

# بررسی انگیزه ادامه تحصیل و وضعیت شغلی داوطلبان شرکت در آزمون پذیرش دستیار در سال ۱۳۸۶

دکتر سهیل سعادت<sup>۱</sup>، دکتر محمد علی محقق<sup>۲</sup>

## چکیده

هر ساله هزاران پزشک در آزمون پذیرش دستیار شرکت کرده و کمتر از ۱۰٪ ایشان پذیرفته می‌شوند. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی در سال ۱۳۸۶ بر آن شد تا علت تمایل شدید پزشکان عمومی به ادامه تحصیل، و نیز شیوه پیشنهادی ایشان را برای تعیین ظرفیت پذیرش دستیار، بررسی نماید. در همین راستا، وضعیت اشتغال داوطلبان شرکت در آزمون پذیرش دستیار نیز مورد بررسی قرار گرفت.

از ۱۶۲۶۲ داوطلب شرکت در آزمون، ۱۰۸۱۶ نفر در مطالعه شرکت نمودند. ۵۰٪ از پاسخ دهندگان انگیزه خود برای ورود به دوره تخصصی را ارتقای منزلت شغلی، و ۴۱٪ کسب امنیت شغلی ذکر نموده بودند. ۳۷٪ داوطلبان موقعیت شغلی خود را "غیر قابل قبول" توصیف کردند و تنها ۷/۵٪ موقعیت شغلی خود را "کاملاً رضایتبخش" توصیف نموده بودند. ۲۱٪ معتقد بودند که ظرفیت پذیرش دستیار باید به گونه‌ای افزایش یابد تا اکثریت پزشکان عمومی بتوانند وارد دوره تخصصی شوند. در مقابل ۱۳٪ معتقد بودند ظرفیت نباید چندان افزایش یابد که موقعیت شغلی متخصصین با تهدید مواجه شود. ۶۰٪ داوطلبان معتقد بودند ظرفیت باید متناسب با نیاز کشور تعیین شود به گونه‌ای که ضمن تامین دسترسی مناسب جامعه به خدمات تخصصی، امکان اشتغال مناسب برای متخصصین فراهم باشد.

**لغات کلیدی: اشتغال، پزشک، ظرفیت پذیرش، رضایت شغلی، دستیاری**

## مقدمه

دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی - به عنوان متولی تعیین ظرفیت پذیرش دستیار - در سال ۱۳۸۶ بر آن شد تا علت تمایل شدید پزشکان عمومی به ادامه تحصیل، و نیز شیوه پیشنهادی ایشان - به عنوان مشتریان سازمانی این فرآیند - را برای تعیین ظرفیت پذیرش دستیار، بررسی نماید. در همین راستا، وضعیت اشتغال داوطلبان شرکت در آزمون پذیرش دستیار نیز مورد بررسی قرار گرفت.

هر ساله بین ۱۶۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ پزشک در آزمون پذیرش دستیار شرکت می‌کنند. پاسخ به این حجم از تقاضا برای ادامه تحصیل ممکن نیست و تنها کمتر از ۱۰٪ ایشان در دوره‌های تخصصی پذیرفته می‌شوند. به نظر می‌رسد وضعیت شغلی پزشکان عمومی، یکی از دلایل تمایل ایشان به ادامه تحصیل در مقاطع تخصصی باشد.

## روش‌ها و مواد

در این مطالعه مقطعی، پرسشنامه‌ای حاوی سوالات بسته در اختیار تمام داوطلبان آزمون پذیرش دستیار در سال ۱۳۸۶ قرار گرفت و از ایشان دعوت شد تا قبل از دریافت کارت ورود به جلسه، آن را تکمیل کرده و به همراه مدارک ثبت نام در آزمون، در اختیار مسئول ثبت نام قرار دهند. پرسشنامه‌های مزبور در تمام دانشگاه‌های برگزار کننده آزمون پذیرش دستیار توسط مسؤولین محلی جمع‌آوری شده و به همراه پاسخنامه‌های آزمون به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی ارسال شد. این پرسشنامه‌ها به شیوه‌ای مشابه با پاسخنامه‌های آزمون، توسط اسکنر بازخوانی شده و نتایج به صورت ماشینی و بدون استفاده از اپراتور به نرم‌افزار تحلیل آماری ارسال شد.

