

דוח מחקר

# בין פמיניזציה לסגרגציה:

## מקצוע הרפואה בישראל

מבוסס על עבודת גמר לקראת תואר "מוסמך אוניברסיטה"- מ.א.

מוגש על ידי שרון ספורטס

דוא"ל: [sharonsaportas@gmail.com](mailto:sharonsaportas@gmail.com)

בהנחיית פרופ' הדס מנדל

החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה

אוניברסיטת תל אביב

## תקציר

### בין פמיניזציה לסגרגציה: מקצוע הרפואה בישראל

דפוסי התעסוקה המגדריים הוא נושא שמעסיק חוקרים מדיסציפלינות אקדמיות שונות. העבודה הנוכחית מבקשת לתרום לדיון זה תוך התמקדות במקרה בוחן, מקצוע הרפואה בישראל. החל משנות השבעים, ובהתאם לתמורות כלליות בשוק העבודה, ההרכב המגדרי של מקצוע הרפואה בישראל עובר שינויים נרחבים: מחד, מתרחשים תהליכי פמיניזציה וכניסה מוגברת של נשים לעיסוק. מאידך, חרף כניסתן של נשים למקצוע, התחומים המתגמלים בתוכו, ובעיקר אלו הכירורגיים, נותרים "גבריים". מטרת מחקר זה היא כפולה: ראשית, מאחר וזו תופעה חדשה יחסית, העבודה מתארת את היקף התופעה והשינויים החלים בה לאורך השנים. שנית, על בסיס ראיונות עם רופאות מתחומים מגוונים, ביקשתי ללמוד על תנאים המשמרים תחומים מקצועיים כזירות "גבריות".

ממצאי העבודה מלמדים כי עם הגידול בשיעור הנשים במקצוע הרפואה, מתרחבת בו הסגרגציה המגדרית הפנים מקצועית; שיעור גבוה מן המתמחות מתרכז בתחומים מסוימים, והן נעדרות מתחומים אחרים. בעוד שהשתתפות נשים במקצועות כגון רפואת משפחה, ילדים וגניקולוגיה גבוהה משיעור המתמחות הכללי, ישנם תחומים בהן אחוז המתמחות נמוך מאד, כדוגמת כירורגיות אורטופדית, אף אוזן גרון, בית חזה ועוד. מן הראיונות עולים מספר הסברים לתופעה. ראשית, קיומם של חסמים מבניים המונעים גישה מאוזנת של נשים לתחומים מסוימים, כגון הסדרים הנוגעים בהריונות, חופשות לידה ושעות עבודה. כמו כן, עולה כי ישנם חסמים חברתיים ותרבותיים, למשל: היעדר רשתות חברתיות, הסללה מקצועית, חוסר מכוונות לרווח כלכלי ועוד.

## דוח מחקר

# בין פמיניזציה לסגרגציה: מקצוע הרפואה בישראל

דפוסי התעסוקה המגדריים הוא נושא שמעסיק חוקרות וחוקרים מדיסציפלינות אקדמיות שונות. בעבודתי אבקש לתרום לדיון זה תוך התמקדות במקרה בוחן, מקצוע הרפואה בישראל. החל משנות השבעים, ובהתאם לתמורות כלליות יותר בשוק העבודה, ההרכב המגדרי של מקצוע הרפואה בישראל עובר שינויים נרחבים: מחד, מתרחשים תהליכי פמיניזציה וכניסה מוגברת של נשים למקצוע, עד כי נראה שבעשורים הבאים יתאפיין המקצוע ברוב נשי. מאידך, חרף כניסתן של נשים למקצוע, התחומים המתגמלים ביותר בתוכו, ובעיקר אלו הכירורגיים, נותרים "גבריים". מטרת עבודה זו היא כפולה: ראשית, מאחר וזו תופעה חדשה יחסית, אתאר את היקף התופעה והשינויים החלים בה לאורך השנים. שנית, על בסיס ראיונות עומק עם רופאות, אבקש ללמוד על התנאים האישיים, החברתיים, המבניים והתרבותיים, המשמרים תחומים מקצועיים כזירות "גבריות". דוח זה מפרט את עיקר הבסיס התיאורטי, שיטת המחקר וממצאים נבחרים מהעבודה.

