



بررسی مقایسه‌ای وضعیت شغلی، اقتصادی، اجتماعی و  
خودپنداره متخصصین علوم پزشکی برحسب جنس در شهر تهران

A Comparative Survey of Professional, Economic  
and Social Status of medical Specialists and  
their self concept by gender in Tehran (2002)



بررسی مقایسه‌ای وضعیت شغلی، اقتصادی، اجتماعی و  
خودپنداره متخصصین علوم پزشکی برحسب جنس در شهر تهران

A Comparative Survey of Professional, Economic  
and Social Status of medical Specialists and  
their self concept by gender in Tehran (2002)

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

بررسی مقایسه‌ای وضعیت شغلی، اقتصادی، اجتماعی و  
خودپنداره متخصصین علوم پزشکی برحسب جنس در شهر تهران

A Comparative Survey of Professional, Economic  
and Social Status of medical Specialists and  
their self concept by gender in Tehran (2002)

## فهرست مطالب

موضوع	صفحه
۱. مقدمه	۱
۲. خودپنداره	۴
۳. اهداف بررسی	۶
۴. سؤالات تحقیق	۷
۵. متغیرهای پژوهشی - متغیرهای دموگرافیک	۷
۶. روش بررسی	۸
۷. متغیرهای روانشناختی	۸
۸. ابزار گردآوری اطلاعات	۸
۹. مراحل اجرا و نمونه گیری	۹
۱۰. یافته های بررسی	۱۱
۱۱. مشخصات متغیرهای دموگرافیک	۱۱
۱۲. فعالیت های حرفه ای	۱۸
۱۳. متغیرهای روانشناختی	۳۵
۱۴. نتیجه گیری و پیشنهادات	۵۲
۱۵. چکیده	۵۶
۱۶. منابع	۵۸



## مقدمه

اهمیت موضوع: در روند صنعتی شدن و توسعه اجتماعی - اقتصادی، نیروی انسانی مخصوصاً متخصصین در کلیه زمینه‌ها می‌توانند نقش مؤثری در پیشبرد اهداف جامعه داشته باشند. از دیدگاه جامعه‌شناختی از جمله پیامدهای صنعتی شدن، یا باصطلاح در دوران‌گذار جوامع به طرف توسعه صنعتی، تغییراتی از لحاظ کمی و کیفی در سطوح مختلف جامعه از جمله وضع آموزشی و دموگرافی ایجاد می‌شود، که از آن جمله ورود بیشتر جوانان به سازمان‌های آموزش عالی و ورود زنان در سنین اشتغال به بازار کار می‌باشد.

جمهوری اسلامی ایران که در دو دهه گذشته با این تجربه، یعنی توسعه اجتماعی - اقتصادی یا به عبارت دیگر با روند صنعتی شدن جامعه روبرو بوده است در کلیه عرصه‌های تخصصی نیاز به نیروی متخصص کار دارد. در این راستا همکاری مؤثر کلیه متخصصین از جمله متخصصین علوم پزشکی و فعالیت‌های آنها در زمینه‌های آموزشی، پژوهشی و اجرایی مورد نیاز است، که نتیجه فعالیت‌های این متخصصین هریک در جای خود می‌تواند در روند مطلوب این تحولات اجتماعی - اقتصادی کمک مؤثر نماید.

در فعالیت‌های اجتماعی - اقتصادی در جهت پیشرفت توسعه کشور، زنان و مردان هر دو باید کوشش نمایند تا بتوان به اهداف متعالی جامعه دسترسی پیدا کرد. مشاهدات عینی نشانگر آنند که علیرغم اینکه در نظام قانونی کشور، تبعیض جنسیت در احراز مقام‌های اجرایی بطور اعم و در پاره‌ای مشاغل مانند حرفه پزشکی که نیاز به تخصص دارند، بطور اخص وجود ندارد، ولی در عمل دسترسی زنان به جایگاه‌های تصمیم‌گیری، مشکل به نظر می‌رسد.

متأسفانه تا به حال توجه شایانی به پژوهش‌هایی در جهت وضع اجتماعی - اقتصادی زنان بطور کلی و مخصوصاً زنان متخصص علوم پزشکی که همگام با مردان در ارائه خدمات آموزشی - پژوهشی و خدمات بهداشتی - درمانی فعالیت دارند، انجام نگرفته است.

بازنگری مطالب موجود در رابطه با موضوع بررسی حاضر در سطوح ملی و بین‌المللی نمایانگر

وجود مشکلاتی در این زمینه می باشد. در گزارش یک بررسی که اخیراً درباره مشکلات زنان متخصص از دیدگاه مدیریت و موفقیت زنان در جامعه دانشگاهی توسط شمس السادات زاهدی انجام گرفته، آمده است که بخش مهمی از انرژی زنان در جامعه، صرف مبارزه جهت دستیابی به آن دسته از حقوقی شده است که مردان بدون تلاش از آن ها برخوردارند. همچنین یافته های این بررسی نشان می دهد که در جامعه مورد مطالعه، یعنی سه دانشگاه معتبر شهر تهران از توان تخصصی زنان در مقایسه با مردان استفاده بهینه ای به عمل نمی آید. (۱)

مروری بر منابع بین المللی نیز حقایق دیگری در مورد ساختار نیروی انسانی متخصصین در علوم پزشکی را آشکار می سازد برای مثال:

Fry, H از نتایج بدست آمده از بررسی در کشور سوئد گزارش کرده، که با در نظر گرفتن شاخص های دموگرافی و دیگر متغیرها، اختلاف آماری معنی داری برحسب جنسیت در نیروی انسانی متخصص در علوم پزشکی آن کشور، مشاهده شده است. از جمله این که زنان به ندرت در فعالیت های حرفه ای مانند مقام های تصمیم گیرنده در آموزش پزشکی و فعالیت های کلینیکی این دانشگاه ها مشارکت دارند. (۲)

در گزارش بررسی Maddock, S که در منچستر انگلستان انجام گرفته، آمده است که فرهنگ مردسالاری نه تنها به پزشکان زن صدمه می زند، بلکه اثر منفی بر ارائه خدمات بهداشتی - درمانی نیز می گذارد. مخصوصاً با در نظر گرفتن نظام ملی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در این کشور، که معمولاً باید از کلیه توان متخصصین علوم پزشکی در ارائه این خدمات در چنین نظامی استفاده شود.

Maddock's براساس یافته های مطالعه پیشنهاد می کند که باید تعادل جنسیتی در ساختار نیروی انسانی متخصصین در علوم پزشکی در کلیه رده های فعالیت های علوم پزشکی (آموزشی - پژوهشی و خدمات) ایجاد شود، تا بتوان از پی آمدهای آن پیشگیری کرد. (۳)

در گزارش بررسی Heslay, B.F از انتشارات دانشگاه اوتاگو که در آن مروری نیز بر وضعیت دیگر دانشگاه های نیوزیلند آمده است حاکی از آن است که وضعیت زنان پزشک در دهه ۸۵-۱۹۷۶، که بوسیله سازمان ملل دهه زنان متخصص نامیده شده بود، چندان رضایت بخش نبوده است. در حالی که در سال ۱۹۸۵، میزان پزشکان فعال زن در کل جمعیت پزشکان فقط ۲۰٪ بوده است. پس از دو سال

از زمان گزارش این بررسی یعنی سال ۱۹۸۷، در حدود نیمی از دانشجویان سال دوم پزشکی در دانشگاه اوتاگو، را زنان تشکیل می دادند. جالب توجه است که تعداد مدرسین زن در این دانشگاه در همین سال بسیار کم گزارش شده است. Heslay نتیجه گیری می کند که درباره فعالیت های آموزشی زنان در این دانشگاه طی سال های اخیر تغییری حاصل نشده است. در دیگر دانشگاه های نیوزیلند نیز در فعالیت های کلینیکی پزشکان در تخصص هایی- مانند زنان و زایمان، کودکان و جراحی هیچ زنی مسئولیت آموزشی نداشته است. در گزارش این بررسی بطور خلاصه اشاره شده است که در نیوزیلند ارتقاء مردان در فعالیت های حرفه ای پزشکی صد برابر زنان است، و ادامه می دهد که زنانی که رشته های مختلف علوم پزشکی را انتخاب می کنند، از مشکلات متعددی که پس از فارغ التحصیلی با آن مواجه خواهند شد، در بدو امر بی اطلاع اند. (۴)

در تعدادی از بررسی هایی که در کشورهای انگلستان و نروژ انجام گرفته، گزارش ها حاکی از این است که بطور کلی زنان بیشتر در رشته های زنان و زایمان و کودکان متخصص می شوند و فقط تعداد اندکی در رشته های دیگر از جمله جراحی تخصص دارند.

با توجه به مشاهدات عینی و با استناد به یافته های نمونه های پژوهشی فوق، به نظر می رسد که عوامل روان شناختی - اجتماعی عمده ای در این تفاوت فاحش در میزان حضور فعال زنان متخصص در علوم پزشکی در عرصه های حرفه ای مانند سطوح مدیریتی، آموزشی، پژوهشی و خدماتی دست اندرکار می باشد که نقش اثربخش زنان را در این عرصه ها دچار کم و کاست می نماید. در بررسی حاضر خودپنداره زنان و مردان متخصص بعنوان عامل قابل توجه و بررسی مطرح می شود. از اینرو با توجه ویژه به خودپنداره و ابعاد جدا ناشدنی زیستی - روانی - اجتماعی در عملکرد انسان ها با نگاهی جستجوگر به یکی از ساختارهای روانی - ذهنی در پاسخگویان پرداختیم. از این دیدگاه که ملهم از رویکرد روانشناسی انسان گرا به انسان است بر آن شدیم تا نظر پاسخگویان را درباره ویژگی هایی از خودشان در چارچوب مفهومی خودپنداره آنان از آنها بپرسیم.

از نظر روان شناسان انسان گرا از جمله کارل راجرز (۱۹۸۷-۱۹۰۲) بنیانگذار این مکتب مهم ترین بخش شخصیت انسان خود یا خویشتن است، «خود» بخشی از تجربه فرد است که موجب می شود



شخص در آغاز زندگی معنای واژه هایی مانند «من» یا «مرا» دریابد. (۵)

درباره متغیرهای شغلی، اقتصادی - اجتماعی نیاز به توجیه نظری و تاریخچه ای نمی باشد ولی از آنجایی که مفهوم خودپنداره که یکی از متغیرهای اصلی این مطالعه است نیاز به توجیح و طرح پیشینه های علمی آن در روانشناسی دارد، لذا در اینجا به توصیف پیشینه های این مفهوم که در تحقیق حاضر اهدا و کمی آن مورد بررسی قرار گرفته است، می پردازیم.

### خودپنداره

از نظر تاریخی در دوران روانشناسی می توان شروع بحث خودپنداره (Selfconcept) را در مطالعات و نظریه پردازی های گوردن آلپورت (Alport) در اوایل دهه شصت قرن گذشته جستجو کرد. او به سیر تحولی فردی این پدیده در انسان می پردازد. به اعتبار او اولین تجارت درباره خود در شیرخوارگی اتفاق می افتد که فرایند تفکیک مادر و فرزند و تجارب اولیه فرد را در بر می گیرد. در پی این مرحله آغازین مرحله ای که او آن را خود جسمانی (Bodilyself) می نامد، آغاز می شود. این مرحله از نیمه دوم سال اول زندگی آغاز می شود. مرحله بعدی هویت یابی اولیه (Selfidentity) خود است و به دنبال آن اولین تجارت عزت نفس (Self-esteem) می آید که در آن از حدود دو سالگی به بعد کودک به توانمندی ها و دستاوردهای خود آگاه می شود و به آن می بالد. آلپورت سپس از یک پدیده گسترش خود و (Self- extension) تصویر خود (Selfimage) سخن می گوید.

در این خود گسترش یافته نزدیکان و عزیزان نظیر پدر و مادر نیز جذب خود می شوند و این همان چیزی است که در نهایت هویت جمعی و اعتبار و آبرومندی های جمعی در اطراف انسان می شوند. در مراحل بعدی یک راهبر منطقی و بالاخره تلاشگر مناسب درونی در این جریان تحولی قرار می گیرند. این مفهوم از سوی دیگر نویسندگان نظیر آدلر (Adler) با الگوهای خاص هرکس برای کنار آمدن با تحقیر شدگی ها و چالش های زندگی مطرح شده است. (۶)

کارل راجرز از محققان انسان‌گرا معاصر، در نظریه خود که آن را هم دقیقاً همین تئوری «خود» می‌گوید چگونگی نگرش فرد به خویش را مهم‌ترین عامل در پیش‌بینی رفتار آینده او می‌داند. زیرا درک واقع‌گرایانه واقعیت‌های بیرونی و شرایطی که شخص در آن قرار دارد به موازات هم پیش روند. (۵)

ماهیت خودپنداره، ادراک فرد از شخصیت خود است. بازتاب‌های این ادراک را می‌توان در قالب توصیف‌هایی که فرد از خود می‌نماید مشاهده کرد. این توصیف‌ها در ارتباط مستقیم با چگونگی اسنادهای دیگران نیز قرار دارد. (۶) مقصود از اسنادها توصیف‌هایی است که دیگران به عنوان سندیت بخشیدن به رفتارهای فرد در طول زمان به وی ارائه می‌دهند. برای مثال او را باهوش، خوش اقبال، ناشایسته و... تلقی می‌کنند و در نتیجه ادراک او را از خود در کنار واقعیت‌های عینی که خود او تجربه می‌کند شکل می‌دهند.

برای درک خودپنداره در بزرگسالی لازم است رابطه آن را با شخصیت در نظر بگیریم. اگر آنگونه که آلپورت می‌گوید شخصیت را مجموعه‌ای از صفات بیان‌گایم که فرد واجد آنهاست، خودپنداره ادراکی است که فرد از این صفات در شخصیت خود دارد.

به عبارت دیگر خودپنداره نگاه خود فرد به خویش را منعکس می‌کند. یعنی از نظرگاه فرد، خودپنداره و شخصیت فرد یکی هستند. یعنی هر دو به صفاتی که فرد به خود و در خود قایل است برمی‌گردند.

تحقیقات جالب و ساده نشان می‌دهند که چنانچه از افرادی بخواهیم شخصیت خود را توصیف کنند دقیقاً همین ادراک‌های خود را از صفات خود فهرست خواهند کرد (۶).