پرسشنامه حاوی سوالاتی در مورد سن، جنس، تاهل، تاریخ فراغت از تحصیل، تعداد دفعات شرکت در آزمون، شغل همسر، درصد درآمد حاصل از طبابت، درصد درآمد حاصل از سایر فعالیت‌های مرتبط با پزشکی، درصد زمان اختصاص داده شده به طبابت، درصد زمان اختصاص داده شده به سایر فعالیت‌های مرتبط با پزشکی، رضایت از وضعیت شغلی، علت و انگیزه ورود به دوره دستیاری و

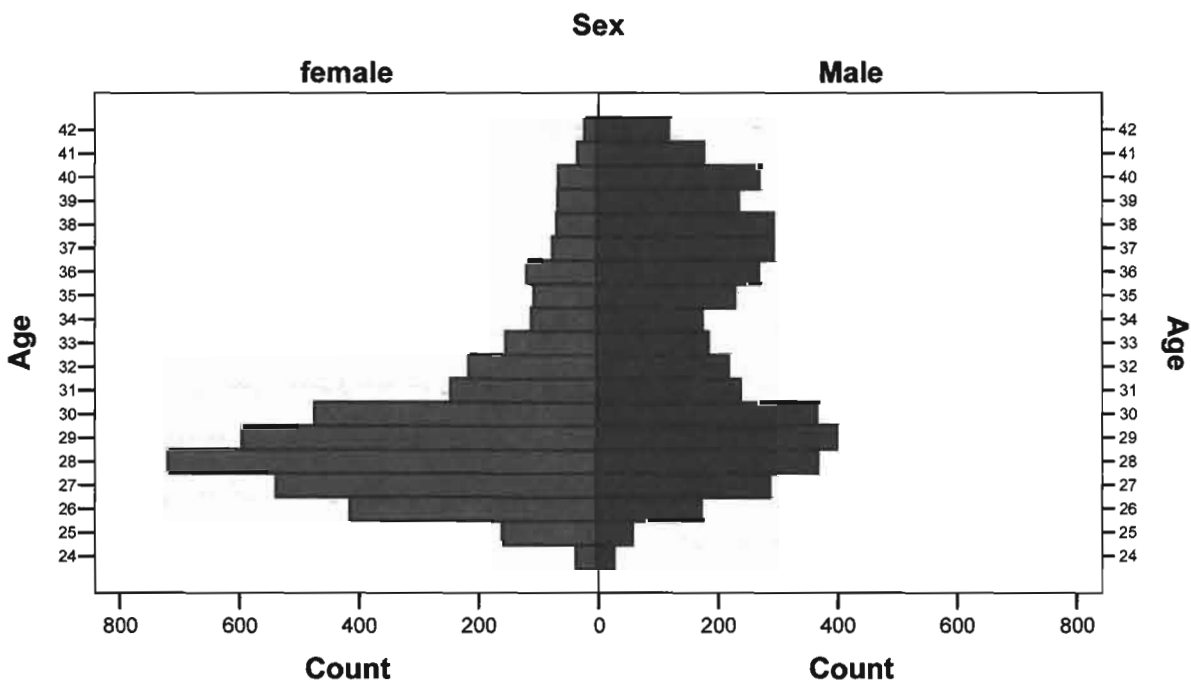
روش پیشنهادی برای تعیین ظرفیت پذیرش دستیار بود. پرسشنامه‌ها بدون نام بوده و هدف از تکمیل آنها در صدر تمام پرسشنامه‌ها درج گشته، از داوطلبان درخواست شده بود که در ارائه اطلاعات مربوطه همکاری لازم را مبذول دارند هر چند که تکمیل آن الزامی نبوده و محدودیتی برای شرکت در آزمون به همراه نداشت. به این ترتیب، تکمیل پرسشنامه نشان‌دهنده رضایت آگاهانه پاسخ‌دهندگان برای شرکت در مطالعه بود.

آنالیز آماری با استفاده از SPSS-13 انجام شد. برای تعیین ارتباط آماری بین متغیرهای پیوسته از آزمون  $t$ - student و برای متغیرهای کیفی از آزمون مجذور کای استفاده شد.

## نتایج

### الف- مشخصات جمعیت مورد مطالعه

در مجموع، ۱۶۲۶۲ نفر در سنی و پنجمین آزمون پذیرش دستیار از سراسر کشور شرکت کرده بودند که ۸/۶۰٪ ایشان مذکر و ۲/۳۹٪ مونث بودند. از میان افراد فوق، ۱۰۸۱۶ نفر در مطالعه شرکت نمودند که ۵/۵۲٪ ایشان مذکر و ۵/۴۷٪ مونث بودند (شکل ۱).



شکل ۱ توزیع سنی و جنسی داوطلبان شرکت در آزمون

از مردان پیشی گرفته بود (شکل ۲).  
 ۵۱٪ از زنان متاهل، همسران خود را از بین مقاطع  
 دکتری گروه پزشکی، ۸٪ از مقاطع غیر دکتری گروه  
 پزشکی و ۳۸٪ از بین رشته‌های غیرپزشکی انتخاب نموده  
 بودند. این نسبت در مردان متاهل، به ترتیب ۳۲٪ و ۱۶٪  
 و ۲۶٪ بود. ۲۶٪ از مردان، همسر خانه‌دار داشتند.