## רקע

סגרגציה תעסוקתית על בסיס מגדר הינה אחד המאפיינים הבולטים של שוק העבודה ומשמעותה היא ששיעור העוסקים במקצוע מסוים מבני מגדר אחד, גבוה או נמוך באופן משמעותי משיעור ההשתתפות של המגדר בכוח העבודה. ההפרדה המקצועית מהווה מקור מרכזי לנחיתותן הכלכלית של נשים בשוק העבודה; השכר בעיסוקים הנשיים נמוך יותר, ואפשרויות קידום מוגבלות (England, 2005; Reskin & Bielby, 2005; Peterson & Morgan, 1995).

משנות השבעים החלה כניסה דרמטית של נשים לתחומי ידע ועיסוקים שבעבר היו נחלתם של גברים בלבד (England, 2010; England and Li, 2006; Cotter, Hersmsen and Vanneman, 2004; Bolzendahl and Myers, 2004). תהליך זה עשוי היה להוביל לקראת איזון בדפוסי התעסוקה של גברים ונשים, אולם מבט מעמיק על התופעה מגלה כי במקרים רבים נוצר בידול פנימי, המוביל נשים וגברים להתמחות או לאייש תפקידים שונים בתוך העיסוק. לאורך השנים הוקדשו מאמצים רבים לספק הסבר לשאלה מהן הסיבות לסגרגציה מגדרית בעבודה ואילו מנגנונים מובילים נשים וגברים לעבוד בעיסוקים שונים. חלק מן הגישות מתמקדות במאפייני הפרטים, העדפותיהם וכישוריהם, כמו למשל, תיאוריות כלכליות (Becker, 1975; polachek, 1981) או תאוריות המתמקדות בתהליך הסוציאליזציה (Kraus, 2002). גישות אחרות מבקשות להדגיש את המאפיינים המבניים של השוק כמו גם מבנה ההזדמנויות המגדרי. לדוגמה, תיאוריית התור (Reskin & Roos, 1990), תיאוריית ההצטופפות (The Crowding Theory) (Bergmann, )

Tomaskovic- Devey, 1993; ) (Devaluation Theory) או תיאוריית הפחתת הערך (1986), או תיאוריית הפחתת הערך (England, 1992; Mandel, 2013). חוקרות נוספות, מסבירות את ההפרדה המקצועית כפרקטיקה של "עשיית מגדר" (Doing gender) וטוענות כי הסדר המגדרי מיוצר ומשועתק דרך טקסים יומיומיים, בין היתר בתוך שוק העבודה (Gherardi, 1994). עם זאת, אין הסכמה בקרב החוקרות על הסבר מרכזי לתופעה. על אף שנכתבה ספרות אמפירית ותיאורטית ענפה בנושא, מרבית המחקר מתבסס על נתונים כמותיים וקיימת פחות ספרות הנשענת על קולות "מהשטח", קרי הסברים של עובדות לבחירותיהן ומסלולי הקריירה שלהן (Reskin & Roos, 1990).

