

Статьи. Медицинская антропология

АНАСТАСИЯ А. НОВКУНСКАЯ¹

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия

ORCID: 0000-0001-9729-6941

ДАРЬЯ А. ЛИТВИНА²

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия

ORCID: 0000-0003-4641-886X

ДАРЬЯ А. НИКИТИНА³

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия

ORCID: 0009-0002-7251-7239

ЕЛИЗАВЕТА В. ВЛАСОВА⁴

Европейский университет в Санкт-Петербурге, Россия

ORCID: 0009-0005-9019-4973

111

-
- 1 Новкунская Анастасия Андреевна — PhD in Social Sciences, доцент факультета социологии, ассоциированный профессор по качественным исследованиям здоровья и медицины НЦ «Институт междисциплинарных медицинских исследований» Европейского университета в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург. Научные интересы: социология здоровья и медицины, социология профессий и организаций, гендерные исследования, качественная методология в социальных науках. E-mail: anovkunskaia@eu.spb.ru
 - 2 Литвина Дарья Александровна — магистр социологии, научная сотрудница программы «Гендерные исследования» и НЦ «Институт междисциплинарных медицинских исследований» Европейского университета в Санкт-Петербурге, омбудсмен ЕУСПб. Санкт-Петербург. Научные интересы: социальные исследования здоровья и медицины, гендерные исследования, социология эмоций, молодежные исследования. E-mail: dlitvina@eu.spb.ru
 - 3 Никитина Дарья Антоновна — магистр социологии, исследовательница НЦ «Институт междисциплинарных медицинских исследований» и НЦ «Институт проблем правоприменения» Европейского университета в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург. Научные интересы: социальные исследования здоровья и медицины, социология экспертизы, исследования труда, экономическая социология. E-mail: dnikitina@eu.spb.ru
 - 4 Власова Елизавета Витальевна — аспирантка факультета социологии Европейского университета в Санкт-Петербурге. Санкт-Петербург. Научные интересы: медицинская социология, социология неравенства. E-mail: evlasova@eu.spb.ru

Сексуальный харассмент в контексте медицинских организаций: асимметрии власти, пересечения неравенств, приватизация опыта

doi: 10.22394/2074-0492-2003-3-111-134

Резюме:

Данная работа обращается к изучению таких социальных ситуаций, которые можно обозначить как сексуальный харассмент на рабочем месте в сфере здравоохранения в России. Опираясь на интерсекционный подход и на некоторые положения социологии профессий, статья обнаруживает сразу несколько измерений асимметрии власти в контексте медицинских профессий и организаций, и анализирует их синергические эффекты. В частности, рассматривается символическое неравенство разных медицинских профессий, связанное прежде всего с их гендеризацией. Эмпирически работа опирается на данные 20 глубинных полуструктурированных интервью с сотрудниками сестринского звена и 23 интервью с медицинскими профессионалами, которые были готовы поделиться опытом сексуального харассмента, а также на данные онлайн-опроса (560 ответов), посвященного взаимодействиям на рабочем месте. Фокусируясь на эмоциональных опытах участников исследования, работа демонстрирует, что некоторые сотрудники в системе здравоохранения оказываются в уязвимой позиции по множественным основаниям — гендеру, специализации, позиции в профессиональной иерархии, возрасту (поколению) и другим. Локальные особенности российского здравоохранения и конкретных организационных культур только усиливают эффекты структурных неравенств, поскольку воспроизводят дополнительные измерения власти — зачастую в неформальных правилах и практиках. В таких условиях опыт сексуального харассмента чаще всего замалчивается как в организационном контексте, так и в публичном поле, оставаясь тем не менее эмоционально чувствительным для тех, кто его пережил. Статья анализирует такие эффекты, как приватизация личного опыта, которая делает проблему сексуального харассмента в медицине методологически и эпистемологически неисследуемой, а на практике — неразрешаемой.

Ключевые слова: сексуальный харассмент, медицинские организации, медицинские профессионалы, российское здравоохранение, асимметрия власти, социальное неравенство

Anastasia A. Novkunskaia¹

European University at St. Petersburg, Russia

Daria A. Litvina²

European University at St. Petersburg, Russia

Daria A. Nikitina³

European University at St. Petersburg, Russia

Elizaveta V. Vlasova⁴

European University at St. Petersburg, Russia

Sexual Harassment in the Context of Medical Organizations: Asymmetries of Power, Intersections of Inequalities, and the Privatization of Experience

Abstract:

This paper addresses cases of social situations that can be identified as sexual harassment in Russian healthcare. Drawing on the intersectional approach and some prerequisites of the sociology of professions, the article reveals several dimensions of power asymmetry in the context of medical professions and organizations, and analyzes their synergistic effects. In particular, it examines the symbolic inequalities of different medical professions, emphasizing their gendered character. The paper draws on mixed-method data consisting of 20 in-depth semi-structured interviews with nursing staff and 23 interviews with those medical professionals who agreed to share their experiences of sexual harassment. Additionally, results of an online survey (560 responses) on workplace interactions is drawn upon in the analysis.

113

-
- 1 Novkunskaia Anastasia, PhD in Social Sciences, Associate Professor at the Faculty of Sociology, Associate Professor on Qualitative Health and Medicine Research at the Institute for Interdisciplinary Health Research at the European University at St. Petersburg. St. Petersburg. Research interests: sociology of health and medicine, sociology of professions and organizations, gender studies, qualitative methodology in social sciences. E-mail: anovkunskaia@eu.spb.ru
 - 2 Litvina Daria, Master of Sociology, Research fellow at the program “Gender Studies” and the Institute for Interdisciplinary Health Research, European University at St. Petersburg, Ombudsman of the EUSP. St. Petersburg. Research interests: social studies of health and medicine, gender studies, sociology of emotions, youth studies. E-mail: dlitvina@eu.spb.ru
 - 3 Nikitina Daria, Master of Sociology, Researcher at the Institute for Interdisciplinary Health Research” and the Institute for the Rule of Law at the European University at St. Petersburg. St. Petersburg. Research interests: social studies of health and medicine, sociology of expertise, labor studies, economic sociology. E-mail: dnikitina@eu.spb.ru
 - 4 Vlasova Elizaveta, PhD student of the Department of Sociology, European University at St. Petersburg. St. Petersburg. Research interests: social studies of health and medicine, sociology of social Inequality. E-mail: evlasova@eu.spb.ru

Focusing on the emotional experiences of the research participants, the paper demonstrates that some health professionals find themselves in a vulnerable position on multiple grounds: gender, specialization, position in the professional hierarchy, age (generation), and others. Some local features of Russian healthcare and specific organizational cultures further amplify the effects of structural inequalities, reproducing additional — and mostly informal — dimensions of power. Under such conditions, the experience of sexual harassment is most often silenced both in the organizational context and in the public, yet remains emotionally sensitive for the victims. The article analyzes effects such as the privatization of personal experience, which renders the issue of sexual harassment in medicine methodologically and epistemologically uninvestigable, and in practice — unsolvable.

