

©

**All rights reserved**

This work, in whole or in part, may not be copied (in any media), printed, Translated, stored in a retrieval system, transmitted via the internet or other Electronic means, except for "fair use" of brief quotation for academic Introduction, criticism, or research purposes only.  
Commercial use of this material is completely prohibited.

©

**כל הזכויות שמורות**

אין להעתיק (במדיה כלשהיא), להדפיס, לתרגם, לאחסן במאגר מידע, להפיץ באינטרנט, חיבור זה או חלק ממנו, למעט שימוש הוגן בקטעים קצרים מן החיבור למטרות לימוד, הוראה, ביקורת או מחקר.  
שימוש מסחרי בחומר הכלול בחיבור זה אסור בהחלט.

בחירה בהתמחות גברית : נשים כירורגיות

חיבור על מחקר

לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת התואר  
מגיסטר למדעים במדעי ההתנהגות והניהול, ניהול  
משאבי אנוש ויחסי עבודה

פזית סביון מרם

הוגש לסנט הטכניון - מכון טכנולוגי לישראל  
אייר תשס"ט חיפה אפריל 2009

ברצוני להודות למנחת המחקר, פרופ' בלהה מנהיים מהפקולטה להנדסת  
תעשייה וניהול, על ההדרכה המקצועית, האכפתיות והמסירות.

בנוסף, הנני מודה למוסד שמואל נאמן למחקר מתקדם במדע וטכנולוגיה  
על התמיכה הכספית הנדיבה בהשתלמותי.

ולבסוף, ברצוני להודות לבעלי, אריק מרס, על התמיכה האין סופית,  
העידוד, האכפתיות, ועל הסבלנות האין סופית.

## תוכן העניינים

### פרק 1- מבוא

3	1.1	רקע כללי
7	1.2	מטרת המחקר ותרומתו
8	1.3	סקירת ספרות המתייחסת לנושא המחקר
8	1.3.1	הפרדה של עיסוקים לפי מין
10	1.3.2	נשים ברפואה
11	1.3.3	כניסת נשים לתחום הכירורגיה
12	1.3.4	חסמים
14	1.4	סקירת ספרות על משתני המחקר
14	1.4.1	משתנים בלתי תלויים מאפיינים אישיים :
14		אפיונים אישיים ותכונות אישיות של רופאות כירורגיות
16		קונפליקט נתפס של משפחה-קריירה משתנים ארגוניים- סביבתיים :
18		תרבות גברית נתפסת בתחום הכירורגיה
19		מחסור במודל תפקיד נשי בתחום הכירורגיה
21		אפליה /הטרדה מינית בתחום הכירורגיה
	1.4.2	משתנים תלויים
22		בחירה בתחום ההתמחות כירורגיה

### פרק 2- שיטת המחקר

23	2.1	משיבים
23	2.2	הליך
23	2.3	כלי המחקר
24	2.4	איסוף נתונים
24	2.5	אופן מדידת המשתנים
24	2.5.1	משתנים בלתי תלויים :

#### מאפיינים אישיים דמוגרפיים

24	-	מאפיינים תעסוקתיים ונתוני רקע
25	-	תכונות אישיות
25	-	קונפליקט נתפס של משפחה-קריירה

## תוכן העניינים (המשך)

26	<u>משתנים ארגוניים – סביבתיים</u>	
26	- תרבות גברית נתפסת בתחום ההתמחות	
27	- מודל תפקיד נשי בתחום ההתמחות	
28	- אפליה / הטרדה מינית בתחום ההתמחות	
28	2.5.2 משתנים תלויים :	
	בחירת תחום ההתמחות	
	שביעות רצון מתחום ההתמחות	
29	2.6 ניתוח הנתונים	
30	<u>פרק 3- ממצאים</u>	
30	3.1 משתני רקע	
30	3.1.1 מאפיינים אישיים ותכונות אישיות	
33	3.1.2 מאפיינים תעסוקתיים ומאפייני רקע	
37	3.2 תיאור מדדי המחקר	
40	3.2.1 מדדים בלתי תלויים	
44	3.3 בחינת השערות המחקר	
	3.4 בחינת קשרים בין המשתנים המסבירים למשתנה	
48	בחירת תחום ההתמחות	
50	<u>פרק 4- סיכום וזיון</u>	
50	4.1 סיכום הממצאים העיקריים במחקר	
53	4.2 חשיבות תיאורטית של המחקר	
55	4.3 משמעות יישומית של המחקר	
56	4.4 מגבלות המחקר	
57	4.5 המלצות למחקר עתידי	
58	רשימה ביבליוגרפית	
61	נספחים	

## רשימת טבלאות

4	אחוז הנשים מכלל מקבלי הרישיונות ברפואה, 1990-2006	: טבלה 1.1
5	אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים, 1990-2006	: טבלה 1.2
5	אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים עד גיל 45, 1990-2006	: טבלה 1.3
6	אחוז הנשים מסך כל הרופאים לפי מומחיות, 2006	: טבלה 1.4
27	ניתוח גורמים של תרבות גברית נתפסת בכירורגיה	: טבלה 2.1
27	ניתוח גורמים של תרבות גברית נתפסת ברפואה פנימית	: טבלה 2.2
31	מצב משפחתי באחוזים לפי מגדר, קבוצות אוכלוסייה וגיל	: טבלה 3
32	התפלגות שכיחויות - משתנים אישיים דמוגרפיים	: טבלה 3.1
33	התפלגות שכיחויות - משתנים תעסוקתיים	: טבלה 3.2
34	התפלגות שכיחויות למשתנה "מס' שעות עבודה שבועי"	: טבלה 3.3
35	התפלגות שכיחויות למשתנה "מסגרת העבודה"	: טבלה 3.4
36	התפלגות שכיחויות למשתנה "נקודת זמן בה נבחרה ההתמחות"	: טבלה 3.5
38	תיאור משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים	: טבלה 3.6
39	השוואת משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים על פי חלוקה להתמחות	: טבלה 3.7
	השוואת תכונות אישיות נשיות של רופאות כירורגיות לעומת רופאות פנימאיות	: טבלה 3.8
40	תיאור המשתנה קונפליקט נתפס משפחה-קריירה על ידי המשתנה	: טבלה 3.9
41	ילד מתחת לגיל 5	
42	תיאור המדדים למשתנה מודל תפקיד	: טבלה 3.10
	רגרסיה לוגיסטית להסברת בחירת תחום ההתמחות המשתנים	: טבלה 3.11
48	הבלתי תלויים	

## תקציר

נתונים מהארץ ומהעולם, וכן ספרות תיאורטית בנושא מצביעים על כך, שלמרות העלייה בשיעור השתתפות הנשים בכוח העבודה, הן עדיין נמצאות בתת ייצוג בעיסוקים שהם גבריים באופן מסורתי וכן במלאכות שהתפתחו מעיסוקים אלה. לפיכך, נשים נמצאות בתת ייצוג במקצוע הרפואה בכלל, ותחומי התמחות מסוימים שנשלטו באופן דומיננטי על ידי גברים לאורך ההיסטוריה, בפרט.

העבודה תתמקד בתפיסת נשים רופאות את תחום ההתמחות כירורגיה, שמוגדר כתחום "גברי" ברפואה ותבדוק מהן מאפייניהן של רופאות כירורגיות, זאת באמצעות סקירת ספרות וסקר עמדות אודות שאלות אלה.

שתי קבוצות גורמים נבחנו במחקר זה כמסבירות כניסת נשים רופאות לתחום ההתמחות כירורגיה בשנים האחרונות. האחת כוללת משתנים ארגוניים סביבתיים:

- תרבות גברית נתפסת בתחום הכירורגיה היוצרת לחץ על נשים בתחום להתאים לסגנון הגברי.
- מודל תפקיד נשי בתחום הכירורגיה: בתחום הכירורגיה קיים מחסור במודל תפקיד נשי אשר היה יכול לתמוך ולסייע לנשים אשר בחרו להתמחות בתחום.
- אפליה חברתית/הטרדה מינית העלולה להשפיע על בחירת נשים את התחום כהתמחות או על עזיבתו.

הקבוצה השנייה כוללת משתנים אישיים:

- מאפיינים ותכונות אישיותיות העשויים להוביל אישה רופאה לבחירה בתחום התמחות כירורגיה על פני תחומי התמחות אחרים.
- קונפליקט נתפס של משפחה - קריירה, הנובע מהדרישות הרבות של הקריירה הרפואית בכלל, וההתמחות בכירורגיה, העומדת כביכול בקונפליקט עם התפיסה הרווחת של תפקיד המין הנשי כרעיה וכאם, בפרט.

המחקר מציג מודל מחקר השוואתי הבוחן את ההבדלים בין שתי הקבוצות- רופאות כירורגיות ורופאות פנימאיות- במאפייני אישיות, קונפליקט נתפס של משפחה קריירה, תפיסת תרבות גברית בתחום הכירורגיה, קיום מודל תפקיד ותרומתו לקליטה במקצוע, ותפיסת אפליה/הטרדה מינית בתחום הכירורגיה ומנסה לבדוק האם קיימים מאפיינים ייחודיים לרופאות כירורגיות.

במחקר השתתפו 51 רופאות, מתוכן 31 רופאות כירורגיות מבתי חולים בארץ ועשרים רופאות פנימאיות (קבוצת ביקורת) מאותם בתי חולים, שענו על אותו שאלון תוך שינויים מתאימים. כל הרופאות שהשתתפו במחקר סיימו התמחותן בין השנים 2000-2005. נתוני המחקר התבססו על שאלון למילוי עצמי שמילאו הנחקרות. במחקר נעשה שימוש ב Sex role analysis של Bem, וברגרסיה לבחינת השפעת המשתנים הבלתי תלויים על המשתנים התלויים.

ממצאי המחקר מצביעים על הבדלים מסוימים בין שתי הקבוצות ומראים קשר בין חלק מהמשתנים הבלתי תלויים לבחירת תחום ההתמחות כירורגיה. הממצאים העיקריים שנמצאו הינם:

- נמצאו מעט הבדלים בין תכונות האישיות של רופאות כירורגיות לבין תכונות האישיות של רופאות פנימאיות: נמצא כי בתכונות נשיות ספציפיות, רופאות ברפואה פנימית נשיות יותר באופן יחסי לרופאות כירורגיות אך לא נמצא כי רופאות כירורגיות שונות באופן מובהק בטיפוס האישייתי שלהן מקבוצת הביקורת.
  - לא נמצאו הבדלים בעוצמת קונפליקט נתפס משפחה קריירה בין שתי הקבוצות.
  - נמצאו הבדלים מובהקים בתפיסת תרבות גברית בתחום הכירורגיה לבין תפיסת תרבות גברית בתחום רפואה פנימית: התרבות הגברית הנתפסת בתחום הכירורגיה נמצאה כחזקה יותר באופן מובהק מהתרבות הגברית הנתפסת בתחום הרפואה הפנימית.
  - נמצאו הבדלים בין שכיחות ומגדר אופייניים של מודלי תפקיד בתחום הכירורגיה לעומת שכיחות ומגדר אופייניים של מודלי תפקיד בתחום רפואה פנימית: בתחום הכירורגיה קיימים פחות מודלי תפקיד נשיים מאשר בתחום הרפואה הפנימית. בנוסף, לרוב הרופאות הכירורגיות אין מודל תפקיד ובמידה וישנו, הוא גברי.
  - נמצאו הבדלים בין תפיסת אפליה/הטרדה מינית בתחום הכירורגיה לבין תפיסת אפליה/הטרדה מינית בתחום רפואה פנימית: בתחום הכירורגיה נמצאה תפיסת אפליה/הטרדה מינית חזקה יותר באופן מובהק מאשר בתחום הרפואה הפנימית.
- ממצאי המחקר מובילים למסקנות בנוגע להבדלים בתפיסת נשים רופאות את תחום הכירורגיה כתחום התמחות המאופיין כגברי, לעומת תחום הרפואה הפנימית המאופיין כנשי באופן יחסי, הן מההיבט האישי והן מההיבט הארגוני: נשים רופאות תופסות את תחום הכירורגיה כ"מועדון גברי" וכבעל מאפיינים שאינם מעודדים כניסת נשים לתחום כמו אפליה/הטרדה מינית ותרבות גברית חזקה.