اینکه بگوئیم خودپنداره بزرگسال در جایی و زمانی متوقف می‌شود نیز نمی‌تواند مصداق داشته باشد، چرا که ما در سیر زندگی بزرگسالی خود نیز مرتباً با ارزیابی‌هایی از درون و بزور خود (از سوی دیگران) مواجه هستیم که خودپنداره ما را دستخوش تغییراتی اندک می‌نمایند. آنچه مهم است این است که در طول زمان همان اسنادهایی که ما از خود بدست می‌آوریم و اسنادهایی که دیگران در مورد صفات ما به ما منعکس می‌کنند هستند که به ما نوعی استحکام فراوضعیتی و از همین رو به ما اجازه می‌دهند تا با خودپنداره‌ای کمابیش محکم به خودشناسی خود ادامه دهیم.

ارزیابی خودپنداره بر مبنای استخراج حیطه‌هایی از شخصیت یا صفات شخصیتی که نظریه‌های خودپنداره نظیر نظریه‌های کارل راجرز (۵) و یا آلن (۶) مؤلفه‌های اصلی شخصیت تلقی می‌کند صورت می‌گیرد. حیطه‌هایی نظیر هوش، حافظه، شکل ظاهری و توانمندیهای مختلف و... از سوی دیگر در رویکرد انسانگرایی (Humanistic) و پدیدار شناختی (Phenomenological) به انسان نه فقط فرد بازتابی از نظر دیگران در خود است، بلکه گونه‌ای گرایش طبیعی و بدیهی به رشد و خودشکوفایی نیز در او وجود دارد که به قول راجرز منبع اصلی انرژی است و کل ارگانیزم را در جهت بقا و پیشرفت به حرکت در می‌آورد و اگر چه از مواردی نظیر تنفس، پی‌گیری غذا و آب آغاز می‌شود، ولی در جهت کارآیی، استفاده از ابزار و سایر امکانات فرهنگی و تکاملی حرکت می‌کند و در صورت فراهم بودن شرایط در حد استعداد و قابلیت‌های فرد کششی خودشکوفانه در فرد ایجاد می‌کند و انسان خود را در این مسیر است که سعادت‌مند می‌یابد و به دیگر سخن این یک اصل با اهمیت است که افراد در حال رشد و بالندگی بدون قید و شرط از سوی افراد مهم زندگی خود مورد قبول و پذیرش قرار بگیرند. تحقق خود و در نتیجه احساس امنیت و سلامت روان در گرو شکوفایی خود و پذیرش از سوی دیگران است. از اینروست که خود باوری مثبت می‌تواند ضامن سلامت روان باشد.

از نظر بهداشت روانی بین میزان هماهنگی میان خودپنداره فرد و تجربه‌های واقعی زندگی او رابطه تنگاتنگی وجود دارد. چنانچه هماهنگی بین این دو بالا باشد می‌توان وجود شاخص‌های خوبی از سلامت روان را در فرد انتظار داشت.

در مکتب انسان‌گرایی باور بر این است که «تعامل» (Interaction) انسان با دنیا براساس ادراک و تفسیر بسیار شخصی و خصوصی است که او از پدیده‌های اجتماعی - شخصی و حتی فیزیکی زندگی خود دارد.

## اهداف بررسی

از آنجائی که دستیابی به تحصیلات عالی و بازدهی نیروی انسانی متخصص در جامعه از شاخص‌های توسعه یافتگی محسوب می‌شود، و از آن رو که جایگاه مناسب اجتماعی افراد هر جامعه

در عمل نشان دهنده فضای حاکم بر آن جامعه است، لذا بهره‌دهی بیشتر شغلی متخصصین اعم از زنان و مردان در رده‌های مختلف اشتغال، از اهمیت خاصی برخوردار است.

با مقدمه فوق هدف کلی از این پژوهش: شناسایی و ارزیابی مشکلات حرفه‌ای، اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی زنان در مقایسه با مردان با توجه به نقش باورها و خودپنداره در متخصصین علوم پزشکی در شهر تهران است.

#### سؤالات تحقیق:

۱. آیا میزان مشارکت زنان متخصص در علوم پزشکی در فعالیتهای اجرایی با مردان متخصص یکسان است؟
۲. آیا میزان فعالیتهای علمی - پژوهشی زنان و مردان متخصص در علوم پزشکی یکسان است؟
۳. آیا میزان فعالیتهای انتشاراتی زنان و مردان متخصص در علوم پزشکی یکسان است؟
۴. آیا میزان اشتغال ذهنی و عملی مردان و زنان متخصص در رابطه با امور خانواده یکسان است؟
۵. آیا خودپنداره زنان متخصص در علوم پزشکی در مقایسه با مردان یکسان است؟

#### متغیرهای پژوهشی شامل:

- متغیرهای دموگرافیک
- متغیرهای فعالیتهای حرفه‌ای
- متغیرهای روانشناسی و اجتماعی

متغیرهای دموگرافیک: طبقه‌بندی آماری نمونه مورد مطالعه از دیدگاه عوامل فردی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، اهلیت، بعد خانوار و وضع اقتصادی و... بدست می‌آید.



متغیرهای فعالیت‌های حرفه‌ای: این متغیرها عبارتند از فعالیت‌هایی که در ارتباط با حرفه فرد صورت می‌گیرند. در این بررسی این فعالیت‌ها شامل مسئولیت‌های اجرایی و تصمیم‌گیری، آموزشی-پژوهشی و انتشاراتی می‌باشد.

متغیرهای روانشناختی (فردی و اجتماعی): متغیرهایی هستند که با آن رفتارهای اجتماعی گروه نمونه به ویژه روابط درون خانوادگی آنان از جمله میزان اشتغال ذهنی و عملی زنان و مردان را ارزیابی می‌کنند. متغیرهای روانشناسی فردی با باورها و خودپنداره فرد می‌پردازد که در آن تفسیرهای فرد از توانایی‌ها و ویژگی‌های خود ارزیابی می‌شود.

در پرسشنامه تحقیق بهر دسته از متغیرهای فوق پرسش‌هایی اختصاص داده شده است. همانگونه که در بحث خودپنداره در مقدمه این پژوهش آمده است، ارزیابی این پدیده از طریق استخراج از نظریه‌های موجود صورت می‌گیرد. به این ترتیب که زیر ساخت‌های مطرح شده در نظریه آلن (۶) به عنوان ابعاد عملیاتی شونده ارزیابی استخراج و سپس حیطه‌های مرتبط با موضوع تحقیق به مجموعه سوال‌هایی محقق ساخته تبدیل شده‌اند. پایایی سؤال‌ها از طریق ارزیابی مجدد (الفای کرونباخ) و اعتبار صوری آن با اظهار نظر چهار صاحب نظر خبره<sup>(۱)</sup> و کلیه همکاران گروه مشورتی تأیید شد و قابلیت اجرای آن نیز پس از انجام تحقیق راهنما مسجل گردید.

### روش بررسی

براساس موضوع و اهداف این مطالعه، نوع بررسی توصیفی - منطقی است.

ابزار گردآوری اطلاعات جهت تدوین پرسشنامه:

منابع مشابه موضوع تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

---

۱. اسامی صاحب نظران در پرونده کاری موجود است

- جهت تدوین پرسشنامه: مجموعه‌ای از ۲۰۵ پرسش از سوی گروه مشورتی بانوان متخصص با اتکاء به تجربه حرفه‌ای ۲۴ نفر از همکاران متخصص و افراد گروه تدوین گردید. از مجموعه فوق تعداد ۷۵ پرسش نهایتاً از سوی گروه انتخاب شد. این مجموعه پرسش‌ها به نظر دو متخصص آمار و روش تحقیق در خارج از گروه رسید و اعتبار صوری (Face Validity) آن مورد تأیید قرار گرفت. پایایی (Reliability) پرسشنامه با دوبار تکرار در همان گروه ۱۵ نفره متشکل از بانوان عضو گروه مشورتی و تعدادی از همکاران خارج از گروه انجام شد. الفاکرون باخ برابر با ۰.۶۳٪ بدست آمد. این اطمینان در مورد پرسش‌های خودپنداره نیز صدق می‌کند.

#### مراحل اجرا:

طرح مقدماتی Pilot یک نمونه ۳۰ نفری از چارچوب فهرست نظام پزشکی انتخاب گردید. برآورد حجم نمونه لازم با استفاده از فرمول زیر:

$$n' = \frac{z^2 s^2}{d^2} = 445$$

$$Z^2 = 1.96 \quad S^2 = 1.16 \quad N = 6330 \quad d = 0.1$$

از آنجائی که نسبت نمونه‌ای ما برابر با ۰.۷٪ و از اندازه ۰.۵٪ بزرگتر بود از فرمول زیر و بکارگیری ضریب تصحیح جامعه که استفاده شده و بالاخره حجم نمونه برابر است با:

$$n' = \frac{z^2 s^2}{d^2} = 445$$

$$f = \frac{n'}{N} = \frac{445}{6330} = 0.07$$

$$n = \frac{n'}{1 + n'/N} = 420$$

$$n = \frac{445}{1 + 445/6330} = 420$$

- ۱۵ نفر پزشک جوان و علاقمند از طریق مصاحبه انتخاب و پس از آشنایی با اهداف طرح و آموزش‌های لازم که به آنها برای اخذ صحیح اطلاعات داده شد، شروع به کار نمودند.
- گردآوری اطلاعات بوسیله پرسشنامه حضوری انجام گرفت که به دلیل مشکلات عدیده مدت آن بیش از حد انتظار طولانی گردید (رجوع شود به محدودیت‌ها و مشکلات اجرای طرح)
- پس از گردآوری اطلاعات، استخراج اطلاعات کمی بوسیله کامپیوتر تجزیه و تحلیل و گزارش آماری تدوین گردید.

## یافته‌های بررسی

در این قسمت یافته‌های بررسی تنظیم و ارائه می‌گردد به علت حجم سؤالات تدوین شده در پرسشنامه که معمولاً در اینگونه بررسی‌های توصیفی متداول است، یافته‌ها در نمونه مورد مطالعه به ترتیب زیر است:

- مشخصات و دموگرافی متخصصین علوم پزشکی

- فعالیت‌های حرفه‌ای (اجرایی، آموزشی، پژوهشی) متخصصین علوم پزشکی

- مشخصات روانشناختی (فردی و اجتماعی)

## مشخصات دموگرافی متخصصین علوم پزشکی

در بین ۴۲۰ نفر نمونه انتخاب شده در بررسی، ۷۷٪ پزشک و بقیه متخصصین علوم پایه، دندانپزشکی و داروسازی بودند، که در این بررسی همگی به نام متخصصین علوم پزشکی محسوب می‌شوند.

رشته‌های تخصصی در این بررسی به پنج گروه جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان و علوم پایه تقسیم شده است. براساس آمار بدست آمده در بین ۴۲۰ نفر مورد مطالعه ۳۰/۶٪ تخصص در جراحی و بقیه به ترتیب بالاترین میزان آماری داخلی ۲۵/۱٪، علوم پایه ۲۳/۵٪، زنان و زایمان ۱۱/۴٪ و کودکان ۹/۴٪ می‌باشند.

براساس این آمار مردان بیشتر در دو رشته جراحی و داخلی تخصص داشته‌اند، در حالی که زنان بیشتر در رشته‌های زنان و زایمان و کودکان و علوم پایه تخصص بوده‌اند. این تفاوت‌ها در بین دو جنس از لحاظ آماری معنی دار ( $P < 0.0001$ ) است. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان  
بر حسب گروه تخصص و جنسیت تهران (۱۳۸۰)

نام تخصص	جنس	زن		مرد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
داخلی		۲۰	۱۸/۱	۸۲	۲۷/۹	۱۰۲	۲۵/۱
جراحی		۱۳	۱۱/۷	۱۱۱	۳۷/۸	۱۲۴	۳۰/۶
کودکان		۱۹	۱۷/۱	۱۹	۶/۵	۳۸	۹/۴
زنان		۲۵	۲۲/۵	۲۱	۷/۱	۴۶	۱۱/۴
علوم پایه		۳۴	۳۰/۶	۶۱	۲۰/۷	۹۵	۲۳/۵
جمع		۱۱۱	۱۰۰	۲۹۴	۱۰۰	۴۰۵	۱۰۰

$$X^2 = 50.85$$

$$df=4$$

$$P<0.0001$$

※ همانگونه که جدول شماره ۱ نشان می دهد مردان عمدتاً در تخصص های جراحی و داخلی فعالیت داشته اند و زنان عمدتاً در رشته های علوم پایه و تخصص زنان شاغل بوده اند و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. ( $P<0.0001$ )

توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان در مطالعه حاضر بطور کلی دارای میانگین ۵۲/۸۳ سال است و فقط ۵/۵٪ کمتر از ۳۵ سال داشته اند. متوسط سن مردان ۵۵/۶ سال در مقایسه با متوسط سن زنان که ۴۶/۸ بوده است. بر طبق این آمار زنان متخصص در علوم پزشکی جوان تر در مقایسه با مردان می باشند. شاید بتوان این تفاوت را به علت مشارکت بیشتر زنان در آموزش عالی کشور از جمله رشته های علوم پزشکی در سال های اخیر توصیف نمود.



آمار جدول شماره ۲ نشان می دهد که اکثر جامعه مورد مطالعه ۹۳/۱ متأهل بوده اند و مقایسه آماری وضع تأهل به ترتیب در مردان ۹۵٪ و در زنان ۸۷٪ می باشد. شاید بتوان میزان بالای تأهل را در بین پاسخ دهندگان در رابطه با میانگین سن بالای ۴۰ سال در این نمونه توجیه کرد.

میزان جدایی از همسر در بین پاسخ دهندگان فقط ۱/۴٪ است. سن ازدواج در هر دو گروه زن و مرد اکثراً در گروه سنی ۲۹-۲۵ سالگی می باشد.