Keywords: Sexual harassment, medical organizations, medical professionals, Russian healthcare, power asymmetry, social inequality

Контекст и постановка проблемы

Классические теории медиализации [Zola 1972; Congrad 1992; Михель 2009] и социологии профессий [Freidson 1970] рассматривают медицину и медицинские профессии как властные институты, которые обладают наибольшей экспертностью и ресурсами в области здоровья и здравоохранения. Однако власть и ресурсы в этом поле распределены неравномерно, и за право ими распоряжаться могут конкурировать разные логики регулирования. С одной стороны, профессионализм конкурирует с рыночными механизмами и бюрократической (менеджеральной) системой контроля за право определять доминирующую логику управления в медицине [Freidson 2001]. С другой стороны, само поле медицины неоднородно: в нем разные профессиональные группы обладают разными ресурсами, степенью автономии и статусом [Larson 1977; Abbott 1988; Witz 1992; Grant 2022]. Так, часто отмечается более широкая юрисдикция и автономия одних профессиональных групп относительно других и, как следствие, разница в их символических статусах [Hearn 1982; Witz 1992]. Ведутся дискуссии относительно стабильности сложившихся иерархий и возможности переговорного характера отношений в медицинских организациях [Svensson 1996; Allen 1997].

Помимо этого, исследования медицинских профессий обнаруживают, что асимметрия власти между разными профессиональными группами гендеризирована. В исторической перспективе более успешными становятся «мужские» врачебные профессии, тогда как заботящиеся и «женские» профессии (например, медицинские сестры и акушерки) теряют и свои полномочия, и свою автономию [Witz 1992; Пушкарева, Мицюк 2018; Grant 2022], а ядро их компетенций — забота — эссенциализируется как «естественная женская работа» и остается «невидимой» и недооцененной

[Davies 1995; Симонова, Ядрова 2013; Бороздина 2016]. Гендерное неравенство также проявляется в неравномерном доступе к ресурсам и символическому статусу [Williams 1992; Riska 2001], ограничениях в успешном следовании выбранной карьерной траектории [Stratton et al. 2005; Acik et al. 2008] и значительно влияет на опыт работы, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие медицинских сотрудников [Willness et al. 2007; Houle et al. 2011; McDonald 2012].

В данной работе мы обращаемся к таким социальным ситуациям, которые можно обозначить как сексуальный харассмент на рабочем месте в сфере здравоохранения в России. Мы сосредоточимся на ситуациях, происходящих непосредственно на рабочих местах (в том числе на местах прохождения практики, в учебных аудиториях) между медицинскими профессионалами. Наш ключевой тезис состоит в том, что изучение механики возникновения подобных ситуаций позволяет обнаружить сразу несколько измерений асимметрии власти в контексте медицинских профессий и организаций. Мы исходим из положения о том, что харассмент является проявлением властных отношений, и существует не изолированно, а возникает как результат пересечения множественных неравенств. Так, часть сотрудников в системе здравоохранения оказывается в уязвимой позиции по множественным основаниям — гендер, специализация, позиция в профессиональной иерархии, возраст (поколение) и другие.

115

Мы включаем в исследование как врачей, так и медицинских сестер, чтобы проследить, как опыт харассмента затрагивает каждую из профессиональных групп, какие структурные условия ему способствуют и как женщины оказываются более уязвимыми гендерированными субъектами в профессиональном поле медицины вне зависимости от своей профессиональной позиции. Используя оптику интерсекционального подхода и социологии профессий, в данной работе мы хотим рассмотреть множественность этих измерений: от того, как они формируются на уровне институтов, до того, как они реализуются в индивидуальном опыте.

Данная статья имеет следующую структуру. Во-первых, мы обозначим ключевые положения социологической дискуссии относительно социальных механизмов (структурных оснований), лежащих в основе сексуального харассмента в медицине. Затем мы опишем те локальные особенности российского здравоохранения, которые делают эту дискуссию в изучаемом нами эмпирическом поле актуальной и аналитически, и практически. Наконец, мы обратимся к индивидуальному опыту проживания харассмента как эмоционального опыта. Таким образом мы надеемся представить

интерсекциональный срез, в котором харассмент предстает как результат пересечения множества социальных оснований, характеристик и опытов, и который укоренен в системе властных диспозиций (гендерных, телесных, возрастных, профессиональных).

Данные

Эмпирические данные собраны в рамках проекта «Особенности профессиональных взаимодействий на рабочем месте в российском здравоохранении» (ИММИ ЕУСПб 2021–2023) и состоят из:

- 20 глубинных полуструктурированных интервью с сотрудниками сестринского звена, работающими в государственных стационарах Санкт-Петербурга (2021), об их профессиональном опыте и взаимоотношениях в коллективе;
- 23 глубинных полуструктурированных интервью с медицинскими сотрудниками, имеющими опыт столкновения именно с сексуальным харассментом (2022–23);
- 560 онлайн-анкет о взаимоотношениях с коллегами и пациентами на рабочем месте в российских медицинских организациях (86,4% — жен.).

116

В качественной и количественной части исследования большинство участников — женщины. Отбор производился через разные точки входа, с использованием как профессиональных контактов, так и объявлений в социальных сетях.

Исследовательский проект прошел этическое согласование в Санкт-Петербургской Ассоциации Социологов.

Определение и структурные основания харассмента

Согласно определению CEDAW (Конвенция о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, ратифицирована РФ):

«Сексуальный харассмент включает в себя такое нежелательное (unwelcome) сексуально-обусловленное поведение, как физический контакт и заигрывания, сексуально-окрашенные замечания, демонстрация порнографии и сексуальные требования, выраженные будь то словами или действиями. Такое поведение может быть унижительным и может представлять собой проблему для здоровья и безопасности; дискриминацией считается ситуация, когда у женщины есть разумные основания полагать, что ее возражение поставит ее в невыгодное положение в связи с занятостью, в том числе при приеме на работу или продвижении по службе, или когда это создает враждебную рабочую среду» [The Committee on the Elimination of Discrimination against Women 1992].

С одной стороны, термин «сексуальный харассмент» является достаточно устоявшимся, когда речь идет о международных рекоменда-

циях и конвенциях (см., например: MOT 2019). Однако в качестве аналитической категории он не является единственным — описанные в определении CEDAW практики могут получать такие названия, как *gender-based violence*, *(selective) incivility*, *unwanted sexual attention*, *sexual coercion*, *sexual misconduct* и другие. Дополнительную методологическую сложность при анализе международного опыта вносит и то, что нежелательные сексуализированные практики часто рассматриваются не изолированно, а как часть «абьюзивных», насильственных отношений на рабочих местах (*workplace violence*), наравне с вербальным абюзом (грубостью), физическим насилием, созданием препятствий для карьеры и так далее.

