низку тверджень, які відповідають гендерно чутливому підходу, та низку тверджень, які суперечать йому. Гендерно чутливі твердження демонструють усвідомлення того, що існують гендерно обумовлені відмінності між чоловіками та жінками, які мають вплив на діагностику та лікування. Відповідно гендерно нечутливі твердження демонструють нехтування такими відмінностями.

Всі вказані в анкеті **гендерно чутливі уявлення (три твердження)** одночасно поділяють 43% опитаних (рис. 3.1). Більшість медпрацівників, які поділяють всі вказані гендерно чутливі уявлення, разом з цим, погоджуються хоча б з одним гендерно нечутливим. Зокрема, лише 7% опитаних (136 осіб) одночасно погодилися із усіма трьома гендерно чутливими твердженнями та заперечили усі три гендерно нечутливі.



Рис. 3.1. Гендерна (не)чутливість лікарів, %

Істотних відмінностей залежно від статі, віку, типу ЗОЗ, посади (лікар/ка чи медсестра/медбрат) та типу населеного пункту не зафіксовано.

Загалом уявлення опитаних медпрацівників щодо гендерних питань є досить неоднозначними та суперечливими. Зокрема значна частина респондентів погодилися із твердженнями про те, що відмінності між лікарями-чоловіками та лікарками-жінками є незначними так само, як лікарю не важливо, чи є пацієнт чоловіком чи жінкою. (рис.

3.2). Водночас, відповідаючи на інші запитання, більшість респондентів зазначали, що ті чи інші відмінності між чоловіками і жінками є.

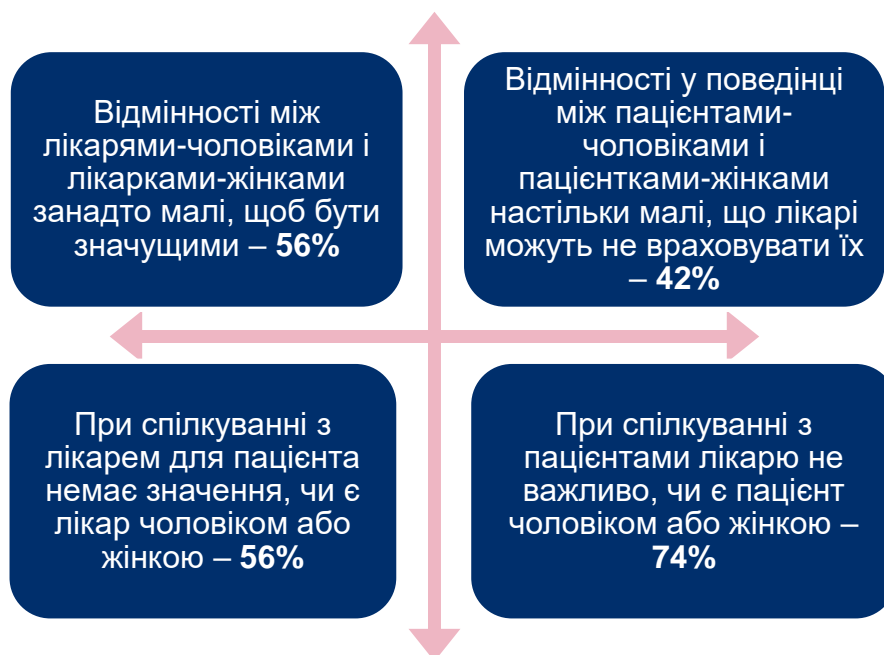


Рис 3.2. Гендерні особливості взаємодії пацієнтів/ок та медпрацівників/ць, %

В ході ФГД з лідерами думок та керівниками ЗОЗ вони зазначали, що така амбівалентність може пояснюватися орієнтацією лікарів на індивідуальний підхід до кожного пацієнта, намаганням будувати взаємодію з ним із врахуванням індивідуальних особливостей, а не рис, які вважаються типовими для жінок чи чоловіків.

«І чоловік, і жінка – це в першу чергу особистість, і лікар дивиться на кожного як на пацієнта і, враховуючи його особисті якості, психотип, знаходить до нього підхід» (учасниця ФГД, директорка ЗОЗ).

«Не можна огульно стверджувати, що всі жінки – такі, а чоловіки - такі. Всі ми індивідуальні. І після кількарічного досвіду роботи лікар налаштовується на прийом одного конкретного пацієнта. Він вчиться помічати особливості, і розуміти, з ким з пацієнтів більш емоційно розмовляти чи розпитувати про стан здоров'я, а з ким більш раціонально» (учасник ФГД, керівник ЗОЗ).

Гендерні стереотипи медпрацівників у їхній взаємодії з пацієнтами

Надзвичайно поширеними серед медпрацівників є гендерні стереотипи щодо пацієнтів: 94% респондентів поділяють хоча б один стереотип щодо пацієнтів. Особливо поширеними є стереотипи щодо своєчасності звернення по медичну допомогу (87%) та щодо особливостей взаємодії пацієнтів і пацієнок із медпрацівниками (83%) (рис. 3.3).



Рис. 3.3. Поширеність серед медпрацівників стереотипів щодо різних аспектів поведінки пацієнтів, %

Розглянемо більш детально представлені на рис. 3.3 інтегральні показники та алгоритм їх розрахунку (табл. 3.1). Для кожного інтегрального показника розраховувався коефіцієнт альфа Кронбаха, який визначає міру внутрішньої узгодженості (однорідності) шкали. Чим ближче значення коефіцієнту альфа до 1, тим більш узгодженою є шкала (інтегральний показник), тобто тим тісніше пов'язані між собою окремі індикатори, включені до її складу.

Таблиця 3.1. Спосіб розрахунку інтегральних показників поширеності стереотипів щодо пацієнтів

<p>87% – частка респондентів, які поділяють хоча б один зі стереотипів щодо своєчасності звернення по меддопомогу, включно з:</p> <p><u>Пацієнтки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ звертаються по меддопомогу частіше, ніж це насправді необхідно – 48%; ✓ скаржаться на своє здоров'я, тому що їм потрібно більше уваги, ніж пацієнтам-чоловікам - 42%; ✓ у них розвиваються незрозумілі з медичного погляду симптоми, тому що вони занадто багато скаржаться на своє здоров'я – 36%. <p><u>Пацієнти-чоловіки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ більш схильні затягувати зі зверненням до лікаря і звертатися тільки тоді, коли самопочуття дуже погіршиться – 69%; ✓ не звертаються до лікарів з приводу незначних проблем зі здоров'ям – 63%; ✓ частіше звертаються по медичну допомогу із занедбаними проблемами, яким можна було б запобігти (при своєчасному зверненні) – 62%. <p><i>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,8, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали</i></p>	<p>83% – частка респондентів, які поділяють хоча б один зі стереотипів щодо особливостей взаємодії із медпрацівниками, включно з:</p> <p><u>Пацієнтки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ частіше, ніж пацієнти-чоловіки, намагаються обговорювати з лікарями проблеми, які не стосуються теми консультації – 58%; ✓ більш чітко виконують рекомендації лікарів – 57%. <p><u>Пацієнти-чоловіки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ більш чітко висловлюють свої скарги, відповідають на запитання лікаря, ніж пацієнтки-жінки – 31%; ✓ краще розуміють рекомендації лікарів, ніж пацієнтки-жінки – 13%. <p><i>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,7, що свідчить про прийнятний рівень внутрішньої узгодженості шкали</i></p>
<p>74% – частка респондентів, які поділяють хоча б один зі стереотипів щодо особливостей очікувань від медпрацівників, включно з:</p> <p><u>Пацієнтки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ частіше, порівняно із пацієнтами-чоловіками, мають завищені очікування від лікарів – 44%; ✓ очікують занадто великої емоційної підтримки від лікарів – 61%. <p><u>Пацієнти-чоловіки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ менш вимогливі, ніж пацієнтки-жінки – 43%. <p><i>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,7, що свідчить про прийнятний рівень внутрішньої узгодженості шкали</i></p>	<p>65% – частка респондентів, які поділяють хоча б один зі стереотипів щодо особливостей поведінки в умовах COVID-19, включно з:</p> <p><u>Пацієнтки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ краще дотримуються карантинних обмежень і, за потреби, самоізоляції, ніж чоловіки – 38%; ✓ при підозрі на COVID частіше своєчасно звертаються до лікаря, ніж чоловіки – 45%; ✓ у випадку COVID більш чітко виконують рекомендації лікарів, ніж чоловіки – 45%. <p><i>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,8, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали</i></p>