בעבודתי אבקש לתרום לדיון אודות סגרגציה תעסוקתית על בסיס מגדר באמצעות התמקדות במקצוע הרפואה בישראל. כאמור, המוטיבציה לכך היא השינויים הרחבים בהרכב המגדרי שעובר המקצוע. מחד, תהליכי פמיניזציה והשתלבות; כך למשל, בעוד שבשנת 1969 אחוז הסטודנטיות לרפואה עמד על 24%, ב-2014 הן היוו כ-52% מכלל הסטודנטים לתואר MD הלומדים בישראל (הולצמן ויזרעאלי, 2000; הסתדרות הרופאים בישראל, 2014). מאידך, למרות כניסתן של נשים למקצוע, התחומים היוקרתיים והמתגמלים ביותר, ובעיקר אלו הכירורגיים, נותרים "גבריים". קיימים הבדלים מאוד גדולים בין ההתמחויות, באקלים העבודה, רמת התחרות על מקומות, מימונויות נדרשות, הגמישות של תכנית ההכשרה וכן השכר ואפשרויות הקידום (הולצמן ויזרעאלי, 2000; Shuval, 1980). בהתאם, הבחירות המקצועיות פועלות כמנגנון מרבד: התמחויות המתאפיינות בדומיננטיות נשית מתגמלות פחות, כמו גם מתאפיינות במבנה הזדמנויות שונה.

מחקר זה דן בסוגיה תוך ניסיון ללמוד על מגוון השיקולים המעסיקים רופאות בהכרעות הקריירה שלהן. אם כן, מטרתה של העבודה היא ראשית לתאר את היקף התופעה בישראל והשינויים החלים בה לאורך השנים, באמצעות סקירה תיאורית על שיעור הנשים במקצוע, פיזורן בהתמחויות ומאפיינים תעסוקתיים נוספים. שנית, על בסיס ראיונות עומק עם רופאות, אבקש ללמוד על תנאים שונים המשמרים תחומים מקצועיים כזירות "גבריות".