Современные теории рассматривают харассмент на рабочем месте не как часть сексуального опыта, а как проявление отношений иерархии и власти [McDonald 2012; Quick, McFadyen 2016; Burn 2019], невзаимный и нежелательный опыт женщин (или феминизированных мужчин) [Fitzgerald, Cortina 2018]. В медицинских коллективах сильно выражена профессиональная и административная субординация. Исследователи Фартун Сиад и Дорин Раби отмечают, что иерархические принципы и меритократические идеалы способствуют концентрации власти в руках привилегированных групп и исключению маргинализированных групп (по гендерному или этническому основанию). Однако когда речь идет о борьбе с харассментом, лидеры из числа привилегированных групп могут не обладать представлениями о проблемах маргинализированных групп и не уметь распознавать определенные формы харассмента и исключения [Siad, Rabi 2021].

117

Согласно целому ряду исследований, женщины значимо чаще, чем мужчины, подвергаются сексуальному насилию/харассменту на месте работы или учебы в целом [Cortina, Areguin 2021] и в медицинских контекстах в частности [Liu et al. 2019]. При этом многие исследования указывают на то, что женщины на менее статусных позициях (например, сотрудники сестринского звена) сталкиваются с харассментом или жестокостью как со стороны коллег, так и со стороны пациентов и их семей чаще, чем женщины на высоких позициях [Demirci, Uğurluoğlu 2020; Liu et al. 2019]. Однако высокий статус не дает гарантий неприкосновенности, поскольку не только профессиональная, но и гендерная принадлежность определяет вероятность харассмента. Более того, гендерное измерение власти оказывается центральным и в ряде случаев тесно переплетенным с профессиональным измерением. Существуют профессии, стереотипно наделяемые феминными и маскулинными характеристиками. Так, труд многих заботящихся профессий (акушеров, медицинских сестер) рассматривается как преимущественно «женский» и оценивается как менее престижный. При этом в сферах занято-

сти, стереотипно считающихся «мужскими», сексуальный харассмент оказывается более распространенным [Cortina, Areguin 2021; McLaughlin et al. 2012].

В контексте того, что харассмент очевидным образом гендерно обусловлен, исследователи часто обращают внимание на гендерный баланс (gender ratio, соотношение мужчин и женщин) на рабочем месте [Mcdonald 2012] и гендерное разделение труда внутри организационных культур [Cortina, Areguin 2021]. Количественный перевес в сторону мужчин в некоторых исследованиях рассматривается как значимый предиктор сексуального харассмента [McLaughlin et al. 2012].

С точки зрения индивидуальных характеристик другими значимыми социальными предикторами подверженности риску харассмента оказываются возраст, этничность, доход, должность, особенности трудового контракта. С этими факторами может быть связана и форма насилия, и его источник. Так, например, в одном из мета-анализов было отмечено, что более молодые медицинские сотрудники, работающие посменно большее количество часов в неделю (> 40), с большей вероятностью подвергаются любой форме жестокости на рабочем месте [Liu et al. 2019]. Медработники-мужчины чаще подвергаются физическому насилию, а женщины — сексуальным домогательствам [Ibid.]. Важно еще раз подчеркнуть, что при разнообразии форм сексуального харассмента в институционально слабой позиции может оказаться любой сотрудник, но вероятность таких эпизодов выше для женщин, а среди них наиболее уязвимыми оказываются те, кто занимает позиции медицинских сестер и студенток/ординаторов.

Оценки распространенности сексуального харассмента даже внутри одной профессиональной группы могут широко варьировать, что обусловлено сенситивностью темы (которую не во всех сообществах готовы открыто обсуждать), особенностями методологии (данные количественных опросов и качественных интервью сложно сопоставлять), культурными различиями и другими факторами. Так, метаанализ исследований распространенности харассмента среди медсестер, опубликованных с 1994 по 2018 год в англоязычных рецензируемых журналах, показал разброс от 10 до 87% [Kahsay et al. 2020]. Попытке найти причину — методологическую или социальную — подобных различий посвящено большое количество исследований [Ilies et al. 2003; Nielsen 2010].

В исследованиях сексуального харассмента уделяется внимание факторам, связанным в том числе с организационным измерением. Так, например, увеличению вероятности харассмента способствует общая организационная толерантность к нежелательным взаимодействиям: отсутствие в организации механизмов регуляции и ре-

шения конфликтных ситуаций, бездействие со стороны руководства и коллег [Mcdonald 2012; Quick, McFadyen 2016]. В определенных профессиональных областях, к которым относится и медицина, распространены организационные условия, которые способствуют проявлению харассмента.

В медицине нередко устанавливается организационный климат, в котором этике корпоративного общения уделяется мало внимания: руководство не реализует политику, направленную на предотвращение харассмента, а медицинские сотрудники понимают, что жалобы на подобное поведение не приведут к необходимому вмешательству и наказанию для преследователя [Siad, Rabi 2021]. Более того, процесс подачи такой жалобы будет связан со множеством рисков для пострадавших. В первую очередь в сфере здравоохранения карьеры подчиненных сотрудников напрямую зависят от рекомендаций и одобрения коллег, занимающих более высокие позиции. Если кто-то из более статусных коллег является автором насилия, то жалоба может не только не привести к желаемым результатам, но и помешать дальнейшему карьерному продвижению. В условиях отсутствия внешних по отношению к медицинским организациям этических комитетов или институтов, жалоба буквально может попасть на рассмотрение тому, на кого она была подана [Colenbrander, Causer, Haire 2020]. Учитывая плотность связей внутри многих медицинских сообществ и солидарность людей на позициях власти друг с другом, пострадавшие могут быть деанонимизированы. Из-за этого многие медицинские сотрудники боятся получить репутацию «чувствительных нарушителей спокойствия» и столкнуться с осуждением в профессиональном сообществе [Ibid.]. Страх последствий (социальных, профессиональных) является одним из значимых факторов, который заставляет пострадавших молчать, лишь изредка обращаясь к кому-то из руководства, поэтому количество официальных жалоб не отражает распространенности проблемы [Fitzgerald, Cortina 2018].

Представления о профессионализме регулируются уже сложившимися институтами и людьми на позициях власти, которые в меньшей степени подвергаются дискриминации и за счет этого могут быть нечувствительны к опыту жертв харассмента или не видеть структурных факторов, лежащих в его основе. В медицинской среде не принято артикулировать и обсуждать индивидуальные сложности, даже если они являются следствием системных проблем, распространенных в сфере здравоохранения. Одним из ключевых свойств, социально одобряемых в рамках профессиональной идентичности медицинских специалистов, является устойчивость (resilience) [Colenbrander, Causer, Haire 2020]. Отчасти это обуслов-

лено давлением на систему здравоохранения: в условиях большого потока пациентов, нехватки кадров и финансирования становится особенно важным быть «удобным» для коллектива. Медицинская коллегиальность предполагает, что работник сильно подстраивается под коллектив и, будучи «командным игроком», переживает личные трудности самостоятельно, стараясь не артикулировать их [Stone, Phillips, Douglas 2019].

Таким образом, сексуальный харассмент в сфере труда часто рассматривается как следствие гендерного неравенства, и за счет этого концептуализируется как проявление власти (а не особая форма «романтических отношений»). При этом оценки распространенности харассмента варьируют в зависимости как от наслаивающихся друг на друга социокультурных факторов, так и от методологических особенностей их изучения. К таким факторам относятся гендерные, поколенческие, организационные, профессиональные. Сексуальный харассмент носит интерсекциональный характер и должен быть рассмотрен с учетом максимального погружения в контекст (культурный и организационный). В следующем разделе мы обратимся именно к нему.