На думку респондентів, чоловіки схильні зтягувати зі зверненням по медичну допомогу, звертаючись до лікарів лише тоді, коли самопочуття вкрай погіршиться. На протигагу цьому, вважається, що жінки схильні «зловживати» медичними послугами та увагою лікарів загалом (рис. 3.4). Важливо брати до уваги те, що існує низка міжнародних досліджень, які свідчать про те, що жінки частіше чоловіків звертаються по медичну допомогу і більше зацікавлені у своєму здоров'ї. Так, результати досліджень показують, що жінки більше цікавилися та повідомляли про набагато активніший пошук інформації, пов'язаної зі здоров'ям, приділяли більше уваги потенційним пандеміям у всьому світі та були набагато уважнішими до того, як товари, які вони купують у повсякденному житті, впливають на їхнє здоров'я, ніж чоловіки. Жінки також повідомили, що отримують набагато більше неформальної інформації про здоров'я від близьких членів сім'ї, інших родичів та друзів/колеги по роботі, ніж чоловіки⁷. Інші дослідження також вказують, що чоловіки менше користуються профілактичними послугами та нерегулярно перевіряють стан свого здоров'я порівняно із жінками⁸. Крім того, були виявлені гендерні відмінності у тому, що чоловіки практикують більш ризиковану поведінку і дотримуються більш ризикованих переконань щодо здоров'я (нездорове харчування, паління, вживання алкоголю, низький рівень звернень по медичну допомогу тощо), ніж жінки⁹.

Зважаючи на дані досліджень про гендерні відмінності між чоловіками і жінками у турботі про власне здоров'я варто зауважити, що виявлені стереотипи/уявлення про меншу турботу чоловіків про своє здоров'я відображують реальні факти. Разом з тим, наше дослідження не вивчало, чи незацікавленість у власному здоров'ї є знанням про цей факт, чи все ж стереотипним уявленням. Вплив стереотипів проявляється у тому, що лікарі загалом можуть бути надмірно уважними до скарг, які відповідають гендерним ролям, і не помічати тих, які не відповідають гендерним ролям пацієнтів¹⁰.

⁷ Ek S. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promot Int.* 2015 Sep;30(3):736-45. doi: 10.1093/heapro/dat063. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23985248.

⁸ Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. *J Womens Health (Larchmt).* 2012 Feb;21(2):140-5. doi: 10.1089/jwh.2011.2876. Epub 2011 Nov 14. PMID: 22081983.

⁹ Courtenay WH, McCreary DR, Merighi JR. Gender and ethnic differences in health beliefs and behaviors. *J Health Psychol.* 2002 May;7(3):219-31. doi: 10.1177/1359105302007003216. PMID: 22114246.

¹⁰ Floyd BJ. Problems in accurate medical diagnosis of depression in female patients. *Soc Sci Med.* 1997 Feb;44(3):403-12. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00159-1. PMID: 9004374.



Медичні працівники поділяють хоча б одне із тверджень щодо того, що пацієнтки-жінки “зловживають” медичними послугами – 64%

Пацієнтки-жінки

звертаються по медичну допомогу частіше, ніж це насправді необхідно – **48%**

скаржаться на своє здоров'я, тому що їм потрібно більше уваги, ніж пацієнтам-чоловікам – **42%**

у них розвиваються незрозумілі з медичного погляду симптоми, тому що вони занадто багато скаржаться на своє здоров'я – **36%**



Медичні працівники поділяють хоча б одне із тверджень щодо того, що пацієнти-чоловіки зтягують зі зверненням до лікарів – 82%

Пацієнти-чоловіки

більш схильні зтягувати зі зверненням до лікаря і звертатися тільки тоді, коли самопочуття дуже погіршиться – **69%**

не звертаються до лікарів з приводу незначних проблем зі здоров'ям – **63%**

частіше звертаються по медичну допомогу із занедбаними проблемами, яким можна було б запобігти (при своєчасному зверненні) – **62%**

Рис. 3.4. Уявлення медпрацівників про своєчасність і обґрунтованість звернення пацієнтів по медичну допомогу залежно від статі, %

Що стосується особливостей взаємодії пацієнтів з медпрацівниками, то більш поширеними серед медпрацівників є стереотипи щодо пацієток-жінок (рис. 3.5), яких часто сприймають як більш вимогливих та «менш зручних» пацієток. Подібні твердження звучали і в дослідженнях гендерних уявлень медиків в інших країнах¹¹. Разом з тим, дослідження¹² вказують про більшу обізнаність жінок щодо питань здоров'я порівняно з чоловіками, що може впливати на те, як часто та з якими проблемами пацієнтки-жінки та пацієнти-чоловіки звертаються по медичну допомогу.

У ході аналізу була виявлена помірна кореляція між твердженням, що пацієнти-чоловіки краще розуміють рекомендації лікарів, ніж пацієнтки-жінки та твердженням, що пацієнтки-жінки частіше, порівняно із пацієнтами-чоловіками, мають завищені очікування від лікарів ($N = 2039$, $r_s = 0,4$, $p < 0,001$).

¹¹ Gender differences in health information behavior: a Finnish population-based survey
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23985248/>

¹² Functional health literacy and health-promoting behavior in a national sample of British adults
<https://jech.bmj.com/content/61/12/1086.abstract>



Рис. 3.5. Уявлення медпрацівників про гендерні особливості взаємодії пацієнтів з медпрацівниками, % (частка тих, хто погодився з твердженнями)



Рис. 3.6. Уявлення медпрацівників про гендерні особливості очікувань пацієнтів від медпрацівників, % (частка тих, хто погодився з твердженнями)

Частина респондентів також характеризували жінок як більш відповідальних пацієнок у контексті протидії COVID-19, порівняно із чоловіками (рис. 3.7). Втім, як бачимо, думки опитаних з цього питання є полярними: за деякими позиціями частка згодних та незгодних є майже однаковою.



Рис. 3.7. Уявлення медпрацівників про гендерні особливості поведінки пацієнтів в контексті COVID-19, %

З віком поширеність стереотипів щодо пацієнтів зростає (рис. 3.8). При цьому стать опитаних, тип ЗОЗ, у якому вони працюють, посада (лікар/ка чи медсестра/медбрат) та тип населеного пункту на поширеність стереотипів не мають значущого впливу.