جدول شماره ۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان  
بر حسب وضعیت تأهل به تفکیک جنس. تهران (۱۳۸۰)

وضعیت تأهل	جنس ..		زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مجرد	۹	۷/۷	۷	۲/۳	۱۶	۳/۸		
متأهل	۱۰۲	۸۷/۱	۲۸۵	۹۵/۴	۲۸۷	۹۳/۱		
همسر برده	۲	۲/۶	۴	۱/۳	۷	۱/۷		
جداشده از همسر	۲	۲/۶	۲	۱/۰	۶	۱/۴		
نامعلوم	۱	-	-	-	۱	-		
جمع	۱۱۸	۱۰۰	۲۹۹	۱۰۰	۴۱۷*	۱۰۰		

\* سه نفر جنسیت خویش را اظهار نکرده اند.

جدول شماره ۲ نشان می دهد که در هر دو جنس اکثر پاسخ دهندگان متأهل بوده اند (۸۷/۱٪ زنان و ۹۵/۴٪ مردان) و غیر متأهلین درصد کمی را بخود اختصاص داده اند.

قابل توجه این که در حدود ۳۷٪ از زنان متخصص در علوم پزشکی قبل از سن ۲۴ سالگی ازدواج کرده بودند. این آمار برای مردان در حدود ۱۵٪ است، یعنی تقریباً یک هفتم مردان در نمونه مورد مطالعه قبل از سن ۲۲ سالگی ازدواج کرده بودند که از لحاظ آماری این اختلاف سن در ازدواج معنی دار است. (جدول شماره ۳)

متوسط تعداد فرزندان در نمونه مورد بررسی ۲/۲۶ است، که از لحاظ جنسی دختر ۱/۰۳ و پسر ۱/۲۳ است. چنانچه براساس این آمار بعد خانوار که تقریباً ۴/۳ می باشد با بعد خانوار در سطح جامعه که ۴/۷ است مقایسه کنیم، بعد خانوار در نمونه مورد مطالعه کمتر از سطح ملی است، که براساس اکثر نظریه های جمعیت شناختی هرچه میزان تحصیلات والدین بیشتر باشد رابطه ای معکوس با تعداد فرزندان دارد.

جدول شماره ۳. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان  
بر حسب سن ازدواج به تفکیک جنس تهران (۱۳۸۰)

سن ازدواج	زن		مرد		جمع		درصد تجمعی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۴ و کمتر	۲۸	۲۶/۵	۴۳	۱۵/۱	۸۱	۲۰/۷	۲۰/۷
۲۵ - ۲۹	۴۳	۴۱/۳	۱۱۶	۴۰/۷	۱۵۹	۴۰/۹	۶۱/۶
۳۰ - ۳۴	۲۰	۱۹/۳	۸۵	۲۹/۸	۱۰۵	۲۷	۸۸/۶
۳۵ - ۳۹	۲	۱/۹	۲۷	۹/۵	۲۹	۷/۵	۹۶/۱
۴۰ +	۱	۱/۰	۱۴	۴/۹	۱۵	۳/۹	۱۰۰
مجرد	۱۴	-	۱۴	-	۲۸	-	-
جمع	۱۱۸	۱۰۰	۲۹۹	۱۰۰	۴۱۷	۱۰۰	
میانگین	۲۶/۱۹		۲۹/۴۰		۲۸/۵۸		
انحراف معیار	۴/۲۷		۵/۲۴		۵/۱۸		
min	۱۷		۱۷		۱۷		
max	۴۲		۴۷		۴۷		



از متغیرهای دیگر مورد نظر در این بررسی، سن و کشور اخذ مدارک پزشکی عمومی، تخصصی و فوق تخصصی بوده. برطبق یافته‌های بدست آمده منعکس در جدول شماره ۴، پاسخگویان زن بطور متوسط در سنین پائین تر از مردان مدرک دکترای عمومی خویش را اخذ نموده‌اند. (۲۶/۰۳ سال در مقایسه با ۲۷/۴۹ سال) و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. ( $P < 0.0001$ )

این اختلاف قابل توجه در سن در بین دو جنس نیز در مدت زمان اخذ مدرک تخصصی علوم پزشکی در بین زنان و مردان مورد بررسی مشاهده شده است. یعنی بطور متوسط زنان در ۳۱/۸ سالگی و مردان در سن ۳۵ سالگی به اخذ این مدرک نائل گشته‌اند.

قابل توجه است که در مورد اخذ مدرک فوق تخصصی نیز زنان بطور متوسط در ۳۸/۹ سالگی و مردان ۴۱/۸ سالگی به دریافت این مدرک موفق شده‌اند. بطور کلی زنان پس از ۵/۸ سال از دریافت مدرک پزشکی عمومی به اخذ مدرک تخصص و ۷/۶ سال بعد مدرک فوق تخصص خود را دریافت کرده‌اند.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که مردان ۷/۶ سال پس از اخذ مدرک پزشکی عمومی به اخذ مدرک تخصصی و ۷ سال بعد به دریافت مدرک فوق تخصصی خود نائل گشته‌اند.

براساس آمار ذکر شده در بالا می‌توان نتیجه گرفت که شروع بکارگیری از معلومات و تجربیات بدست آمده بوسیله متخصصین علوم پزشکی با مدرک فوق تخصصی برای هر دو جنس زن و مرد تقریباً پس از مدت ۲۰ سال است که از لحاظ بازدهی اقتصادی در جامعه سؤال برانگیز است.

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی و درصد تخمینی گروه افراد مورد مطالعه

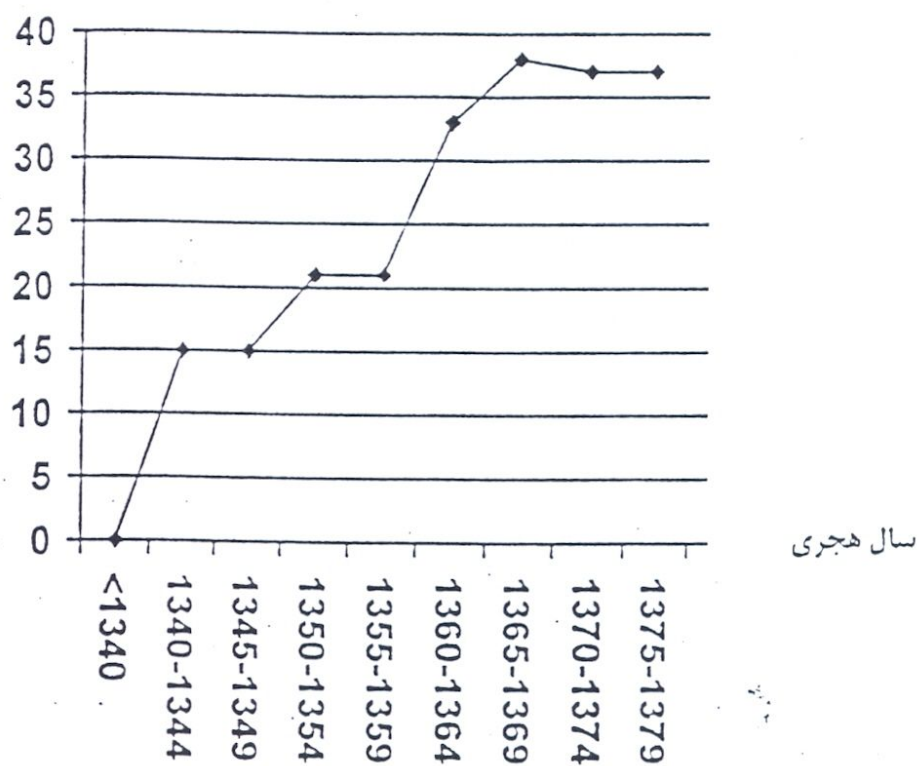
برحسب گروه تخصص و جنسیت تهران (۱۳۸۰)

جنسیت گروه سنی	زن			مرد		
	تعداد	درصد	درصد تجمعی	تعداد	درصد	درصد تجمعی
کمتر از ۳۰	۱۳	۱۱	۱۱	۱۰	۳/۴	۳/۴
۳۵-۴۴	۳۷	۳۱/۴	۴۲/۴	۴۵	۱۵/۱	۱۸/۵
۴۵-۵۴	۴۴	۳۷/۳	۷۹/۷	۹۳	۳۱/	۴۹/۷
۵۵-۶۴	۲۰	۱۶/۹	۹۶/۶	۸۰	۲۶/۸	۷۶/۵
۶۵+	۴	۳/۴	۱۰۰	۷۰	۲۳/۵	۱۰۰
جمع کل	۱۱۸	۱۰۰		۲۹۸	۱۰۰	

با توجه به جدول فوق می توان مشاهده نمود که در گروه بانوان متخصص حدود ۹۷٪ زیر ۶۵ سال است در صورتی که آن رقم برای مردان تنها ۷۶/۵٪ است. یعنی در مقابل ۳٪ زنانی که بالای ۶۵ سال بکار حرفه ای خود اشتغال دارند این رقم برای مردان حدود ۲۲/۵٪ یعنی تقریباً ۸ برابر زنان است که این اختلاف با احتمال بیش از ۹۹/۹٪ معنی دار است، یعنی مردان هم از دیرباز درجه تخصص خود را اخذ نموده اند و هم نمایانگر آنست که مردان مدت بیشتری توانائی ارائه خدمت را دارند. طبق نمودار شماره (۱) در حالی که طبق جدول بالا با وجود جوانتر بودن سن تخصص در زنان ادامه فعالیت های حرفه ای زنان کمتر از مردان است. روند نسبت تخصص برای زنان در حال افزایش است.

نمودار (I) روند صعودی نسبت پزشکان زن متخصص به  
کل متخصصین تا سال ۱۳۸۰ در نمونه مورد مطالعه ساکن در تهران

درصد متخصصین زن به کل متخصصین



## فعالیت‌های حرفه‌ای (اجرایی - آموزشی و پژوهشی)

توجه به فعالیت‌های حرفه‌ای متخصصین علوم پزشکی در این مطالعه، از اهمیت خاصی برخوردار است. همانطوری که جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بیش از ۶۷٪ از پاسخ‌دهندگان در هیأت‌های علمی دانشگاه‌های شهر تهران عضویت داشته‌اند، که تفاوتی در بین میزان زنان در مقایسه با مردان وجود نداشته است.

در باره درجه یا رتبه علمی در بین ۲۷۴ نفر عضو هیأت علمی دانشگاه‌ها\*، آمار نشان می‌دهد که در حدود ۹/۵٪ استاد و کمی بیش از ۱۴٪ دانشیار و ۶۸/۳٪ استادیار و بالاخره ۷/۷٪ مربی در مجموع هر دو جنس بوده‌اند. همانطور که این آمار نمایان ساخته بیش از ۶۸٪ هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی را در این بررسی استادیاران تشکیل می‌دهند. نسبت استاد مرد بیش از زنان، ولی نسبت استادیاران زن بیش از مردان است، (۷۴٪ زنان و ۶۶٪ مردان) (جدول شماره ۶)

شغل همسران ۳۲/۵ زنان و ۲۸/۴٪ از مردان مورد مطالعه پزشک بوده و تفاوت معنی‌داری از نظر جنسیت بین دو گروه وجود نداشته است.

\* قابل توجه اینکه همه این افراد در حال حاضر شاغل در دانشگاه‌ها نیستند.

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌دهندگان بر حسب عضویت هیأت علمی و جنسیت - تهران (۱۳۸۰)

جنس	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بله	۷۹	۶۷/۵	۲۰۲	۶۷/۶	۲۸۱	۶۷/۵
خیر	۳۸	۳۲/۵	۹۷	۳۲/۴	۱۳۵	۳۲/۵
جمع	۱۱۷	۱۰۰	۲۹۹	۱۰۰	۴۱۶	۱۰۰

جدول شماره ۶ - توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان بر حسب درجه عضویت

هیئت علمی و جنس - تهران (۱۳۸۰)

درجه علمی	جنس	زن		مرد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مربی		۳	۳/۸	۱۸	۹/۲	۲۱	۷/۷
استادیار		۵۹	۷۴/۷	۱۲۸	۶۵/۶	۱۸۷	۶۸/۲
دانشیار		۱۱	۱۳/۹	۲۹	۱۴/۹	۴۰	۱۴/۶
استاد		۶	۷/۶	۲۰	۱۰/۳	۲۶	۹/۵
جمع		۷۹	۱۰۰	۱۹۵	۱۰۰	۲۷۴	۱۰۰

$$P = ۰/۳۵$$

$$df = ۳$$

$$X^2 = ۳/۲۹$$

در هر دو گروه جنسی اکثر پاسخگویان عضو هیئت علمی دارای مرتبه استادیاری بوده

اند (۷۴/۷ درصد زنان و ۶۵/۶ درصد مردان) و نسبت استادان مرد بیش از زنان بوده است (۱۰/۳)

درصد در مقابل ۷/۶ درصد)، و از این نظر تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه وجود نداشته است.



براساس یافته‌های بدست آمده در این مطالعه و برحسب نوع فعالیت‌های علمی دانشگاهیان در کمیته‌های مختلف، مسئولیت‌های اجرایی، شرکت در کنفرانس‌های علمی (داخلی و خارجی) و فرصت مطالعه، و برحسب جنسیت به قرار زیر است:

در حدود ۱۹٪ از زنان و ۲۰٪ از مردان در کمیته‌های آموزشی دانشگاه‌ها عضویت داشته‌اند، و از لحاظ آماری تفاوت چندانی بین دو جنس وجود نداشته است.

از نظر عضویت در کمیته‌های پژوهشی دانشگاه‌ها، نسبت مردان در عضویت این کمیته کمی بیش از زنان است (۱۸/۱٪ در مقایسه با ۱۵/۴٪)، ولی این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

برحسب یافته‌ها میزان شرکت مردان در بوردهای تخصصی تقریباً دو برابر زنان است. بدین معنی که ۱۳/۴٪ از مردان و فقط ۷/۷٪ از زنان در این بوردها عضویت داشته‌اند. گرچه این میزان تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نیست ولی بهر حال مردان بیش از زنان در این کمیته مهم دانشگاهی شرکت داشته‌اند. با نگاهی اجمالی بر یافته‌ها در سه کمیته فوق، با بالا رفتن اهمیت نوع کمیته، شرکت مردان بیش از زنان است.