120

Харассмент в контексте российского здравоохранения

Российское здравоохранение характеризуется гибридным режимом, в котором бюрократические правила государственного контроля сочетаются с рыночной конкуренцией и требованиями пациентов. Медицинские профессионалы оказываются под давлением по множественным основаниям, включающим и правовую, и бюрократическую, и моральную уязвимости [Litvina et al. 2019]. В результате сочетания нескольких конкурирующих логик управления в системе здравоохранения возникают многочисленные организационные разрывы (и инфраструктурные поломки [Mokhov & Novkunskaia 2021]), которые отчасти компенсируются благодаря «ручному управлению» со стороны медицинских профессионалов [Temkina et al. 2022]. Под «ручным управлением» понимается принцип организации, основывающийся на неформальном взаимодействии между разными агентами — пациентами, врачами, документами, медицинскими сестрами, инфраструктурой, — в попытке «починить» поломки, заполнить пустоты, преодолеть препятствия на пути оказания помощи. Таким образом, неформальность становится важной характеристикой системы здравоохранения, роль личных связей (социальных капиталов) обретает важный смысл, но непрозрачность системы усиливается [Borozdina & Novkunskaia 2022]. Это добавляет дополнительное измерение неравенства в рос-

сийском здравоохранении — растет значимость «хороших отношений» с теми, кто может помочь в навигации внутри запутанной системы.

Можно предположить, что подобные условия способствуют и росту вероятности харассмента в здравоохранении, хотя исследование по данной теме в России немного. В проведенном нами опросе 8% сотрудников медицинских учреждений отметили, что сталкивались с попытками склонить их к нежелательным действиям сексуального характера (прикосновения, поцелуи, объятия, домогательства) со стороны пациентов, а 14,5% указали, что сталкивались с подобным поведением со стороны коллег. В более широком контексте — данные глобального опроса Lloyd's Register Foundation свидетельствуют о том, что, в сравнении со средним по другим странам, в России мужчины и женщины на 18% реже сообщают кому-либо о случаях жестокости и харассмента на рабочем месте [Lloyd's Register Foundation 2021].

В целом противодействие насилию и харассменту на рабочем месте в России идет очень медленно, несмотря на активное публичное обсуждение данной темы. На уровне государства в перспективе оно может стать частью повестки системы охраны и безопасности труда в России. Например, тема дискриминации присутствует в документах Международной организации труда (МОТ), ратифицированных РФ, а также в соответствии с приказом Минтруда России от 28 декабря 2021 г. № 796 сексуальные домогательства учитываются в качестве фактора при оценке профессиональных рисков и при формировании рекомендаций по их снижению [Минтруд России 2021]. Однако масштабные кампании или реформы в этой области не инициируются.

Проблема харассмента широко обсуждается в зарубежных академических публикациях и в публичных дебатах в России как часть разговоров о «новой этике» [Sugman & Rossman 2021]. Важный вопрос, который поднимается в ходе таких дебатов, заключается в том, почему эта тема стала актуализироваться и почему долгое время практики харассмента не проблематизировались (женщины «молчали»). Наши собственные многолетние наблюдения и интервью в сфере здравоохранения показывают, что сексуальный харассмент является скрытой, но распространенной практикой. Таким образом, складывается парадоксальная ситуация, в которой: 1) медицинские профессионалы оказываются в среде с высоким уровнем распространенности харассмента, 2) но при этом не происходит признания данного опыта как коллективной проблемы, поскольку в публичное поле он практически не выносится и в лучшем случае решается «в частном порядке». Возможно, всех устраивает текущее положение вещей?

Приватизация опыта, его замалчивание и нормализация не означают отсутствия проблемы. Важное уточнение в понимание харассмента вносят исследователи Дженнифер Хирш и Шамус Кхан [Hirsch, Khan 2019]. Они отмечают, что изнасилование (на кампусе), как правило, концептуализируется как практика, не имеющая отношения к удовольствию, но только к власти/контролю. Однако на практике ситуация оказывается более сложной, и сексуализированные практики, на которые было получено согласие, могут переплетаться с нежелательными. Для разграничения они предлагают обращать внимание на *сексуальные проекты* («причины, по которым кто-то может искать определенных сексуальных взаимодействий или опытов» (р. xiv)) и *сексуальное гражданство*.

Если применить их к нашему эмпирическому объекту, то становится понятно, что чувства неожиданности/удивления/омерзения, возникающие во время внезапных прикосновений или неуместных разговоров с сексуальным подтекстом, не являются частью сексуальных проектов женщин (они не стремились к ним), а их право на сексуальное самоопределение игнорируется (происходит их объективация). Таким образом, применение силы или прямых угроз для принуждения к сексуализированным практикам не является единственным критерием их (не)проблематичности в конкретной культуре.

В процессе эмпирического исследования мы обнаружили следующие предпосылки, способные объяснить, как эмпирически проявляется сформулированный выше парадокс, когда проблема, которая носит систематический характер, оказывается замалчиваемой и нормализуемой:

— Во-первых, неуверенность участников исследования в применимости категории «харассмент» к своему опыту приводила к трудностям в развитии языка для описания ряда практик.

— Во-вторых, информанты отмечали, что в определенных корпоративных культурах происходила нормализация ряда практик, таких как комментарии о внешности, или даже прикосновения (к ягодицам, бедрам). В том числе нормализация могла происходить и со стороны тех, кто в какой-то момент оказывался «жертвой» данных практик.

— В-третьих, структурные условия медицинских организаций за редким исключением не предусматривают наличие четко сформулированных этических принципов и институтов, которые призваны решать ситуации, связанные с сексуальным харассментом. В результате репертуар стратегий возможных действий по профилактике или разрешению конфликтных ситуаций оказывался редуцирован до «избегания» обидчика/замалчивания проблемы или попыток решить проблему путем мобилизации личного социального капитала — разговоров с близкими коллегами или (реже) непосредственным руководителем.

Три особенности изучаемого социального контекста, описанные выше, являются частями механизма приватизации опыта харассмента — вытеснения в область, где он оказывается не коллективной проблемой, а «личным делом каждой». В такой ситуации осознания проблемы как структурной и солидаризации для ее решения не происходит. Даже позитивное разрешение конкретного конфликта не означает каких-либо структурных изменений — обидчик часто остается на своем месте, практики не прекращаются, публичной артикуляции проблемы в какой-либо форме чаще всего не происходит.

В задачи данного раздела входит рассмотрение онтологических различий данных опытов — того, как они: 1) становятся возможными в локальных культурах и 2) проживаются на индивидуальном уровне, от первого лица. Нежелательные прикосновения и поцелуи, ограничения движения, сексуализированные шутки и намеки — все это является предметом нашего анализа. Несмотря на явные различия в опытах, мы хотим обратить внимание на общий механизм того, как развиваются и проживаются подобные ситуации. В абсолютном большинстве случаев они остаются в сфере приватного опыта — непроговоренными, непубличными, скрытыми или разрешаемыми без участия формализованных институтов.