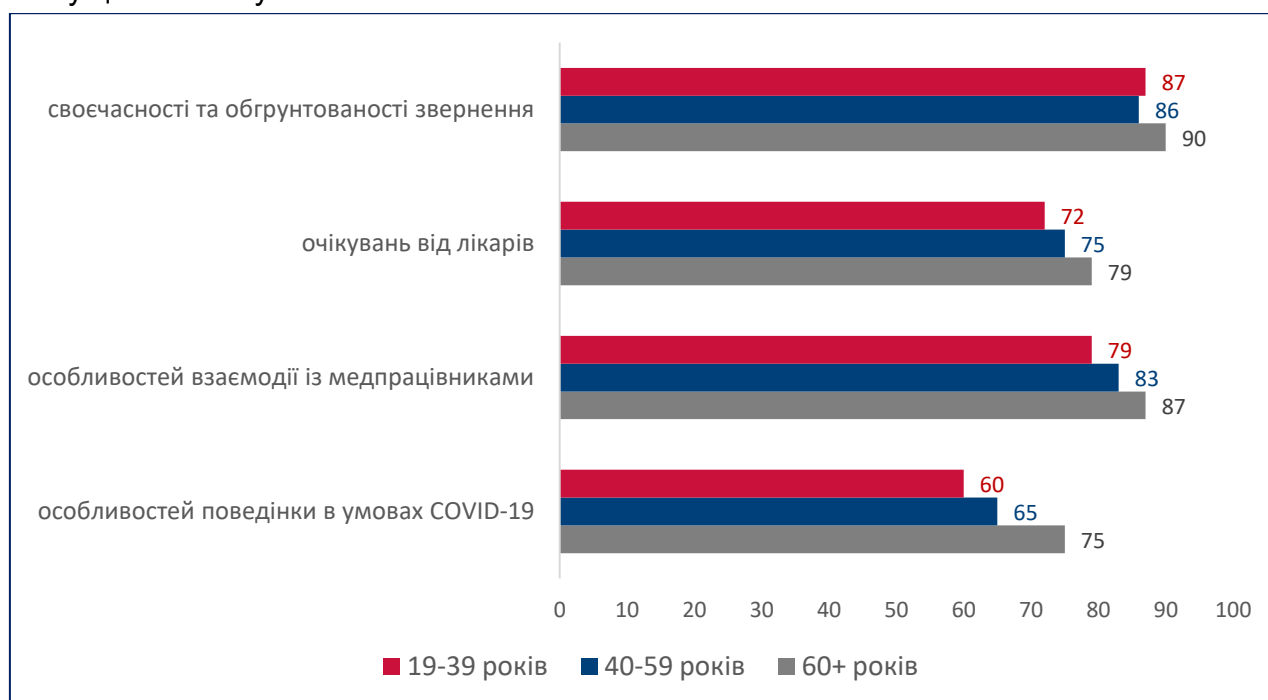


Рис. 3.8. Поширеність стереотипів щодо пацієнтів серед медпрацівників, % за віком респондентів

За відповідями респондентів, жінки зазвичай турбуються про збереження здоров'я всіх членів родини, у т.ч. дітей, родичів старшого віку і чоловіків. Про це свідчать як результати кількісного опитування, під час якого респондентам ставилося запитання про те, хто зазвичай супроводжує до ЗОЗ неповнолітніх дітей та взаємодіє із медпрацівниками (рис. 3.9), так і результати ФГД. Отримані дані, швидше за все, відображають дійсні суспільні уявлення про розподіл гендерних ролей, де відповідальність за турботу про здоров'я членів сім'ї переважно покладається на жінок.



Рис. 3.9. Розподіл відповідей на запитання: «Якщо говорити про батьків неповнолітніх дітей, хто...?», %

«Педіатричний прийом я називаю «мама-баба», бо десь 90% випадків, коли є діти, особливо, діти до року – це коли мама приходить, або мама приходить зі своєю мамою» (учасниця ФГД, лікарка, первинний рівень меддопомоги).

«Не только с COVIDом, но и с другими заболеваниями так – очень часто жена притягивает за уши мужа. Потому что у него проблемы со здоровьем, а он упирается руками и ногами, никак не хочет обследоваться и идти к врачу. Вот когда уже практически одевают белые тапки – тогда идет. Мужчины обычно не приводят своих жен» (учасниця ФГД, лікарка, первинний рівень меддопомоги).

Ці дані відповідають даним, отриманим з інших досліджень. Зокрема дослідження UNFPA свідчить¹³, що коли дитина хворіє, то, у 78% випадків зазвичай або завжди з дитиною вдома залишається мати, а в 19% випадків цей обов'язок розподіляється порівну між батьком і матір'ю, а 63% чоловіків вважають, що турбота про дітей – це виключно жіноча робота.

¹³ UNFPA, Сучасне розуміння маскулінності: ставлення чоловіків до гендерних стереотипів та насильства щодо жінок, 2018.

Гендерні стереотипи та упередження медичних працівників у їхній взаємодії з колегами

Поширеними серед медпрацівників є також стереотипи про колег. Так, 88% опитаних поділяють хоча б один такий стереотип, в тому числі 85% - про різні професійні здібності жінок і чоловіків, 62% - про особливості комунікації та взаємодії із пацієнтами.

Розглянемо більш детально вказані інтегральні показники та алгоритм їх розрахунку (табл. 3.2). Для кожного інтегрального показника розраховувався коефіцієнт альфа Кронбаха, який визначає міру внутрішньої узгодженості (однорідності) шкали. Чим ближче значення коефіцієнту альфа до 1, тим більш узгодженою є шкала (інтегральний показник), тобто тим тісніше пов'язані між собою окремі індикатори, включені до її складу.

Таблиця 3.2. Спосіб розрахунку інтегральних показників поширеності стереотипів щодо колег

<p>85% – частка респондентів, які поділяють хоча б один із стереотипів щодо різних професійних здібностей жінок і чоловіків, включно з:</p> <p><u>Лікарки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ краще підходять для догляду за пацієнтами, ніж чоловіки – 53%; ✓ краще підходять для тих спеціалізацій, де великий обсяг роботи з документацією – 46%; ✓ частіше емоційно вигорають в ході професійної діяльності, ніж лікарі-чоловіки – 41%. <p><u>Лікарі-чоловіки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ краще підходять для «екстремальних» видів меддопомоги (напр., хірург, реаніматолог), ніж жінки – 60% (27% – не погодилися); ✓ краще підходять для керівних посад в медзакладах, ніж лікарки-жінки – 33% (48% – не погодилися); ✓ краще ладнають з медичною і комп'ютерною технікою, порівняно з лікарками-жінками – 25% (59% – не погодилися); ✓ працюють ефективніше, ніж лікарки-жінки – 11% (72% – не погодилися). <p>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,8, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали</p>	<p>62% – частка респондентів, які поділяють хоча б один із стереотипів щодо особливостей комунікації та взаємодії із пацієнтами, включно з:</p> <p><u>Лікарки-жінки:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ занадто довго консультують порівняно з лікарями-чоловіками – 25%; ✓ більше співчують пацієнтам, ніж лікарі-чоловіки – 36%; ✓ занадто багато уваги звертають на те, як пацієнт переносить хворобу – 31%; ✓ занадто емоційно залучені у справи своїх пацієнтів – 34%; ✓ краще мотивують пацієнтів до лікування, ніж лікарі-чоловіки – 25%. <p>Коефіцієнт альфа для даного інтегрального показника становить 0,8, що свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості шкали</p>
--	---

Значна частина респондентів вважають, що чоловіки більш придатні до «екстремальних» видів медичної діяльності (наприклад, хірург, реаніматолог), тоді як жінки – до догляду за пацієнтами та до роботи з документацією (рис. 3.10).



Рис. 3.10. Уявлення респондентів про професійні здібності жінок і чоловіків, %

Досить популярними виявилися стереотипи щодо особливостей комунікації і взаємодії з пацієнтами лікарів-чоловіків та лікарок-жінок. Зокрема один з трьох-чотирьох опитаних погодився з тим, що жінки більш емпатійні, довше консультують та більш ефективно мотивують пацієнтів до лікування (рис. 3.11).



Рис. 3.11. Уявлення респондентів про гендерні особливості комунікації та взаємодії з пацієнтами, % (частка тих, хто погодився з твердженнями)

Поширеність гендерних стереотипів щодо колег відрізняється залежно від статі респондентів. При цьому простежується тенденція щодо того, що зазвичай і чоловіки, і жінки більшою мірою поділяють стереотипи щодо власної статі, ніж протилежної (табл. 3.3).