از دیگر فعالیت‌های دانشگاهی، مشارکت هیأت علمی در مسئولیت‌های اجرایی است. یافته‌های بدست آمد تفاوت معنی‌داری از لحاظ اشتغال در مسئولیت‌های اجرایی بین دو جنس نشان نمی‌دهد. (۱۴/۵٪ از زنان و ۱۴/۷٪ از مردان دارای مسئولیت‌های اجرایی بوده‌اند)

شرکت در کنفرانس‌های علمی (داخلی و خارجی) از فعالیت‌های علمی مهم اعضای هیأت علمی دانشگاهی می‌باشد که مسلماً در پیشبرد اهداف کیفی آموزشی و دستیابی به آخرین پیشرفت‌های پژوهشی بسیار با ارزش است.

در پژوهش حاضر پاره‌ای سؤالات به دریافت اطلاعاتی در زمینه موانع موجود در راه شرکت هیأت علمی در کنفرانس‌های خارجی اختصاص یافته است. درباره موانع شرکت در کنفرانس‌های خارجی، پاسخ‌دهندگان از جمله این موانع را تقبل مخارج سنگین (۶/۷۹٪ از زنان و ۵/۸۵٪ از مردان) و عدم پشتیبانی مسئولین از شرکت‌کنندگان در کنفرانس‌های خارجی ذکر کرده‌اند. جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که ۹/۵۴٪ از زنان و ۴/۶۰٪ از مردان، عدم پشتیبانی مسئولین اجرایی در کشور را جهت شرکت در کنفرانس‌های خارجی مانع عمده‌ای می‌دانند.

از دیگر عواملی که مانع از شرکت در کنفرانس‌های خارجی بوسیله پاسخ‌دهندگان ذکر شده موضوع نداشتن وقت کافی جهت پیگیری در مراحل مختلف اینگونه مسافرت‌هاست. در پاسخ به این سؤال ۳/۱۳٪ از زنان و ۶/۱۰٪ از مردان عدم وقت کافی برای پیگیری را مانعی بر سر راه شرکت در کنفرانس‌های خارجی دانسته‌اند.



لازم به ذکر است که از جمله موانع دیگر که فقط توسط ۱۱/۳٪ از مردان و ۱۰/۶٪ از زنان ذکر شده است، نداشتن انگیزه کافی برای شرکت در کنفرانس‌های خارجی می‌باشد. (جدول شماره ۷)

بیش از ۶۵٪ از کل هیأت علمی پاسخ دهنده در زمان بررسی شاغل ۱۳/۸٪ بازنشسته و ۹/۲٪ مستعفی و بقیه یعنی ۷/۹٪ سایر موارد را ذکر کرده‌اند (جدول شماره ۲۰). نسبت پاسخ‌گویان شاغل در دانشگاه و فعال در زنان بیش از مردان بوده است (۸۴/۷٪ در مقایسه با ۶۳٪) و از طرف دیگر نسبت بازنشسته‌های مرد نسبت به زن در حدود سه برابر بیشتر بوده است، که البته با توجه به بالاتر بودن متوسط سن مردان در اخذ کلیه مدارج و به تبع آن شروع دیرتر فعالیت‌های حرفه‌ای قابل درک است ولی بهرحال این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $P < 0.01$ ). (جدول شماره ۸)

از دیگر پرسش‌ها درباره موضوع بازنشستگی، که در نظرخواهی حاضر از پاسخ‌دهندگان شده است ۴۷٪ از زنان در مقایسه با حدود ۵۳٪ از مردان با بازنشسته شدن اساتید دانشگاه موافق و بقیه عدم توافق خود را با اعمال وضعیت کنونی درباره بازنشستگی از فعالیت‌های دانشگاهی اظهار کرده‌اند.

همانگونه که در جدول شماره ۷ آمده است عوامل مؤثر در گزینش هیأت علمی دانشگاه‌ها از نظر پاسخ‌دهندگان، در درجه اول داشتن معرف معتبر است (متوسط رتبه ۷/۱ در زنان و ۶/۹ در مردان از ۸ نمره ماگزیمم) سایر عوامل نظیر دارا بودن مدرک و معدل، تجربه و سابقه کار و غیره در درجات بعد قرار می‌گیرند.

بعبارت دیگر از کل ۴۲۰ نفر افراد مورد مطالعه حدود ۵۰٪ بصورتی عضو هیأت علمی بوده‌اند.

جدول شماره ۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان برحسب

موانع شرکت در کنفرانس‌های خارجی و جنسیت - تهران (۱۳۸۰)

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس عدم پشتیبانی مسئولین داخلی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۵۸/۸	۲۳۳	۶۰/۴	۱۷۱	۵۴/۹	۶۲	بلی
	۴۱/۲	۱۶۳	۳۹/۶	۱۱۲	۴۵/۱	۵۱	خیر
	۱۰۰	۳۹۶	۱۰۰	۲۸۳	۱۰۰	۱۱۳	جمع

جدول شماره ۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌دهندگان برحسب

وضعیت اشتغال دانشگاهی و جنسیت - تهران ۱۳۸۰

وضعیت شغلی	جنس	زن		مرد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
شاغل و فعال		۷۲	۸۴/۷	۱۳۸	۶۳	۲۱۰	۶۹/۱
بازنشسته		۵	۵/۹	۳۷	۱۶/۹	۴۲	۱۳/۸
مستغفی		۳	۳/۵	۲۵	۱۱/۴	۲۸	۹/۲
سایر		۵	۵/۹	۱۹	۸/۷	۲۴	۷/۹
جمع		۸۵	۱۰۰	۲۱۹	۱۰۰	۳۰۴	۱۰۰

$$P = ۰/۰۰۳$$

$$df = ۳$$

$$X^2 = ۱۴/۲۹$$

نسبت پاسخگویان شاغل در دانشگاه و فعال در زنان بیش از مردان بوده است (۸۴/۷ درصد در مقابل ۶۳ درصد) و از طرف دیگر نسبت بازنشسته‌های مرد بیشتر بوده است (حدود ۳ برابر) که البته با توجه به بالاتر بودن متوسط سن مردان این مطلب قابل انتظار بوده است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است ( $P < ۰/۰۱$ ).

جدول شماره ۹. توزیع فراوانی نسبی نظرات متخصصین در پاسخ به سؤال

در سیستم دانشگاهی و مدیریتی ما کدامیک از موارد زیر حاکمیت دارد

برحسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

جنس	زن		مرد	
	بلی	خیر	بلی	خیر
مدارک علمی	۷۸/۹	۲۱/۱	۷۶/۷	۲۳/۳
سابقه و توان مدیریت	۵۸/۳	۴۱/۷	۵۸/۷	۴۱/۳
تجربه و سابقه کار	۶۳/۲	۳۶/۸	۶۴	۳۶
داشتن معرف	۹۴/۸	۵/۲	۹۳/۱	۶/۹
جنسیت	۷۸/۷	۲۱/۳	۶۸/۷	۳۱/۳
تعیند	۷۸/۹	۲۱/۱	۸۵/۳	۱۴/۷

نکته جالب توجه این که در هر دو جنس (زن و مرد) به داشتن معرف بالاترین امتیاز را داده‌اند. بدین معنی که ۹۴/۸٪ از زنان و ۹۳/۱٪ از مردان به سؤال درگزینش در سیستم دانشگاهی و مدیریتی، کدامیک از موارد زیر حاکمیت دارند؟ معرف را پاسخ داده‌اند (جدول شماره ۹). درباره سؤال استخدام متخصصین علوم پزشکی چگونه انجام می‌شود، مجدداً اکثر پاسخ‌دهندگان داشتن معرف را مهمترین عامل دانسته‌اند (۹۸/۱٪ از زنان و ۹۶/۱٪ از مردان)، و دیگر عوامل از لحاظ آماری مراحل بعدی را اشغال کرده است (جدول شماره ۱۰).

چاپ کتاب‌های درسی بصورت تألیف و ترجمه از دیگر فعالیت‌های مهم آموزشی - پژوهشی اعضای هیأت علمی دانشگاه در جهت بهبود کیفیت آموزشی و پژوهشی محسوب می‌شود. یافته‌های جدول شماره ۱۱ نشان می‌دهد که نزدیک به ۷۷٪ از زنان و ۸۰٪ از مردان نداشتن سرمایه را دلیل عدم نشر کتاب مطرح کرده‌اند، پاسخ‌گویان عوامل مؤثر دیگر را فرایند طولانی و وقت‌گیر در این فعالیت حرفه‌ای را ذکر کرده‌اند (۸۴/۱٪ از مردان و ۷۲/۹٪ از زنان).

جدول شماره ۱۰. توزیع فراوانی نسبی پاسخ دهندگان به سؤال در حال حاضر

استخدام متخصصین علوم پزشکی چگونه انجام می گیرد؟

بر حسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

عوامل	جنس		زن		مرد	
			بلی	خیر	بلی	خیر
نوع مدرک و معدل			۸۷/۸	۱۲/۲	۸۱/۵	۱۸/۵
تجربه و سابقه کار			۸۲/۹	۱۷/۱	۶۹/۴	۳۰/۶
معرف ها			۹۸/۱	۱/۹	۹۶/۳	۳/۷
نش			۶۲/۹	۳۷/۱	۵۵/۶	۴۴/۴
ظواهر			۶۹	۳۱	۶۳/۱	۳۶/۹
سن			۶۴/۹	۳۵/۱	۶۴/۶	۳۵/۴
جنس			۷۳/۲	۲۶/۸	۵۳/۶	۴۶/۴

جدول شماره ۱۱. سؤال کدامیک از مشکلات زیر بر سرراه تدوین و چاپ

کتاب علوم پزشکی وجود دارد. برحسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

مشکلات / جنس		زن		مرد
		بلی	خیر	بلی
		درصد	درصد	درصد
سرمایه چاپ آن را ندارم		۷۶/۶	۲۲/۴	۱۹/۵
خود تمایل ندارم		۴۴/۲	۵۵/۸	۴۲/۶
صرفه مادی ندارد		۶۳/۴	۳۶/۶	۲۶/۳
همسرم موافق نیست		۵/۶	۹۴/۶	۹۲/۴
بابت فرآیند طولانی		۸۴/۱	۱۵/۹	۲۷/۱
عدم رضایت معنوی		۲۵/۶	۷۴/۴	۷۰/۸



در بررسی حاضر به نکته پراهمیت فرصت برای مطالعه نیز مورد پرسش قرار می‌گیرند، زنان بطور متوسط ۲/۱ ساعت در روز برای مطالعه فرصت دارند، در حالی که مردان ۱/۹ ساعت فرصت مطالعه در اختیار دارند، که این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است. ( $P < 0.05$ )

پاسخ‌گویان در مورد موضوع جلب اطمینان دانشجو نسبت به استاد، بالاترین درصد را به سوابق تجربه و اخلاق استاد اختصاص داده‌اند.

در جدول شماره ۱۲ سلسله مراتب سایر عوامل مؤثر آورده شده است. قابل ذکر است که جنسیت از کمترین اهمیت برخوردار است.

همانگونه که می‌دانیم یکی از عوامل مؤثر در فعالیت‌های حرفه‌ای علوم پزشکی جلب اطمینان بیمار نسبت به پزشک است، یافته‌های جدول شماره ۱۳ نشان می‌دهد که پاسخ‌دهندگان به ترتیب اولویت: سوابق علمی، صداقت، شهرت، تجربه و پشتکار، جنسیت، نحوه برخورد و اخلاق و بالاخره ظاهر پزشک را در این رابطه حساس بین بیمار و پزشک ذکر کرده‌اند.

جدول شماره ۱۲. توزیع فراوانی نسبی نظرات پاسخ دهندگان به سؤال میزان اهمیت

هریک از موارد زیر در جلب اطمینان دانشجویان نسبت به استاد چقدر است؟

برحسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

جنس	زن		مرد	
	بله	خیر	بله	خیر
مؤلف علمی استاد	۱۰۰	۰	۹۷/۹	۲/۱
تجربه استاد	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
اخلاق استاد	۱۰۰	۰	۱۰۰	۰
ظاهر استاد	۹۰	۱۰	۹۶	۴
جنس استاد	۵۵/۳	۴۴/۷	۶۰/۵	۳۹/۵
مذاقت استاد	۹۷/۸	۲/۲	۹۶/۶	۳/۴

جدول شماره ۱۳. میانگین نمرات عوامل جلب اطمینان بیمار نسبت به پزشک

بر حسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

جنس / عوامل	زن	مرد
سوابق علمی پزشک	۶/۱	۶/۱
تجربه و پشتکار	۶/۸	۶/۹
نحوه برخورد و اخلاق	۶/۹	۵/۲
ظاهر پزشک	۲/۹	۲/۷
جنس پزشک	۵/۷	۶
مذاقت	۶/۲	۶/۴
شهرت پزشک	۷/۳	۶/۶

(نمرات نسبت به ماکزیمم نمره ۸ سنجیده شده است)

شرکت فعالانه در ارائه خدمات پزشکی بوسیله متخصصین علوم پزشکی در شرکت‌های بیمه از جمله مسائل مهم در پوشش اینگونه خدمات در جامعه می‌باشد. بهمین جهت است که در قانون اساسی جمهوری اسلامی تحت عنوان اصل بیست و نهم آمده است:

«برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های پزشکی بصورت بیمه و غیره حتی است همگانی.»

در مورد مشارکت در خدمات بیمه و رضایت‌مندی متخصصین علوم پزشکی برحسب جنس، یافته‌ها در جدول شماره ۱۴ نمایانگر این واقعیت است که ۵۰٪ از مردان و ۵۳٪ از زنان اصولاً با شرکت‌های بیمه قرارداد ندارند. در حالی که از ۳۸/۳٪ از زنان و ۳۸/۸٪ از مردان که با بیمه‌های خدمات درمانی قرارداد دارند اظهار عدم رضایت کرده‌اند بقیه یعنی در حدود ۱۰/۷٪ در هر دو جنس اظهار کرده‌اند که با اینگونه بیمه‌ها قرارداد ندارند و از نداشتن این قرارداد اظهار رضایت می‌کنند.