## פרק 1 - מבוא

### 1.1 רקע כללי

שיעור השתתפות הנשים בכח העבודה גדל בהתמדה בעשורים האחרונים בכל המדינות התעשייתיות ובכלל זה גם בישראל. גידול בתעסוקת הנשים בעולם המערבי הוא נושא המתועד בפירוט בספרות המקצועית, המציינת כי הגידול בשיעור הנשים בשוק העבודה לווה בשנים רבות של מחאה פמיניסטית לשוויון הזדמנויות ושוויון בשכר לעבודה זהה.

בשנות השבעים חל שינוי מהותי ביחסם של מעסיקים להעסקת נשים בשל עליונותן במקצועות ועיסוקים מסוימים. הנחות עבר של מעסיקים בנוגע לפרודוקטיביות, השכלה, ניסיון והיעדרות של נשים השתנו ומעסיקים נטו יותר להעסקת נשים. נשים סגרו את הפער בהשכלה והשתלבו בשוק העבודה ומספרים גדלים של נשים הוסמכו כרופאות (בשנות ה-70 היו לנשים שנרשמו לבתי הספר לרפואה בארה"ב ממוצעי ציונים גבוהים יותר משל הגברים שנרשמו באותם שנים). עליונות הנשים במקצועות מסוימים עזרה לכניסתן למקצוע ותרמה לפמיניזציה של מקצועות ועיסוקים שונים (Reskin, & Roos, 1990).

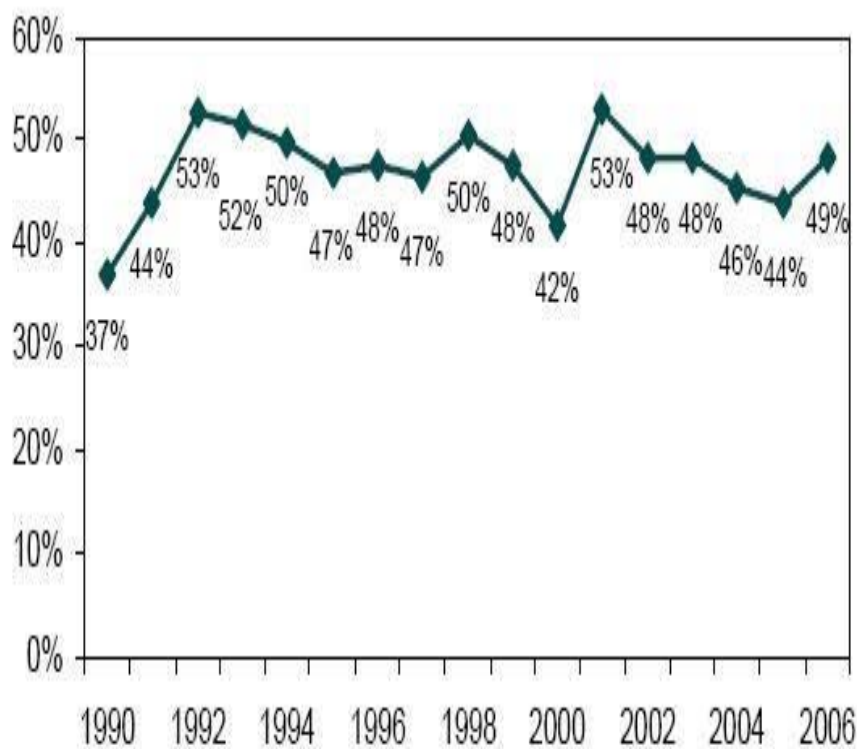
הגידול בפרופורציות הנשים העובדות במשק לא בא לידי ביטוי במידה שווה בכל המקצועות והעיסוקים, ופיזור הנשים בין המקצועות והעיסוקים אינו אחיד. נתונים מהספרות מצביעים על כך, שקיימת הפרדה של עיסוקים על פי מין בכל הרמות של שוק העבודה: מהדרג הנמוך של עובדים לא מיומנים, עד לרמות הגבוהות ביותר של מקצועות. לאורך עשרות שנים התרכזו נשים בעיסוקים פקידותיים, תפקידי רווחה, הוראה או סיעוד שייצגו הרחבה של תפקידיהן הביתיים והמשפחתיים. תיאורטיקנים וחוקרים רבים רואים תופעה זו כקשורה בנורמות חברתיות חזקות הנוגעות לתפקידי עבודה מקובלים עבור גברים ונשים, תלויה בסוציאליזציה לתפקידי מין ובציפיות חברתיות מסורתיות המביאות נשים לבחירת מקצועות הממשיכים את תפקידיהן המסורתיים-חינוך, טיפול ושרות, ומונעות מהן לבחור מקצוע חדשני ו/או מקצוע הנשלט באופן דומיננטי על ידי גברים (ונקי, 1990). סיבה נוספת לפיזור לא אחיד של נשים בין המקצועות והעיסוקים הינה, שנשים רבות מדרגות את הבית בחשיבות ראשונה ומחפשות עבודה שתאפשר גמישות שעות הנוחה לקיום משפחה. אחוז גבוה מהנשים הנשואות אינן מחשיבות את משכורתן כמשכורת הראשית במשק הבית. בנוסף, נשים מעוניינות בגמישות בכל הנוגע לתכנון משפחה (ובכלל זאת האפשרות להפסקת עבודה לחופשת לידה (רגילה או מוארכת) – עניין מהותי במיוחד לרופאות בזמן התמחות.

בעולם, מתרחש גידול גלובלי במספרן של נשים רופאות (מדינת ישראל, נתוני משרד הבריאות, 2006, 1993, Lorber). Kraus (2002) טוענת כי רפואה היוותה בשנות ה-80 מקצוע "גברי" עם פחות מ-30% נשים, ואילו בשנים 1990-1995 הפכה למקצוע "מעורב" שבו יש 69%-30% נשים, עם הבדלים בהתמחויות, בדרגות, ובתפקידי ניהול וייצוג בוועדות. כמו כן צפוי גידול במספר הרופאות בעתיד, לאור העובדה כי כיום 50% מן הסטודנטים לרפואה הן נשים, לעומת 15%-20% מלומדי הרפואה בשנות השבעים (בריאות, 2001; נוצר ובראון, 1995).

גידול זה מתרחש גם בישראל: במנהל הציבור בישראל, שהוא גדול המעסיקים במקצועות רפואיים, רופאות היוו כ- 37% מכלל הרופאים בשנת 1997. מנתוני משרד הבריאות אודות כח אדם במקצועות הבריאות בשנת 1997 עולה כי תחום הרפואה הינו מקצוע הנשלט באופן דומיננטי על ידי גברים. אחוז הנשים מתוך כלל הרופאים המומחים אמנם עלה בהדרגה בין השנים 1990-2004 מ- 26% בשנת 1990 ל- 33% בשנת 2004 אך עדיין אחוז הרופאות המומחיות הוא נמוך באופן יחסי במקצוע הרפואה יחסית לאחוז הגברים המומחים במקצוע. ברמת ההתמחויות קיימת הפרדה נוספת על פי מין וניתן לראות כי אחוז הנשים המומחיות ברפואה אמנם מהווה כמחצית מכלל רופאי המשפחה ורופאי הילדים בסוף שנת 2004, אך הוא נמוך יחסית במקצועות הכירורגיים (משרד הבריאות, 2004). בשנת 2006 נשים היוו 40% מכלל הרופאים בישראל ו- 34% מכלל הרופאים המומחים, זאת בהשוואה ל- 27% בשנת 1995. בקרב המומחים עד גיל 45 חלקן של הנשים גבוה יותר, 47% בהשוואה ל- 30% בשנת 1995. גם בשנת 2006, אחוז הנשים במקצועות הכירורגיה הינו נמוך יחסית (2%-12%), זאת לעומת אחוז גבוה של נשים ברפואת משפחה, ילדים, אונקולוגיה ועוד. לשם השוואה, רופאות מהוות כמחצית מכלל רופאי המשפחה והילדים בסוף שנת 2006 (נתוני כח אדם, משרד הבריאות- ראה דיאגרמה בעמ' 6).

טבלה 1.1- אחוז הנשים מכלל מקבלי הרישיונות ברפואה, 1990-2006

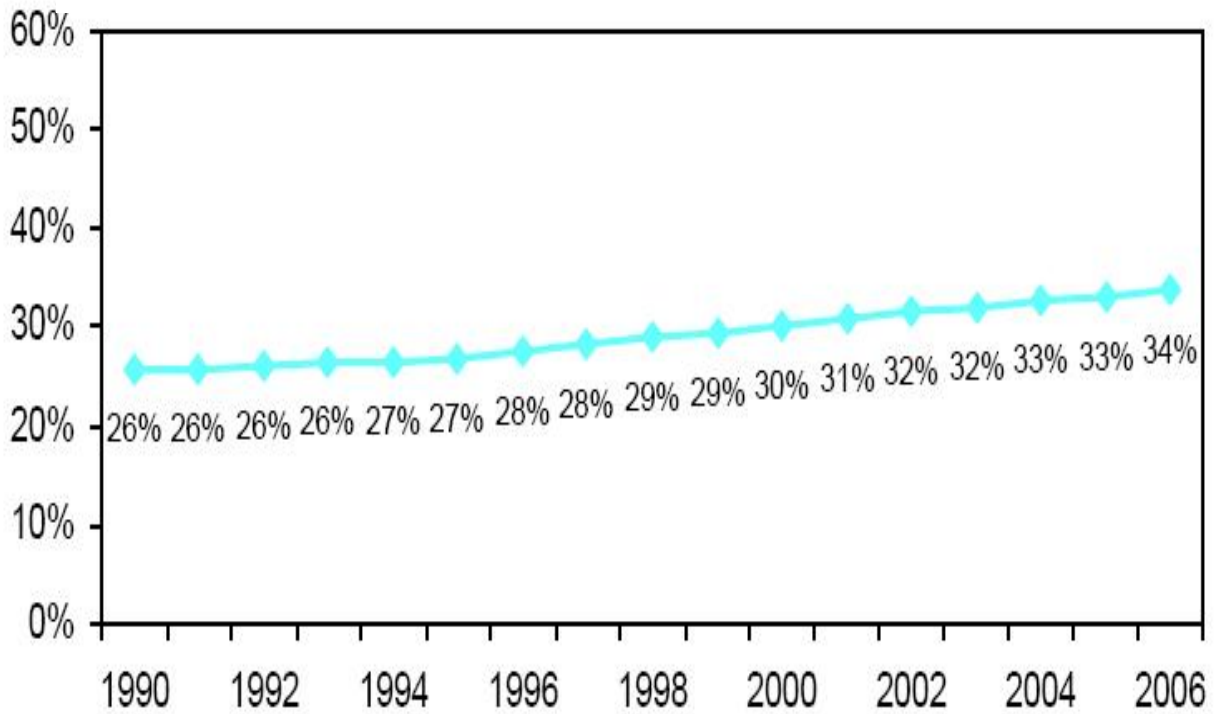
Table 1.1- Percentage of Women among Licensee Doctors 1990-2006