پاسخ‌دهندگان به طور متوسط ۲ بار دیگر نیز در  
 آزمون پذیرش دستیار شرکت کرده بودند. میانه دفعات  
 شرکت در آزمون برای زنان ۱ و برای مردان ۲ بار بود.  
 همچنین، میانه دفعات شرکت در آزمون برای افراد مجرد و  
 متاهل بدون فرزند ۱ بار، و برای افراد متاهل دارای فرزند  
 ۲ بار بود.

شرکت کنندگان به طور متوسط ۰۳/۴ ± ۳/۵ سال پیش  
 فارغ‌التحصیل شده بودند. میانه سنوات سپری شده از  
 هنگام فراغت از تحصیل برای زنان ۳، و برای مردان ۶  
 سال بود.

### ب- انگیزه ادامه تحصیل و وضعیت اشتغال داوطلبان

۵۰٪ از پاسخ دهندگان انگیزه خود برای ورود به  
 دوره تخصصی را ارتقای منزلت شغلی، و ۴۱٪ کسب  
 امنیت شغلی ذکر نموده بودند (جدول ۱). توزیع انگیزه‌ها  
 بر اساس جنس، وضعیت تاهل و سال فراغت از تحصیل  
 کمابیش یکسان بود.

۳۷٪ داوطلبان موقعیت شغلی خود را "غیر قابل قبول"  
 توصیف کرده و تنها ۷/۵٪ موقعیت شغلی خود را "کاملاً  
 رضایتبخش" توصیف نموده بودند. توزیع پاسخ‌ها در  
 مردان و زنان کمابیش یکسان بود.

افرادی که موقعیت شغلی خود را "غیر قابل قبول"  
 توصیف نموده بودند، بخش کمتری از درآمد خود را از  
 فعالیت‌های حرفه‌ای تامین نموده، زمان کمتری را به این

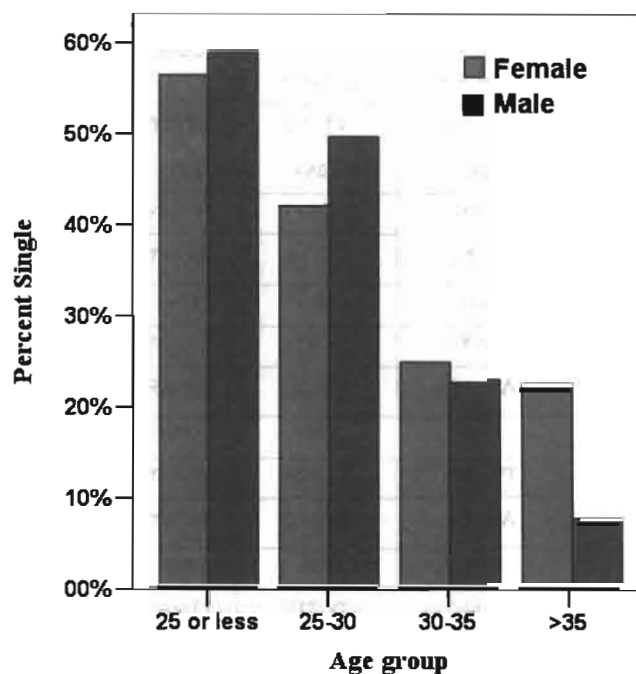
درصد مشارکت در این مطالعه در بین داوطلبان مونث  
 معادل ۶/۸۰٪، در میان داوطلبان مذکر معادل ۵/۵۷٪، و  
 در کل معادل ۵/۶۶٪ بود.

اطلاعاتی که از این پس ارائه می‌شود، تنها مربوط به  
 کسانی است که در مطالعه شرکت نموده بودند.

متوسط سن مردان ۸۵/۴ ± ۲/۳۳ سال و زنان ۶۹/۳ ±  
 ۸/۲۹ سال بود ( $P < 0.001$ ). از پاسخ دهندگان ۳۱٪  
 مجرد، ۲۹٪ متاهل بدون فرزند و ۴۰٪ متاهل با فرزند  
 بودند.

متوسط سنی افراد مجرد ۴۴/۳ ± ۳/۲۹ سال، افراد  
 متاهل بدون فرزند ۴۷/۳ ± ۸/۲۹ سال، و افراد متاهل دارای  
 فرزند ۳۴/۴ ± ۹/۳۴ سال بود.