جدول شماره ۱۴. جدول توزیع فراوانی پزشکان متخصص از لحاظ دارا بودن قرارداد

با بیمه‌ها و درصد اظهار رضایت آن‌ها در دو جنس - تهران ۱۳۸۰

جنس		زن		مرد		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ندارم		۵۸	۵۲/۷	۱۳۱	۴۹/۸	۱۸۹	۵۰/۷
دارم و راضی نیستم		۴۲	۳۸/۲	۱۰۲	۳۸/۸	۱۴۴	۳۸/۶
دارم و راضی هستم		۱۰	۹/۱	۳۰	۱۱/۴	۴۰	۱۰/۷
جمع		۱۱۰	۱۰۰	۲۶۳	۱۰۰	۳۷۳	۱۰۰



میزان رضایت‌مندی از تعرفه‌های مقرر وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی در ازاء ارائه خدمات متخصصین علوم پزشکی از دیگر پرسش‌های این بررسی نظرخواهی است. همانطوری که داده‌های جدول شماره ۱۵ نشان می‌دهد، در حدود ۹۱/۵٪ از هر دو جنس، رضایت‌مندی کم، بسیار کم و به هیچ وجه را ذکر کرده‌اند که اختلاف بین دو جنس از لحاظ آماری معنی‌دار ( $P \leq 0.04$ ) بوده است. میزان رضایت‌مندی پاسخ‌دهندگان از تعرفه‌های مقرر در پاسخ به دریافت ۸/۷٪ از زنان و ۸/۳٪ از مردان اظهار رضایت بسیار زیاد و زیاد نموده‌اند.

جدول شماره ۱۵. توزیع فراوانی پزشکان متخصص از لحاظ رضایت

از تعرفه‌ها برحسب جنسیت - تهران ۱۳۸۰

رضایت از تعرفه‌ها	زن		مرد		جمع	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بسیار زیاد	۲	۱/۹	۴	۱/۵	۶	۱/۶
زیاد	۷	۶/۸	۱۸	۶/۸	۲۵	۶/۸
کم	۴۸	۴۶/۶	۷۸	۲۹/۷	۱۲۶	۳۴/۴
بسیار کم	۱۳	۱۲/۶	۴۴	۱۶/۷	۵۷	۱۵/۶
بهیچ وجه	۳۳	۳۲/۱	۱۱۹	۴۵/۳	۱۵۲	۴۱/۶
جمع	۱۰۳	۱۰۰	۲۶۲	۱۰۰	۳۶۶	۱۰۰

$$X^2=10.6$$

$$P= 0.037$$

## متغیرهای روانشناختی (فردی - اجتماعی):

ادغام متغیر خودپنداری یا باورها در این بررسی بدان جهت بود، که این خود ارزیابی افراد امکان دارد که در تغییر رفتار شخص در جهت کاهش فاصله درک شده از وضع فعلی به وضع بهتری در جهت پیشرفت در فعالیت‌های حرفه‌ای مؤثر واقع شود.

درباره اندازه‌گیری میزان متغیرهای خودپنداری، سؤالات پرسشنامه در سه قسمت تدوین گردیده: سؤالاتی در رابطه با توانمندی پاسخ‌دهندگان از لحاظ معلومات شخصی، حافظه، توان یادگیری مطالب جدید و پرسش‌ها در رابطه با استقلال و توان تصمیم‌گیری، فعالیت‌های انتشاراتی، میزان موفقیت، تلاش و سخت‌کوشی، و بالاخره پرسش‌هایی درباره وضع ظاهری، خلق و خوی و طرز برخورد با دیگران، میزان محبوبیت و نظر پاسخ‌گو نسبت به میزان درآمد وی در تناسب با توانمند هایش. براساس یافته‌ها از نظر میزان معلومات شخصی پاسخگویان اکثر افراد اعتقاد داشته‌اند که معلوماتشان در حد دیگران است، و درصد بالایی (حدود ۳۰٪) نیز معتقدند که معلومات شخصی آنها از اکثر افراد بیشتر است. (جدول شماره ۱۶)

درباره میزان حافظه ۵۹/۴٪ از زنان و ۵۸/۹٪ از مردان معتقدند که توان حافظه آنها در حد پایین‌ترین است و ۲۵/۲٪ از زنان و ۲۶/۴٪ از مردان قدرت حافظه خود را بیش از پایین‌ترین می‌دانسته‌اند.

جدول شماره ۱۶. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان

برحسب نظر آنها در مورد معلومات شخصی و جنس تهران ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس فکر میکنم معلومات من
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۱/۲	۵	۱/۵	۴	۰/۹	۱	از همه بیشتر
	۳۰/۸	۱۱۸	۳۰/۹	۸۴	۳۰/۶	۳۴	از اکثر افراد بیشتر
	۶۰	۲۳۰	۵۹/۲	۱۶۱	۶۲/۲	۶۹	به اندازه بقیه
	۳/۹	۱۵	۴	۱۱	۳/۶	۴	از اکثر افراد کمتر
	۳/۹	۱۵	۴/۴	۱۲	۲/۷	۳	از همه کمتر
	۱۰۰	۲۸۳	۱۰۰	۲۷۲	۱۰۰	۱۱۱	جمع

در هر دو گروه جنسی اکثر افراد اعتقاد داشته‌اند که معلوماتشان در حد بقیه است و درصد بالایی

(حدود ۳۰٪) نیز معتقدند که معلومات شخصی آنها از اکثر افراد بیشتر است.

اغلب پاسخ‌دهندگان ۵۶/۷٪ از زنان و ۶۱/۳٪ از مردان توان خود را در فراگیری مطالب جدید به اندازه دیگران و ۳۷/۸٪ از زنان و ۲۸/۷٪ از مردان این توان را از همه بیشتر و نیز از اکثر افراد بیشتر ذکر کرده‌اند.

پاسخ‌دهندگان زن میزان توان در تصمیم‌گیری و استقلال خود را بیشتر از مردان ارزیابی کرده‌اند (۵۸/۳٪ در مقایسه با ۵۰/۶٪)، کمی بیش از ۴۱٪ از زنان و ۴۵٪ از مردان این توان را به اندازه بقیه ارزیابی کرده‌اند. (جدول شماره ۱۷)

نیمی از پاسخ‌دهندگان میزان موفقیت خود را در مقایسه با سایرین باندازه دیگران (۵۲/۷٪ از زنان و ۵۲/۶٪ از مردان) ارزیابی کرده‌اند. کمی بیش از یک سوم از پاسخ‌دهندگان میزان موفقیت خود را بیشتر از دیگران دانسته‌اند.

در حالی که ۵۴/۵٪ از زنان میزان تلاش و سخت‌کوشی خود را از اکثر افراد بیشتر دانسته‌اند، در مردان این آمار ۴۱/۲٪ است و این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $P < 0.05$ ) (جدول شماره ۱۸).



جدول شماره ۱۷. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌دهندگان برحسب باور آنها

در مورد استقلال رأی و توان تصمیم‌گیری‌شان به تفکیک جنس تهران ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس فکر میکنم استقلال رأی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۸/۶	۲۳	۸/۴	۲۳	۸/۹	۱۰	از همه بیشتر
	۴۲/۴	۱۶۷	۴۲/۲	۱۱۵	۴۶/۴	۵۲	از اکثر افراد بیشتر
	۴۴/۲	۱۷۰	۴۵/۴	۱۲۴	۴۱/۱	۴۶	به اندازه بقیه
	۲/۴	۱۳	۲/۳	۹	۲/۶	۴	از اکثر افراد کمتر
	۰/۵	۲	۰/۷	۲	۰	۰	از همه کمتر
	۱۰۰	۲۸۵	۱۰۰	۲۷۳	۱۰۰	۱۱۲	

زنان مورد بررسی نسبت به مردان توان تصمیم‌گیری و استقلال رأی خود را بیشتر ارزیابی

می‌کرده‌اند و در مقابل ۴۶/۴ درصدی که در بین زنان اعتقاد داشته‌اند توان تصمیم‌گیری بیش از

سایرین دارند این نسبت در مردان ۴۲/۲ درصد است.

جدول شماره ۱۸. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان برحسب میزان تلاش

سخت کوشی به تفکیک جنس. تهران ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس فکر میکنم میزان تلاش و سخت کوشی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۱۵/۷	۶۰	۱۵/۲	۴۱	۱۶/۹	۱۹	از همه بیشتر
	۴۵/۲	۱۷۲	۴۱/۳	۱۱۲	۵۴/۵	۶۱	از اکثر افراد بیشتر
	۳۲/۴	۱۲۸	۲۷/۶	۱۰۲	۲۲/۲	۲۶	به اندازه بقیه
	۵/۲	۲۰	۵/۲	۱۴	۵/۴	۶	از اکثر افراد کمتر
	۰/۵	۲	۰/۷	۲	۰	۰	از همه کمتر
	۱۰۰	۳۸۲	۱۰۰	۲۷۱	۱۰۰	۱۱۲	جمع

درحالیکه ۵۴/۵ درصد زنان میزان تلاش و سخت کوشی خود را از اکثر افراد بیشتر می دانند این نسبت در مردان ۴۱/۳ درصد است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است  
( $P < 0.05$ )

یافته‌ها دربارهٔ به اتمام رساندن کارها نشان می‌دهد که ۵۴/۱ درصد از زنان و ۴۶/۸ درصد از مردان توان خود را در به اتمام رسانیدن کارها بیش از سایرین دانسته‌اند و بیش از یک سوم از پاسخ دهندگان این توان را یکسان با دیگران ارزیابی کرده‌اند. (جدول شماره ۱۹)

در مورد ارزیابی پاسخ دهندگان از تمایل خویش به انتشارات، پاسخ دهندگان این تمایل را به اندازه دیگران (۴۱/۴ درصد از زنان و ۳۵/۳ درصد از مردان) دانسته و ۲۹/۸ درصد از زنان و ۳۲/۴ درصد از مردان تمایل خود را به انتشارات از همه بیشتر و یا از اکثر افراد بیشتر دانسته‌اند.

دیگر پرسش‌ها درباره متغیر خودپنداره در رابطه با وضع ظاهری، خلق و خوی، طرز برخورد با دیگران، میزان محبوبیت و بالاخره میزان درآمد نسبت به توانایی است.

اغلب پاسخ دهندگان بر این عقیده‌اند که وضع ظاهری آنها مانند یا به اندازه دیگر است، در حالی که ۸۴/۷ درصد از زنان در مقایسه با ۷۰ درصد از مردان و ۲۰/۱ درصد از هر دو جنس بر این باورند که وضع ظاهری آنها از اکثر افراد و یا از همه بهتر است، در این مورد درصد مردان دو برابر زنان است (جدول شماره ۲۸)

(جدول شماره ۲۱) نشان می‌دهد که بیش از نیمی از زنان ۶۰٪ و ۴۹/۶ درصد از مردان خلق و خوی خود را از همه بهتر و یا از اکثر افراد بهتر دانسته‌اند که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است ( $P < 0.05$ ).

جدول شماره ۱۹. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان برحسب

توان سعی در به اتمام رسانیدن کارها به تفکیک جنس - تهران ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس فکرمیکم در به اتمام رسانیدن کارها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۱۱/۶	۴۴	۱۲/۳	۳۳	۹/۹	۱۱	از همه بیشتر
	۴۸/۹	۱۸۶	۴۶/۸	۱۲۶	۵۴/۱	۶۰	از اکثر افراد بیشتر
	۳۴/۳	۱۳۰	۳۵/۴	۹۵	۳۱/۵	۳۵	به اندازه بقیه
	۴/۷	۱۸	۴/۸	۱۳	۴/۵	۵	از اکثر افراد کمتر
	۰/۵	۲	۰/۷	۲	۰	۰	از همه کمتر
	۱۰۰	۳۸۰	۱۰۰	۲۶۹	۱۰۰	۱۱۱	جمع

۵۴/۱ درصد زنان و ۴۶/۸ درصد مردان توان خود را در به انجام رسانیدن کارها بیش از

سایرین دانسته اند و ۳۱/۵ درصد زنان و ۳۵/۴ درصد مردان توان خود را در این عرصه با سایرین

یکسان ارزیابی نموده اند.

جدول شماره ۲۰. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌دهندگان برحسب نظر آنها در

مورد وضع ظاهرشان به تفکیک جنس تهران - ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		فکر میکنم وضع ظاهر من
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۱/۹	۷	۲/۲	۶	۰/۹	۱	از همه بهتر
	۱۸/۲	۶۹	۲۱/۴	۵۷	۱۰/۸	۱۲	از اکثر افراد بهتر
	۷۴/۳	۲۸۱	۷۰	۱۸۷	۸۴/۷	۹۴	به اندازه بقیه
	۴/۵	۱۷	۴/۹	۱۳	۳/۶	۴	از اکثر افراد کمتر
	۱/۱	۴	۱/۵	۴	۰	۰	از همه کمتر
	۱۰۰	۳۷۸	۱۰۰	۲۶۷	۱۰۰	۱۱۱	جمع

در حالی که ۲۱/۴٪ مردان وضع ظاهرشان را بهتر از اکثر افراد ارزیابی نموده‌اند این نسبت در بین زنان تنها ۱۰/۸٪ است و این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار است. ( $P < 0.05$ )



جدول شماره ۲۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ دهندگان برحسب نظر آنها

در خلق و خوی شان به تفکیک جنس تهران - ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس فکر میکنم خلق و خوی من
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۸/۹	۳۴	۹/۵	۲۶	۷/۳	۸	از همه بهتر
	۴۳/۹	۱۶۸	۳۹/۶	۱۰۸	۵۵/۱	۶۰	از اکثر افراد بهتر
	۴۰/۹	۱۵۶	۴۳/۶	۱۱۹	۳۳/۹	۳۷	مثل بقیه
	۶	۲۳	۶/۹	۱۹	۳/۷	۴	از اکثر افراد بدتر
	۰/۳	۱	۰/۴	۱	۰	۰	از همه بدتر
	۱۰۰	۳۸۲	۱۰۰	۲۷۳	۱۰۰	۱۰۹	جمع

در حالی که ۵۵/۱٪ زنان خلق و خوی خود را در اکثر افراد بهتر ارزیابی کرده اند این نسبت در مردان

۳۹/۶٪ است و این تفاوت از نظر آماری معنی دار است. ( $P < 0.05$ )

درباره طرز برخورد با دیگران بیش از نیمی از هر دو جنس بر این باورند که طرز برخورد آنها بهتر و یا بیشتر از آنها در مقایسه با مردان خیلی بیشتر است (۴/۲ درصد در زنان در مقایسه با ۴۹/۶ درصد در مردان).