נתוני כח אדם, משרד הבריאות, ישראל, 2006

טבלה 1.2 - אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים 1990-2006

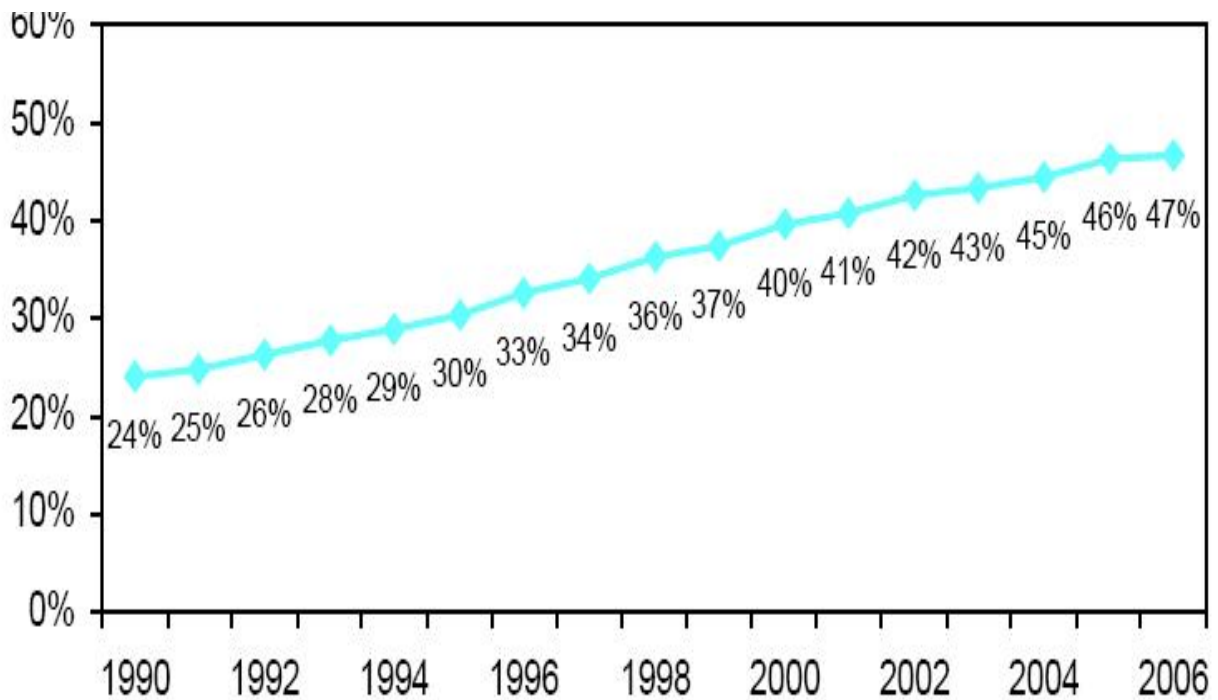
Table 1.2 - Percentage of Women among Experts Doctors 1990-2006



נתוני כח אדם, משרד הבריאות, ישראל, 2006

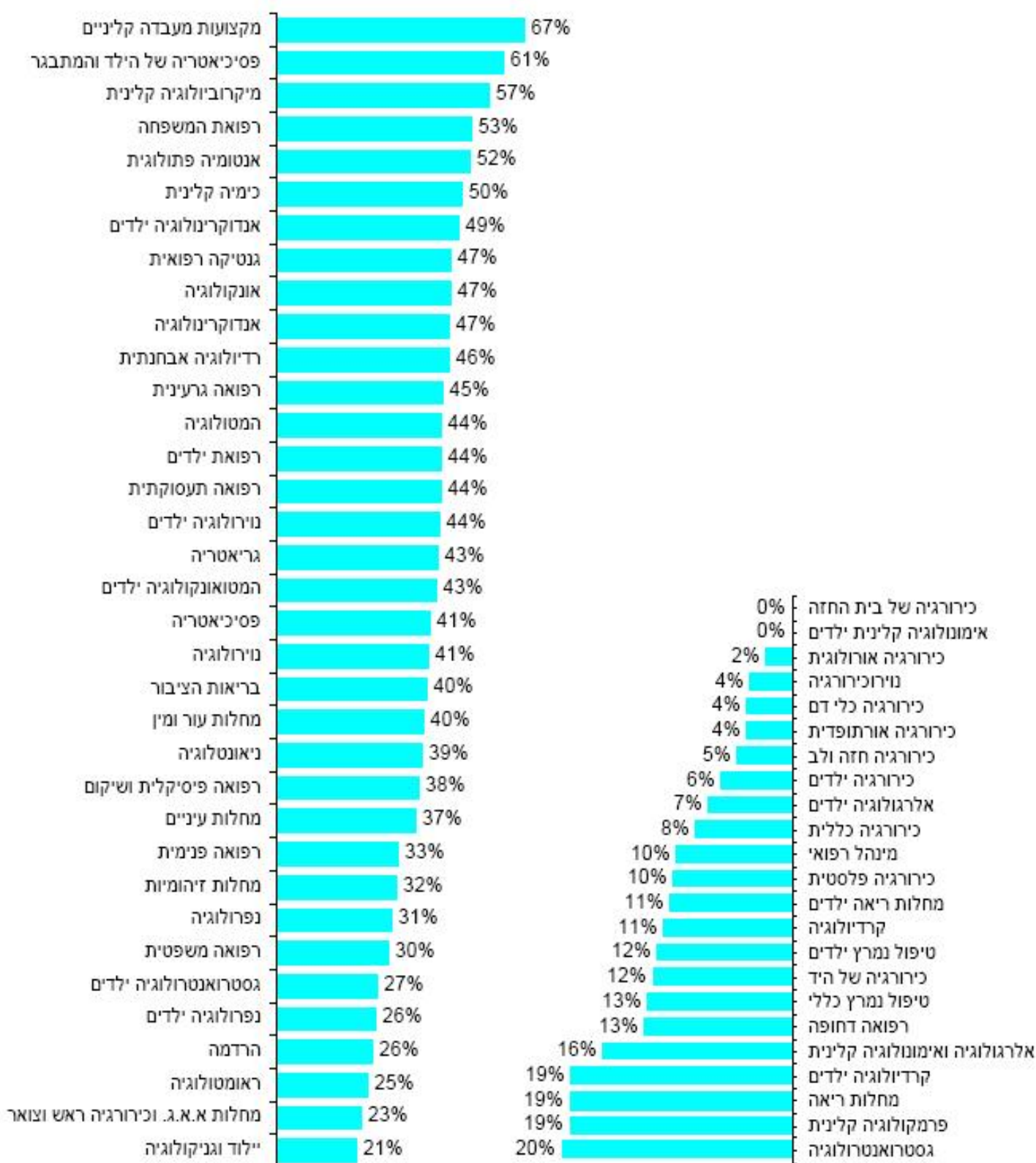
טבלה 1.3 - אחוז הנשים מכלל הרופאים המומחים עד גיל 45, 1990-2006

Table 1.3 - Percentage of Women among Experts Doctors till the age of 45, 1990-2006



נתוני כח אדם, משרד הבריאות, ישראל, 2006

Table 1.4 - Percentage of Women among Experts Doctors by Specialty, 2006



## 1.2 מטרת המחקר ותרומתו

החשיבות המרבית של נושא שוויון ההזדמנויות בעבודה, חשיבות מציאת הדרך להקל על קליטתן של נשים רופאות לתחומי התמחות "גבריים" יותר- לרוב הרווחיים והיוקרתיים יותר- והיותן של נשים משאב אנושי חיוני במילוי הצורך הגדל והולך בכח אדם כירורגי (ובבמיוחד לאור המחסור בכוח אדם רפואי בכלל וכירורגי בפרט)<sup>1</sup>, הם שהביאו אותי לבחון את הגורמים השונים המשפיעים על כניסת נשים רופאות לתחום ההתמחות כירורגיה.

מטרת המחקר הינה לבדוק כיצד תופסות נשים רופאות את תחום ההתמחות כירורגיה. בנוסף ינסה המחקר לבחון את מאפייני אוכלוסיית הרופאות הכירורגיות בישראל. נושא המחקר טרם נחקר בישראל, ומבחינה זו, מחקר זה הינו מחקר חלוצי בישראל.

מחקר זה שונה ממחקרים אחרים בנושא השתתפות נשים במקצועות הרפואה, בכך שהוא בוחן מאפיינים אישיים הקשורים לתהליכים שעוברות נשים בבחירת מקצוע, ומשתנים סביבתיים בהם נתקלת אישה רופאה בבואה לבחור בתחום ההתמחות כירורגיה בישראל. כל אלה מהווים אלמנטים מרכזיים וחיוניים בתהליך הסוציאליזציה של הרופאות הנכנסות לתחום התמחות זה. מאפיינים אלה כוללים תפיסת תרבות גברית כפי שנתפסת על ידי הפרט, הצורך במודל תפקיד, אפליה/הטרדה על בסיס מגדרי וחסמים המהווים מחסום כניסה ומחסום בפני התפתחות וקידום נשים רופאות בתחום. גורמים אלה משפיעים על כניסת נשים רופאות לתחום הכירורגיה ובהמשך על מידת התמדתן והצלחתן בו.

בהיבט התיאורטי- מספר המחקרים בנושא נשים רופאות בתחום הכירורגיה בישראל ובעולם הינו זעום יחסית, שכן שיעור השתתפותן של נשים רופאות בתחום התמחות זה הוא נמוך. המחקר מרחיב את הידע הקיים אודות מאפייני נשים רופאות הבוחרות להתמחות בתחום הכירורגיה שהוא תחום "גברי" ברפואה. בנוסף, מציג המחקר את הקשיים העומדים בפניהן מרגע החלטתן להתמחות בתחום זה, על בסיס תפיסותיהן אודות תחום התמחות זה. בהיבט היישומי- המחקר יספק מידע למוסדות הרפואה וההשכלה בתחום על הקשיים הניצבים בפני נשים רופאות בבחירתן בתחום הכירורגיה.

---

<sup>1</sup> <http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3467503,00.html>  
<http://www.refua.info/siteFiles/1/564/11239.asp>  
<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3562062,00.html>  
<http://www.nrg.co.il/online/43/ART1/708/515.html>

### 1.3 סקירת ספרות המתייחסת לנושא

#### 1.3.1 הפרדה של עיסוקים על פי מין

משנות ה-70 ניתן למצוא בספרות התייחסות הולכת וגוברת לנושא תעסוקת הנשים בכלל ולנושא הפרדה של עיסוקים על ידי מין בפרט. הספרות בנושא זה מצביעה על כך שהגידול בהשתתפות נשים בכח העבודה בעשורים האחרונים לא היה שווה בכל תחומי העיסוק. Izraeli (1982) מגדירה הפרדה תעסוקתית כייצוג לא פרופורציונאלי של אחד המינים בעיסוק, ביחס לפרופורציה של אותו מין בשוק העבודה. בנוסף, מגדירה Izraeli, עיסוקים נשיים - כעיסוקים שלפחות 45% מהמשתתפים בהם הן נשים, עיסוקים גבריים - אלה שבהם יש פחות מ-25% נשים, ועיסוקים לא מופרדים - בהם אחוז הנשים הוא 22%-44% ומפרטת שבישראל 75% מכח העבודה הנשי מועסק בעיסוקים נשיים, 78.9% מהגברים מועסקים במקצועות גבריים ורק 13.1% מבני כל מין, עובדים בעיסוקים המוגדרים כעיסוק של שני המין השני (נשים במקצועות גבריים ולהיפך). מהסתכלות בנתוני משרד הבריאות בישראל אודות כח אדם ברפואה ניתן לראות שהפרופורציה של נשים מומחיות ברפואה בשנת 2006 עמדה על 34% אך מתוכן אחוז נמוך מאוד בחר להתמחות בתת ההתמחויות בכירורגיה<sup>2</sup>: 12% בכירורגיה של היד, 10% בכירורגיה פלסטית, 8% בכירורגיה כללית, 6% בכירורגיה ילדים, 4% בכירורגיה כלי דם, ו-1% בנוירו כירורגיה (משרד הבריאות, 2006).

Reskin & Padavic (1994) הגדירו הפרדה מינית של עיסוקים כריכוז של גברים או נשים בעיסוקים שונים, תפקידים שונים ו/או מקומות עבודה שונים. בקבוצות חברתיות לא שוות משמעותה של הפרדה זו היא חוסר שוויון, קרי: הפרדת קבוצות חברתיות למקומות עבודה שונים ו/או תפקידים שונים הופך את הנוהג לנהוג בהם בחוסר שוויון לפשוט יותר ולמקובל בחברה. הפרדת עיסוקים בחברה תורמת להבדלי מעמד, הכנסה ויוקרה ומגדילה את הפער בין המינים. פערים אלה מהדהדים בחברה ותורמים להפחתת כוחן של נשים בעיסוקים מסוימים בהן הן מרוכזות. Reskin & Padavic (1994) משתמשות בתיאוריות שונות להסברת הסיבות להפרדת עיסוקים על פי מין: תאוריית ההון האנושי, תאוריית החברות והסבר המתבסס על "בחירות והזדמנויות":

- תאוריית ההון האנושי מניחה שהעדפה הראשונה של נשים היא לעסוק בגידול וטיפול משפחתי, דבר המרמז על כך שהן תגבלנה את הזמן המוקדש לעבודתן. בהתחשב בכך שזו הנחת היסוד, תיאורטיקנים של תיאוריה זו הסבירו שנשים תעדפנה לעסוק במקצועות הנוחים ליכניסה מחדש (בשל מחויבויות הקשורות למשפחה) ומצריכים כישורים שלא מחלידים כשנשים נמצאות בבית ועוסקות בגידול ילדיהן. לפיכך, נשים תשקענה פחות זמן בהשכלתן, הכשרתן וברכישת ניסיון כי הן פחות מסופחות לכח העבודה ולכן פחות מתאימות לתפקידים מסורתיים גבריים. לפי תיאוריה זו נשים תעדפנה לחסוך את האנרגיה הכרוכה בפיתוח כישורים לתפקידים מסורתיים גבריים ולהפנות אותה לטיפול משפחתי. אם כן, גישה זו מסיקה שנשים בחרו לעסוק בעיסוקים מסוימים כיוון שזו הבחירה הרציונאלית לעשות בהתחשב בדרישות משפחותיהן. תיאוריה זו לא מצליחה להסביר מחויבותן של נשים לעיסוקיהן בעיסוקים גבריים.