123

Локальные культуры

Рассказывая о коллективах и рабочих местах, где происходили ситуации харассмента, информантки описывали неформальную систему норм, имплицитно разделяемую всеми сотрудниками. Подобная система отражала то, как сотрудники привыкли взаимодействовать друг с другом в рамках отделения или всего учреждения. Зачастую она включала в себя приемлемость «романтических отношений» между коллегами, толерантность к прикосновениям и «знакам внимания» со стороны врачей-мужчин, которые не проблематизировались ни самими врачами, ни теми, по отношению к кому они вели себя подобным образом. При этом система неформальных норм и правил играла значимую роль в регулировании повседневных рабочих взаимодействий и оказывалась довольно устойчивой даже в тех ситуациях, когда не все сотрудники были готовы их разделять.

<...> человек существует на одном отделении. И все такие, типа: ну, у нас вот так! То есть, типа, ну вот, мы такие. Со своим уставом в чужой монастырь не лезь. Вот и получается, что, эмм, это какая-то такая немножко как игра, в которую встраивается человек потому, что это какая-то социальная норма здесь. И вот это прям очень печалит, что вот эти социальные нормы, они очень бывают разные и бывают <...> идущие вразрез какой-то с, эмм, не знаю, современной здоровой адекватной моралью (Валентина, 28 лет, педиатр).

Организация пространства медицинского учреждения и характер медицинской деятельности также влияют на то, какие практики оказываются возможны и распространены. Например, во время выполнения своей работы медицинские сотрудники могут быть вынуждены оставаться друг с другом на длительные ночные дежурства, переодеваться в общих ординаторских, физически близко взаимодействовать с пациентами или отдыхать в помещениях, которые законодательно запрещается закрывать на ключ. В отсутствие формально закреплённых и признанных коллективом правил, регулирующих взаимодействие коллег между собой, подобные ситуации оцениваются как особенно «опасные» для проявления харассмента. При этом наибольшие риски ложатся на плечи наименее защищённых с правовой и символической точки зрения сотрудников сестринского звена:

У нас такая работа, что мы должны, ну, вот даже название такое — медицинская сестра, то есть мы должны как бы отождествляться вот с людьми, и у нас, мы как бы морально достаточно с ними контактируем близко, ээм, и поэтому некоторые люди могут увидеть в этом какой-то повод, ну, к нарушению личных границ (Алина, 25, медсестра).

124

Однако иная организация или присутствие «свидетелей» — будь то коллеги или пациенты — далеко не всегда снижают вероятность харассмента. Гораздо более сильным фактором является определённая корпоративная культура, складывающаяся в организации:

Когда я пришла на дежурство, <...> и там был доктор, с которым я до этого не попадала в смены <...> Ночью начал прям ко мне приставать. То есть он прям меня пытался, там, обнять, потрогать, я его отталкивала <...> А там еще люди рядом спят (Яна, 29 лет, ЛОР).

Просто держит меня за руки, как обычно. И вот, ну, их разминает <...> Это происходит на приеме, там я, пациент, медсестра и доктор. <...> Он, значит, меня держит за руки, ну, довольно нежно, то есть это, это, вот, знаете, такой вот момент, что ни силы, ничего, и этот пациент говорит: «Послушайте, а что вы делаете?» (Дана, 31 год, невролог).

Гендерные стереотипы играют не последнюю роль в том, как происходит распределение символических позиций между мужчинами и женщинами на отделениях и в учебных аудиториях. Так, частым нарративом становились истории про комментарии от преподавателей, адресованные студенткам, о «естественной неприиспособленности» женщин к тяжелой физической и интеллектуальной работе. В ряде случаев такие гендерные стереотипы и сформированные на их основании убеждения буквально влияли на выбор женщинами профессиональной траектории. Такие эффекты преимущественно упоминались применительно к хирургической специальности.

Комментарии и шутки о гендере и теле являются в ряде профессиональных сред и сообществ настолько привычными, что почти не обсуждаются как серьезная проблема:

Из того, что я сейчас вспомню, что было, там, пара предметов, где мальчики таскали шкафы — и получили свои пятерки спокойно. Ну на хирургии, конечно, говорили, что это скорее мужское и что, там, женщинам тут делать нечего (Антонина, 31 год, пульмонолог).

На следующем этапе карьеры женщины сталкивались с гендерными предубеждениями уже в отделении, в качестве практиканток или ординаторов, где им предпочитают мужчин, объясняя выбор тем, что работа в медицине не совместима с социальными ролями жены и матери. В некоторых специальностях, по ощущению информанток, это происходит особенно часто — так, хирургия воспринимается ими как область, в которой давление на женщин особенно велико, а харассмент особенно выражен:

Учитывая то, что я работаю в хирургической отрасли, здесь это, к сожалению, сплошь и рядом. <...> потому что хирургия — это достаточно, эм, преобладающе это мужская профессия в России, вообще в странах СНГ хирургия, хирургические специальности все, хирургическое отделение фактически укомплектовано одними мужчинами, то есть это всегда у мужчины главенствующая роль <...> Тут проблемы, начиная с университетского периода, когда ты начинаешь заикаться по поводу того, что хочешь идти в хирургию, начинаются какие-то такие вялые, а иногда не очень вялые отмашки в стороны женщины-хирурга и женщины-нехирурга: зачем тебе это надо, родишь, уйдешь в декрет, забудешь... (Галина, 32 года, хирург).

125

Перечисленные выше особенности локальных культур в учреждениях здравоохранения становятся множественными основаниями для проявления сексуального харассмента. Однако сами нежелательные практики и реакции на них могут значительно варьировать. Следующий раздел более подробно рассмотрит то, как именно в данных структурных и организационных условиях реализуется харассмент и то, через какие эмоции он становится эмпирически проявленным.

Индивидуальные опыты проживания харассмента

В интервью многими информантками отмечалось, что в рамках неформального взаимодействия сотрудники могут оказываться в более или менее уязвимой позиции в зависимости от медицинской специальности, занимаемой должности и их гендера. Практически все интервью, анализируемые в рамках данной статьи, касались ситуаций, произошедших с информантками во время их учебы в университете, практики, работы медсестрами или ординаторами. Все эти позиции

характеризуются зависимостью от профессионалов, занимающих более высокие административные или профессиональные позиции: преподавателей, врачей, кураторов или заведующих практикой.

Ощущение зависимости и страх испортить отношения с человеком, от которого зависит успешность будущего обучения и продвижения по карьерной лестнице, возможность негативных последствий — таких как отказ принять на работу после практики, ухудшение условий работы или публичное осуждение коллектива — становится важной причиной умолчания о произошедшем. Однако отсутствие прямого сопротивления и публичных жалоб не указывает на то, что совершенные действия были желательными для всех участников:

Нет, это нет, это бессмысленно, только себе хуже сделаешь. В лучшем случае они скажут: «Да, да». В худшем уволят. А в университете это вообще нельзя делать <...> Нельзя жаловаться. Если пожалуешься, потом ничего не сдашь (Марина, 25 лет, ортопед).