بیش از ۳۳ درصد از پاسخ دهندگان محبوبیت خود را بیشتر از اکثر همکاران خود ارزیابی کرده‌اند. نیمی از هر دو جنس نیز بر این عقیده‌اند که محبوبیت آنها مانند دیگران است. در جمع فقط ۴ درصد از هر دو جنس بر این باورند که محبوبیت آنها اکثر همکاران کمتر است.

ارزشیابی پاسخ دهندگان درباره میزان درآمدشان به نسبت توانایی که دارند در جدول ۲۲ ارائه گردیده بر طبق این آمار ۵۳/۶ درصد از زنان و ۴۰/۱ درصد از مردان معتقدند که با توجه به توانایی خود درآمدشان از اکثر افراد کمتر است. جالب اینجا که ۳۲/۷ درصد از زنان در مقایسه با ۴۷/۴ درصد از مردان درآمد خود را نسبت به تواناییهایشان مشابه دیگران ارزیابی کرده‌اند.

جدول شماره ۲۲. توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌دهندگان برحسب ارزیابی آنها در

میزان درآمد نسبت به توانائی‌هایشان به تفکیک جنس. تهران - ۱۳۸۰

نتیجه آزمون	جمع		مرد		زن		جنس درآمد نسبت به توانائی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
N.S.	۰/۵	۲	۰/۷	۲	۰	۰	از همه بیشتر
	۶	۲۳	۵/۵	۱۵	۷/۳	۸	از اکثر افراد بیشتر
	۴۳/۵	۱۶۵	۴۷/۴	۱۲۹	۳۲/۷	۳۶	به اندازه بقیه
	۴۴	۱۶۸	۴۰/۱	۱۰۹	۵۳/۶	۵۹	از اکثر افراد کمتر
	۶/۳	۲۴	۶/۳	۱۷	۶/۴	۷	از همه کمتر
	۱۰۰	۲۸۲	۱۰۰	۲۷۲	۱۰۰	۱۱۰	

۵۳/۶٪ زنان و ۴۰/۱٪ مردان معتقدند که با توجه به توانائی‌هایشان درآمدی که کسب می‌کنند از اکثر افراد کمتر است و ۳۲/۷٪ زنان و ۴۷/۷٪ مردان نیز با توجه به توانائی‌هایشان درآمد خود را در حد سایرین ارزیابی کرده‌اند.

## بحث

همانطور که قبلاً اشاره شد، جهت بهبود کمی و کیفی خدمات آموزشی - پژوهشی و خدمات بهداشتی - درمانی، کسب اطلاعاتی درباره ساختار نیروی انسانی متخصصین علوم پزشکی، میزان فعالیتهای حرفه‌ای و مواقع موجود در انجام این فعالیتها، شناسایی خودپنداره یا باورهای این نیروی متخصص بر حسب جنسیت در نمونه‌ای از کل متخصصین علوم پزشکی که در سازمان نظام پزشکی ثبت نام داشته‌اند مورد نظر خواهی قرار گرفت.

بر اساس ماهیت این مطالعه که به روش توصیفی مقطعی است، خلاصه آمار بدست آمده درباره متغیرهای اصلی بررسی مورد بحث قرار می‌گیرد.

### متغیرهای دموگرافیک

میانگین سنی متخصصین علوم پزشکی در این مطالعه در مردان ۵۵/۴ سال در مقایسه با زنان که ۴۶/۶ سال است. میانگین سن ازدواج برای مردان ۲۹/۴ سال و در زنان ۲۶ سال بوده که این اختلاف سن در بین زن و مرد از لحاظ آماری معنی دار است. اینجا موضوع را تا اندازه‌ای می‌توان با بهبود وضع اقتصادی مردان پس از مدتی از فارغ‌التحصیلی و اقدام به ازدواج توجیه کرد. یافته‌های بررسی نشان داده که ۹۴/۴ درصد از مردان و ۸۷ درصد از زنان متأهل بوده‌اند. میزان بالای تأهل در این نمونه را شاید بتوان به علت میانگین سنی پاسخ دهندگان (۵۳ سال) توجیه کرد.

میزان جدایی از همسر ۱/۴ درصد است. میانگین تعداد اولاد بین پاسخ دهندگان ۲/۳ و بعد خانوار ۴/۴ می‌باشد که در مقایسه با ۴/۷ گزارش شده در سطح ملی این میزان پائین تر است. از دیدگاه جمعیت شناختی نیز این فرضیه که هرچه میزان آموزش والدین بالاتر باشد، تعداد اولاد کمتر است درباره نمونه مورد بررسی صدق می‌کند.

اختلاف سنی در اخذ مدرک پزشکی عمومی در بین زنان و مردان ۱/۵ سال است، بدین معنی که مردان بطور متوسط در ۲۷/۵ سالگی و زنان در ۲۶ سالگی این مدرک را کسب کرده‌اند. همین اختلاف

سن نیز در اخذ مدرک تخصصی در علوم پزشکی مشهود است. مردان در سن ۳۵ سالگی و زنان در سن ۳۱/۸ سالگی به اخذ مدرک تخصصی نایل گشته‌اند. این اختلاف سن در اخذ این مدرک از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $P < 0.001$ ). همچنین جهت این اختلاف سن در اخذ مدرک فوق تخصص در علوم پزشکی مشهود است، ولی از لحاظ آماری معنی‌دار نیست.

بطور خلاصه مردان در سن ۴۱/۸ سالگی و زنان در سن ۳۸/۹ سالگی به اخذ مدرک فوق تخصص در علوم پزشکی نایل شده‌اند. بر طبق آمار بدست آمده در این مطالعه، متخصصین علوم پزشکی در شهر تهران بطور متوسط ۲۰/۳ سال و زنان ۱۵/۸ سال است که مشغول خدمت در ارائه خدمات آموزش-پژوهشی و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی می‌باشند.

در مورد کشور اخذ مدرک تخصصی در این نمونه مورد مطالعه، اکثراً یعنی ۸۹/۸ درصد از دانشگاه‌های علوم پزشکی در ایران و بقیه به ترتیب بالاترین میزان درصد از سه کشور آمریکا، انگلستان و آلمان فارغ‌التحصیل شده‌اند. آمار نشان می‌دهد که نسبت اخذ مدرک تخصصی بر حسب جنسیت، ۹۲/۳ درصد از زنان در مقایسه با ۸۸/۷ از مردان در ایران در رشته‌های علوم پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند.

بر طبق آمار بدست آمده در این بررسی از ۱۰۴ نفر که دارای مدرک فوق تخصص در علوم پزشکی می‌باشند، ۶۲/۵ درصد در ایران به اخذ این مدرک نایل گشته و بقیه با بالاترین میزان درصد از آمریکا، انگلستان، فرانسه، آلمان و دیگر کشورها (اتریش، بلژیک و استرالیا) به اخذ مدرک فوق تخصصی نایل گشته‌اند.

اکثر مردان در بین سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۳۹ مدرک تخصص خود را دریافت نموده‌اند، در مقایسه با اکثر زنان که در بین سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ به اخذ این مدرک موفق شده‌اند این میزان افزایش اخذ مدرک تخصصی در زنان را می‌توان با افزایش دانشگاه‌های علوم پزشکی در دو دهه گذشته در ایران و شرکت بیشتر زنان پس از انقلاب جمهوری اسلامی توجیه نمود.

آمار بدست آمده درباره اهلیت یا محل تولد در پاسخ دهندگان نشان می‌دهد که ۴۷ درصد از متخصصین علوم پزشکی زن در مقایسه با ۳۲/۸ درصد در مردان اهل تهران و یا دیگر شهرهای استان و



بقیه از سایر استانها کشور به شهر تهران مهاجرت کرده‌اند. که این موضوع از نظر جمعیت شناختی که مهاجرت بیشتر مردان را به دلایل متعدد اجتماعی - اقتصادی توجیه می‌کنند، تطبیق دارد. در این مطالعه نیز این اختلاف در جنس از لحاظ آماری معنی دار است.

در بین ۴۲۰ نفر جامعه مورد مطالعه در این بررسی ۷۷ درصد پزشکان و بقیه را سایر متخصصین علوم پایه، دندانپزشکی و داروسازی تشکیل داده‌اند. رشته‌های تخصصی در این بررسی به پنج گروه جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان و علوم پایه تقسیم شده است. بالاترین میزان آماری در این بررسی به ترتیب الویت؛ جراحی (۳۰/۶ درصد)، داخلی (۲۵ درصد)، علوم پایه (۲۳/۵ درصد)، زنان و زایمان (۱۱/۴ درصد) و کودکان (۹/۴ درصد) می‌باشد.

بر طبق آمار بدست آمده مردان بیشتر در رشته‌های جراحی و داخلی تخصص داشته‌اند، در حالی که زنان بیشتر در رشته‌های زنان و زایمان، کودکان و علوم پایه متخصص شده‌اند. این تفاوتها از لحاظ آماری معنی دار است ( $P < 0.001$ ).

طبق آمار نظام پزشکی تهران در سال ۱۳۸۰، توزیع متخصصین علوم پزشکی بر حسب رشته‌های تخصصی و جنسیت (جدول شماره ۱۹) در حال حاضر در رشته‌های تخصصی جراحی قفسه صدری، گوارش، فیزیولوژی، جراحی کودکان و ارتوپدی متخصص زن دیده نمی‌شود. بر طبق این آمار زنان بیشتر در دو رشته زنان و زایمان و کودکان تخصصی داشته‌اند. در این باره می‌توان مسئله طرح انطباق و رعایت آن در ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را بطور جدی مطرح و زیر سؤال برد. این موضوع به خوبی نشان می‌دهد استفاده از اطلاعات و آمار موجود در تصمیم‌گیریه‌ها و برنامه‌ریزی جامعه بدست مسئولین هنوز آن طور که انتظار می‌رود متداول نشده است.

جدول شماره ۱۹. توزیع متخصصین علوم پزشکی بر حسب رشته تخصصی و جنس - تهران ۱۳۸۰  
(طبق آمار سازمان نظام پزشکی)

رشته تخصصی	کل	مرد	زن	درصد زن به کل	کل	مرد	زن	درصد زن به کل
داخلی	۵۳۲	۴۱/۳	۵۹	۱۱	رومانولوژی	۱۴	۱۳	۷
قلب و عروق	۲۱۴	۲۱۰	۴	۲	رادیوتراپی	۲۸	۲۶	۷
عفونی	۸۱	۵۹	۲۲	۲۷	سل	۳۲	۳۱	---
گوش و حلق و بینی	۲۷۸	۲۷۴	۴	۱	گوارش	۴۳	۴۳	۰
زنان	۶۷۸	۳۶۲	۳۱۶	۴۷		۲۲	۲۱	۴
آسیب شناسی و علوم آزمایشگاهی	۴۷۲	۳۰۹	۱۶۳	۳۴	مغز و اعصاب	۱۱۰	۱۰۹	۱
اطفال	۶۸۶	۴۵۲	۲۳۴	۳۴	فیزیولوژی	۷	۷	۰
روانپزشک	۲۵۳	۲۲۷	۲۶	۱۰	بیهوشی	۳۸۸	۳۱۳	۷۵
رادیولوژی	۳۰۹	۲۳۲	۷۷	۲۵	نروولوژی	۱۴۳	۳۶	۶
جراحی عمومی	۷۷۹	۷۷۳	۶	۱	جراحی کودکان	۳۴	۳۴	۰
دندانپزشک تخصصی	۲۷۹	۲۲۵	۵۴	۱۹	جراحی پلاستیک	۴۶	۴۵	۱
جراحی قفسه صدری و قلب و عروق	۵۱	۵۱	۰	۰	پوست	۱۴۳	۸۲	۶۱
چشم پزشکی	۲۶۲	۲۳۳	۲۹	۱۱	ارتوپدی	۲۲۵	۲۲۵	۰
علوم آزمایشگاهی	۱۴۸	۸۰	۶۸	۴۶	جمع متخصصین	۶۳۳۰	۵۱۰۸	۱۲۲۲
توانبخشی	۱۳	۱۲	۱	۸	پزشک عمومی			
پزشکی هسته‌ای	۲۳	۲۰		۱۳	داروسازان	۱۲۴۵		
آناتومی	۸	۷	۱	۱۳	دندانپزشک عمومی	۲۷۱۹		
خون	۱۷	۱۵	۲	۱۲	پزشکان عمومی	۵۸۲۵		
کنیه	۲۳	۱۹	۴	۱۷	جمع کل	۱۲۱۵۲		

در حال حاضر قابل توجه اینکه در رشته‌های تخصصی جراحی قفسه صدری، گوارش، فیزیولوژی، جراحی کودکان و ارتوپدی هیچ متخصص زن دیده نمی‌شود، ولی احتمالاً در آینده چنین نخواهد بود و برای رشته‌های گوش و حلق و بینی و توانبخشی و مغز و اعصاب و جراحی پلاستیک حدود ۱٪ است.

البته باید در نظر داشت که در دهه گذشته میزان متخصصین زن در علوم پزشکی مرتباً رو به افزایش است، امید می‌رود که با کمبود متخصصین در بعضی از رشته‌های تخصصی موجود، در انتخاب دانشجویان پزشکی جهت نوع تخصص‌ها با در نظر گرفتن این کمبودها تصمیمات لازم اتخاذ گردد. گزارشات موجود در سطح بین‌المللی نیز از افزایش زنان در آموزش پزشکی و هم‌چنین تخصص در رشته‌های مختلف حکایت دارد.