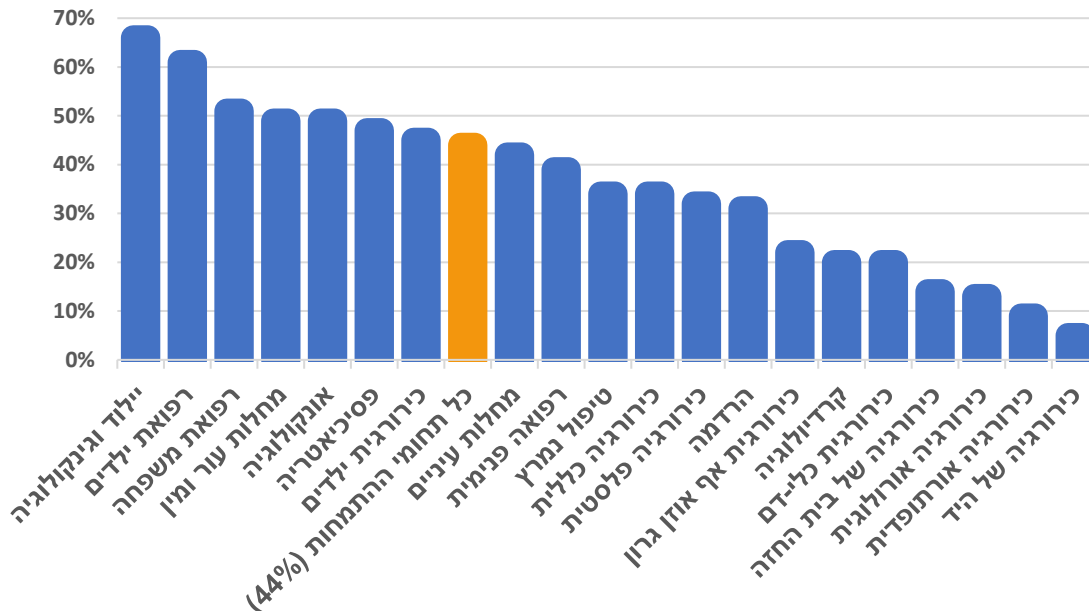
## שיטת המחקר

בחלקה הראשון של העבודה אציג סקירה תיאורית הממפה את מיקומן של נשים במקצוע הרפואה בארבעה מישורים: שיעור הנשים מכלל העוסקות במקצוע לאורך שנים, נתונים עכשוויים על שיעור הסטודנטיות לרפואה, פילוח מגדרי בהתמחויות בשלושת העשורים האחרונים ותמונת מצב עדכנית על אחוז הנשים המאיישות עמדות ניהוליות. המידע המובא בחלק זה נסמך על נתונים שהתקבלו באדיבות הסתדרות הרופאים בישראל. חלקה השני של העבודה מתבסס על ראיונות עומק חצי מובנים עם רופאות מתחומים מגוונים. עד כה ראינו 20 רופאות וייתכן כי יתבצעו

ראיונות נוספים לאחר סיום השלב הראשון של כתיבת הממצאים. החיבור למרואיינות נוצר על ידי פרסום ברשתות החברתיות. כלל המרואיינות במחקר הן רופאות בין הגילאים 30-60, המתגוררות במרכז הארץ ונמצאות בשלבי קריירה שונים; הן רופאות מתמחות והן רופאות מומחיות ובכירות.

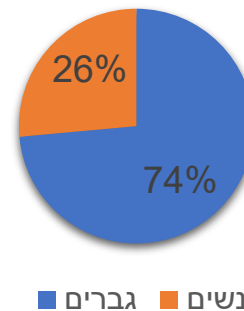
## ממצאים נבחרים

**תרשים מס' 1: שיעור הרופאות המתמחות במקצועות שונים (2014-2018)**



תרשים 1 מציג פילוח מגדרי של אחוז המתמחות במקצועות שונים לאורך חמש שנים, בין 2014 ל-2018. שיעור המתמחות מכלל המתמחים בשנים אלו עמד על 44%. הנתונים מראים כי קיימת סגרגציה מגדרית פנים מקצועית; בעוד ששיעור הנשים במקצועות כגון רפואת משפחה, ילדים וגניקולוגיה גבוה משיעור המתמחות הכללי, ישנם תחומים בהן אחוז המתמחות נמוך מאד, כדוגמת כירורגיות אורטופדית, אורולוגית, אף אוזן גרון, כלי דם, כף היד, בית חזה וכן קרדיולוגיה. מעניין לראות כי ישנם שני תחומים כירורגיים יוצאי דופן מבחינת השתתפות נשים בהן, יילוד וגניקולוגיה וכירורגית ילדים. בניגוד לתחומים כירורגיים אחרים, האחרונים מקושרים ב"נשיות", כענפים העוסקים בנשים, יילודה וילדים.

**תרשים מס' 2: מנהלי מחלקה<sup>1</sup> לפי מגדר**



חשוב לציין כי גניקולוגיה בפרט, תועד עד שנות ה-90 כמקצוע "גברי" המתאפיין בסגירות עבור רופאות, מה שמעיד על שינוי חד בשני העשורים האחרונים (הולצמן ויזרעאלי, 2000). תרשים 2 מלמד כי גם במישור הניהולי קיימים פערים מגדריים; רק 26% ממשורות הניהול אוישו על ידי נשים, בשנת 2018.

<sup>1</sup> נלקחו בחשבון מחלקות מוכרות להתמחות בלבד. במחלקה, הכוונה לגופים שונים כגון מרפאה, מערך, ויחידה.

במטרה להבין את הסגרגציה התעסוקתית בתוך מקצוע הרפואה, ואת היעדרותן של רופאות ממשרות ניהול, ערכתי ראיונות עם 20 רופאות. סוגיה מרכזית אחת שעלתה תדיר בראיונות מצביעה על חסמים פורמליים המקשים על גישתן של נשים להתמחויות כירורגיות, ויכולה להסביר את מיעוט הנשים בהן. ביטוי אחד של חסמים אלו הוא ביחס לחופשות לידה והריונות. כפי שלמדתי מהמרואיינות, לא קיים פתרון מערכתי לחופשות לידה במחלקות כירורגיות. כאשר רופאה יוצאת לחופשת לידה, שאר הרופאים במחלקה נאלצים להתגייס ולמלא את התורנויות שלה. מעבר לאופנים בהם הסדר כזה יכול להשפיע על מעסיקים, הוא הופך לשיקול מרכזי בתכנון חופשת הלידה עבור רופאות ומונע מראש כניסה של אלו שאינן מוכנות לשלם את המחיר. דוגמה לכך ניתן לראות בדבריה של תמר, מומחית בכירורגיה אורתופדית, בעודה מספרת על ההתמחות:

*שש שנים שבתוכן ילדתי שתי בנות. הכול התאפשר עם עזרה מחברים, תוך כדי שגם אני עשיתי את חלקי וגם התגמשתי... חופשות לידה שלקחתי למשל היו מאד קצרות. שלושה חודשים "בוס" וחזרתי, כדי לא לתקוע אחרים. זה לא ממש מקובל, חופשות, באורתופדיה בכלל. יש מקצועות שיש בהם יותר נשים והם יותר פתוחים לזה, יש אולי גם יותר תקנים. אצלנו זה מאד- מאד קשה. אני מצטערת על זה עד עכשיו... כי אני חושבת שזה היה מוגזם [...]. לא דרשו ממני, זו הייתה תחושה פנימית. הרגשתי מאד טוב וחברמנית שאני חוזרת מהר.*

שירי, מתמחה בכירורגיית אף אוזן גרון, הדגישה את ההיבט המערכתי של חסם זה:

*כל המערכת היא לא מפרגנת. זה לא ברמת המנהל מחלקה. כל הסיפור של חופשות לידה, וזה בעיקר אני חושבת הבעיה, לא יודעת אם לקרוא לזה בעיה אבל זה הפער בין גבר לאישה. זה לא שבית החולים או משרד הבריאות מגבים את המחלקה בתקן זמני. בן אדם שנעדר כל כך הרבה זמן זה מאד משמעותי במחלקה. המחלקה באמת מושפעת מזה ואין באמת גיבוי. אז האפלייה היא לא ברמת המנהלי מחלקות, אלא היא הרבה יותר גבוהה. מנהלי המחלקות מרגישים שהם נדפקים. נוח להם לא להתמודד עם הבעיה הזו.*

הסדר פורמלי נוסף המקשה על נשים להשתלב בהתמחויות הכירורגיות הוא תורנויות ארוכות, באורך של כ-30 שעות ברצף ואף יותר, שאינן מאפשרות את שילוב העבודה עם חיי משפחה. כאשר שאלתי על כך את טל, מתמחה ברפואת הרדמה, היא השיבה:

*אני לא מבינה למה זה צריך להיות ככה. למה הם [רופאים כירורגיים] צריכים לעשות תורנויות של שלושים שעות? גם אנחנו [רופאים שאינם כירורגיים] עושים תורנויות של Over night. אבל מגיע בוקר, מגיעים רופאים חדשים, אם יש משהו מעבירים ואם לא הולכים. והם תמיד נורא מקנאים בנו ושואלים, "מה, הולכים הביתה ב19:00?". אני לא אדם שאוהב להתווכח ואני הרבה פעמים לא עונה. אבל בא לי לענות שזה לא בעיה שאני הולכת ב19:00, זה בעיה שאתה לא הולך. הגיעו אנשים חדשים מהבית, למה אתם לא הולכים הביתה? [...]. למה? כי דורות של כירורגים עשו את זה. כי הם היו רק גברים ולא ראו את הילדים שלהם.*

חוסר הנכונות לספק מענה מערכתי לבעיות אלו עולה בקנה אחד עם טענתה של אקר (Acker, 1990), כי האידיאולוגיה המגדרית משוקעת בתפקידים וההסדרים הארגוניים; אנשים לא נכנסים לתפקידים "ריקים", אלא התפקיד מראש מתעצב לאור הנחות מגדריות באשר לשאלה מי ימלאו. דוגמאות אלו ואחרות, מעידות כי קיימים חסמים מבניים המונעים מנשים להשתלב באופן מאוזן במקצוע.