<sup>2</sup> % מתמחות נשים מסך כל הרופאים לפי מומחיות (נתוני כח אדם לשנת 2006 - משרד הבריאות), ר' טבלה מס' 1.4.

- תאוריית החיברות מסבירה שהבדלים בחברות בין נשים וגברים תרמו להפרדה של עיסוקים על ידי כך שעודדו נשים וגברים לעסוק בעיסוקים שונים. תהליך חברות יכול ליצור העדפה של כל מין לסוגים שונים של עיסוקים, לעודד העדפה לעבוד עם בני אותו המין וללמד כל מין את הכישורים הנדרשים לעיסוקים המאפיינים של קבוצתו. מאפיינים מגדריים ניתן למצוא בכל מקום, החל מהספרות ועד למדיה, כך שקל לדמיין כיצד נשים וגברים עלולים לפתח העדפה לעיסוק מסוים. אולם תיאוריה זו לא מצליחה להסביר את התמורות שחלו החלו משנות ה-70 בהעדפתן עיסוקים גבריים על ידי נשים.

- בחירות והזדמנויות- הבדלים בין המינים בבחירת עיסוקים מוסברים על ידי כך שנשים בוחרות באופן חופשי בחירות עיסוק מסורתיות. בחירות עיסוק אלה אינן עקביות לידע הנצבר במחקר אודות כניסת עובדים לתפקידים. כלומר, אם באופן מסורתי עיסוקים מסוימים לא אפשרו לנשים לשלב בקלות עבודה ומשפחה, הן בחרו עיסוקים אחרים, מבין האפשרויות הטובות ביותר שהוצעו להן שאפשרו להן לשלב בין משפחה ועבודה. לסיכום: נשים, כמו גברים, מבצעות בחירה של עיסוקים מתוך סך כל האפשרויות הטובות ביותר הפתוחות עבורן. ניתן, אם כן, להסביר כניסת נשים לתחומי עיסוק גבריים על ידי תמורות חברתיות שהרחיבו את מגוון האפשרויות הפתוחות לבחירה עבור נשים.

Gjerberg (2001), משתמשת גם היא בתיאוריית החברות ובתיאוריית ההון האנושי להסברת העדפות קריירה של הפרט בהקשר לתחום הרפואה: על פי תיאוריית ההון האנושי, יחידים מבססים החלטות הנוגעות להשקעה לטווח ארוך בחינוך ובבחירת קריירה תוך התבססות על החלטות הגיוניות הנוגעות לרווחים עתידיים, לדוג': בחירות קריירה של נשים תשקפנה את רצונן לאזן בין תפקידיהן בבית ובעולם המקצועי. כך, תת ייצוג של נשים רופאות ברוב ההתמחויות בבתי החולים משקפת את חוסר ביטחונן של נשים בתשובה לשאלה- האם הנסיבות הקשורות לביתן ולמשפחותיהן הולמות קריירה ברפואת בית חולים. על פי תיאוריית החברות, העדפות מגדריות ספציפיות ותכונות אישיות מתפתחות באמצעות סוציאליזציה, לדוג': נשים, באופן טבעי, אמורות להיות בעלות כישורים ל"עבודה רגשית". כך, היחס הגבוה של נשים בפסיכיאטריה, גניקולוגיה, ורפואת ילדים משקף את הייחוס המגדרי של נשים רופאות לכישוריהן ולתחומי עניינן.

דוגמא להפרדת עיסוקים על פי מין ניתן למצוא במחקר שנערך בקנדה אודות השפעת מגדר על בחירת תחום הכירורגיה כקריירה שהראה שנשים רופאות מרוכזות ברמות הנמוכות של ההיררכיה ברפואה ובעיסוקים בהם המין השולט הוא נשים, קרי: רפואת ילדים, פסיכיאטריה ורפואת משפחה. בעיסוקים גבריים מסורתיים (כירורגיה) שיעור הנשים מתפרס מ- 4% בכירורגיה אורתופדית ועד 18% בכירורגיה כללית (Baxter, Cohen, McLeod, 1996).

Reskin & Roos (1990) טענו, שלנשים תורים בכניסה למקצועות המושפעים מגורמים שונים הנובעים מהיצע וביקוש ומשינויים חברתיים. לפיכך, אחד ההסברים לכניסת נשים רופאות למקצועות גבריים הוא קיצור בתורים של נשים למקצועות אלה בעקבות ירידה בכניסת גברים

לתחומים אלה<sup>3</sup>. מחקרה של Gjerberg (2001) אודות נשים רופאות בנורבגיה, מדגים תופעה זו היטב: בשל חוסר שביעות רצון מתנאי שכר ותנאי עבודה של רופאים כירורגים בנורבגיה שנוצר בסוף שנות השמונים ותחילת שנות ה-90 של המאה ה-20, שיעורי נשים רופאות עלו בתחום הכירורגיה הודות לקיצור התורים שלהן למשרות אלה בבתי החולים הנורבגיים, משרות שהיו תפוסות עד אז, על ידי גברים.

### 1.3.2 נשים ברפואה

תפקידן של נשים ברפואה עבר תמורות רבות מהמאה ה-19 בה הוסמכה הארייט האנט, הרופאה הראשונה, בארה"ב. קפיצת מדרגה נוספת ארעה בשנות השבעים של המאה העשרים עם עליית התנועה הפמיניסטית. מבט בנתונים הדמוגרפים של תחום הרפואה ממחיש את שהתרחש: בשנת 1972, בארה"ב, רק 9% מהבוגרים בביה"ס לרפואה היו נשים. בשנת 1992 36% מהבוגרות היו נשים. בשנת 1992 מספר הסטודנטיות בשנה הראשונה בלימודי רפואה הגיע ל-42%, כשיותר ויותר נשים חוצות את החסמים המסורתיים ומעוניינות לפתח קריירות מקצועיות בתחום (Lillemoe, Ahrendt, Yeo, Herlong, 1994).

בשלושים השנה האחרונות החלוק הלבן הפך נגיש יותר עבור מספרים הולכים וגדלים של נשים המעוניינות בקריירה ברפואה. מצפים שלקראת שנת 2010 מעל שליש מהרופאים המוסמכים תהיינה נשים. כיום, 84% מהרופאות מרוצות באופן כללי מבחירתן במקצוע, אך לעומתן כמעט שליש טוענות שלא היו בוחרות בקריירה במקצוע אילולא ניתנה להן אפשרות הבחירה מחדש (Elgart-Palk, 2000). רפואה דורשת פשרות במיוחד בחיים האישיים, והאינטנסיביות של המקצוע משפיעה באופן דומה על שני המינים. אך חשוב לציין שהקונפליקטים הנובעים מהמתח שבין התפקיד ההורי והחיים המקצועיים איננו הגורם העיקרי לחוסר שביעות רצון מהמקצוע (Elgart-Palk, 2000).

מאז שנשים החלו לעסוק בתחום הרפואה בהתמחויות השונות ובאקדמיה, ניתן למצוא מספרים הולכים וגדלים של נשים בשתי הזירות. ועדיין, נשים נמצאות בתת ייצוג בתחומים מסוימים ובעמדות בכירות, לדוגמה: מספר הנשים הממלאות תפקיד של פרופסור מן המניין הוא קטן בחצי ממספר הגברים הממלאים את אותו התפקיד וזאת למרות השוויון המגדרי בעת כניסתם למוסדות ההשכלה הגבוהה (Elgart-Palk, 2000).

במהלך שנות השבעים, עלייתן של תנועות פמיניסטיות ופעולות חיוביות בתחום יצרו אווירה מקדמת עבור נשים שרצו להיכנס לתחום הרפואה. למרות ההתקדמות הרבה, עדיין קיימות בעיות בהקשר של נשים ברפואה: הפער בהכנסתן של נשים רופאות עדיין קיים והן נמצאות בתת ייצוג במחקר ובעמדות מפתח בתחום. עדיין ניתן לשמוע דעות קדומות מהעוסקים בתחום וממטופלים הגורסות

<sup>3</sup> מנסור בכירורגים:

<http://www.refua.info/siteFiles/1/564/11239.asp>  
<http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-3562062,00.html>  
<http://www.nrg.co.il/online/43/ART1/708/515.html>



שלנשים חסרות היכולות הפיזיות והנפשיות להצליח בתחום הרפואה. רבים המעסיקים המתייחסים לתקופת ההיריון של מתמחה כ"סיכון" בהעסקתה. מחקרם של Riska & Wegar (1993) מצא שמשרותיהן של נשים רופאות הן בדרך כלל משרות עם שכר קבוע וללא עצמאות: לרופאות יחסית מעט אוטונומיה בתפקיד, התפקיד מכיל עבודה שגרתית, והרופאות מקבלות שכר נמוך ונמצאות במעמד נמוך בהיררכיה הרפואית. Riska & Wegar (1993) טענו, שתופעה זו יוצרת "גטאות" נשים בתוך מקצוע הרפואה.

### 1.3.3. כניסת נשים לתחום הכירורגיה

ההחלטה להתמחות בתחום מסוים ברפואה מושפעת ממגוון גורמים וביניהם התנסות כסטודנט לרפואה, רמת ביצוע בתחומי ההתמחות, ערכים, מגדר ועניין. הגורמים המשמעותיים בבחירת התמחות הם רבים, ומביניהם אישיות ממשוכה להיות מדורגת גבוה כאחד המשתנים המשפיעים ביותר על בחירת תחום התמחות על ידי הסטודנטים. מחקרים שונים אף הציעו כי ניתן להבדיל בין רופאים/רופאות על ידי תבניות של בחירת התמחות רפואית (Borges & Gibson, 2005).

תחום הכירורגיה ברפואה מאופיין בספרות כ"מועדון גברי", כתחום הנשלט על ידי גברים (Lillemoe et al., 1994). רוב המחקרים אודות נשים רופאות שבחרו להתמחות בתחום הכירורגיה נערכו בארה"ב החל משנת 1970 ועד היום. בשנת 1992, 42% מהסטודנטיות בשנת הלימודים הראשונה בלימודי רפואה בארה"ב היו נשים. למרות המספרים הגדלים של נשים המתעניינות ברפואה, נשים נשארו בתת ייצוג בתחום הכירורגיה ובתת ההתמחויות בתחום זה. בשנת 1992 רק 16% מהסטודנטיות בחרו להתמחות בתחום הכירורגיה והסיבות המופיעות במחקר לפערים המגדריים בין נשים וגברים בשיעורי הכניסה לתחום הן מגוונות: שיקולים הקשורים לגידול ילדים ומשפחה, אורך ההתמחות, שעות עבודה מוגזמות, וההקפדה על הכשרה ותרגול, מילאו תפקיד משמעותי בהרחקת נשים מתחום הכירורגיה. אמנם זו עובדה המוזכרת לעיתים רחוקות, אך גם סביבת הלימוד וההתמחות הכירורגית, גורמת לנשים להרגיש לא נוח בה: המנטאליות בתחום, הטרדה מינית שחוו חלק מהמתמחות, מרחיקים אותן מהתחום. בנוסף, נשים שחוו הטרדה מינית או חשו בעליונות גברית במהלך ההתמחות, עלולות לפתח תפיסה עוינת כלפי הסביבה הכירורגית ותעדפנה לבחור בתחום התמחות ללא מקורות סיכון (Lillemoe et al., 1994).