نسبت افراد مجرد با افزایش سن در هر دو جنس  
 کاهش نشان می‌داد (شکل ۲). در گروه‌های سنی زیر ۳۰  
 سال نسبت افراد مجرد در مردان بیش از زنان بود ولی در  
 گروه‌های سنی بالای ۳۰ سال، نسبت افراد مجرد در زنان



شکل ۲- درصد داوطلبان مجرد به تفکیک سن و جنس

بررسی انگیزه ادامه تحصیل و وضعیت شغلی داوطلبان ...

جدول ۱ - مهمترین انگیزه داوطلبان برای ورود به دوره تخصص

انگیزه	تعداد	درصد پاسخ‌های معتبر
کسب درآمد بیشتر	۵۸۴	۷/۲
تامین امنیت شغلی	۳۲۹۰	۴۰/۶
ارتقای منزلت شغلی	۴۰۴۲	۴۹/۸
امکان اشتغال در شهرهای بزرگ	۱۹۷	۲/۴
عدم پاسخ	۲۷۰۳	—
جمع	۱۰۸۱۶	۱۰۰

دست آورده بودند.

در بین داوطلبانی که کمتر از ۳ سال از فراغت از تحصیل ایشان گذشته بود، زنان بخش بیشتری از درآمد خود را از محل فعالیت‌های بالینی تامین کرده بودند ولی در مورد داوطلبانی که بیش از ۳ سال از فراغت از تحصیل ایشان سپری شده بود، مردان بخش بیشتری از درآمد خود را از فعالیت‌های بالینی تامین کرده بودند.

توزیع پاسخ به سوال "تحت چه شرایطی از ورود به دوره تخصصی منصرف خواهید شد" در جدول ۳ آمده است. ۴۸٪ داوطلبان تنها یک گزینه را برای سوال فوق انتخاب نموده بودند. شکل ۳ ترتیب گزینه انتخابی در این

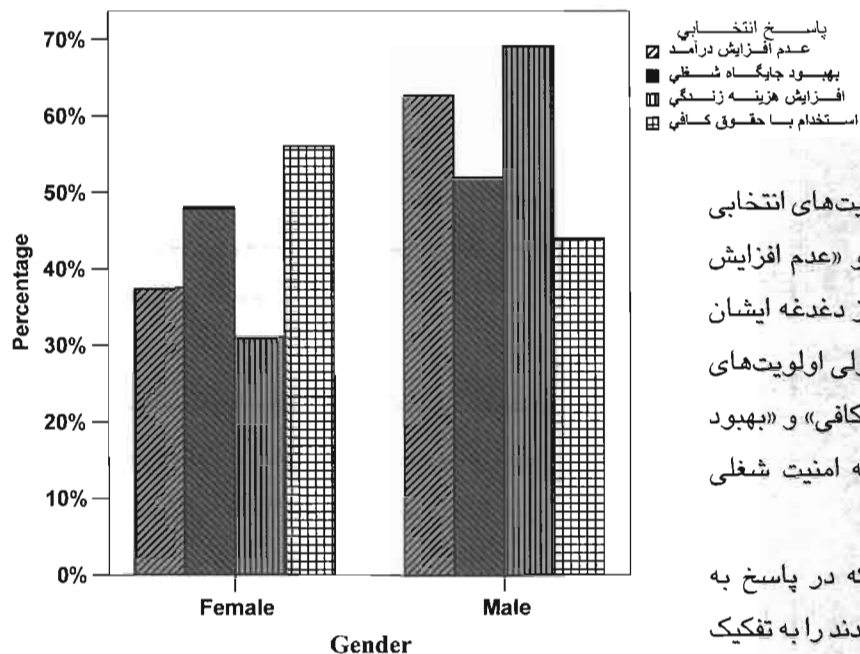
فعالیت‌ها اختصاص داده بودند (جدول ۲). این موضوع هم در مورد مردان و هم در مورد زنان صادق بود اگر چه مردان در کل بخش بیشتری از درآمد خود را از طبابت به

جدول ۲ متوسط درصد زمان صرف شده و درآمد حاصل از طبابت و سایر فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با پزشکی به تفکیک مقدار رضایت از وضعیت شغلی