126

То, что делает проблему харассмента осязаемой эмпирически — это эмоции и переживания тех медицинских профессионалов, которые столкнулись с нежелательным взаимодействием. Описание пережитого опыта в категориях страха, боли, безразличия и т.п. было отправной точкой нашего эмпирического анализа, поскольку позволило обнаружить ту проблему, которая в силу организационных и институциональных особенностей российского здравоохранения зачастую остается невидимой.

При распространенности опыта харассмента он может оставаться незамеченным — происходит его приватизация, вытеснение из публичного поля, в котором возможно было бы действовать (и требовать действия). Например, в приведенном ниже отрывке интервью информантка рассказывает о поцелуе со стороны преподавателя, который она сначала интерпретировала как единичный и связанный именно с ней случай, однако позже оказалось, что через подобный опыт прошли многие ее однокурсницы. По прошествии времени многие наши информантки стали задаваться вопросами о том, что заставило их молчать — не только страх быть наказанными, но некий ступор, недоверие собственным эмоциям и интерпретациям (вдруг он не имел в виду ничего плохого?), отсутствие языка говорения о проблеме и рамки референций (как правильно). В конечном итоге отсутствие некой нормативной рамки профессионального взаимодействия, с которой возможно было бы сопоставить свой опыт:

Был преподаватель, который, как ну потом выяснили, эм... поцеловал примерно половину группы. Это было наедине с каждой. Ну и как бы он целовал по-разному. Кого-то, там, обнял за талию, кого-то там поцеловал в щеку,

кого-то всасос, кого в шею <...> вот это было очень неприятно. Сейчас я думаю, что, конечно, а почему мне не пришло в голову, что вообще-то можно пожататься на такое. То есть, конечно, это вообще никак недопустимо... но это приходит (вздыхает) это понимание пришло только сейчас, потому что тогда это было какое-то оцепенение (Антонина, 31 год, пульмонолог).

Стоит отметить, что практики харассмента могут быть очень разнообразными, с трудом поддающимися описанию, различными по эмоциональному отклику. Наиболее распространенные — комментарии о формах тела и намеки на сексуальный контакт, прикосновения (к рукам, талии, бедрам, ягодицам), внезапные поцелуи. Сексуальные домогательства, манипуляции (обещание карьерных выгод в обмен на секс) и преследования являются более редкими. Иногда «знаки внимания» могут быть растянутыми во времени и поначалу восприниматься как участливость (массаж, приглашения в поездки на конференции), пока не обнаруживается их принудительный и прогрессирующий характер. Иногда возникают ситуации, которые сложно интерпретировать (например, одна из информанток затруднялась отличить мастурбацию через одежду от невежливой попытки снять зуд).

При всей множественности форм харассмента при анализе эмоций и восприятий информанток мы наблюдали два ключевых сценария. Первый предполагал, что ситуация сначала оценивалась как «странная/неприятная, но в целом не выходящая за рамки представлений о допустимом». Так, прикосновения к коленям или спине, шутки про формы тела или предложения секса могли вызывать неприятие и последующие превентивные меры (например, попытки избежать контакта), но не определялись, как повод для вступления в открытый конфликт — за счет многократного повторения создавался эффект их «нормальности». В таком случае оценка подобного опыта как сексуального харассмента происходит ретроспективно, по мере того как происходит дистанцирование от среды, в которой он был нормализован:

Многие вещи, которые были озвучены (в докладе про харассмент. — Прим.), они даже не воспринимались как харассмент, как какое-то нежелательное действие, потому что это входит в такое, в привычное для нас отношение и... Начинать прям надо с того, что многие люди в принципе не понимают, что человек, ну, не должен себя вести так, как тебе не нравится, да, по отношению к тебе, да, у тебя есть личные границы (Яна, 29 лет, ЛОР).

Часто встречающаяся значительная разница в возрасте (и, соответственно, в статусе) между автором харассмента и пострадавшей является дополнительным фактором того, почему произошедшее не проблематизировалось сразу. Многие информантки не предполагали, что возможен сексуализированный вариант общения

с коллегами значительно более старшего возраста, что замедляло интерпретацию ситуации и выбор соответствующей ей реакции. Нежелательные сексуализированные действия в свой адрес они могли объяснять возрастными/поколенческими особенностями и затрудняться с тем, как выражать сопротивление к стоящим выше в профессиональной и возрастной иерархии:

Ну, вы понимаете, никогда в жизни мне бы не пришло в голову воспринимать это не шуткой, в связи с тем, что мне, там, было 35 лет, а ему 65, ну, как бы. Плюс я к нему с таким уже уважением, как к опытному специалисту. Он возраста моего папы (Ирина, 36 лет, неонатолог).

Второй сценарий предполагал немедленную резкую реакцию на происходящее — грубо ответить на неуместное высказывание, уйти, оттолкнуть, убежать, замереть. Чувства в диапазоне от неприятного удивления до угрозы в том числе зависели от самого опыта, статусов и отношений с автором насилия.

[Выбежала] начала че-то реветь (вздыхает), вот, прям, истерить, плакать, прям, жутко неприятно мне было (вздыхает) (Виктория, 26 лет, гинеколог).

128

Порой ощущения страха и омерзения сохранялись на длительное время, оказывали влияние на работу и личную жизнь. В ситуациях сексуальных домогательств (которые встречаются реже, чем другие формы сексуального харассмента) это проявляется особенно явно, однако и фоновый «шум» в виде постоянной необходимости лавировать между вероятностью столкнуться с комментарием по поводу фигуры или быть зажатой в углу создает условия для продолжительного стресса и угрозы для благополучия (Sojo et al. 2016).

Каждый раз, когда я езжу, каждый раз мне плохо. Вот просто, хотя, вот, просто мне физически, прям, плохо. <...> Я не могла, чтобы ко мне, например, подошел муж и просто меня обнял, а мне начинает триггерить, типа, ко мне прикасаются, типа, не прикасайтесь ко мне, вообще никто, пожалуйста (Виктория, 26 лет, гинеколог).

Разрешение ситуаций харассмента, как правило, происходило за счет собственных ресурсов, и лишь в некоторых случаях с помощью вышестоящего руководства (максимум — заведующего отделением). В случае подобных «публичных» разборов ситуации поддержка или критика со стороны коллектива складывалась в зависимости от локальной культуры. Однако в значительном количестве случаев пострадавшая сторона не сообщала о произошедшем из страха быть осужденной или встретиться с другими негативными последствиями.

Я даже отвержение свое никак выплеснуть не могу, я не могу этому профессору врезать по морде, потому что, ну, как так, профессора побила, вот. И ну, так это было неприятно, но как-то это все переживала (Галина, 32 года, хирург).

В условиях приватизации опыта харассмента женщинам приходится формировать собственный арсенал превентивных стратегий защиты, ключевой из которых является избегание обидчика (вплоть до смены места работы). До осознания проблемы как более масштабной (чем личный опыт) часто проходит немало времени, до нескольких лет.