מלבד החסמים הפורמליים, חלק מן המרואינות התייחסו לפער שבין הדרישות הרשמיות לבין הציפיות דה פקטו מרופאים ומתמחים. היינו, גם כאשר היקף המשרה מוגדר באופן שמאפשר לשלבו עם טיפול בילדים, האווירה המחלקתית וציפיות הדרג הניהולי, לעיתים אינן מאפשרים זאת. המחשה לכך ניתן למצוא בדבריה של יוליה, מתמחה בכירורגיה כללית:

*אני אימא. אני עובדת במשרת אם, ואני לא זכאית לנצל אותה. משרת אם היא עד 15:00, אם אני אצא מהעבודה ב-15:00 בגלל שאני אימא, זה ממש- ממש לא יתקבל יפה. אני מקבלת על זה שעות נוספות... אבל אם אני אגיד מגיע לי לצאת אז יגידו לי אוקיי, את לא מתאימה למקצוע, וביי.*

דוגמה נוספת עלתה מדבריה של עידית, רופאת משפחה, בתשובה לשאלתי על הצעות לשינויים ארגוניים שיעודדו השתלבות של נשים בתחומים בהם הן מיעוט:

*אני לא יודעת אם זה שינויים ארגוניים או שינויים פרסונליים. יום עבודה נגמר ב-16:00, כן? אז תיאורטית מתמחה יכולה לסיים את יום העבודה וללכת הביתה. אבל אם עושים לה פרצופים? "מה? את הולכת? את יודעת כמה עבודה עוד יש? את יודעת שיש עכשיו ניתוח נורא מעניין, פצוע של תאונת דרכים? את באמת רוצה לפספס?". אז אם עושים לה פרצופים, היא לא תרגיש בנוח ללכת. זה לא עניין של האם יום העבודה נגמר ב-15:00 או ב-16:00. יום עבודה יכול להיגמר ב-15:00 לפי החוק. השאלה אם עושים לה פרצופים על כך שהיא הולכת ולא נשארת לניתוח המאד-מאד מעניין. לכן זה עניין פרסונלי.*

הבעיה ה"פרסונלית", כפי שמגדירה אותה עידית, יכולה להיות מוסברת על ידי מיעוט הנשים המאיישות עמדות ניהוליות במקצוע, כפי שהוצג לעיל. היעדר הגמישות מאלץ רופאות להתיישר עם דימוי "העובד האידיאלי", או במקרה זה, "הרופא האידיאלי", אשר בנוי על תפיסה של התמסרות מוחלטת לקריירה (Lorber, 1991). הרופאות בתחומים "גבריים" נדרשות לאמץ עמדה זו על מנת להיחשב כעובדות מן השורה, ולהבטיח לעצמן הזדמנויות תעסוקה בהמשך. ואולם, גם עבודת המשפחה תובעת, באופן אידיאלי, התמסרות מלאה ונטולת מגבלות (פרנקל, 2003). לפיכך, קונפליקט התפקידים נותר מרכיב משמעותי בבחירת תחום ההתמחות ולאורך הקריירה כולה.

לסיכום, כפי שהוצג בדוח זה, קיימים מנגנונים פורמליים ובלתי פורמליים המונעים כניסה של נשים לתחומים רפואיים. הסגרגציה המגדרית המתרחבת בתוך העיסוק, מחדדת ההבחנה בין התחומים, ומשעתקת הבניות חברתיות אודות מיקומן השולי של נשים במקצוע.