موقعیت شغلی	شاخص	درصد زمان اختصاص یافته به طبابت	درصد زمان اختصاص یافته به حرفه‌ای غیردرمانی	درصد زمان اختصاص یافته به کل فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با پزشکی	درصد درآمد حاصل از فعالیت‌های حرفه‌ای غیردرمانی	درصد درآمد حاصل از فعالیت‌های حرفه‌ای مرتبط با پزشکی
غیر قابل قبول	میانگین	۴۱/۴۸	۲۱/۰۵	۶۲/۵۳	۱۴/۲۵	۶۶/۶۸
	تعداد	۲۶۴۹	۲۶۴۹	۲۶۴۹	۲۵۹۰	۲۵۹۰
متوسط	میانگین	۳۲/۸۷۲	۲۶/۶۲۹	۳۵/۸۰۳	۲۹/۸۰۱	۴۲/۰۴۷
	تعداد	۲۷۹۱	۲۷۹۱	۲۷۹۱	۲۸۰۰	۲۸۰۰
کمابیش قابل قبول	میانگین	۳۰/۸۲۹	۲۴/۳۸۶	۳۰/۷۰۱	۲۷/۲۹۰	۳۴/۷۴۸
	تعداد	۱۲۷۹	۱۲۷۹	۱۲۷۹	۱۲۹۳	۱۲۹۳
کاملاً رضایتبخش	میانگین	۵۳/۷۴	۲۲/۴۲	۷۶/۱۵	۱۳/۰۵	۸۰/۱۸
	تعداد	۳۸۳	۳۸۳	۳۸۳	۳۸۷	۳۸۷
Total	میانگین	۳۲/۰۶۶	۲۴/۲۹۴	۲۹/۰۹۶	۲۷/۲۴۷	۳۴/۶۸۵
	تعداد	۷۱۰۲	۷۱۰۲	۷۱۰۲	۷۰۷۰	۷۰۷۰
	SD	۳۱/۹۸۵	۲۵/۳۸۳	۳۲/۹۷۱	۲۸/۵۳۶	۳۷/۸۵۴

انحراف معیار : SD





گروه را به تفکیک جنس نشان می‌دهد. اولویت‌های انتخابی مردان به ترتیب «افزایش هزینه زندگی» و «عدم افزایش درآمد» در صورت اخذ تخصص» بود که از دغدغه ایشان برای تامین هزینه‌های مالی حکایت داشت ولی اولویت‌های انتخابی زنان به ترتیب «استخدام با حقوق کافی» و «بهبود جایگاه شغلی» بود که از تمایل ایشان به امنیت شغلی حکایت دارد.

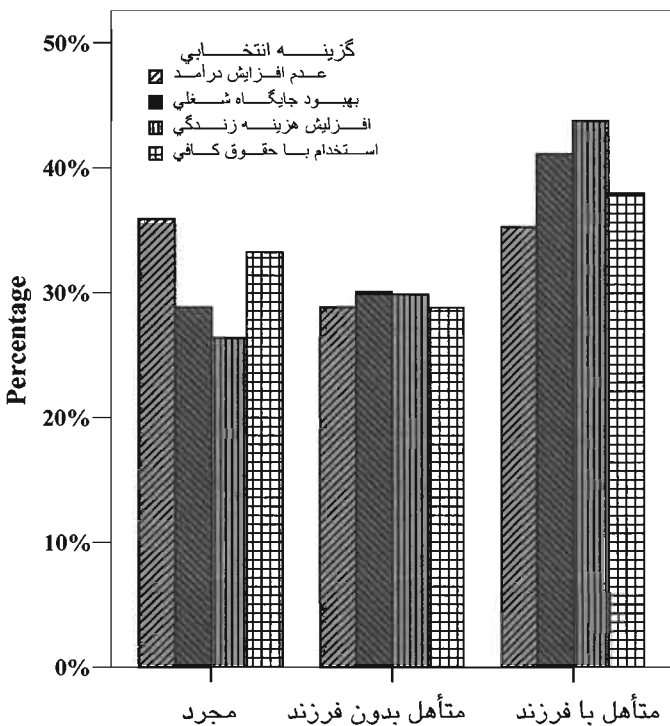
شکل ۴ گزینه انتخابی ۴۸ درصدی که در پاسخ به سوال فوق تنها یک گزینه را انتخاب کرده بودند را به تفکیک وضعیت تاهل نشان می‌دهد. گزینه‌های «بهبود جایگاه شغلی پزشکان عمومی» و «افزایش هزینه زندگی» به عنوان

شکل ۳ - گزینه انتخابی برای انصراف از ادامه تحصیل به تفکیک جنسیت

جدول ۳ توزیع پاسخ به سوال شرایطی که سبب انصراف داوطلبان از ورود به دوره تخصص خواهد شد

شماره گزینه	شرح گزینه	تعداد	درصد
۱	در صورتی که درآمد و جایگاه شغلی پزشکان عمومی در بخش خصوصی به مقدار زیادی بهبود یابد	۲۹۰۲	۲۶/۸
۲	در صورتی که پزشکان عمومی با حقوق کافی به استخدام دولت درآیند	۱۲۰۲	۱۱/۱
۳	در صورتی که بدانید با اخذ تخصص درآمد شما بهبود نخواهد یافت	۷۸۶	۷/۳
۴	در صورتی که هزینه زندگی و تورم به شدت افزایش یابد	۳۵۱	۳/۲
-	۲ و ۱	۳۴۵	۳/۲
-	۳ و ۱	۱۳۷	۱/۳
-	۴ و ۱	۶۱	۰/۶
-	۳ و ۲ و ۱	۵۱	۰/۵
-	۳ و ۲	۴۷	۰/۴
-	۴ و ۳ و ۲ و ۱	۴۳	۰/۴
-	سایر	۷۴	۰/۷
-	عدم پاسخ	۴۸۱۷	۴۴/۵
-	کل	۱۰۸۱۶	۱۰۰/۰





عوامل انصراف از ادامه تحصیل در بین متاهلین با فرزند بیشترین، و در بین مجردین کمترین درصد پاسخ‌ها را به خود اختصاص داده بود.