במחקר שערכו Lillemoe et al (1994) נמצא כי נשים הבוחרות בתחום ההתמחות כירורגיה שונות מנשים שבחרו בתחומי התמחות אחרים. נשים שהתמחו בכירורגיה, לא הרגישו צורך להתמחות בתחום בו מספר הנשים המתמחות הוא רב. בישראל, ניתן לראות כי שיעור כניסת הנשים לרפואה בכלל ולתחום ההתמחות כירורגיה, בפרט עולה בהתמדה בעשורים האחרונים (ראה דיאגרמה בעמ' 4-6).

#### 1.3.4 חסמים

מחקרים קודמים הראו כי קיימים מגוון חסמים בדרכן של נשים מהצלחה בקריירה, לדוג': מחויבויות הקשורות למשפחה או גידול ילדים המתרחשות בשנים הקריטיות לטיפוח קריירה, מחסור בחונך, מחסור במודלי תפקיד נשיים, סטטוס המיעוט הנשי בעיסוקים מסוימים, הדרה מרשתות חברתיות בתחומי עיסוק שונים, ריכוזן בתכניות לימוד מסוימות וסטריאוטיפים מגדריים כנגד נשים בתחומי עיסוק מסוימים. Toren (2000) מסווגת את החסמים השונים לשלוש קטגוריות רחבות: סטריאוטיפים תרבותיים, מאפיינים מבניים ותבניות התנהגות. Toren (2000) רואה גורמים אלה כסדרת משוכות וטוענת שמסלול הקריירה של נשים הוא מסלול משוכות. תפיסה זו מתבססת על כמה היבטים: ראשית, משוכות הן גורם הנשנה במסלולי קריירה של נשים. מסלול המשוכות מאופיין על ידי סדרת אירועים איתם מתמודדות נשים לאורך מסלול הקריירה שלהן. שנית, כפי שהוזכר קודם לכן, ניתן לסווג משוכות לסוגים שונים:

- אילוצים מבניים חברתיים: מחויבויות משפחתיות, נהלים ותרגולות ארגוניות שמרנים ידיהן של נשים ובני מיעוטים.
- אילוצים תרבותיים: סטריאוטיפים מגדריים הנוגעים לנשים ולתחומי עיסוק מסוימים, וערכי משפחה המדגישים את חשיבות הנישואין והאימהות.
- חסמים פסיכולוגיים ואינטראקציונליים כמו הערכה עצמית נמוכה, תחושת חוסר ביטחון או אי הלימה שנרכשו על ידי תהליכי סוציאליזציה והשתמרו על ידי חוסר תמיכה של מורים, עמיתים וגורמים בכירים בתחום והדרה מרשתות (חברתיות) של עמיתיהן לעבודה.

שלישית, המשוכות קשורות בתלות גומלין.

לטענתה של Toren (2000), גישה זו מספקת תפיסה דינמית של מסלולי הקריירה של נשים. כלומר, ההשפעה של סוגי משוכות שונים משתנה לאורך הזמן תוך שילוב עם מעגל חיי הפרט ועם נסיבות והתפתחויות חברתיות היסטוריות נרחבות יותר.

בהקשר זה, טוענת Gjerberg (2001) במחקרה אודות נשים רופאות בנורבגיה, כי אילוצים אינדיבידואליים הקשורים למשפחה, לא יכולים להסביר לגמרי מדוע נשים רופאות לא בחרו עד שנות ה-70 של המאה העשרים בהתמחויות יוקרתיות במערכת הבריאות המתרחבת בנורבגיה (נשים כן בחרו התמחויות אחרות כמו גניקולוגיה שהיא לא פחות תובעניות מכירורגיה). החוקרת טוענת שקיימים הסברים נוספים לחסמים העומדים בפני נשים רופאות בתחום הכירורגיה וביניהן אסטרטגיות החרגה גבריות כלפי נשים בתחום הכירורגיה (הופיעו באופן נרחב בשנות השבעים של המאה העשרים). במחקרה, ציינה Gjerberg (2001), שנשים רופאות שהתמחו בכירורגיה דיווחו על מנהגי הדרה גבריים מגוונים בתחום בהן נתקלו בדרכן להשלמת הכשרתן: חוסר בהזדמנויות לקבלת כמות ראויה ומספקת של ניסיון מעשי בכירורגיה, חוסר התחשבות במתמחות בעת קביעת פגישות, קבלת ייעוץ לוקה בחסר מחונכיהן, השמתן ללעג ולשחוק, וכד'. יותר מ-77% מהנשים שהשתתפו במחקרה, טענו שהיה להן קשה לשלב לימודי התמחות עם משפחה (לעומת 1/3 מהגברים

שהשתתפו במחקר). בנוסף לכך, החוקרת מתארת מנגנוני סגירה מערכתיים ברפואה בנורבגיה כמו מחסור במקומות הכשרה לרפואה ומחסור במשרות.

#### 1.4 סקירת ספרות על משתני המחקר

המחקר הינו מחקר השוואתי בין רופאות שבחרו להתמחות בתחום התמחות גברי- רופאות כירורגיות, לבין רופאות שבחרו להתמחות בתחום התמחות בו אחוז הנשים גבוה (33% נשים מומחיות בשנת 2006, נתוני כח אדם בישראל, משרד הבריאות) רפואה פנימית.

##### 1.4.1 משתנים בלתי תלויים

###### מאפיינים אישיים ותכונות אישיות

מחקר שערכו Frank, Brownstein, Ephgrave & Neumayer (1998) אודות מאפיינים של נשים כירורגיות בארה"ב הראה שנשים כירורגיות הן ברובן צעירות, לבנות וסביר להניח שתהיינה רווקות, וללא ילדים. אחד ההסברים לכך יכול להיות שתקופת ההכשרה הארוכה חופפת לשנים בהן נשים אמורות לטפח משפחה. הסבר נוסף עשוי להיות העדפת עניין מקצועי על עניין במשפחה (שיעור הגירושין בקרב נשים אלה לא יהיה שונה משיעור הגירושין בקרב נשים רופאות אחרות) ותוך ביצוע בחירה מודעת בין קריירה למשפחה ו/או מכורח אי הגמישות בתחום הכירורגיה. באשר לתהליך הכשרתן של נשים כירורגיות המחקר מציין כי נשים אלה תשהינה יותר שעות במוסדות ההשכלה וההכשרה מאשר נשים רופאות אחרות ותהליך הכשרתן יהיה ארוך יותר. נשים כירורגיות שרואיינו במחקר מציינות שהן עובדות יותר שעות ומבצעות יותר תורניות מנשים רופאות אחרות ובאופן יחסי, מרוויחות יותר. למרות שעות העבודה הרבות והמתח הרב שנשים אלה חוות, הן לא מרגישות שהן עובדות יותר מדי שעות, חוות מתח רב מדי או שאין להן שליטה על חייהן. שביעות הרצון בקרב נשים אלה דומה לשביעות הרצון של נשים רופאות מתחומי התמחות אחרים.

McGreevy & Wiebe (2002), ערכו מחקר אודות האישיות הכירורגית ומצאו שבהשוואה לרופאים בתחומים אחרים, כירורגים/יות נוטים להיות רגועים, בעלי מזג נוח, בעלי יכולת להירגע ולהתמודד עם מצבים מלחיצים. המחקר מראה שנשים כירורגיות מאופיינות בתכונות: פתיחות, מוחצנות, נעימות ומצפוניות.

Stratton, Witzke, Elam, Cheever (2005) מציינים במחקרם אודות העדפת תחומי התמחות בקרב סטודנטים לרפואה שתחום הכירורגיה מקושר עם טיפוס אישיותי המאופיין כהחלטי, אגרסיבי, כפייתי, פרפקציוניסט, ועובד קשה.

Frank, Brownstein, Ephgrave, Neumayer (1998) מצאו שנשים כירורגיות דומות לגברים בתכונות אישיות מסוימות, לדוג': מצב סוציו אקונומי משפחתי גבוה, אוריינטציה קריירה חזקה, יכולת להתמודד עם מצבים רגשיים כמעט ללא מתח, בטחון עצמי באשר לבחירתן בתחום ונכונות להקריב חיים אישיים ומשפחתיים.

Borges & Gibson (2005) מתארים שני טיפוסים אישיות הרווחים אצל רופאים/ות: Person-oriented ו-Technique-oriented. מתואר כרופא בעל טיפוס אישיותי

המתאפיין כבעל אוריינטציה לחולה כולו בעוד ש-Technique-oriented מתואר כרופא בעל טיפוס אישיותי המתמקד באזור מסוים בגוף ומפתח כישורים טכניים מסוימים. המחקר מבדיל בין ההתמחויות השונות ומסווג התמחויות לשני הטיפוסים. לפיכך, התמחויות המסווגות כ- Person-oriented כוללות את התחומים הבאים: רפואה פנימית, רפואת ילדים ופסיכיאטריה. התמחויות המסווגות כ- Technique-oriented כוללות את התחומים הבאים: כירורגיה, הרדמה, ורפואת חירום. לפיכך, סביר להניח שמתמחים שפחות נוה להם לעבוד עם אנשים יבחרו בתחום התמחות המסווגת ב- Technique-oriented. המחקר מבדיל בין נשים וגברים שהם Technique-oriented: נשים שהן Technique-oriented יאופיינו כבעלות ציונים גבוהים בסקלה של שינוי (גמישות, הססניות, לא צפויות באופן יחסי לגברים), מוחצנות (מובחנות, הבעתיות, הפגנתיות, דרמטיות), אימפולסיביות (ספונטאניות, בעלות חשיבה מהירה, חסרות סבלנות, אימפולסיביות, נוטות להתרגשות יתר), טיפוח (סימפטיות, עוזרות, נדיבות, דואגות, תומכות) רגישות (רגישות, מודעות, רגישות ופתוחות להתנסות), ובנוסף אופיינו כעצמאיות ובטוחות בעצמן.

במחקר אחר, העוסק בנושא המגדרי בתחום הכירורגיה, נשים כירורגיות מתוארות כנוטות להיות מטפחות, דואגות וכקואופרטיביות בניגוד לגברים כירורגים שנוטים להיות יותר עצמאיים, והיררכיים (Cassell, 1997). מחקרים שונים שנערכו בתחום הכירורגיה אף הראו כי לנשים רופאות נטייה להתאבדות ולדיכאון בשל הלחץ הגדול המופעל עליהן בתקופות ההתמחות ובמהלך הקריירה (Rhoda, 2005).

Buddeberg-Fischer, Klaghofer, Abel & Buddeberg (2003) מצאו במחקרם אודות תרומת מגדר ותכונות אישיות לתכנון קריירה כי נשים רופאות נוטות לקבל דירוגים גבוהים על משתנים אקספרסיביים-שתופיים נחשקים חברתית ובכללם התכונות: תועלתניות, מודעות למערכות יחסים ואמפתיה. נשים רופאות דורגו גבוה גם על משתנים חוץ מקצועיים כמו דאגה למשפחתן, שעות עבודה נוחות, ובטחון תעסוקתי. לעומתן דורגו גברים באופן משמעותי על משתנים המתארים אינסטרומנטליות-מניעות כמו עצמאות, החלטיות, ביטחון עצמי, הנעת קריירה חיצונית (רצון בקידום, הכנסה וכד').

### **השערה מס' 1:**

**קיים הבדל בין תכונות האישיות של רופאות כירורגיות ורופאות פנימאיות: נצפה למצוא יותר תכונות גבריות בקרב רופאות כירורגיות ויותר תכונות נשיות/ניטרליות אצל רופאות פנימאיות.**

### קונפליקט נתפס של משפחה-קריירה

היחסים בין משפחה ועבודה השתנו באופן ניכר במהלך השנים. השינוי המהותי הראשון התרחש עם עליית הקפיטליזם והמהפכה התעשייתית, אשר שינו את הייצור מייצור ביתי לייצור המוני במפעלים ובבתי החרושת. בחמישים השנים האחרונות אנו עדים לשינוי מהותי נוסף: עליית שיעור השתתפותן של נשים בשוק העבודה. כיום, נשים נשואות רבות עובדות בשכר בנוסף לעבודותיהן המסורתיות בבית. שילוב עבודה בשכר ועבודה בבית הכוללת טיפול במשפחה מהווה קושי רב עבור נשים (Reskin & Padavic, 1994).

משחר ילדותה לומדת האישה כי משימתה העיקרית בחיים היא להינשא ולהקים משפחה. העידוד לעבוד מחוץ לבית בא במקביל להכוונה לבחור באותם תחומים בהם הסיכוי שיתנגשו בתפקידה הביתי הוא מזערי (יזרעאלי, 1982).