برای مثال در مقاله سال ۱۹۹۹ توسط Mayboom گزارش شده است که از سال ۱۹۸۵ بیش از ۵۰ درصد از کلیه دانشجویان پزشکی در هلند را زنان تشکیل می‌دهند. در ضمن اشاره شده است که نسبت بسیار کمی از زنان متخصص در این کشور استاد و یا مسئولین سازمانهای درمانی می‌باشند، پژوهشگران بر این باورند که با این فرهنگ مرد سالاری در ارائه آموزش و خدمات بهداشتی - درمانی، تحولات اخیر از لحاظ کمی می‌تواند تا اندازه‌ای مشکل جنسیت را در زمینه‌های علوم پزشکی برطرف نماید. (۷)

همچنین گزارش Reed, V درباره تحولات اخیر در پزشکی از لحاظ جنسیت آمده است که گرچه امروزه در کشورهای صنعتی در سطح بین‌المللی پیشرفتهایی در آموزش پزشکی درباره مشارکت زنان در تخصص‌های علوم پزشکی مشاهده میشود، ولی هنوز نسبت مناسبی در مقایسه با مردان در اغلب تخصص‌های علوم پزشکی، و همچنین اشغال مقام‌هایی در سطح بالای سازمانهای آموزشی - پژوهشی و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی دیده نمی‌شود. پژوهشگران اشاره می‌کنند که شاید مشکلات خانوادگی، ساختارهای غیرانعطاف‌پذیری حرفه‌ای و تبعیضات جنسی از جمله مشکلات باشد. (۸)

درباره تحولات تاریخی زنان در ایالات متحده آمریکا Burrow در مقاله‌ای گزارش می‌کند که گرچه از لحاظ تاریخی، از زمانهای گذشته زنان نقش مهمی در پزشکی در ایالات متحده آمریکا داشته‌اند، و آموزش پزشکی زنان در این کشور در سال ۱۸۴۷ یعنی بیش از یک قرن و نیم گذشته شروع شده و در این مدت توسعه چشم‌گیری در جهت پوشش نیازهای جمعیتی کشور داشته است، ولی از لحاظ کمی افزایش دانشجویان زن تنها از سالهای ۱۹۷۰ مشاهده گردیده و در حال حاضر ۴۳ درصد از دانشجویان را در دانشگاههای علوم پزشکی آمریکا زنان تشکیل می‌دهند. با این وجود در تخصص‌های از قبیل جراحی پائین‌ترین میزان را زنان دارند. (۹)

در گزارشی از طرف انجمن پزشکی آمریکا (AMA) آمده است که در اثر تلاش و توصیه‌های کارشناسی، با مروری بر آمار مربوط به زنان متخصص در علوم پزشکی در بین سالهای ۱۹۷۹ تا ۱۹۹۷، گرچه از لحاظ کمی افزایش قابل ملاحظه‌ای دیده می‌شود و تا اندازه‌ای مشارکت زنان در مقام‌های مسئولیتی از قبیل برد تخصصی و غیره داشته‌اند، ولی تنها در سال ۱۹۹۸ برای اولین خانم Nancy Wicky به عنوان رئیس انجمن پزشکی آمریکا انتخاب گردیده است. (۱۰).

کنگره زنان در پزشکی در سال ۱۹۹۷ تشکیل گردید که از جمله اهداف این کنگره ارائه پیشنهادات جهت افزایش نسبی زنان متخصص در علوم پزشکی در مقام‌های تصمیم‌گیرنده و مدیریتی و همچنین افزایش عضویت زنان در سازمانهای رسمی پزشکی بوده است. (۱۱)

Richardson در گزارش بررسی خود تحت عنوان "چرا زنان رشته جراحی را انتخاب نمی‌کنند" که در دانشگاه نیوکاسل انگلستان، انجام گرفته بود، آورده است که احساس درک شده از تبعیض مردان نسبت به شرکت زنان در جراحی است! موجب عدم شرکت زنان در این رشته تخصصی است. همانطوری که در مقدمه این مطالعه آمده است، در کشورهای در حال توسعه از قبیل نیوزیلند عدم توجه به پیشرفت زنان در مشاغل پزشکی اشاره شده است و روند شرکت بیشتر زنان در رشته‌هایی مانند زنان و زایمان و کودکان دیده می‌شود. توجه کمتر زنان به رشته‌های جراحی در بعضی از کشورهای پیشرفته مانند انگلستان و نروژ نیز دیده می‌شود.

یافته‌های این مطالعه درباره فعالیت‌های حرفه‌ای متخصصین علوم پزشکی که قبلاً اشاره شده است، نشان داده که ۶۷٪ از پاسخ دهندگان در هیئت علمی دانشگاههای شهر تهران عضویت داشته‌اند، که از لحاظ آماری تفاوت معنی داری از لحاظ جنسیت در بین این اعضاء وجود ندارد.

از لحاظ درجات یا مقام‌های علمی در بین ۲۷۴ نفر اعضاء هیئت علمی در حدود ۷۷ درصد استادیار و مربی بوده‌اند، و بقیه یعنی ۱۴/۶ درصد دانشیار و فقط ۹/۵ درصد استاد می‌باشند که قابل توجه می‌باشد.

در مورد وضع اشتغال در دانشگاههای شهر تهران بیش از ۶۹ درصد شاغل و ۱۳/۸ درصد بازنشسته و ۹/۲ درصد مستعفی و بقیه یعنی در حدود ۸ درصد سایر موارد ذکر شده است. این میزان بازنشسته و مستعفی از دانشگاهها شهر تهران، شاید یکی از دلایل کمبود استادان و دانشیاران در وضع فعلی هیئت

علمی دانشگاهها باشد. می توان نتیجه گیری کرد که پس از بررسی بیشتر، شاید باید در بازنشستگی اساتید دانشگاهها بر اساس نیاز کمبود هیئت علمی در رده های بالاتر تجدید نظر شود. قابل توجه است که در بعضی از کشورهای پیشرفته نیز سن بازنشستگی دانشگاهیان مانند سایر سازمانهای اجتماعی جامعه نمی باشد و از اساتید و سال های خدمت آنان بیشتر استفاده شود.

طبق آمار ارائه شده درباره فعالیتهای حرفه ای دانشگاهیان، توجه به شرکت آنان در کمیته های مختلف برحسب جنسیت شده است. بطور خلاصه، در کمیته آموزشی در شرکت زنان و مردان اختلاف آماری چندانی وجود نداشته. در کمیته پژوهشی نیز در مقایسه آماری نسبت جنس بین زنان و مردان گرچه شرکت مردان بیشتر است، ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار نیست. ولی در کمیته یا بوردا تخصصی که از اهمیت بیشتری نسبت به دو کمیته ذکر شده در سیستم دانشگاهی برخوردار است، تعداد مردان تقریباً دو برابر زنان است (۱۳/۴ درصد در مقایسه با ۷/۷ درصد).

در این بررسی سئوالی درباره مقام های مدیریتی و تصمیم گیری که از جمله فعالیتهای حرفه ای دانشگاهیان می باشد گنجانیده شده بود، ولی نگاهی اجمالی به سازمانهای آموزشی، پژوهشی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور نشان می دهد که به ندرت زنان در مقام های تصمیم گیری و مدیریت در سطوح بالای این سازمانها دیده می شوند.

درباره عوامل مؤثر در انتخاب هیئت علمی دانشگاهها بر حسب جنسیت، مردان متوسط نمره ۱/۵ (از ۸ نمره) را مدرک و معدل انتخاب کرده اند، زنان ۵/۳ نمره به نقش مدرک و معدل در این انتخاب داده اند که از لحاظ آماری معنی دار است. در سایر موارد یعنی تجربه، سابقه کار، منش، ظاهر فرد و سن اختلاف معنی داری بین دو جنس در انتخاب هیئت علمی نداشته اند.

نکته جالب توجه این است که در میان هر دو جنس زن و مرد بالاترین عامل در انتخاب استخدام هیئت علمی در دانشگاه را داشتن معرف ذکر کرده اند، یعنی ۹۱/۸ درصد از زنان و ۹۶/۳ درصد از مردان بر این عقیده اند که معرف نقش بسیار مؤثری در انتخاب هیئت علمی در دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران دارد.

شرکت در کنفرانسهای علمی داخلی و خارجی از دیگر فعالیتهای حرفه‌ای متخصصین علوم پزشکی است. پاسخ دهندگان عدم شرکت در کنفرانسهای خارجی را به ترتیب مخارج، عدم پشتیبانی مسئولین و مشکل اخذ ویزا ذکر کرده‌اند.

تألیف و ترجمه نیز از فعالیتهای بسیار مهم دانشگاهیان علوم پزشکی می‌باشد. این موضوع مخصوصاً در جهت بهبود کیفیت آموزشی و پژوهشی دانشجویان از اهمیت خاصی برخوردار است. بیش از ۷۶ درصد از زنان و ۸۰ درصد از مردان موانع در تألیف و ترجمه کتاب را عدم داشتن سرمایه جهت چاپ، سودمند نبودن فعالیت علمی، فرایند طولانی و بالاخره نداشتن تمایل و عدم رضایت معنوی را در این گونه فعالیتهای ذکر کرده‌اند. با بدست آوردن این آمار، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که تدابیری در جهت بهبود این فعالیت حرفه‌ای باید اندیشیده شود.

زنان بطور متوسط ۲/۱ ساعت و مردان ۱/۹ ساعت را در روز برای مطالعه فرصت دارند، که از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار در این فعالیت حرفه‌ای بین دو جنس وجود دارد ( $P < 5\%$ ).

درباره موضوع جلب اطمینان دانشجو در رابطه با استاد، و همچنین جلب اطمینان بیمار نسبت به پزشک، یافته‌ها حاکی از این است که پاسخ دهندگان به ویژگی‌های تجربه و اخلاق، ظاهر استاد و جنس او اهمیت می‌دهند. در مورد رابطه بین بیمار و پزشک و جلب اطمینان، به ترتیب اولویت، سوابق علمی، صداقت، شهرت و تجربه، پشتکار، نحوه برخورد و اخلاق و بالاخره ظاهر پزشک را ذکر کرده‌اند. از دیگر فعالیتهای حرفه‌ای متخصصین علوم پزشکی، مشارکت در فعالیتهای درمانی در بخش خصوص می‌باشد. درباره اظهار نظر در نداشتن مشارکت در فعالیتهای بخش خصوصی و درمانی را پاسخ دهندگان به ترتیب اولویت عدم موافقت همسر، عدم تمایل شخصی، عدم وجود سرمایه لازم جهت این نوع فعالیت‌های حرفه‌ای ذکر کرده‌اند. جالب توجه این‌که درباره مانع عدم وجود سرمایه لازم جهت این فعالیت داده در زنان سه برابر مردان بوده است.

شرکت فعالانه متخصصین علوم پزشکی در تقبل مالی در ازاء ارائه خدمات پزشکی به وسیله شرکت‌های بیمه درمانی در جامعه یکی از مهم‌ترین فعالیتهای حرفه‌ای این گروه از متخصصین محسوب می‌شود. بدین معنی که پوشش استناد از بیمه بوسیله بیماران در جوامع امروزی بسیار متداول است که می‌تواند در استناد از این گونه خدمات کمک مؤثری از لحاظ اقتصادی برای استفاده کنندگان از این



خدمات در جامعه محسوب شود. نیمی از پاسخ‌دهندگان با شرکت‌های خدمات بیمه درمانی قرارداد دارند. ولی در عین حال بیش از یک سوم از زنان و مردان متخصص در علوم پزشکی از داشتن قرارداد با شرکت‌های بیمه درمانی ناراضی هستند و ۱۰ درصد از مردان و ۹ درصد از زنان از نداشتن قرارداد با شرکت‌های بیمه درمانی راضی هستند.

#### متغیر خودپنداره:

حیطه‌های هوش، حافظه، توان تصمیم‌گیری و استقلال رأی، میزان درآمد در تناسب با میزان کار، تمایل به فعالیت‌های انتشاراتی، توان فراگیری مطالب جدید، توان به اتمام رساندن کارهای، میزان موفقیت، سخت‌کوشی، وضع ظاهری، خلق و خو و محبوبیت، پرسشهایی هستند که با اتکا به ادراک شخصی پاسخگویان از خویشان یا به دیگر سخن بر مبنای اظهارنظرهای آنان با محوریت خودپنداره و خودباوری آنان در پرسشنامه آمده‌اند و از آنجا که مقایسه این خودباوری آنان در پرسشنامه آمده‌اند و آنجا که مقایسه‌ای در میان زنان و مردان متخصص یکی از متغیرهای اصلی تحقیق بوده است، به تفسیر این یافته‌ها می‌پردازیم.

یافته‌ها نشان می‌دهد که در کلیه ابعاد ذکر شده در بالا، زنان و مردان متخصص در علوم پزشکی، همگی خود را بالاتر از میانگین ارزیابی می‌کنند. این میزان بدان معناست که این گروه از خودباوری مثبت که شاید نتیجه دست‌آوردهای آنها در طول زندگی بوده است که نهایتاً به اعتلای آنها در دست‌یابی به آموزش پزشکی می‌انجامد، باشد. برهمگان روشن است که خودباوری مثبت از توانمندی خویش زمینه‌ای مناسب جهت فعالیت‌های ارزشمند در کلیه حیطه‌های این حرفه می‌باشد.

این نگاه مثبت هماهنگ‌گونه که در طرح تئوریک موضوع خودپنداره ارائه شده است، می‌تواند ضامن خود شکوفایی و به تبع آن سلامت روان در فرد باشد. این آمادگی برای بالندگی که در کل نمونه قابل توجه است، چه بسا تأیید کننده جایگاه ارزشمند این حرفه در جامعه و زمینه‌ای پویا برای استفاده بهینه از این جمعیت فرهیخته در جهت اعتلاء و توسعه پایدار در کشور باشد. بکارگیری مناسب این توان بالقوه نیز به برنامه‌ریزی‌ها و تشویق شایسته دارد.

علیرغم بالا بودن و یک دست و مشابه بودن پاسخ در دو جنس، در دو حیطه تفاوت معنی دار در میزان درصدهای انجام شده مشاهده می شود. این دو حیطه عبارتند از:

۱. موضوع میزان درآمد در ارتباط با میزان کار (۷٪)

۲. وضع ظاهری (۴٪)

در این دو حیطه است که زنان بصورت معنی داری درصدهای پائین تری از مردان را در مورد خود ابراز کردند. در مورد کم ارزیابی زنان از عدم تناسب درآمد یا میزان کار در مقایسه با همگان، شاهد تداوم مشکلات زنان در واقعیت زندگی و نه فقط در باورهای آنها هستیم که به دلایل جانبی نظیر مسئولیت های خانوادگی است بهر حال زنان به راحتی مردان نمی توانند فعالیت های حرفه ای خود را دنبال کنند. عبارت دیگر گرچه این یافته حاکی از یک خودارزیابی که سهمی از خودپنداره در آن وجود دارد ولی بیش از آن منعکس کننده یک وضعیت واقعی اجتماعی است.

یافته قابل ذکر از یافته های دیگر که به عدم رضایت زنان از ظاهر خویش برمی گردد و تفاوت آشکاری در درصد در مقایسه با اظهار نظر روان از ظاهر خویش دارند، حاکی از آن است که پوشش زنان ماهیتی اجباری و یک دست دارد که در نتیجه رضایت از ظاهر خویش دچار مشکل می کند.