И вот тяжело, действительно, было кому-то рассказывать, ну, особенно вот да, первые разы <...> Кажется, что щас все от тебя отвернутся, да, там все скажут, что это ты виновата, хотя на деле потому, что многие мои подруги через это тоже проходили, всегда эта тема, наоборот, встречала понимание и каждая находила какую-то историю похожую или с ней, или с кем-то из близких людей... И это, с одной стороны, эм... Поддерживает, да, а с другой стороны, это очень грустно, потому что, ну, получается, что масштаб проблемы такой огромный, что у каждого человека есть что рассказать, чем поделиться, есть какие-то подобные истории разной степени (Яна, 29 лет, ЛОР).

129

Важно отметить, что информантки проводили грань между ситуациями харассмента и другими схожими практиками — не каждая из них даже по прошествии времени была интерпретирована подобным образом. Разделение между желательными (в случае романов), нежелательными и случайными формами контактов производится довольно явно. Так, случайная эрекция у пациента при постановке катетера, предложение коллеги сходить на свидание (со спокойным принятием последующего отказа) или комментарии относительно возможности выполнять те или иные манипуляции по причине недостаточной физической формы не воспринимались как нарушение границ или угрожающая ситуация:

<...> говорили, что женщинам тяжелее в плане физического, <...> где я реально согласна. Потому что мало кто по телосложению может выдержать, потому что там в некоторых моментах реально нужны, так скажем, мужчины, крупные мужчины, чтоб прям в теле (Гульнара, 28 лет, невролог).

Информантки предлагают в своих нарративах объяснения того, почему в большинстве случаев они остаются незамеченными или замалчиваемыми. Длительная нормализация харассмента на рабочем месте может начать ощущаться как характеристика не только конкретной организации, но медицины в целом:

Мне кажется, это медленно учит тебя тому, что жестокость — это нормально. <...> И мне кажется, что... вот такое общение — оно просто... сна-

чала ты привыкаешь к жестокости, потом начинаешь как бы принимать на себя, что ты тоже имеешь на это право. Если, там, медсестра здесь выше пациента настолько, что можно его материть по-всячески, значит — и мне можно (Лера, 21 год, студентка).

Предложенное нами аналитическое различие на «локальные культуры» и «индивидуальные опыты» является инструментом для решения задач исследования. Эмпирически их сложно отделить друг от друга — наши информантки отмечают, как они интериоризировали представления и нормы тех рабочих и учебных пространств, в которых харассмент оказывался распространен и нормализован, и как им требовалось время для того, чтобы отрефлексировать свой опыт. В условиях, когда харассмент приватизируется — вытесняется в сферу индивидуального и интимного, — возможность для действия, а тем более для коллективного действия и даже артикуляции своего опыта оказывается крайне редуцированной. Поэтому ключевыми стратегиями борьбы с харассментом оказываются избегание или игнорирование. Однако эмоциональные нарративы и проблематизация ситуаций, в которых оказывались наши информантки, а также последствия для их карьер указывают на то, что эпизоды, определяемые как сексуальный харассмент, не являлись их выбором, частью их сексуальных проектов, желаемыми действиями. Часть медицинского сообщества постепенно учится рефлексировать на тему этики отношений в медицине, однако полноценной солидаризации и артикуляции проблем на высоком уровне пока не происходит.

130

Заключение

Обсуждение проблем сексуального харассмента в российском здравоохранении не происходит активно и не вовлекает большого количества участников дискуссии. Это ставит под вопрос само наличие проблемы — можно ли изучить и критически проанализировать то, о чем не рассказывают и не определяют как проблему в публичном поле? Наше исследование, обращаясь к опыту сотрудников медицинских организаций, находит эпистемологические основания для определения харассмента как ситуации, обнаруживающей интерсекциональные эффекты разных асимметрий власти. Эмоционально-насыщенные нарративы тех, кто столкнулся или наблюдал такие ситуации, позволяют артикулировать харассмент как актуальную проблему для российского здравоохранения, но вместе с тем «приватизированную», то есть непроговариваемую и замалчиваемую.

Опираясь на уже имеющиеся объяснительные модели и теории неравенства, мы обнаруживаем, что за личным негативным опытом

стоят разные структурные и организационные основания: гендерная асимметрия в медицине и конкретных профессиях, профессиональные иерархии, межпоколенческие разрывы, нормализация нежелательных действий, отсутствие этических регламентов и другие. В российском контексте эффекты этих условий дополнительно усиливаются локальной культурой, в которой доминирует неформальность отношений. В поле здравоохранения харассмент остается частным опытом, для описания которого нет языка, а в случае распознавания — нет понятных институтов преодоления. В практическом смысле это означает сложности с поиском «волшебной таблетки» для искоренения харассмента в медицине — он является продуктом множественных асимметрий власти, возникающих на разных уровнях, переплетающихся и взаимодополняющих друг друга.

Библиография / References

Бороздина Е. А. (2016) Забота в родовспоможении: выгоды и издержки профессионалов. *Журнал исследований социальной политики*, 14(4): 479–492.

— Borozdina E. A. (2016) Professional Care in Maternity Hospitals: Benefits and Challenges. *The Journal of Social Policy Studies*, 14(4): 479–492. — in Russ.

131

Международная организация труда (2019) Конвенция 190 об искоренении насилия и домогательств в сфере труда. URL: (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_739332.pdf) (дата обращения: 20.09.2023)

— International Labour Office (2019) Convention 190 on the Elimination of Violence and Harassment at Work (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_739332.pdf). — in Russ.

Минтруд России (2021) Приказ Минтруда России № 926 от 28 декабря 2021 г. (<https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/2220>) (дата обращения: 20.09.2023)

— Ministry of Labour (2021) Order of the Ministry of Labor of Russia No. 926 of December 28, 2021. (<https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/2220>). — in Russ.

Михель Д. В. (2009) Социальная история медицины: становление и проблематика. *Журнал исследований социальной политики*, 7(3): 295–312.

— Mikhel D. V. (2009) Social History of Medicine: the Development and the Problematics. *The Journal of Social Policy Studies*, 7(3): 295–313. — in Russ.

Пушкарева Н. Л., Мицюк Н. А. (2018) Повивальные бабки в истории медицины России (XVIII — сер. XIX в.). *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*, 17(1): 179–189.

— Pushkareva N. L., Mitsuk N. A. (2018) Povivivalnye babkas in the history of medicine in Russia (XVIII — Ser. XIX c.). *Bulletin of the Smolensk State Medical Academy*, 17(1): 179–189. — in Russ.

Симонова О., Ядрова Е. (2013) Сообщество средних медицинских сотрудников в области кардиохирургии: социологический анализ эмоционального труда.

П. В. Романов, Е. Р. Ярская-Смирнова (ред.). *Профессии социального государства*, М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ: 91-115.

— Simonova O., Yadrova E. (2013) The community of the nursery staff in cardiac surgery: a sociological analysis of emotional labor. P. V. Romanov, E. R. Yarskaya-Smirnova (eds.). *Professions of the Social State*, Moscow: Variant LLC, CSPGI: 91-115. — in Russ.

Abbott A. (1988) *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago press.