Таблиця 3.3. Уявлення респондентів щодо гендерних особливостей колег, % за статтю (частка тих, хто погодився з твердженням)

	Чоловіки (n=597)	Жінки (n=1442)
Жінки краще підходять для догляду за пацієнтами, ніж чоловіки	54	52
Жінки краще підходять для тих медичних спеціалізацій, де великий обсяг роботи з документацією	48	44
Лікарки-жінки занадто довго консультують порівняно з лікарями-чоловіками	23	26

	Чоловіки (n=597)	Жінки (n=1442)
Лікарки-жінки частіше емоційно вигорають в ході професійної діяльності, ніж лікарі-чоловіки	30	45
Лікарки-жінки більше співчують пацієнтам, ніж лікарі-чоловіки	30	38
Лікарки-жінки занадто емоційно залучені у справи своїх пацієнтів	29	36
Лікарки-жінки занадто багато уваги звертають на те, як пацієнт переносить хворобу	21	34
Лікарки-жінки краще мотивують пацієнтів до лікування, ніж лікарі-чоловіки	18	29
Чоловіки краще підходять для «екстремальних» видів меддопомоги (напр., хірург, реаніматолог), ніж жінки	65	58
Лікарі-чоловіки краще підходять для керівних посад в медзакладах, ніж лікарки-жінки	41	29
Лікарі-чоловіки краще ладнають з медичною і комп'ютерною технікою, порівняно з лікарками-жінками	31	24
Лікарі-чоловіки працюють ефективніше, ніж лікарки-жінки	21	7

** В таблиці зеленим кольором виділені твердження, які однаково поширені серед респондентів, незалежно від статі; червоним – ті, що частіше зустрічаються серед жінок та синім – ті, що більш характерні для чоловіків.*

Результати ФГД із керівниками ЗОЗ також засвідчили наявність у частини з них стереотипів щодо різних професійних здібностей жінок і чоловіків. Найбільш популярними виявилися стереотипи щодо того, що чоловіки більш придатні до екстремальних видів діяльності, ніж жінки, що пояснювалося в тому числі і фізіологічними причинами (наприклад тим, що чоловіки фізично більш витривалі, ніж жінки, що необхідно при роботі хірурга). Подібні твердження висловлювали як чоловіки, так і жінки. Активно заперечували їх лише ті жінки, які самі працюють за хірургічними спеціальностями, і самі стикалися з подібними упередженнями в ході своєї професійної діяльності.

З віком поширеність стереотипів щодо колег зростає (рис. 3.12). При цьому тип ЗОЗ, посада респондента (лікар/ка чи медсестра) та тип населеного пункту на рівень поширеності стереотипів значимо не впливають.

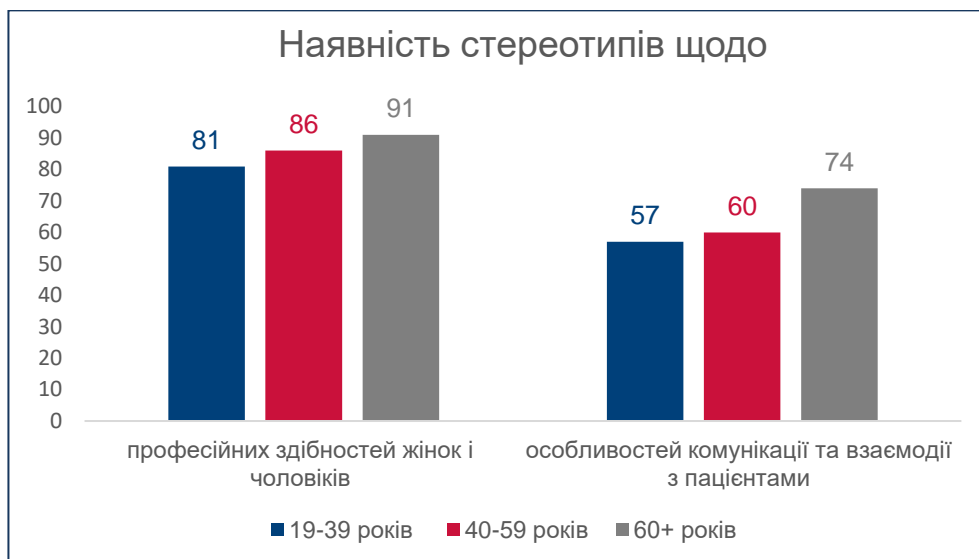


Рис. 3.12. Поширеність стереотипів щодо колег серед медпрацівників різного віку, %

Умови праці та навчання медпрацівників: гендерний аспект

Система медичної освіти не надто сприяє формуванню гендерної чутливості лікарів. Лише 40% опитаних медпрацівників зазначили, що вони вивчали курси щодо статевих та гендерних особливостей здоров'я і захворювань під час навчання або підвищення кваліфікації. При цьому респонденти з молодшої вікової групи зазначали про це дещо частіше (рис. 3.13).

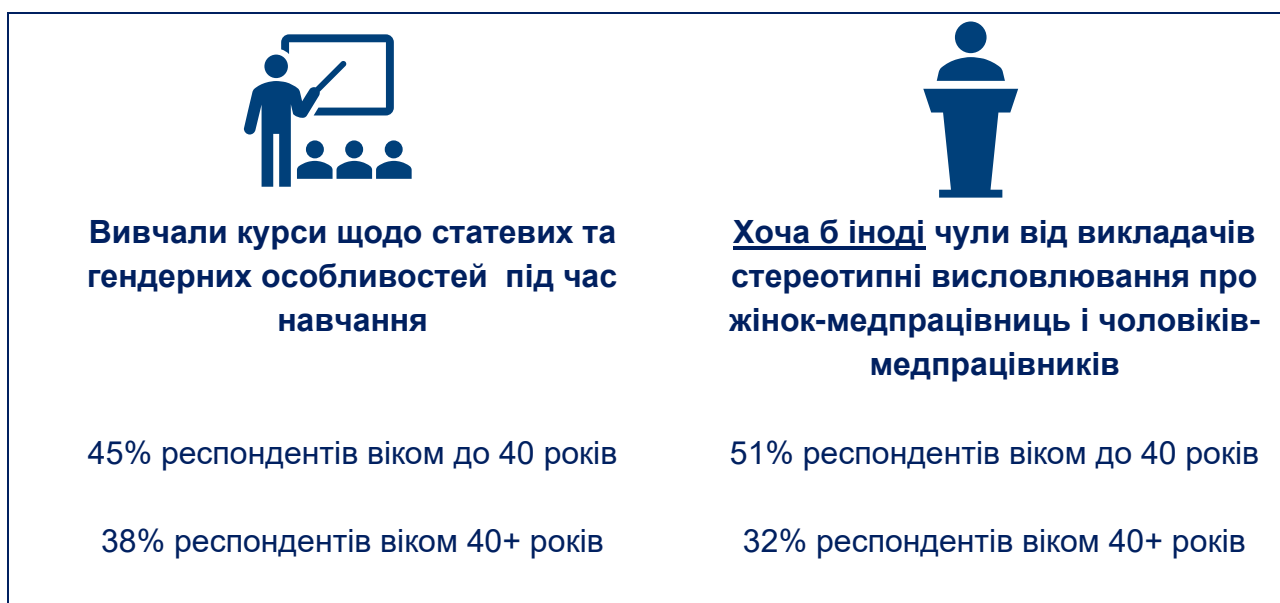


Рис. 3.13. Формування гендерної чутливості медпрацівників в системі медичної освіти, %

Про випадки, коли викладачі в медичних університеті, інституті, коледжі або на курсах підвищення кваліфікації дозволяли собі стереотипні висловлювання про жінок-медпрацівниць та чоловіків-медпрацівників, згадали близько половини респондентів із молодшої вікової групи (до 40 років) і лише близько третини респондентів старше 40

років (рис. 3.13). Ймовірно, що респонденти із старшої вікової групи (40+ років) не завжди ідентифікують гендерні стереотипи щодо жінок-медпрацівниць і чоловіків-медпрацівників, тому і вважають, що їхні викладачі не допускали таких висловлювань або не пам'ятають про такі висловлювання. Частка тих, хто вагався із відповіддю на дане запитання, у обох вікових групах істотно не відрізняється, становлячи 16% - серед респондентів віком до 40 років та 21% - серед старших респондентів.

В ході ФГД керівники ЗОЗ, відповідаючи на пряме запитання, заперечували наявність стереотипів як у них самих, так і у їхніх викладачів, а також те, що наявні уявлення (стереотипи) певним чином впливали на них або їхніх колег при виборі спеціалізації.