רב הנשים הנשואות משתתפות בפרנסת המשפחה, אך הגברים, לרוב, לא ממהרים לחלוק עימן את האחריות לנושא הביתי. למרות שהן נהנות מהסטטוס, הסיפוק והכוח שעבודה בשכר מקנה להן, הן חוות גם לחץ של התמודדות עם כפילות תפקידית (Reskin & Padavic, 1994). במחקר שנערך אודות הבדלי מגדר אצל מתמחים בתחום ההתמחות כירורגיה כללית נמצא כי המתמחות עבדו פחות שעות, יחסית לעמיתיהן הגברים, והסיבה היחידה שציינו נשים אלה הייתה דרישות אישיות משפחתיות מביתן (Yutzie, Shellito, Helmer & Chang, 2005).

סוציאליזציה של תפקידי מין, יוצרת דילמה מעשית ופסיכולוגית אצל האישה. הקונטקסט החברתי של הציפיות אשר באופן מסורתי רואות את האישה קודם כל בתפקיד המשפחתי מוסיף לחץ. לכן שילוב של קריירה ומשפחה קשה יותר לנשים מאשר לגברים. נשים נמצאות בסיטואציה לא ברורה ומקבלות מסרים סותרים מהחברה, החברה מצפה מהן למלא שתי מערכות של ציפיות ומעמידה אותן במצב מתסכל אשר גורם לשחיקתן (Etzion & Baylin, 1993). אלו הבחורות בקריירה משלמות בדרך כלל מחיר כבד על הצלחתן. הן נכנסות למלכוד תוך ניסיון למלא הן את תפקידן בעבודה והן את תפקידן המשפחתי. רבות מהן חיות בתחושת אשם על שהן עסוקות בקידום עצמן על חשבון משפחתן, ובנוסף נמצאות תחת הלחץ להוכיח כי אינן נופלות מעמיתיהן הגברים (יזרעאלי, 1982).

מיעוט הרופאות הפונה לתחום ההתמחות כירורגיה נובע מתרבות המזוהה כבעלת אידיאולוגיה פרופסיונאלית גברית. דגש רב מושם על הישגיות והצלחה בשלבים המוקדמים של הקריירה, כשהאנשים עדיין צעירים. שלב זה של הקריירה מקביל לשעון הביולוגי של תחילת המשפחה (Frank, Etzion & baylin, 1993, Brownstein, Ephgrave & Neumayer, 1998). על כן, קיים לחץ עצום להצלחה מהירה ואמונה רווחת כי נישואין והורות מעכבים את סיכויי הקידום בקריירה ומביא לקונפליקט רב בין הקריירה והמשפחה. מחקרם של Yutzie, Shellito, Helmer, & Chang (2005) שבדק הבדלי מגדר אצל מתמחים בתחום ההתמחות כירורגיה כללית מראה שרופאות נשים מאמינות שעליהן לשאת יותר מהנטל של גידול הילדים והמשפחה במהלך תקופת התמחותן, דבר

המאתגר עוד יותר את ניסיון לאזן בין העבודה לבית. Buddeberg-Fischer, Klagbofer, Abel & Buddeberg (2003) מצאו כי נשים מעוניינות להשלים התמחותן ברפואה כמה שיותר מהר והן נוטות לבחור בהתמחות שתאפשר תכנון משפחה, לפיכך- נשים מתאימות את תבניות הקריירה לתכנון משפחה ובחירותיהן מושפעות ממוסכמות מגדריות. בנוסף נמצא כי נשים בוחרות בתחומי התמחות המאופיינים במעט מכשולים/חסמים, בתחומי התמחות שיאפשרו להן שליטה בחייהן, בתחומי התמחות ממוקדי חולה המאופיינים על ידי קשר בין מטופל למטפל.

Hakim (2000) טוענת כי בחירותיהן והעדפותיהן של נשים בהקשר של קונפליקט בין משפחה לקריירה הן הטרוגניות, והטרוגניות זו הפכה בולטת מאוד במאה ה-21 בעקבות שינויים שונים שחלו בחברה (שליטה על ילודה, הזדמנויות שוות, יצירת משרות חלקיות ועוד). Hakim (2000) מתארת שלושה טיפוסים שנוצרו כתגובה לבחירה בין חיים שבמוקדם משפחה לבין חיים שבמוקדם קריירה: "ממוקדות בית", "אדפטיביות", "ממוקדות עבודה". לטענת החוקרת, לאחר שבוצעה הבחירה בין משפחה לקריירה, יותאמו אליה תבניות התעסוקה וההיסטוריה התעסוקתית.

קושי נוסף העומד בפני נשים רופאות בבחירתן את תחום הכירורגיה כהתמחות הוא התדמית הגברית של תחום זה אשר גורמת תחושה של חוסר התאמה עם תחושת הנשיות. נשים אלה נמצאות בדילמה אמיתית לגבי תפקידן הנשי. נמצא כי נשים רופאות, בתקופת התמחותן בכירורגיה כללית, חשות שהן מבודדות מקצועית מקבוצת השווים להן, דבר המקשה עוד יותר על ניסיון לאזן בין העבודה לבית (Yutzie, Shellito, Helmer & Chang, 2005).

בישראל, דרושים חוקי ממשלה התומכים בגידול משפחה ובמדיניות שווה לנשים להקלה על הצד הפרקטי של קונפליקט משפחה קריירה וכפועל יוצא מכך, על השתתפות נשים במקצועות הפרופסיונאליים. תמיכה זו אינה מספיקה כל עוד חוקי המשחק במקום העבודה לא משתנים וכל עוד תחום המשפחה נשאר בעיקר בבעלות האישה ולא מתחלק בצורה שווה עם הגבר (Etzion & baylin, 1993). מחקרים של Colletti, Mulholland & Sonnad (2002) אודות מכשולים נתפסים בפני הצלחת קריירה של נשים בכירורגיה הראה כי נשים מקדישות כמעט פי שניים זמן להורות (יחסית לגברים שהשתתפו במחקר) וכן, שסביר להניח שנשים תעדרנה מפעילויות בעבודה בשל מחויבויות משפחתיות. נשים אלה האמינו שבשל מחויבויותיהן המשפחתיות, קשה להן לעמוד בדרישות הקריירה.

ניתן לראות ששילוב עבודה ומשפחה הוא נושא חשוב ביותר הן לגברים והן לנשים, לכן גמישות רבה יותר בלוח הזמנים חיונית להשאת נשים בעלות מחויבות משפחתית בעבודה. מדיניות כגון זמן גמיש, משרות חלקיות ואופציות לחלוקת עבודה, נדרשות על מנת לעזור לנשים להסתגל לתפקיד החדש כהורים מבלי לעזוב עבודתם. מחקר שנערך אודות תחום הכירורגיה מראה שבין הגורמים המשפיעים על בחירת התמחות קיים הנושא של איזון בין משפחה לקריירה. הסטודנטים מעוניינים בקריירות שתאפשרנה להן שליטה על שעות העבודה שלהן ועל מחויבויותיהם כלפי המטופלים. בבריטניה, נשים בתחום הרפואה דירגו את הנסיבות הביתיות כשיקול ראשי המשפיע על בחירת

קריירה ונמצא מתאם שלילי בין נישואין לבחירת קריירה בכירורגיה. המחקר מראה שנשים וגברים, ציינו נושאים הקשורים למשפחה-בית כגורמים העלולים להפר את האיזון לטובת התמחויות מסוימות וציינו שנשים צריכות לשקול לא רק את נושא גידול הילדים אלא גם את התפקיד המסורתי המצופה מהן של אחזקת הבית. נראה, שהקונפליקט בין משפחה לקריירה הוא חזק במיוחד במקרה של נשים רופאות (Lillemoe, Ahrendt, Yeo & Herlong, 1994).

**השערה מס' 2: קיים הבדל ברמת קונפליקט נתפס משפחה-קריירה בין רופאות כירורגיות ורופאות פנימאיות. נצפה למצוא רמת קונפליקט משפחה-קריירה גבוהה יותר אצל רופאות כירורגיות. קיים קשר שלילי בין קונפליקט נתפס משפחה קריירה לבחירת תחום ההתמחות כירורגיה.**

#### משתנים ארגוניים- סביבתיים

##### תפיסת תרבות גברית בתחום הכירורגיה

מחקר אודות ההשפעה של מגדר על בחירת תחום הכירורגיה כהתמחות הראה כי תחומי התמחות דומיננטיים גבריים, מקושרים עם "סגנון גברי" או עם "התנהגות גברית" שאינם מעודדים נשים להיכנס לתחום (Baxter, Cohen, McLeod, 1996).

במחקר אודות נשים בתחום הכירורגיה מתאר Cassell (1997) את תחום הכירורגיה כבעל טמפרמנט או אתוס זכרי המאופיין על ידי תכונות המיוחסות לגברים: יהירות, אגרסיביות, אומץ, והיכולת לקבל החלטות תחת סיכון חיי אדם. הכירורגים מתוארים כמאופיינים על ידי מטאפורה של "לוחמים": הם נמצאים ב"קו הראשון", מבצעים "מהלכים עיוורים", תוקפים "גידולים פולשניים" ומנהלים משימות של "חפש והשמד". תחום הכירורגיה מאופיין כתחום שהיה ועדיין הינו באופנים רבים "מועדון גברי" למרות שמספר הנשים בתחום הולך וגדל. Cassell מתאר חוסר אמון והדרה של נשים מתחום הכירורגיה, הדומה להדרתן מתחומים מקצועיים אחרים הנשלטים באופן דומיננטי על ידי גברים (Cassell, 1997). דוגמא להבדלי המגדר בתחום מבטאות סטודנטיות בתחום בתיאור אוירה בחדר ניתוח "גברי" לעומת אוירה בחדר ניתוח "נשי": בחדר הניתוח הגברי האווירה מתוחה, עוינת, ונפיצה, הנוצרת על ידי 'כירורג זכרי טיפוס'. מאידך, האווירה בחדר ניתוח נשי בו האחראית היא כירורגית, האווירה שלווה, רגועה, ומספקת.

תחום הכירורגיה נתפס על ידי נשים רבות כ'שטח גברי' ותפיסה זו מרפה ידיהן של סטודנטיות רבות ומרתיעה אותן מבחירה בכירורגיה כהתמחות. לתחום הכירורגיה אתיקה צבאית שלא מושכת רבות מהסטודנטיות המתנסות בו לבחור בו כהתמחות. סטודנטיות שהתנסו בתחום מתארות אוירה המלווה בצעקות והשפלות המלוות את המתמחים שהן חלק בלתי נפרד מההיררכיה הקיימת בתחום הכירורגיה. סגנון החיים של העוסקים בתחום מצטייר כמתנגש עם רצונותיהן של נשים להקים משפחה ולגדל ילדים ובנוסף כניסת נשים לתחום היא עניין חדש יחסית: הנשים הנכנסות לתחום מהוות מיעוט חלוצי, שבדומה למיעוטים בכל זירה אחרת נתקלות בקשיים (Jones, 2000).