### ج- سیاست پیشنهادی برای تعیین ظرفیت پذیرش

در مورد سیاست‌های توصیه شده برای تعیین ظرفیت پذیرش دستیار، ۲۱٪ معتقد بودند که ظرفیت پذیرش دستیار باید به گونه‌ای افزایش یابد تا اکثریت پزشکان عمومی بتوانند وارد دوره تخصصی شوند. در مقابل ۱۳٪ معتقد بودند ظرفیت پذیرش دستیار نباید چندان افزایش یابد که موقعیت شغلی متخصصین با تهدید مواجه شود.

۶۰٪ داوطلبان معتقد بودند ظرفیت پذیرش دستیار باید شکل ۴- گزینه انتخابی برای انصراف از ادامه تحصیل بر اساس وضعیت تاهل

بررسی قرار گرفت.

در سنوات اخیر، تقاضای شدیدی برای ورود به دوره‌های تخصصی از سوی پزشکان عمومی مشاهده می‌شود و بسیاری از ایشان، از محدودیت ظرفیت پذیرش دستیار شکایت دارند.

پزشکان عمومی یکی از ارکان نظام سلامت کشور را تشکیل داده و بسیاری از خدمات سلامت توسط ایشان ارائه می‌شود. اخذ تخصص توسط همه (یا عمده) پزشکان عمومی نه ممکن و نه مطلوب است چرا که ایشان در چارچوب نظام سلامت ملی وظایف مشخصی به عهده دارند. شناسایی علل اشتیاق شدید پزشکان عمومی به ادامه تحصیل، می‌تواند وزارت بهداشت را قادر سازد تا با مدیریت عوامل این تقاضا، ابعاد آن را تحت کنترل درآورده و با سیاست‌های کلی نظام سلامت همسو سازد.

نتایج این مطالعه در چهار بخش مورد بحث قرار

می‌گیرد:

متناسب با نیاز کشور تعیین شود به گونه‌ای که ضمن تامین دسترسی مناسب جامعه به خدمات تخصصی، امکان اشتغال مناسب برای متخصصین فراهم باشد. کسانی که معتقد بودند ظرفیت پذیرش دستیار نباید چندان افزایش یابد که موقعیت شغلی متخصصان به مخاطره افتد، در حال حاضر درصد کمتری از درآمد خود را از فعالیت‌های حرفه‌ای تامین نموده بودند.

### بحث

این مطالعه به منظور بررسی علت تمایل شدید پزشکان عمومی به ادامه تحصیل، و نیز شیوه پیشنهادی ایشان - به عنوان مشتریان سازمانی این فرآیند - برای تعیین ظرفیت پذیرش دستیار، بر روی داوطلبان شرکت در آزمون پذیرش دستیار تخصصی در سال ۱۳۸۶ انجام شد. از آنجا که نارضایتی شغلی می‌تواند یکی از دلایل تمایل شدید به ادامه تحصیل در پزشکان عمومی باشد، وضعیت اشتغال داوطلبین شرکت در آزمون پذیرش دستیار نیز مورد

میانۀ تعداد دفعات شرکت در آزمون پذیرش دستیار برای پزشکان مذکر بیش از پزشکان مونث بود. علت این امر می‌تواند شانس بیشتر قبولی در آزمون برای داوطلبان مونث و خروج ایشان از دور رقابت در همان دفعات نخست شرکت در آزمون، و یا اصرار بیشتر پزشکان مرد به شرکت مجدد در آزمون پذیرش دستیار (قبل از انصراف یا قبولی) نسبت به پزشکان زن باشد.

### ب- انگیزه ادامه تحصیل و وضعیت

#### اشتغال داوطلبان

ارتقای منزلت شغلی و کسب امنیت شغلی دو انگیزه مهم اکثریت شرکت کنندگان در آزمون بودند. پزشکانی که درصد کمتری از درآمد خود را از طبابت به دست آورده بودند، از موقعیت شغلی خود ناراضی‌تر بودند.