«Модератор: В ході попередньої розмови Ви зазначили, що коли Ви навчалися, дівчині було практично неможливо потрапити на хірургічну спеціалізацію. З чим це було пов'язано: вважалося, що дівчата гірше справляються із такою роботою, існували певні упередження?»

Учасниця: Не було ніяких упереджень. Просто місць було дуже мало, навіть хлопцям було складно потрапити, а дівчині – неможливо.

Модератор: А чому – хлопцям складно, але можливо, а дівчатам – неможливо? Тому що вони – дівчата, чи тому що вони гірше вчилися, були менш мотивовані?»

Учасниця: Ні, не тому, що вони – дівчата. Просто неможливо і все... Вони вчилися не гірше, і були не менш мотивовані» (учасниця ФГД, керівниця ЗОЗ, працює за терапевтичною спеціальністю).

Відкрито говорили про існування гендерних стереотипів щодо вибору спеціалізації у системі медичної освіти лише лідери думок, а також жінки-керівниці ЗОЗ, які працюють за хірургічними спеціальностями і самі стикалися з подібними стереотипами в ході своєї професійної діяльності.

«Проблема не в програмі, а в тому, що вони говорять уже потім: «Не дай Боже Вам піти в сімейну медицину»; «Якщо Ви – жінка, то Вам дорога тільки в терапію, і то в амбулаторну». І от з цим прихованим пластом інформації працювати набагато важче» (учасник ФГД, лідер думок).

«Я хочу нагадати таку не очень удачную пословицу еще со студенческой скамьи, что женщина-хирург как морская свинка – и не свинка, и не морская. На самом деле это – несправедливое и очень обидное высказывание, но я думаю, что многих женщин-студенток выпускных курсов, которые мечтали стать врачами-хирургами, просто не брали потому, что предпочтение отдавали мужчинам» (учасниця ФГД, керівниця ЗОЗ, працює за хірургічною спеціальністю).

У багатьох випадках в ЗОЗ відсутні базові умови для комфортної роботи персоналу. Наприклад, в кількох сімейних амбулаторіях відсутні туалети (рис. 3.14).

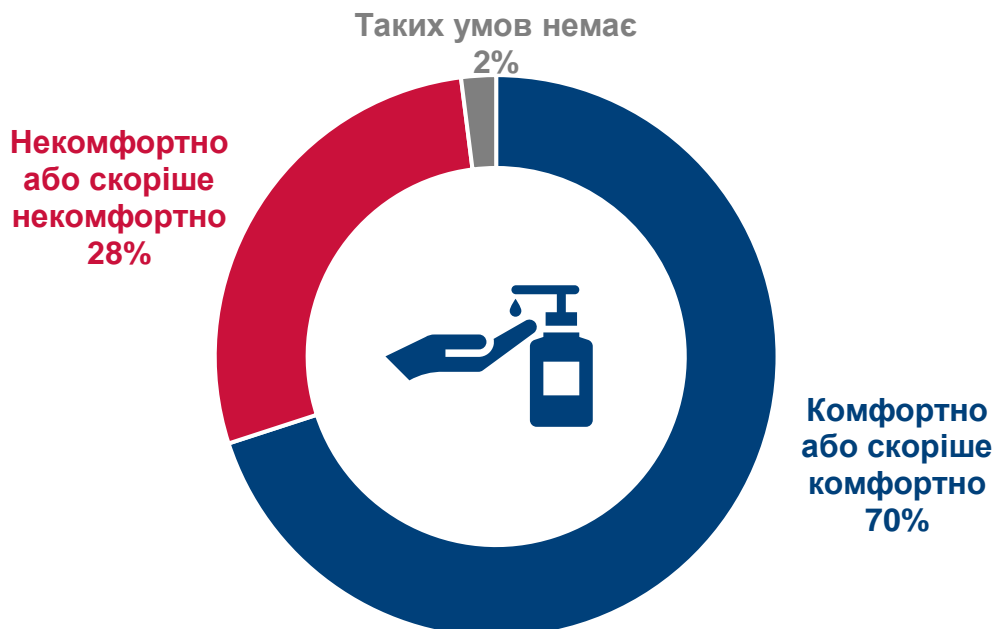


Рис. 3.14. Оцінка медпрацівниками умов праці, а саме – стану туалетних кімнат, %

У частині ЗОЗ відсутні душові кімнати, місце для відпочинку персоналу, місце для переодягання, не організоване належним чином харчування медпрацівників (немає обладнаного приміщення для прийому їжі та/або немає буфету/кафе/магазину, де можна придбати їжу), що особливо важливо для стаціонарів, де медпрацівники перебувають протягом тривалого часу (табл. 3.4).

Таблиця 3.4. Оцінка медпрацівниками умов праці, %

	Комфортні умови	Не комфортні умови	Таких умов немає
Стан душових кімнат			
ПМД	10	5	85
СМД, амбулаторна допомога	20	8	72
СМД, стаціонар	52	25	23
Місце для відпочинку медперсоналу			
ПМД	20	10	70
СМД, амбулаторна допомога	27	9	64
СМД, стаціонар	55	25	20
Місце для переодягання			
ПМД	31	14	55
СМД, амбулаторна допомога	46	17	37
СМД, стаціонар	60	31	9
Організація харчування медпрацівників в ЗОЗ			
ПМД	10	7	83
СМД, амбулаторна допомога	15	9	76
СМД, стаціонар	28	20	52

Частина респондентів повідомили, що не почувуються безпечно на роботі, особливо у вечірній та нічний час (рис. 3.15). Відповіді на це запитання розраховувалися для тих респондентів, які зазначили, що працюють пізно ввечері або вночі (1177 респондентів, що становить 58% від усіх опитаних). Серед медичних працівників стаціонару у нічний час працюють 90% респондентів, серед працівників, які надають послуги спеціалізованої ланки медичної допомоги амбулаторно – 48%, а серед медпрацівників первинної ланки допомоги – 25%. При цьому йдеться як про роботу за сумісництвом, яка передбачає нічні чергування (наприклад, стаціонар), так і про амбулаторний прийом, який закінчується пізно ввечері, чергування у кабінеті невідкладної допомоги тощо. При цьому медпрацівники первинної ланки медичної допомоги частіше побоюються за свою безпеку (34%), ніж медпрацівники спеціалізованої медичної допомоги (23%). Статистично значущих відмінностей між жінками і чоловіками не зафіксовано.

Аналіз даних свідчить про наявність помірної значущої кореляції між відчуттям безпеки під час нічних чергувань та комфортністю умов роботи, а саме станом душових кімнат ($r_s = 0,5$, $p < 0,001$), наявністю місць для відпочинку медичного персоналу ($r_s = 0,4$, $p < 0,001$) та організації харчування медпрацівників у закладі ($r_s = 0,3$, $p < 0,001$). Тобто відсутність або неналежний рівень комфортності робочих умов частково впливає на відчуття безпеки під час нічних чергувань.

Аналіз коментарів респондентів ФГД свідчить, що занепокоєння питанням особистої безпеки пов'язане з такими чинниками як ризик зіткнутися з агресією з боку пацієнтів, відсутність постійної охорони та інших засобів безпеки (наприклад, системи відеонагляду, «тривожної» кнопки) у ЗОЗ, несвоєчасне реагування поліції/недержавної служби охорони на виклики тощо.



Рис. 3.15. Оцінка респондентами безпеки на робочому місці, %

Під час ФГД лідери думок та керівники ЗОЗ зазначали, що для підвищення безпеки медпрацівників на робочому місці потрібні зусилля як з боку керівництва ЗОЗ (обладнання системи відеонагляду, «тривожних» кнопок, наявність у ЗОЗ власної охорони або укладання договору із державною або приватною службою охорони), так

і певні заходи на національному рівні. Наприклад, висловлювалися пропозиції щодо обов'язкового страхування життя медпрацівників, внесення до законодавства норми щодо того, що напад на медпрацівника під час виконання ним професійних обов'язків є обтяжувальною обставиною при розгляді злочину, аналогічно з подібною нормою, яка існує щодо працівників правоохоронних органів.