**השערה מס' 3: קיים הבדל בין תפיסת התרבות הגברית בין תחומי ההתמחות כירורגיה ורפואה פנימית: נצפה למצוא תפיסת תרבות גברית חזקה יותר בתחום הכירורגיה מאשר בתחום הרפואה פנימית. תפיסת תרבות גברית בתחום הכירורגיה תהיה קשורה בקשר שלילי לבחירת תחום ההתמחות כירורגיה.**

#### מחסור במודל תפקיד Role-Model נשי בתחום הכירורגיה

הזהות המקצועית נוצרת פעמים רבות באמצעות צפייה ביחידים מצליחים בארגון או מחוצה לו וקבלתם כמודל תפקיד. מודל התפקיד עשוי להיות כל אחד, ללא קשר לניסיונו או משרתו ומתואר כיחיד אשר התנהגותו, סגנונו האישי ותכונותיו המיוחדות מהוות מודל חיקוי לאחרים. מודל התפקיד אינו מתמנה באופן פורמלי, אלא מתפתח באופן בלתי פורמלי במהלך הזמן ומתחיל להתקיים כשאדם אחר רואה בו מודל תפקיד. מודל התפקיד עצמו מבצע תפקיד פסיבי ומשמש כמודל לפעמים שלא במודע. מחקרים מדגישים כי מודל התפקיד חשוב בפיתוח מיומנויות בינאישיות יותר מאשר בפיתוח אספקטים טכניים של התפקיד. מודל התפקיד יכול להיות כל אדם אשר נתפס כ"עושה את הדברים נכון" ומזוהה כסוכן סוציאליזציה אפקטיבי בחיי העבודה. זהו לרב אדם מבוגר יותר המהווה מודל לדרך טובה ליצירת נתיבים לקריירה מוצלחת ( Javidan, Bemmels, Devine & Dastmalchian, 1995). נושא בחירת וקבלת מודל תפקיד על ידי שני המינים הוא חשוב: במחקרם של Javidan, Bemmels, Devine & Dastmalchian (1995) נמצא כי אצל נשים וגברים אין חשיבות למינו של מודל התפקיד בעיניו של האדם הרואה אותו ככזה, מודל התפקיד נבחר לטענתם קודם כל בהתבסס על תפקידו כאפקטיבי ואילו למין יש חשיבות מזערית ולא מובהקת. החוקרים מציינים שמחקרים אחרים בנושא מצאו כי נשים וגברים, בסיטואציות הנוגעות לעבודה, יעדיפו מודל תפקיד בן מינם ( Javidan, Bemmels, Devine & Dastmalchian, 1995).

מידול תפקיד הוא מרכיב בלתי נפרד מההשכלה הרפואית. רופאים המשמשים כמודלי תפקיד משפיעים על הגישות, ההתנהגויות והאתיקה המקצועית של הסטודנטים ומטפחים בהם ערכים מקצועיים. מודלי התפקיד בתחום הרפואה משפיעים גם על הבחירות המקצועיות של הסטודנטים לרפואה (Wright, Carrese, 2002).

מחסור במודלי תפקיד הוא בעיה עבור נשים וגברים גם יחד כסטודנטים וכצוות מתמחה אך הבעיה מתעצמת עבור נשים התופסות מחסור במודלי תפקיד. נשים מאמינות שהחונכים הגבריים יתייחסו אליהן באופן שונה והחונכים מרגישים שעל הנשים ליעשות את הצעד הראשוני ( Colletti, Mulholland, Sonnad, 2000).

פרונר (2002) מציינת כי במקצועות פרופסיונאליים בהם קיים מיעוט נשי בכלל ובמשרות בכירות בפרט נשים מבטאות צורך חזק במודל תפקיד נשי.

Baxter, Cohen, McLeod (1996) הראו במחקרם כי בתחום הכירורגיה בקנדה נמצא רק 6% נשים וההתקדמות שלהן באקדמיה היא איטית באופן יחסי להתקדמות גברים בתחום, כך שהן מרוכזות בדרגות הנמוכות יותר בסולם האקדמי. עובדה זו יכולה לתרום למחסור מודלי תפקיד נשיים ראויים בתחום הכירורגיה ועלולה להקשות על סטודנטיות להזדהות עם תפקיד הכירורג ולפתח עניין בהתמקצעות ככירורגיות. מחסור במודלי תפקיד נשיים עבור סטודנטיות בתחום עלול להיות חשוב בכל האמור לבחירת התחום כקריירה. הדומיננטיות הגברית עלולה להיות מקושרת ל"סגנון גברי" שירחיק נשים מהתחום, במיוחד לאור העובדה שכמעט ואין מודלי תפקיד נשיים בכירורגיה.

הספרות המחקרית העוסקת בתחום הכירורגיה בעשורים האחרונים מציינת כי לרב הנשים בתחום הכירורגיה אין מודל תפקידי נשי הקרוב אליהן שיחסית אליו הן יכולות להעריך את עצמן. סטודנטיות שרואיינו בנוגע לנושא זה, מתארות פחד מאי קבלתן לתכנית ההתמחות בכירורגיה כיוון שחשו שבמהלך הרוטציה בהתמחויות, שקיבלו מעט מאוד, אם בכלל, חיזוקים לביצועיהן בתחום הכירורגיה מהמודלים הקיימים (בעיקר גברים), שלא כמו בתחומי התמחות אחרים בהן קיבלו עידוד וחיזוק לבחור בהתמחות (Jones, 2000).

מחקרים שנערכו לאחרונה ובדקו את הסיבות להדרת סטודנטים מתחום הכירורגיה מצאו כי אמנם סטודנטיות לרפואה נהנות מתקופת ההתמחות בכירורגיה אך לא סביר שתמשכנה לפתח קריירה בתחום. החוקרים מציינים שכמעט ולא סביר שנשים המתמחות בכירורגיה תפגושנה מודל תפקיד מהמין הנשי במהלך ההתמחות. נמצא שמבין הסטודנטיות שאכן בחרו להתמחות בתחום הכירורגיה, רבות פגשו מודל תפקיד מהמין הגברי בתקופת התמחותן. החוקרים מצאו שחשיפה למודלי תפקיד במהלך הלימודים מקושרת בעוצמה רבה לבחירת ההתמחות על ידי הסטודנטים אך לא ברור האם מודל התפקיד צריך להיות מאותו המין של המתמחה על מנת שישפיע על בחירת הקריירה שלו. Lillemoe et al. (1994), מצאו שעבור נשים וגברים, מודלי תפקיד חזקים מאותו מין בהתמחות מסוימת יעודדו את המתמחים לבחור את ההתמחות כקריירה. Neumayer et al. (2002), הראה שסביר להניח שנשים סטודנטיות שבחרו בכירורגיה הגיעו ממוסדות השכלה בהן אחוז הנשים בצוות ההוראה הינו גבוה. חברות פקולטה אלה משמשות עבור הסטודנטיות מודל תפקיד ובנוסף הן יכולות לגייס את הסטודנטיות המבטיחות לתחום ההתמחות אותן הן מלמדות. מחקר אחר מראה שנשים שפגשו מודל תפקיד נשי בתחום הכירורגיה האמינו שההשקעה הנדרשת עקב התמחות בתחום וההכנסה הצפויה בסיום ההתמחות הן הגיוניות (Park, Minor, Anne-) (Taylor, Vikis & Poenaru, 2005).

**השערה מס' 4: בתחום ההתמחות כירורגיה קיימים פחות מודלי תפקיד נשיים מאשר בתחום ההתמחות רפואה פנימית.**  
**נוכחות מודל תפקיד מקצועי נתפסת כקשורה בקשר חיובי לבחירתן של נשים רופאות את תחום הכירורגיה כהתמחות/כקריירה. נצפה שנוכחות מודל תפקידי נשי בתחום הכירורגיה תהיה קשורה בקשר חיובי לבחירתן ל נשים רופאות את תחום ההתמחות כירורגיה.**

## אפליה - Gender based discrimination / הטרדה מינית .

אפליה מוגדרת כיחס לא שווה לאנשים על בסיס מאפיינים אישיים שלא קשורים לביצועיהם. מסביב לעולם ולאורך ההיסטוריה מעסיקים היפלו בין עובדיהם על בסיס מין, גזע, רקע לאומי וגיל .

במשך שנים רבות מעסיקים סירבו להעסיק נשים ומיעוטים חברתיים אחרים, והפרידו בין המינים בחלוקה לתפקידים שונים, מקומות עבודה שונים, מנעו מהם קידום ושילמו להן שכר נמוך. עד שנות ה-70 של המאה ה-20 אפליית נשים הייתה חוקית ושכיחה. התנועה לזכויות האזרח בארה"ב ותנועות פמיניסטיות בארה"ב ובשאר חלקי העולם פעלו לשינוי מצב זה . חוקקו חוקים בנוגע לאפליה ומעסיקים שינו נוהגיהם באשר להעסקת נשים ומספרם של המפלים לרעה הולך ופוחת ברחבי העולם (Reskin, Padavic, 1994).

במחקר שנערך אודות הגורמים להדרת מתמחים מתחום הכירורגיה הכללית מצאו Park, Minor, Anne- Taylor Vikis & Poenaru (2005) שסטודנטיות רבות חוות במהלך התמחותן בתחום הכירורגיה אפליה על בסיס מגדר. מקורות האפליה שהוזכרו ברב המקרים היו הצוות, המתמחים, אחיות, מטופלים ואחרים. Baxter, Cohen, McLeod (1996) מצאו כי יותר משליש מהסטודנטים והסטודנטיות שהתנסו בכירורגיה מרגישים שקיימת אפליה בתחום על בסיס מגדר. משתתפי המחקר ציינו כי בקהילה הכירורגית רווחת הטענה כי נשים הן פחות כשירות לתחום הכירורגיה מאשר גברים.

מחקר שנערך אודות השפעותיהם של אפליה מינית והטרדה מינית בקרב סטודנטים בבתי ספר לרפואה בארה"ב על בחירת התמחויות נמצא כי 83.2% מהגברים ו-92.8% מהנשים התנסו, צפו ושמעו לפחות על תקרית אחת של אפליה מינית או הטרדה מינית במהלך שהותם בבית ספר לרפואה. יותר סטודנטים שמעו על התופעה מאשר צפו בה, ויותר סטודנטים צפו בתופעה מאשר חוו אותה באופן ישיר. מבין כל הנשים שהשתתפו במחקר, אלה שבחרו בכירורגיה כללית היו בעלות הסבירות הכי גבוהה להתנסות באפליה מינית או הטרדה מינית. החוקרים מציינים שלאור כניסתן של נשים למקצוע הרפואה התופעה מדאיגה מאוד ומצטטים את מסקנת המועצה לבוגרי ההשכלה הרפואית משנת 1995 :

"Gender bias, a reflection of society's value system, remains the single greatest deterrent to women achieving their full potential in every aspect of the medical profession and is a barrier throughout the professional life cycle"  
(Stratton, McLaughlin, Witte, Fosson, Nora, 2005, p: 400)

לטענת החוקרים, למרות שכיחות ההתנהגויות הללו קשה באופן יחסי לזהותן כיוון שהגדרתן תלויה ב"עיניו של המסתכל". החוקרים מניחים שהתנסות שלילית בדיוק כמו התנסות חיובית במהלך הלימודי בית הספר לרפואה משפיעה על בחירת התמחות או על הדרה ממנה.

אחוז גבוה מהנשים שהשתתפו במחקר האמינו שבחירת ההתמחות ודירוג תכניות להתמחות הושפעו על ידי אפליה מיננית או הטרדה מיננית. לפי מחקר זה לנשים סיכוי גבוה פי 2.2 מגברים לדווח שביססו את החלטות בחירת התמחותן על בסיס אפליה מיננית/הטרדה מיננית וסיכוי של פי 1.8 לדווח שדירגו את תכניות ההתמחות על פי שיקולים הנוגעים להתנהגויות אלה. מבין הנשים שנתקלו בתופעה, 45.3% אמרו שהמקרה השפיע על דירוג התמחויות ובחירת ההתמחות. נשים הושפעו באופן יחסי יותר מגברים בבחירותיהן משיקולים הנוגעים לאפליה מיננית או הטרדה מיננית (Stratton, McLaughlin, Witte, Fosson, Nora, 2005).

**השערה מס' 5: קיים הבדל בין תפיסת האפליה בתחום ההתמחות כירורגיה לעומת תחום ההתמחות רפואה פנימית: בתחום ההתמחות כירורגיה נצפה למצוא תפיסה חזקה יותר של אפליה.**

**השערה מס' 6: לא יימצא הבדל בין שביעות הרצון של רופאות כירורגיות לשביעות הרצון של רופאות ברפואה פנימית.**

לסיכום:

כניסת נשים רופאות לתחום הכירורגיה היא אתגר ובפני נשים הבוחרות בתחום התמחות זה עומדים: חסמים, תפיסת תרבות גברית, קונפליקט נתפס בין משפחה לקריירה, אפליה/הטרדה מיננית וחוסר במודלי תפקיד נשיים. כך, למרות פמיניזציה של מקצועות רבים ופתיחות חברתית רבה (באופן יחסי לשנות השבעים של המאה העשרים) לקבלת נשים למקצוע הרפואה, עדיין קיימת סגרגציה מגדרית לנשים בתת התחומים במקצוע זה.

#### 1.4.2 משתנים תלויים

המשתנה התלוי במחקר הינו בחירה בתחום ההתמחות כירורגיה. בנקודה בה בוצע המחקר הרופאות כבר עבדו בתחום התמחות שבחרו והמחקר בדק דעתן על הבחירה מחדש בתחום ההתמחות המסוים.