## نتیجه گیری و پیشنهادات

در برنامه ریزیهای آموزشی - پژوهشی و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی استفاده از اطلاعات و آمار موجود از اقدامات اولیه این فعالیت می باشد، که برنامه ریزان را قادر می سازد که بر اساس نیازهای موجود در جامعه این فعالیت بسیار مهم را انجام دهند.

این بررسی توصیفی - منطقی، گرچه همانطوری که از نوع این گونه مطالعه می توان انتظار داشت که به دنبال دلایل یا روابط بین متغیرها نبوده، بلکه توصیفی از وضع موجود متخصصین علوم پزشکی در شهر تهران درباره ساختار نیروی انسانی این متخصصین از فعالیتهای حرفه ای آنها و اظهار نظر در رابطه با فعالیتهای حرفه ای مخصوصاً هیئت علمی دانشگاهها از نظر خواهی درباره خود باوری آنها در رابطه با فعالیتهای مختلف حرفه ای بر حسب جنسیت می باشد.

با نگاه اول آمار موجود نشان می دهد که میزان مشارکت زنان در ساختار نیروی انسانی متخصصین علوم پزشکی پیشرفت داشته است. ولی هنوز مشکلات متعددی درباره مشارکت فعالانه زنان در رشته های مختلف پزشکی وجود دارد. برای مثال در اغلب رشته های تخصصی در علوم پزشکی کمبود قابل توجهی از مشارکت زنان در رشته های تخصص و فوق تخصصی جراحی قفسه صدری، گوارش، فیزیولوژی، اورتوپدی و جراحی کودکان براساس آمار ۱۳۸۰ سازمان نظام پزشکی تهران مشاهده می گردد.

مطالعه حاضر نشان میدهد که اگر چه در ورود زنان به دانشگاههای علوم پزشکی در شهر تهران مانعی وجود ندارد و براساس کنکور سراسری انجام می گیرد، ولی پس از فارغ التحصیلی و به عضویت درآمدن هیئت علمی در دانشگاهها پیشرفت زنان در مقایسه با مردان یکسان نیست. برای مثال در مورد تخصصی که یکی از نکته های مهم تصمیم گیری از فعالیتهای حرفه ای محسوب می شود، مشارکت مردان بیش از دو برابر زنان است که می تواند نمونه ای از ایجاد شرایط مناسب تر جهت ورود به جایگاه های تصمیم گیری و مشارکت بیشتر مردان باشد. همچنین در رده های بالاتر مدیریت مثل رؤسای دانشکده ها و دانشگاههای علوم پزشکی است که در نظری اجمالی به این سازمانها می توان آن را مشاهده کرد.

از جمله مشکلات یا موانع متعددی که به نظر پاسخگویان در سرراه انجام وظایف یا فعالیتهای حرفه‌ای وجود دارد و به ویژه در مورد اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی صدق می‌نماید. موانع شرکت در کنفرانسهای خارجی و همچنین موانعی درباره نشر کتابهای دانشگاهی ذکر شده است که این موضوع نیاز به توجه بیشتر مسئولین در رفع موانع دارد.

بر اساس آمار بدست آمده از این مطالعه بیش از دو سوم از اعضاء هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی را استادیاران و مربیان تشکیل می‌دهند، که از لحاظ پیشرفت در بهبود کیفیت

آموزشی-پژوهشی این دانشگاهها در شهر تهران توجه بیشتر برنامه‌ریزان را به این موضوع می‌طلبد. نیروی متخصص در علوم پزشکی، ارزشیابی نسبتاً مثبتی از خودپنداری و یا خودباوری دارند، که این موضوع در جهت پیشرفتهای حرفه‌ای این نیروی متخصص حائز اهمیت می‌باشد، زیرا می‌تواند بر فائق آمدن بر مشکلات و موانع حرفه‌ای و کوشش در بر طرف کردن آنها مورد استفاده قرار گیرد.

همانطوری که در اغلب کشورها شرکت‌های بیمه درمانی نقش بسیار مهمی در پوشش مالی مصرف کنندگان از خدمات پزشکی دارند، متأسفانه بر اساس آمار بدست آمده فقط نیمی از متخصصین علوم پزشکی با شرکت‌های بیمه قرارداد دارند، در بین این عده نیز نارضایت‌هایی ابراز شده است، که ضرورت توجه ویژه مسئولین در این باره را قویاً می‌طلبد. در همین راستا در قانون اساسی جمهوری اسلامی نیز درباره مشارکت شرکت‌های بیمه خدمات درمانی توجه خاصی مبذول شده است.

از یافته‌های جالب توجهی که از این مطالعه بدست آمده است نظر پاسخگویان درباره عوامل مؤثر در انتخاب هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی است. بیش از ۹۰٪ از پاسخ‌دهندگان عامل نفوذ معرف را ملاک این انتخاب می‌دانند، در حالی که مسلماً معلومات، نوع تخصص و تجربه از عوامل بسیار مهم در این گونه انتخاب‌ها بشمار می‌رود.

درباره مشارکت همسر در امور مربوط به خانواده براساس میزان گرایش زنان در این باره، روابط مردسالاری را می‌توان در این کمبود مشارکت نتیجه‌گیری کرد.

لازم به تذکر است که امکان دارد که خوانندگان این گزارش، مسئله حساسیت جنسیت به تبعیض جنسیتی را در طراحی احتمالاً سوگیرانه این مطالعه که بوسیله گروه بانوان متخصص علوم پزشکی انجام

گرفته، مطرح نمایند. در این باره توضیح داده می‌شود که علاوه بر گروه زنان متخصص علوم پزشکی فرهنگستان، سه نفر از مردان متخصص در علوم پزشکی نیز در تمام مراحل بحث و گفتگو و طراحی مطالعه شرکت داشته‌اند، علاوه بر این مجری طرح نیز از مردان متخصص در علوم پزشکی می‌باشد. لازم به ذکر است که نمونه حاضر، از جامعه متخصصین علوم پزشکی در شهر تهران، بوده است که طبیعتاً نمی‌توان این نتایج را به سایر شهرها و یا جامعه ایران تعمیم داد. ولی بهر حال باید در نظر داشت که نتایج بدست آمده از این مطالعه در شهر تهران که از مزایای بیشتری از قبیل تعداد دانشگاه‌های معتبر در مقایسه با سایر شهرها، و همچنین تجمع نیروی انسانی متخصص علوم پزشکی در این شهر برخوردار است، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که شاید در موقعیت بهتری در مقایسه با دیگر شهرهای ایران می‌باشد. انجام بررسی‌های مشابهی در دیگر شهرهای ایران به دست‌اندرکاران فعالیت‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود، تا نمای بهتری در رابطه با موضوع مورد بررسی در سطح جامعه بدست آورده شود. اگرچه پژوهش حاضر عمدتاً به توصیف یافته‌ها پرداخته است، اما این یافته‌ها می‌توانند در جای خود تولیدکننده سؤال‌های فراوانی برای پژوهش‌های استنباطی آتی باشد.

- استفاده از اطلاعات و آمار بدست آمده در برنامه‌ریزی‌های آینده و ضرورت توجه به روزآمد نمودن آمار وضعیت کلیه متخصصین علوم پزشکی از سوی نظام پزشکی کشور
- حمایت از شرکت فعال‌تر زنان در سطح مدیریت
- حمایت ایجاد تسهیلات برای شرکت در کنفرانس‌های خارجی
- حمایت مالی از داوطلبان برای نشر آثار علمی
- اصلاح تعرفه‌های بیمه خدمات درمانی جهت تشویق ادامه همکاری متخصصین علوم پزشکی همسو با قوانین جاری کشور
- در نظر گرفتن ضوابط متناسب با نیازهای واقعی دانشگاه‌های کشور و اجرای دقیق آن جهت گزینش اعضاء هیأت علمی.
- از آنجا که تمریخشی و بازدهی اصلی اساتید پس از سال‌های متمادی کار حاصل می‌شود، اعمال قوانین بازنشستگی کشوری در مورد آنان نیاز مبرم به تجدیدنظر دارد.
- ایجاد تسهیلات پژوهشی جهت انجام پژوهش‌های مشابه در سطح کشور.
- ایجاد تسهیلات پژوهشی جهت پیگیری (طولی) برای ارزشیابی وضعیت کلی زنان و مردان متخصص با توجه به افزایش حضور زنان در عرصه‌های گوناگون پزشکی



## چکیده

با توجه به اهمیت ابعاد انسانی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آموزشی و کاربرد علوم پزشکی و رشته‌های وابسته در هر جامعه‌ای و نیز با جهت‌گیری هدفمند برای بررسی ابعاد اجتماعی وابسته به جنسیت این مهم، تحقیق حاضر که تحقیقی است توصیفی - منطقی انجام گرفت.

اهداف کلی این پژوهشی بررسی ساختار نیروی انسانی متخصص علوم پزشکی بر حسب سن و جنسیت، تعیین میزان فعالیت‌های حرفه‌ای بر حسب سن و جنسیت، تعیین چگونگی خودپنداره یا باورهای متخصصین درباره خویش بر حسب سن و جنسیت و بررسی مقایسه‌ای میزان مشارکت با همسر بوده است. به این منظور در ۴۲۰ متخصص علوم پزشکی با روش نمونه‌گیری تصادفی در رشته‌های تخصصی گوناگون این بررسی انجام گرفت.

نمونه‌ها از اطلاعات آماری سازمان نظام پزشکی در سال ۱۳۸۰ اخذ گردید. بررسی از طریق تکمیل پرسشنامه بصورت مصاحبه حضوری توسط پرسشگران آموزش دیده انجام گرفت. در بین ۴۲۰ نمونه مورد بررسی، ۷۷٪ پزشک و بقیه متخصصین علوم پایه، داروسازی و دندانپزشکی بودند. اکثر افراد نمونه در گروه سنی ۴۵-۵۴ سال و ۵/۵٪ کمتر از ۳۵ سال داشتند. ۹۳/۱٪ متأهل بودند، میزان جدایی از همسر ۱/۴٪ است. سن ازدواج ۲۹-۲۵ در هر گروه، متوسط تعداد اولاد ۲/۳ و بعد خانوار ۴/۳ است که از سطح ملی ۴/۷ کمتر است. اختلاف معنی‌دار بین میانگین سن ازدواج در دو جنس وجود داشته و در زنان کمتر بوده است. ساختار نمونه نشان می‌دهد که مردان بیشتر در دو رشته جراحی و اطفال و زنان عمدتاً در رشته‌های زنان و مامائی، کودکان و علوم پایه قرار گرفته‌اند که این اختلاف معنی‌دار است. میانگین سن زنان پاسخگو در زمان اخذ مدرک پزشکی عمومی ۲۶/۰۳ در مقایسه با سن ۲۷/۴۹ در مردان بوده که این تفاوت در مورد تخصص و فوق تخصص نیز معنی‌دار است.

از نظر فعالیت متخصصین در قالب هیأت‌های علمی و شرکت در کمیته‌های آموزشی - پژوهشی و بوردهای تخصصی و امور اجرایی، اگرچه فراوانی مردان بیش از زنان بود ولی از نظر آماری اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید. به نظر محققین، چنانچه در پژوهش‌های آتی نمونه صرفاً از مؤسسات آموزش عالی اخذ گردد به احتمال زیاد این اختلاف معنی‌دار خواهد بود.

به نظر می‌رسد که خودپنداره‌های زنان و مردان متخصص علوم پزشکی بدون تفاوت معنی‌دار همانگونه که از این گروه تحصیلکرده که دستاوردهای خوب حرفه‌ای نیز دارند انتظار می‌رود، بالا بوده، هر دو زیرگروه نمونه از بهداشت روانی خوبی برخوردار باشند.

در ارتباط با مشارکت پاسخگویان با همسرانشان در امور مختلف زندگی نظیر انجام وظایف خانگی، شرکت در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی و غیره... بارزترین و معنی‌دارترین اختلاف در میزان مشارکت همسر (مرد) در انجام امور مربوط به خانه و شرکت در تصمیم‌گیری‌های اقتصادی بوده است.

همانگونه که از نوع تحقیق که توصیفی - منطقی است برداشت می‌شود پژوهش حاضر در بیان توصیفی یافته‌ها به تبیین می‌پردازد و در پایان با ارائه پیشنهادهایی به قابلیت‌های استنباطی و نیز تحقیقاتی مرتبط آتی پرداخته است.

## منابع

۱. زاهدی، دکتر شمس السادات. پژوهش پیرامون موقعیت زنان در جامعه دانشگاهی. تهران. نشریه مطالعات مدیریت، دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه علامه طباطبائی، دوره اول، شماره دوم. تابستان ۱۳۷۰.

2. Frey, H. Swedish Men and Women Doctors. Comparison between Swedish trained Men and Women doctors for background, demographic characteristics, professional activity and Motives leading to choice of Medical career. Sweden: Department Health and Human Resources. 1980

3. Heslay, BF. For better for worse? Women doctors at the end of the decade, university of atogo, Medical school, Demedin, New Zealand. 1985.

4. Maddock S. Women Doctors; Multi professional working in health case services. 1997.

۵. جلالی، سیداحمد (مترجم ۱۳۸۱) سه مکتب روان‌شناسی - دیدگاه‌های فروید، اسکینر و راجرز، انتشارات پادرا: تهران

Allen, B.P.(1990) Personal Adjustment USA, caleifornia: Bo  
Publishing

7. M. S. A. Henryk - Cyutt, Silverstone. Department of Health and Human services, career problems of women Doctors, 1976.

8. Read, V. Career obstacles for women in medicine: An overview, Med. Educ. 2001, 35, 139-47

9. Women in Medicine. AMA, Data Sorce, 2001/2002 edition.

10. Mey boom- de Jong B. Feminization of medicine Ned. T.Jdshr. Geneesk. 1999, 143, 1134-6

11. Qnbu-T. More Women in the medical profession - a benefit? Tidsskr. Nor.  
Laegeforen. 2000, 120, 85-87

۱۲. سازمان نظام پزشکی تهران. توزیع متخصصین علوم پزشکی برحسب رشته تحصیلی و جنس  
۱۳۸۰.