Незначна кількість (4%) медпрацівників/ць зазначили, що вони особисто стикаються із сексуальними домаганнями на робочому місці, як з боку пацієнтів, так і з боку колег (рис. 3.16). Разом з тим, значно більша кількість (14%) зазначили, що вони чули від колег про такі домагання. При цьому не виявлено статистично значущих розбіжностей у поширеності домагань, про які повідомили жінки та чоловіки, лікарі(ки) та медсестри.

Під час ФГД із лідерами думок та керівниками ЗОЗ їм ставилося запитання про те, наскільки отримані дані відображають реальну картину. Оцінки експертів кардинально відрізнялися.

Лідери думок однотайно оцінили їх як істотно занижені, зазначаючи, що:

- далеко не завжди медпрацівники/ці можуть ідентифікувати навіть фізичні прояви сексуальних домагань, не кажучи вже про вербальні;
- у багатьох випадках постраждалі соромляться говорити про такі випадки, зокрема побоюючись зіткнутися з віктимізацією з боку оточуючих;
- постраждалі побоюються зіткнутися із тиском з боку керівництва ЗОЗ та колег щодо того, щоб «не виносити сміття з хати», «не псувати репутацію/життя колезі (кривднику)» у випадку, якщо намагатимуться захистити свої права та добитися покарання для кривдника.

«Це – фантастично низька цифра. Мій знайомий приїхав з Америки минулого року, і він в кількох установах проходив практику, хоче відновити свій хірургічний диплом. І він говорить, що в кожній установі, ледь не кожен день бачив ці випадки. Якби таке було в Америці, цей хірург або професор уже б вилетів зі свого місця роботи. Просто наші люди не мають чуття, де та межа»(учасник ФГД, лідер думок).



Рис. 3.16. Досвід сексуальних домагань на робочому місці, %

«Вони не знають, що таке домагання. Вони думають, що якщо напали і гвалтують – оце домагання, а все решта – це не воно» (учасниця ФГД, лідерка думок).

Натомість позиція керівників була кардинально іншою. Лише один із керівників зазначив про те, що одна із його підлеглих розповідала, що вона стикалася із проблемою сексуальних домагань на попередньому місці роботи, що і стало причиною зміни місця роботи. Натомість решта учасників ФГД із числа керівників оцінили отримані дані як «дуже завищені», зазначаючи, що вони ніколи не стикалися із таким явищем: ні особисто, ні в ролі очевидця, ні під час роботи в ЗОЗ, ні під час навчання у ВНЗ, і їм як керівникам не відомо про такі випадки у їхніх колективах чи в інших ЗОЗ в їхньому місті.

«З особистого досвіду я скажу, що я з таким не стикалася в жодному закладі, де працювала, де проходила практику, навчалася. Я вважаю, що ця цифра є трохи завищеною. Щоб були якісь позовні заяви або щось подібне, я також не знаю, навіть щодо інших закладів, які є поряд» (учасниця ФГД, директорка ЗОЗ).

4. ПОЄДНАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ ТА СІМЕЙНИХ ОБОВ'ЯЗКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

Розподіл гендерних ролей у партнерських стосунках

Більшість респондентів проживають разом із родиною (чоловіком/дружиною, дітьми, іншими родичами). Проживають одні 17% респондентів (рис. 4.1).



Рис.4.1. Розподіл відповідей респондентів на запитання: «З ким Ви разом проживаєте?», %

Кожна 10 жінка самостійно виховує дитину (11%), тоді як серед чоловіків таких випадків лише 2% (рис. 4.2).



Рис.4.2. Частка респондентів, які виховують дитину без допомоги партнера/ки, % за статтю

Розподіл гендерних ролей у сімейних стосунках є диспропорційним та тяжіє до патріархального типу. Попри наявність оплачуваної зайнятості, більшість домашньої роботи (приготування їжі, прибирання, прання, прасування), а також роботи з догляду та виховання дітей, виконують жінки (рис. 4.3).



* Серед родин, для яких це актуально (напр., у яких є діти)

**Сума по рядку може становити <100, оскільки незначна частина опитаних обирали інші відповіді (напр., певні обов'язки виконують старші діти або інші родичі)

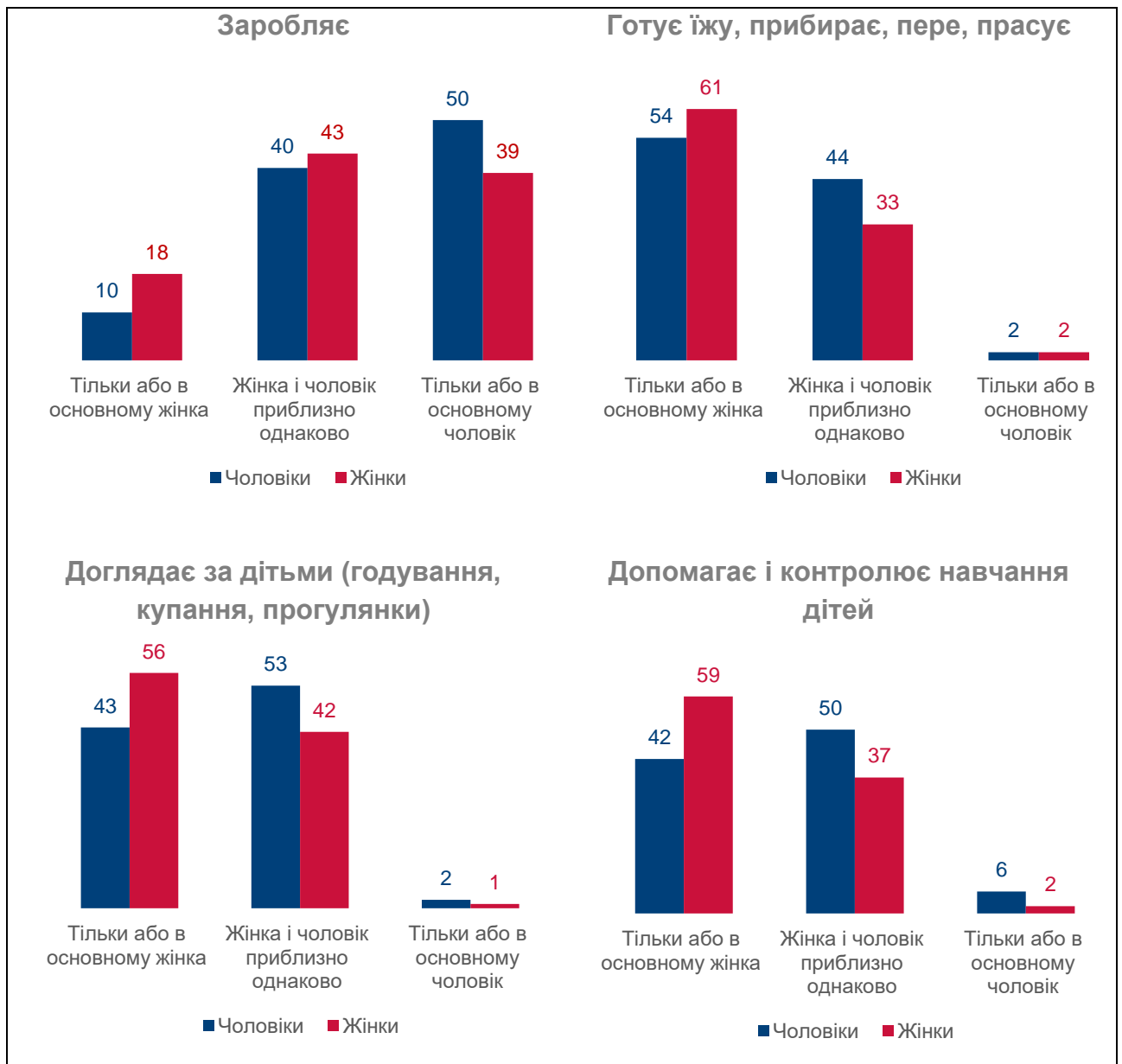
Рис. 4.3. Розподіл гендерних ролей у родинах респондентів, %

Під час ФГД учасники/ці також підтверджували, що більшість домашніх справ, а також обов'язків щодо догляду та виховання дітей у їхніх родинах покладено на жінок.