Acik Y., Deveci S. E., Gunes G., Gulbayrak C., Dabak S., Saka G. et al. (2008) Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occupational medicine*, 58(5): 361-366.

Allen D. (1997) The nursing-medical boundary: a negotiated order? *Sociology of Health & Illness*, 19(4): 498-520.

Aristizabal P., Nigenda G., Serván-Mori E. (2019) The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period 2005–2018. *Hum Resour Health*, 17(1): 87.

Bilal A., Ahmed H. M. (2017) Organizational structure as a determinant of job burnout. *Workplace Health & Safety*: 118-128.

Borozdina E., Novkunskaia A. (2022) Patient-centered care in Russian maternity hospitals: Introducing a new approach through professionals' agency. *Health*, 26(2): 200-220.

Burn S. M. (2019) The Psychology of Sexual Harassment. *Teaching of Psychology*, 46(1): 96-103.

Colenbrander L., Causer L., Haire B. (2020) "If you can't make it, you're not tough enough to do medicine": a qualitative study of Sydney-based medical students' experiences of bullying and harassment in clinical settings. *BMC medical education*, 20: 1-12.

Conrad P. (1992) Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 18(1): 209-232.

Cortina L. M., Areguin M. A. (2021) Putting people down and pushing them out: Sexual harassment in the workplace. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 8: 285-309.

Davies C. (1995) Competence versus care? Gender and caring work revisited. *Acta sociologica*, 38(1): 17-31.

Demirci Ş., Uğurluoğlu Ö. (2020) An Evaluation of Verbal, Physical, and Sexual Violence Against Healthcare Workers in Ankara, Turkey. *Journal of Forensic Nursing*, 16(4): E33-E41.

Fitzgerald L. F., Cortina L. M. (2018) Sexual harassment in work organizations: A view from the 21st century. *APA handbook of the psychology of women: Perspectives on women's private and public lives*: 215-234.

Freidson E. (1970) *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.

Freidson E. (2001) *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago press.

The Committee on the Elimination of Discrimination against Women (1992). *General recommendation № 19*, article 11.18. URL: <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm> (дата обращения: 20.09.2023)

Grant S. (2022) *Soviet Nightingales: Care under Communism* (p. 336). Cornell University Press.

Hearn J. (1982) Notes on patriarchy, professionalization and the semi-professions. *Sociology*, 16(2): 184-202.

Hirsch J., Khan S. (2019) *Sexual Citizens: A Landmark Study of Sex, Power, and Assault on Campus*. New York: W. W. Norton & Company.

Houle J. N., Staff J., Mortimer J. T., Uggen C., Blackstone A. (2011) The impact of sexual harassment on depressive symptoms during the early occupational career. *Society and mental health*, 1(2): 89-105.

Ilies R., Hauserman N., Schwochau S., Stibal J. (2003) Reported incidence rates of work-related sexual harassment in the United States: Using meta-analysis to explain reported rate disparities. *Personnel Psychology*, 56(3): 607-631.

Kahsay W. G., Negarandeh R., Nayery N. D., Hasanpour M. (2020) Sexual harassment against female nurses: a systematic review. *BMC Nursing*, 19: 58.

Larson M. S. (1977) *The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis*. University of California Press.

Litvina D., Novkunsкая A., Temkina A. (2019) Multiple vulnerabilities in medical settings: invisible suffering of doctors. *Societies*, 10(1): 5.

133

Liu J., Gan Y., Jiang H. et al. (2019) Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and environmental medicine*, 76(12): 927-937.

Lloyd's Register Foundation (2021). A world of risk: 2021 country overviews. Report 4: Safe at work? URL: https://wrp.lrfoundation.org.uk/country-results-2021-violence-harassment/world_risk_poll_results_2021_violence_harassment_russia.pdf (дата обращения: 20.09.2023)

McDonald P. (2012) Workplace sexual harassment 30 years on: A review of the literature. *International Journal of Management Reviews*, 14(1): 1-17.

McLaughlin H., Uggen C., Blackstone A. (2012) Sexual harassment, workplace authority, and the paradox of power. *American sociological review*, 77(4): 625-647.

Mokhov S., Novkunsкая A. A. (2021) Infrastructural Breaks on the Road from Birth to Death in Contemporary Russia. *Religions*, 12(12): 1115.

Nielsen M. B., Bjørkelo B., Notelaers G., Einarsen S. (2010) Sexual Harassment: Prevalence, Outcomes, and Gender Differences Assessed by Three Different Estimation Methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(3): 252-274.

Quick J. C., McFadyen M. (2017) Sexual harassment: Have we made any progress? *Journal of occupational health psychology*, 22(3): 286.

Riska E. (2001) *Medical careers and feminist agendas. American, Scandanavian and Russian physicians*. New York: Routledge.

Siad F. M., Rabi D. M. (2021) Harassment in Medicine: Cultural barriers to psychological safety. *CJC open*, 3(12): S174-S179.

Sojo V. E., Wood R. E., Genat A. E. (2015) Harmful Workplace Experiences and Women's Occupational Well-Being. *Psychology of Women Quarterly*, 40(1): 10-40.

Stone L., Phillips C., Douglas K. A. (2019) Sexual assault and harassment of doctors, by doctors: a qualitative study. *Medical education*, 53(8): 833-843.

Stratton T. D., McLaughlin M. A., Witte F. M., Fosson S. E., Nora L. M. (2005) Does students' exposure to gender discrimination and sexual harassment in medical school affect specialty choice and residency program selection? *Academic Medicine*, 80(4): 400-408.

Surman J., Rossman E. (2022) New dissidence in contemporary Russia: Students, feminism and new ethics. *New Perspectives*, 30(1): 27-46. <https://doi.org/10.1177/2336825X211067405>

Svensson R. (1996) The interplay between doctors and nurses — a negotiated order perspective. *Sociology of health & Illness*, 18(3): 379-398.

Temkina A., Novkunskaia A., Litvina D. (2022) *Pregnancy and Birth in Russia: The Struggle for "good Care"*. Routledge.

Williams C. L. (1992) The glass escalator: Hidden advantages for men in the "female" professions. *Social problems*, 39(3): 253-267.

Willness C. R., Steel P., Lee K. (2007) A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel psychology*, 60(1): 127-162.

Witz A. (1992) *Professions and Patriarchy*. London and New York: Routledge.

Zola I. K. (1972) Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 20(4): 487-504.

Рекомендация для цитирования:

Новкунская А. А., Литвина Д. А., Никитина Д. А., Власова Е. В. (2023) Сексуальный харассмент в контексте медицинских организаций: асимметрии власти, пересечения неравенств, приватизация опыта. *Социология власти*, 35 (3): 111-134.

For citations:

Novkunskaia A. A., Litvina D. A., Nikitina D. A., Vlasova E. V. (2023) Sexual Harassment in the Context of Medical Organizations: Asymmetries of Power, Intersections of Inequalities, and the Privatization of Experience. *Sociology of Power*, 35 (3): 111-134.

Поступила в редакцию: 30.08.2023; принята в печать: 29.09.2023

Received: 30.08.2023; Accepted for publication: 29.09.2023