## ביבליוגרפיה

- ההסתדרות הרפואית בישראל. 2014. צוות המשימה לקידום מעמד הנשים ברפואה בישראל- דין וחשבון.
- הולצמן, אורי ויזרעאלי, דפנה. 2000. הכניסה הדיפרנציאלית של נשים להתמחויות ברפואה בישראל. ביקורת ופרשנות, 24, תש"ס. עמודים : 65-90.
- פרנקל, מיכל. 2003. נשים בהיי-טק : האם קרסה "חומת האימהות"? קראוס, אגט נירה ; שדולת הנשים בישראל. המרכז לחקר מדיניות
- Acker, Joan. 1990. "Hierarchies, Jobs, Bodies: A Theory of Gendered Organizations", *Gender & Society* 4, PP. 139-158.
- Becker, G. S. (1975). Human capital: a theoretical and empirical analysis, with special reference to education. New York: National Bureau of Economic Research.
- Bergmann, Barbara R. 1986. The Economic Emergence of Women. New York, NY
- Bielby W.T. and Baron J.N., 1986, "Men and Women at Work: Sex Segregation and Statistical Discrimination", *American Journal of Sociology*, Vol: 91(4), pp.759-799. (Reading: 759-761
- Bolzendahl C. I. Myers D. J. 2004. "Feminist Attitudes and Support for Gender Equality: Opinion Change in Women and Men, 1974-1998." *Social Forces*. 83(2): 759-89.
- Cotter, D. A., Hermsen, J. M., Ovadia, S. & Vanneman, R. (2001). The Glass Ceiling Effect. *Social Forces*, 80, 655-681
- England Paula. 1992. *Comparable Worth: Theories and Evidence*. New York, NY: Aldine de Gruyter
- England, P. (2005). Gender inequality in labor markets: The role of motherhood and segregation. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 12
- England, Paula. 2010. The gender revolution: Uneven and stalled. *Gender & Society* 12 149-66 ,24
- England, Paula, and Su Li. 2006. Desegregation stalled: The changing gender composition of college majors, 1971-2002. *Gender & Society* 20: 657-77.
- Kraus, V. (2002). *Secondary breadwinners: Israeli women in the labor force*. Westport, CT: Praeger.



- Lorber, J'.1991. "Can Woman Physicians Ever Be True Equals in the American Medical Prpfeesion?'" , Current research in occupations and professions 6. Pp. 25-37
- Mandel Hadas. 2013. "Up the Down Staircase: Women's Upward Mobility and the Wage Penalty for Occupational Feminization, 1970-2007". Social Forces 91 (4): 1183-1207.
- Notzer & Brown. 1995. The Faminization of medical profession in Israel". Medical education 29, PP. 377-381.
- Petersen T. and Morgan L.A. 1995. "Separate and Unequal: Occupational-Establishment Sex Segregation and the Gender Wage Gap" American Journal of Sociology, Vol: 101(2), pp.329-365. (Reading: 329-332, 342-345 (from 'results' until 'Regression analysis of ...'), 355-end (from 'Conclusion')).
- Polachek, S. W. (1981). Occupational self-selection: A human capital approach to sex differences in occupational structure. The Review of Economics and Statistic 60-69 : 63
- Reskin, B. 1993. Sex Segregation in the Workplace **Annual Review of Sociology** Vol. 19: 241-270
- Reskin, B. F., & Bielby, D. D. (2005). A sociological perspective on gender and career outcomes. The Journal of Economic Perspectives, 19, 71-86. Reskin, 1993
- Reskin, B. F., & Roos, P. A. (1990). Job queues, gender queues: Explaining women's inroads into male occupations. Temple University Press: Philadelphia, Pa.
- Shuval, Y'. 1980. Entering medicine: The Dynamics of Transition: A study of medicine in Israel, Oxford
- Tomaskovic-Devey, Donald D. 1993. Gender and Racial Inequality at Work: The Sources and Consequences of Job Segregation. Ithaca, NY: Industrial and Labor Relations Press. Chapter 1 (pages 1-20).