«У меня ребёнку 3 года. Муж может мне помочь только посидеть с ребёнком, для того чтобы ребёнок не вис у меня на ноге. Потому что когда муж на работе, то получается готовка, уборка и ребёнок на ноге» (учасниця ФГД, лікарка, первинний рівень меддопомоги).

«Я инфантилен в семейной жизни. Я не могу готовить, могу только посуду помыть и пол помыть, и то купил себе робот-пылесос, чтобы этого не делать даже. С ребенком могу сидеть и играть сколько угодно, или гулять с удовольствием тоже. Я стараюсь финансово обеспечить как только возможно, но домашние проблемы пусть она решает сама, я в этом всем участвовать не могу никак» (учасник ФГД, лікар, спеціалізований рівень меддопомоги).

Жінки і чоловіки по-різному оцінюють розподіл гендерних ролей у сім'ї, зазвичай вважають свій внесок більш вагомим, а внесок подружжя/партнера – дещо применшують (рис. 4.4).



* Розподіл відповідей розраховувався лише щодо тих респондентів, які проживають з подружжям/партнером та для яких актуальне виконання певних завдань (напр., є діти, які потребують догляду). Для наочності деякі варіанти відповіді не зображувалися на графіку (напр., варіанти "інші родичі", "наймані працівники"), оскільки їх обрали <5% опитаних

Рис. 4.4. Оцінка розподілу гендерних ролей з точки зору чоловіків і жінок, %

Вплив пандемії на робоче навантаження, розподіл домашніх обов'язків та сімейне життя медпрацівників

У період пандемії COVID-19 більшість медпрацівників зіткнулися зі значним зростанням робочого навантаження, особливо це стосується первинної ланки медичної допомоги (рис. 4.5). Існує помірна кореляція між відповідями респондентів стосовно збільшення робочого навантаження та збільшення кількості пацієнтів за зміну/прийом ($r_s = 0,4$, $p < 0,001$) і слабка кореляція із збільшенням летальності випадків ($r_s = 0,3$, $p < 0,001$). Слід зазначити, що складність випадків має сильний позитивний зв'язок із летальністю випадків ($r_s = 0,8$, $p < 0,001$) та погіршенням психоемоційного стану пацієнтів ($r_s = 0,8$, $p < 0,001$).



Рис. 4.5. Розподіл відповідей на запитання: «**Чи змінилося Ваше робоче навантаження після початку пандемії?**», %

Існує помірна кореляція між статтю респондента та робочим навантаженням ($r_s = 0,3$, $p < 0,001$), тобто респондентки відчують збільшення навантаження після початку пандемії COVID-19. Відмінності за статтю у даному випадку також помірно корелюють ($r_s = 0,5$, $p < 0,001$) із типом ЗОЗ (на спеціалізованому рівні жінки частіше відмічали збільшення навантаження, пов'язаного із COVID-19) та спеціалізацією медпрацівників ($r_s = 0,5$, $p < 0,001$), особливо загальної практики сімейної медицини, анестезіології та терапії (включаючи всі терапевтичні спеціальності).

Також слід зауважити, що зміна робочого навантаження та інтенсивності праці має помірну кореляцію із почуттям безпеки під час нічних чергувань ($r_s = 0,3$, $p < 0,001$) та станом душових кімнат у закладі ($r_s = 0,3$, $p < 0,001$). Тобто, збільшення інтенсивності праці, особливо в умовах стаціонару в нічний час, збільшує потреби медичного персоналу у забезпеченні відповідного рівня безпеки, у тому числі облаштування душових кімнат, оскільки робота із COVID-пацієнтами вимагає носіння спеціальних засобів індивідуального захисту, виконання посиленних заходів дезінфекції та інфекційного контролю.

У деяких родинах зростання навантаження сприяло більш гармонійному перерозподілу обов'язків у родині. Внаслідок збільшення робочого навантаження респондентам стало складніше поєднувати виконання професійних та сімейних обов'язків, що підтверджується наявністю кореляції ($r_s = 0,8$, $p < 0,001$), відповідно, вони стимулювали збільшення участі у домашніх справах партнера, дітей, інших родичів (53% респондентів первинного рівня надання допомоги та 30% - спеціалізованої медичної допомоги) (рис. 4.6).

	 ПЕРВИННА ЛАНКА	 СПЕЦІАЛІЗОВАНА ЛАНКА
Про зростання навантаження зазначили	96%	62%
Поєднати професійні та сімейні обов'язки стало складніше	84%	49%
Збільшилася участь у домашніх справах партнера, дітей, інших родичів	53%	30%

Рис. 4.6. Вплив пандемії COVID-19 на робоче навантаження та розподіл домашніх обов'язків, %

У ході ФГД учасниці розповідали про аналогічні випадки.

«Я всегда всё тянула на себе. Но когда начался COVID, это стало физически невозможно. И муж, который никогда не умел готовить, открыл интернет и начал борщ варить, и картошку тушить, и всему научился. Во время COVIDа произошла переоценка ценностей, и я поняла, что не только я могу дома работать, поэтому нам как-то COVID даже помог немножко» (учасниця ФГД, лікарка, спеціалізований рівень меддопомоги).

«Я сейчас разучилась дома мыть пол. Полы моют мои мальчики. У меня трое сыновей: один курсант, и двое младших – 12 и 10 лет. Как помыли – так и помыли. Посуду тоже моют. Я только готовлю, ребята не решаются. А муж научился мыть посуду» (учасниця ФГД, лікарка, спеціалізований рівень меддопомоги).

Більшість родин з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку потребували допомоги родичів (зазвичай бабусь/дідусів) для догляду за дітьми у період карантину у навчальних закладах (рис. 4.7).



Рис. 4.7. Розподіл відповідей на запитання: «Якщо у Вас є діти дошкільного і молодшого шкільного віку, хто частіше допомагав Вам в догляді за ними під час карантину в навчальних закладах/ дистанційного навчання?», %

У період пандемії чимало медпрацівників стикалися із соціальною ізоляцією через свою роботу. Зокрема 59% опитаних стикалися з обмеженням спілкування з боку родичів, знайомих через страх інфікування COVID, а 17% - з тиском щодо зміни роботи/звільнення з огляду на пандемію (рис. 4.8). Наявна помірна кореляція із питанням щодо обмежень спілкування зі сторони родичів, тому що вони боялися інфікування COVID-19 ($r_s = 0,6$, $p < 0,001$).

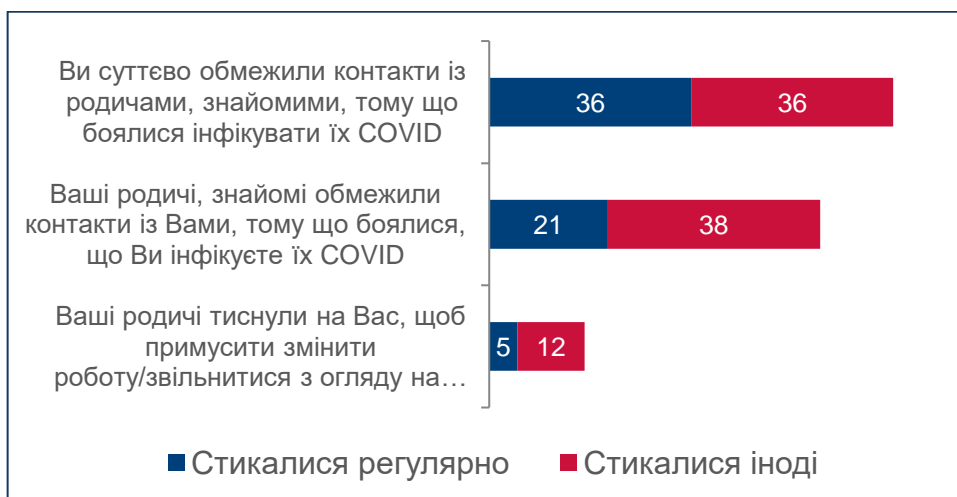


Рис. 4.8. Частка опитаних, які стикалися із проявами соціальної ізоляції після початку пандемії COVID-19, %

Жінки стикалися з такими проявами частіше за чоловіків. Вказані відмінності є статистично значущими (рис. 4.9).