داوطلبان اظهار داشتند که به طور متوسط ۶۸٪ وقت خود را به کل فعالیتهای مرتبط با پزشکی (اعم از درمانی و غیر درمانی) اختصاص داده اند و در مقابل ۷۴٪ از درآمد خود را از کل فعالیتهای حرفه‌ای مرتبط با پزشکی به دست آورده‌اند. سهم فعالیت‌های درمانی، از این مقدار هم کمتر بود. علت این امر، احتمالاً فقدان بازار کار برای فعالیت حرفه‌ای به ویژه فعالیت‌های درمانی برای پزشکان عمومی بوده است. البته این احتمال نیز مطرح است که نمونه انتخاب شده، معرف کل جامعه پزشکی عمومی نباشد به این ترتیب که پزشکان عمومی که از وضعیت اشتغال خود رضایت داشته‌اند، اصولاً داوطلب شرکت در آزمون پذیرش دستیار نبوده و لذا نمونه بررسی شده نسبت بیشتری از پزشکان ناراضی از وضعیت شغلی را دربر گرفته باشد. به نظر می‌رسد پزشکان مرد (جز در چند سال نخست پس از فراغت از تحصیل) نسبت به پزشکان زن، درصد بیشتری از وقت خود را صرف فعالیت‌های درمانی کرده و بخش بیشتری از درآمد خود را از این طریق به دست می‌آورند.

### الف- مشخصات جمعیت مورد مطالعه

بر اساس نتیجه این مطالعه، نسبت بیشتری از داوطلبان را مردان تشکیل می‌دادند (۸/۶۰٪) که این امر در تعارض با نسبت جنسیتی در بین دانشجویان پزشکی می‌باشد (۴/۳۹٪). علت این امر را باید در مطالعه جداگانه‌ای بررسی نمود لیکن مسؤلیت‌های خانوادگی متعاقب ازدواج، مقتضیات خاص دوران دستکاری و تعهدات خدمتی پس از اخذ تخصص، می‌تواند از جمله علل کاهش شرکت کنندگان مونث در این آزمون باشد. از سوی دیگر، مسوولیت مالی مردان در تامین معاش خانواده می‌تواند انگیزه‌ای برای ارتقای درآمد و منزلت شغلی ایشان به شمار آید.

متوسط سن مردان ۵/۳ سال بیش از زنان بود. علت این امر را می‌توان در تعهدات نظام وظیفه و مدت زمان لازم برای مطالعه متعاقب آن جستجو نمود. این یافته با تعداد سنوات سپری شده از هنگام فارغ‌التحصیلی که در مردان بیش از زنان بود، همخوانی دارد.

پیشی گرفتن نسبت افراد مجرد مونث به افراد مجرد مذکر در سنین بالای ۲۰ سال می‌تواند نشانه‌ای از کاهش شرکت مردان متأهل بالای ۲۰ سال در آزمون پذیرش دستیار احتمالاً به علت دغدغه‌های معیشتی باشد. این امر همچنین می‌تواند نشانه‌ای از آن باشد که در بین پزشکان مسن‌تر از ۳۰ سال، نسبت مردان متأهل بیش از زنان متأهل است در حالی که در بین پزشکان جوانتر از ۲۰ سال، این حالت برعکس است. تعیین علت دقیق این یافته نیازمند مطالعات بیشتری است.

نسبت پزشکان متأهلی که همسر ایشان شاغل نبوده و یا در مقاطع پایین‌تر گروه پزشکی شاغل بودند، در مردان بیش از زنان بود. به نظر می‌رسد این یافته با روال مرسوم در جامعه ایران هماهنگی داشته، و حکایت از اتکای بیشتر اقتصاد خانواده به پدر خانواده داشته باشد.

سال ۱۹۸۰ احتمال بروز مازاد پزشک در امریکا را طی یک گزارش رسمی منتشر کرده، خواهان کاهش ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی در این کشور شد.

**ج- سیاست پیشنهادی برای تعیین ظرفیت پذیرش**  
تجربه کشورهای توسعه یافته نشان داد که کم اشتغالی پزشکان ابتدا در مقطع عمومی رخ داده و سپس به مقاطع تخصصی (همچون بیماری‌های گوارشی) توسعه پیدا کرده است. جلوگیری از گسترش کم اشتغالی به دوره تخصصی با پذیرش بی رویه دستیار، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این امر در پاسخ داوطلبان نیز منعکس شده بود. داوطلبان در مورد سیاست تنظیم ظرفیت پذیرش دستیار، به رویکردی که موقعیت شغلی متخصصین را مد نظر قرار دهد (چه به صورت مطلق و چه با توجه به نیاز جامعه) ابراز تمایل نموده بودند. این در حالی است که منافع کوتاه مدت پاسخگویان اقتضا میکند که به افزایش شدید پذیرش دستیار تمایل نشان دهند.