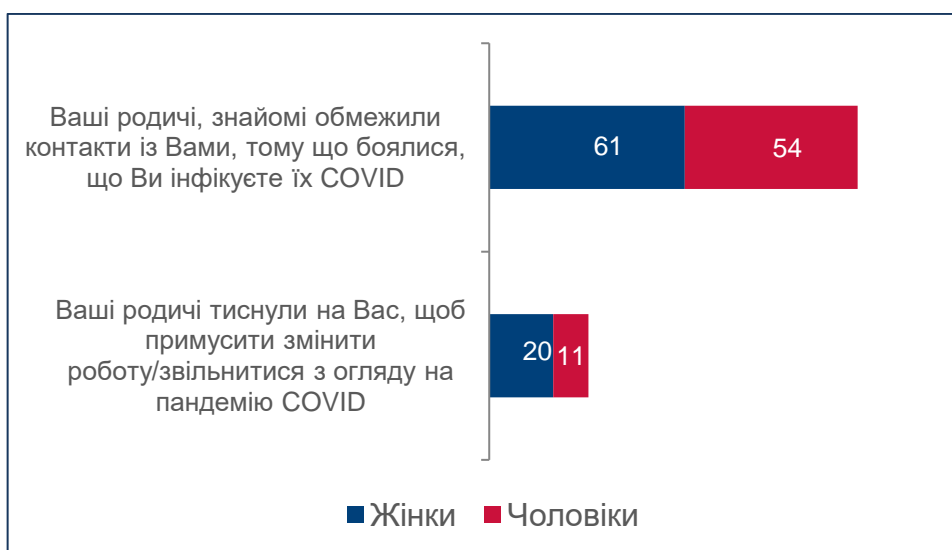


Рис. 4.9. Частка опитаних, які стикалися із проявами соціальної ізоляції після початку пандемії COVID-19, % за статтю

В ході ФГД учасники/ці також розповідали про подібні ситуації.

«Когда супруг мой первый раз узнал об этом заболевании, то он мне говорил, что давай все бросай, ребенок маленький, пиши заявление... Но мы вместе смогли побороть это все...» (учасниця ФГД, медсестра, спеціалізований рівень меддопомоги).

«Слышал от коллег, и у меня был опыт, когда даже друзья перестали общаться. Мне сказали: «Мы тебя любим, но ты же можешь нам корону принести, поэтому мы не очень хотим тебя видеть». Я их понимал, но было неприятно. Мы решили не общаться, раз у них есть страх передо мной» (учасник ФГД, лікар, спеціалізований рівень меддопомоги).

ВИСНОВКИ

Поширеність гендерних стереотипів щодо пацієнтів і колег

Гендерні стереотипи щодо пацієнтів і колег поширені серед медичних працівників. Зокрема, стосовно пацієнток-жінок медпрацівники вважають, що вони очікують занадто великої емоційної підтримки від лікарів, звертаються за медичною допомогою частіше, ніж це необхідно, скаржаться на своє здоров'я, тому що їм потрібно більше уваги.

Що стосується чоловіків, то серед медпрацівників поширені уявлення про те, що вони схильні затягувати зі зверненням по медичну допомогу, роблячи це зазвичай тоді, коли самопочуття дуже погіршиться; частіше, ніж жінки, звертаються із занедбаними проблемами, яких можна було б уникнути при своєчасному початку лікування.

Стосовно колег поширеним уявленням є те, що чоловіки більш «придатні» для екстремальних видів меддопомоги та керівних посад, а жінки «краще підходять» для догляду за пацієнтами та для тих медичних спеціалізацій, які передбачають великий обсяг роботи з документами.

Більш поширені стереотипи як щодо пацієнтів, так і щодо колег серед респондентів старшої вікової групи. Істотних відмінностей щодо поширеності стереотипів в залежності від статі респондентів та типу населеного пункту, де вони працюють, за результатами опитування, виявлено не було.

Поєднання професійних і сімейних обов'язків в умовах епідемії COVID-19

Розподіл гендерних ролей у сім'ях медпрацівників тяжіє до патріархального типу. Попри наявність оплачуваної зайнятості, більшість домашньої роботи, включаючи приготування їжі, прибирання, прання, прасування, а також роботи з догляду та виховання дітей, виконують жінки.

Епідемія COVID-19 призвела до істотного зростання робочого навантаження більшості медпрацівників і, як наслідок, до того, що поєднувати професійні та сімейні обов'язки стало складніше. Однак у деяких родинх така ситуація сприяла перерозподілу гендерних ролей.

Умови праці та навчання медпрацівників

Менше половини опитаних медичних працівників зазначили, що під час навчання вони вивчали курси щодо статевих і гендерних особливостей здоров'я і захворювань. При цьому опитані зазначали про випадки, коли викладачі в медуніверситеті, інституті, коледжі або на курсах підвищення кваліфікації дозволяли собі стереотипні висловлювання про жінок-медпрацівниць і чоловіків-медпрацівників.

Результати дослідження свідчать, що у багатьох випадках у ЗОЗ відсутні елементарні умови для комфортної роботи персоналу.

Чверть респондентів з числа тих, хто чергує вночі, або завершує прийом пізно ввечері, не відчувається безпечно на робочому місці у вечірній/нічний час. Занепокоєння питанням особистої безпеки пов'язане з такими чинниками як ризик зіткнутися з агресією з боку пацієнтів, відсутністю у ЗОЗ постійної охорони та інших

засобів безпеки, несвоєчасне реагування поліції/недержавної служби охорони на виклики тощо.

Медпрацівники/ці стикаються із сексуальними домаганнями на робочому місці, як з боку пацієнтів, так і з боку колег. При цьому не виявлено статистично значимих розбіжностей у поширеності домагань, про які повідомили жінки та чоловіки, лікарі/ки та медсестри/медбрати. Лідери думок одностайно оцінили отримані показники як істотно занижені, зазначаючи, що реальний рівень поширення домагань є вищим.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Рекомендації розроблені на основі результатів дослідження для усіх зацікавлених сторін – МОЗ, департаментів охорони здоров'я, власників і керівників закладів охорони здоров'я, вищих навчальних закладів, які готують фахівців для сфери охорони здоров'я, проектів міжнародної технічної допомоги, інших зацікавлених сторін.

1. Для формування гендерної чутливості медичних працівниць та працівників, включити до існуючих навчальних курсів для студентів-медиків та курсів післядипломної освіти тем, що стосуються впливу гендерних стереотипів медиків на якість медичних послуг.
2. Розробити тренінги для викладачів медичних ВНЗ щодо ролі гендерних стереотипів у наданні медичних послуг, а також про гендерно чутливі підходи у викладанні та недопущенні стереотипів і домагань у роботі викладача.
3. Розробити короткий навчальний онлайн курс для медичних працівників із питань гендерно чутливих підходів у роботі медичних працівників.
4. Розробити рекомендації із впровадження гендерно чутливого підходу у роботі медичних працівників.
5. Ініціювати обговорення умов роботи (в т.ч. безпеки на робочому місці) медпрацівників в умовах COVID-19 із керівниками та власниками закладів охорони здоров'я.
6. Ініціювати обговорення запровадження на національному рівні заходів, орієнтованих на підвищення безпеки медпрацівників на робочому місці, наприклад, обов'язкове страхування життя або внесення змін до законодавства щодо того, що напад на медпрацівника під час виконання професійних обов'язків є обтяжувальною обставиною при розгляді злочину.
7. Розробити інформаційні кампанії, спрямовані на підтримку лідерства у медичній сфері з метою демонстрації, що жінки однаково придатні для керівних ролей, як і чоловіки. Зокрема, поширення історій про успіхи жінок у «нетипових» медичних професіях, наприклад, жінка-хірург.