#### د- جمع بندی

پاسخ به سوال "تحت چه شرایطی از ورود به دوره تخصصی منصرف خواهید شد" نشان می‌دهد که در صورت رفع مشکلات مالی پزشکان مرد و تامین امنیت شغلی پزشکان زن، نزدیک به نیمی از ایشان از ادامه تحصیل در مقطع تخصصی منصرف خواهند شد. این امر از جهات متعددی قابل توجه است. هم اکنون تقاضای زیادی برای ورود به دوره تخصص در بین پزشکان عمومی وجود دارد. این تقاضا در حجم فعلی قابل اجابت نیست و لازم است تا تحت مدیریت قرار گیرد. این در حالی است که حضور پزشک عمومی در نظام سلامت بسیار ارزشمند بوده و دلیلی وجود ندارد تا ایشان در موقعیت پزشک عمومی احساس نارضایتی نموده و درصدد تغییر

علت این امر می‌تواند مساعدتر بودن فضای فعالیت بالینی برای مردان نسبت به زنان، و یا تمایل کمتر پزشکان زن به صرف وقت در امور درمانی باشد. مطالعات به عمل آمده در کشور امریکا نیز روال مشابهی را گزارش نموده‌اند. در این کشور، پزشکان زن به طور تقریبی حدود ۱۵%-۲۰٪ ساعات کمتری را صرف کار بالینی می‌نمایند و تصور می‌شود در مورد سایر فعالیت‌های حرفه‌ای (غیر بالینی) هم چنین روندی حاکم باشد.

یکی از دلایل کم اشتغالی پزشکان، می‌تواند مازاد تعداد پزشک در مقایسه با امکان اشتغال ایشان در جامعه باشد. باید توجه داشت که مهمترین عاملی که در تربیت و حفظ نیروی انسانی بخش سلامت باید مورد توجه قرار گیرد، مقدار نیاز به خدمات این نیروها نیست بلکه توان کشور در تامین منابع مورد نیاز آنها و امکان به کارگیری ایشان است. این امر هم در بخش خصوصی و هم در بخش دولتی صادق است. این همان چیز است که اقتصاددانان آن را تقاضای موثر می‌نامند و متشکل از نیروهای بازار در بخش خصوصی و نیز برنامه‌های خدمات بهداشت عمومی و همچنین قراردادهای خدمت مستقیم یا غیرمستقیم برنامه‌های تامین اجتماعی می‌باشد. بنابراین مبنای درست برنامه‌ریزی نیروی انسانی گروه پزشکی، نسبت ایده‌آل پزشک به جمعیت نیست بلکه مقدار پولی است که به بخش سلامت اختصاص می‌یابد. هرچه منابع اقتصادی محدودتر باشد، اتلاف آن به صورت تربیت افرادی که قادر به استفاده از آموخته‌هایشان نخواهند بود توجیه کمتری خواهد داشت. تحصیلات در رشته‌های پزشکی، تنها برای تصدی مشاغل خاصی مناسب است و دانش‌آموختگان این رشته‌ها حق انتخاب زیادی در مورد جایگاه‌های شغلی خود ندارند.

مازاد تعداد پزشک در کشورهای توسعه یافته از اواسط دهه ۷۰ میلادی مطرح بوده است. GMENAC<sup>۱</sup> در



References :

- 1 . Cooper R.A, Getzen T.E, McKee H.J, et al. Economic and Demographic Trends signal an impending physician shortage. Health Affairs 2002;21(1):140-154.
- 2 . Health Manpower Out of Balance Conflict and Prospects. Z. Bankowski and A. Mejia XX CIOMS Conference 7-12 September 1986, Acapulco, Mexico. 1987 by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) Geneva. Pp 110-123
- 3 . Graduate Medical Education National Advisory Committee, Report of the Graduate Medical Education National Advisory Committee to the Secretary, Department of Health and Human Services, vol. 1 (Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1981), 1.
- 4 . David J, Mogilner A, Ozick LA. Unemployment and underemployment in 1996 graduates of New York City gastroenterology training programs. American Journal of Gastroenterology. 1998 Aug;93(8):1211-6.

موقعیت خود برآیند.

در صورتی که امکان تامین اشتغال کافی و مناسب برای پزشکان عمومی وجود نداشته و کشور با مازاد این گروه مواجه باشد، بازنگری در تعداد پذیرش دانشجوی پزشکی برای جلوگیری از تشدید مشکلات این حوزه قابل تامل می باشد.

**تقدیر**

این مطالعه در دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، و با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور انجام شده است. همکاری موثر آقای دکتر مهدی میرزایی و آقایان مهدی مالکی و عبدالناصر نوروز زاده و سرکار خانم دکتر الهام نخچی در گردآوری داده‌ها مورد امتنان و تقدیر است.