## פרק 2 - שיטת המחקר

### 2.1 משיבים

אוכלוסיית היעד של המחקר הינה רופאות כירורגיות ורופאות פנימאיות שסיימו התמחותן בין השנים 2000-2005. רשימת המסיימות בתחום הכירורגיה נתקבלה מההסתדרות הרפואית לישראל.

האוכלוסייה כללה 114 בוגרות בתחום הכירורגיה ו 87 בוגרות בתחום הרפואה הפנימית ובסה"כ נשלחו 201 שאלונים החל מחודש נובמבר 2006. 15 שאלונים חזרו עקב עזיבת הרופאה את בית החולים אליו נשלח השאלון, ו-19 שאלונים חזרו מרופאות שלא היו מעוניינות לענות עליהם.

המשיבות במחקר הינן 31 רופאות כירורגיות ו 20 רופאות פנימאיות.

### 2.2 הליך

מודל המחקר הכללי הינו מודל השוואה בין שתי קבוצות: האחת, רופאות שבחרו להתמחות בתחום הכירורגיה המוגדר כתחום "גברי" והשנייה (קבוצת הביקורת) רופאות שבחרו להתמחות ברפואה פנימית המהווה תחום התמחות שאינו "גברי". המחקר הינו מחקר שדה שהתבסס על שאלונים לדיווח עצמי שנשלחו בדואר לרופאות והכילו מעטפה מבויילת להחזרתם. לכל שאלון הוצמד מכתב פנייה קצר ובו הסבר על מטרת המחקר והמסגרת בה הוא נערך. המכתב פירט את חשיבות מילוי השאלון ואת העובדה כי השאלון אנונימי והתשובות תישארנה חסויות (עמוד ראשון בנספח ב'). המחקר נערך בידיעת הר"י (ההסתדרות הרפואית הישראלית). השאלונים נשלחו אל בית החולים בו עובדת הרופאה, כפי שצוין בקבצים שנתקבלו מההסתדרות הרפואית לישראל.

### 2.3 כלי המחקר

כלי המחקר הינו שאלון אחיד לדיווח עצמי (ראה נספח ב') עליו השיבו כל הנחקרות. השאלון מונה שני חלקים המכילים מדדים למשתנים התלויים והבלתי תלויים: החלק הראשון הכולל שאלות בנוגע למאפיינים אישיים, מאפייני אישיות, פרטים דמוגרפים, נתונים תעסוקתיים ופרטי רקע (שאלות 6-62). חלק שני - מכיל אספקטים שונים בקריירה האישית ועמדות כלפי הקריירה כגון: שביעות רצון בתחום ההתמחות, קיום מודל תפקיד, תפיסת תרבות גברית, אפליה חברתית על בסיס מגדר בתחום ההתמחות (שאלות 122-72). במרבית השאלות ערך נמוך (1) מציין שהנשאל נמוך במדד וערכים (5,6,7) מציינים שהנשאל גבוה במדד. כל הפריטים שכיוונם המקורי הפוך, עברו היפוך לצורך העיבודים הסטטיסטיים.

## 2.4 איסוף נתונים

השאלונים נשלחו בדואר לכל הרופאות הכירורגיות בחודש נובמבר 2006. לאחר חודשיים (ינואר 2007) נשלח מכתב תזכורת ראשון ושאלון נוסף לרופאות שטרם החזירו את השאלונים. לאחר ארבעה חודשים ממועד משלוח השאלון הראשון (מרץ 2007) בוצעה תזכורת שנייה (מועדי התזכורות עבור כל משתתפת תועדו בקובץ אקסל). לאחר מקבץ נוסף של שאלונים נשלח בדואר לכל הרופאות הפנימאיות בחודש מרץ 2007. לאחר חודשיים (מאי 2007) נשלח מכתב תזכורת ראשון ושאלון נוסף לרופאות שטרם החזירו את השאלונים. לאחר ארבעה חודשים ממועד המשלוח הראשון, נשלחה תזכורת שנייה ושאלון נוסף (מועדי התזכורות עבור כל משתתפת תועדו בקובץ אקסל).

## 2.5 אופן מדידת המשתנים

בסעיף זה יתוארו המשתנים במחקר זה, אופן בניית הסולמות, הממוצעים, סטיית התקן והמהימנות (טבלה 3.6).

### 2.5.1 משתנים בלתי תלויים

#### משתנים אישיים - דמוגראפיים:

**סטאטוס משפחתי**- נמדד באמצעות **מצב משפחתי** הנמדד כמשתנה קטגוריאלי (נשואה, גרושה, אלמנה, חיה עם בן/בת זוג, רווקה) - פריט מס' 6. על בסיס שאלה זו נבנה המשתנה "רווקה" (0-סימן את כל הרופאות ללא ילדים כקבוצה מול כל השאר).  
**מס' ילדים מתחת לגיל 5**- פריט מס' 8 בשאלון.  
שני מדדים אלה יוצרים מדד נוסף לקונפליקט משפחה-קריירה זאת על בסיס הגישה הרווחת בספרות המחקרית כי נישואין / הורות מביאים לקונפליקט רב יותר בין הקריירה והמשפחה ( Etzion & Baylin, 1993 - לא בוצע שימוש בשאלות ממחקר זה).

#### מאפיינים תעסוקתיים ונתוני רקע

**התמחות**- נמדד כמשתנה קטגוריאלי (כשכל התמחות/תת התמחות מהווה קטגוריה) פריט מס' 9 בשאלון.

**ותק בהתמחות**- נמדד כמשתנה רציף- פריט מס' 10 בשאלון.

**ותק מקצועי בהתמחות**-נמדד כמשתנה רציף- פריט מס' 11 בשאלון.

**אחוז משרה**- נמדד כמשתנה רציף בטווח של 0% עד 100%- פריט מס' 12 בשאלון.

**מס' שעות עבודה שבועי**- נמדד כמשתנה קטגוריאלי בן 4 אפשרויות ( 60-40 שעות, 80-60 שעות, 80-100 שעות, מעל 100 שעות)- פריט מס' 13 בשאלון.

**שיוך סקטוריאלי של מקום העבודה**-נמדד כמשתנה קטגוריאלי בן 8 אפשרויות (בית חולים ציבורי, מרפאה, בית חולים פרטי, מרפאה פרטית, חוקר/ת, עצמאית/ית, בתת התמחות \_\_, אחר) - פריט מס' 14 בשאלון.

**תפקיד ניהולי**-נמדד כמשתנה דיכוטומי (כן/לא) באמצעות השאלה: " האם הנך ממלאת תפקיד ניהולי?" - פריט מס' 15 בשאלון.

**סיווג תפקיד ניהולי** - נמדד כמשתנה קטגוריאל בן 5 אפשרויות (סגנית מנהל/ת מחלקה/מרפאה, מנהלת מחלקה/מרפאה, מנהלת יחידה, סגנית מנהל/ת יחידה, אחר) - פריט מס' 16 בשאלון. **נקודת זמן בה נבחרה ההתמחות**-נמדד כמשתנה קטגוריאל בן שלוש אפשרויות (לפני תחילת לימודי רפואה, במהלך לימודי הרפואה, בשלב הסטאז') - פריט מס' 17 בשאלון.

#### תכונות אישיות של רופאות

מדד זה מתבסס על שאלון שחובר ע"י Bem, S.L. (1974) והגרסה המקוצרת (45 מתוך 60 מאפייני אישיות) והמתורגמת לעברית נלקחה ממחקרו של פלדמן עמית (2001). המדד בגרסה המקוצרת, תוקף ע"י שישה שופטים במחקרו של עמית פלדמן (2001). במחקר של פלדמן המדד הכיל 30 תכונות, מהן 11 תכונות גבריות, 7 תכונות נשיות ו-12 תכונות אנדרוגיניות. לגבי כל פריט נתבקשה הנחקרת לציין עד כמה הוא מאפיין אותה, על סולם של 7 דרגות, כש  $=1$  התכונה אף פעם לא נכונה לגבי ו  $=7$  התכונה תמיד, או כמעט תמיד נכונה לגבי.

סולם הגבריות נקבע ע"י ממוצע הפריטים הגבריים במדגם (מהימנות סולם זה היא  $\alpha = 0.83$ ). סולם הנשיות נקבע ע"י ממוצע הפריטים הנשיים במדגם (מהימנות סולם זה  $\alpha = 0.79$ ). סולם האנדרוגיניות נקבע ע"י ממוצע הפריטים האנדרוגיניים במדגם (מהימנות סולם זה  $\alpha = 0.84$ ).

לאחר בדיקת מהימנות נבחרו הפריטים הבאים (ראה נספח ב')<sup>4</sup>:  
גברי- "עצמאית", "עומדת על דעתי (אסרטיבית)", "בעלת אישיות חזקה", "בעלת כח פיסיו", "אנאליטית", "מוכנה לקחת סיכונים", "בעלת יכולת מנהיגות", "תחרותית", "שאפתנית", "מוכנה לנקוט עמדה", "פועלת כמנהיגה".  
נשי- "רגישה לצרכי האחר", "עדינה", "לא משתמשת בלשון גסה", "מבינה לרגשות הזולת", "מדברת ברכות", "רכה", מוכנה להרגיע אחרים בעת צרה".  
ניטרלי- "אמינה", "נאמנה", "מוסרית", "סמפטית", "בוגרת", "משתפת אחרים ברגשותיי", "חרוצה", "מבטאת חום וחיבה", "ישרה ודוברת אמת", "רצינית", "חברותית", "מוכנה להיות אוזן קשבת".

#### קונפליקט נתפס של משפחה-קריירה

מדד זה מתבסס על שאלון שפותח ע"י Kopelman et al. (1983). התרגום לעברית בוצע ע"י שולמית פרוני (2002) ותרגום חוזר לאנגלית בוצע ע"י מורה לאנגלית במחקה. המדד מורכב משמונה פריטים (63-71) והוא מודד קיום קונפליקט בין משפחה וקריירה. לגבי כל פריט נתבקשה הנחקרת לציין עד כמה הוא מאפיין את רגשותיה, על סולם בן 5 דרגות, כש  $=1$  לא מסכימה כלל ו-  $=5$  מסכימה ביותר. במחקרם של Kopelman et al נמצא מדד זה כבעל מהימנות פנימית גבוהה יחסית של  $\alpha = 0.89$ . במחקר הנוכחי נמצאה מהימנותו של המדד זהה  $\alpha = 0.89$ . בוצע מיצוע על 8 הפריטים.

<sup>4</sup> בוצע ניתוח גורמים והפריטים נבחרו על פי טעינות על גורמים.

**תרבות גברית נתפסת -**

מדד זה חובר ע"י שולמית פרוגר (2002) והתבסס על ספרות תיאורטית בה מאופיינת התרבות ההנדסית כתרבות גברית, טכנולוגית ורציונאלית, אגרסיבית ותחרותית. בדומה לתרבות ההנדסית, מתואר תחום הכירורגיה כבעל טמפרמנט או אתוס זכרי המאופיין על ידי תכונות המיוחסות לגברים: יהירות, אגרסיביות, אומץ (Cassell, 1997).

המדד מכיל 14 פריטים (פריטים 85-72, ו 99-86 לתחום הרפואה הפנימית) שהותאמו לתחום המחקר על בסיס הספרות המחקרית אודות התרבות הגברית בתחום הכירורגיה. המדד מתאר את אווירת העבודה בארגון המעסיק. לכל פריט נתבקשה הנחקרת לציין עד כמה הוא נתפס כנכון בעיניה בתחום הכירורגיה ובתחום הרפואה הפנימית. המדידה התבצעה על סולם ליקרט שנע בין 1- תמיד לא נכון ו-5 תמיד נכון.

ניתוח גורמים שנעשה כחלק מהתיקוף לשאלון ניסה להפריד עולמות תוכן שונים וליצור בהתאם משתני על נפרדים (ראה טבלה מס' 2.1, 2.2). בניתוח הגורמים התקבלו 2 גורמים (משתני על) בלתי תלויים ולא מתואמים ביניהם. במהלך בדיקת המהימנות לפריט זה הוחלט להוציא את 2 פריטים (74- "נשית", 88- "נשית"- קיים פעם אחת עבור תרבות גברית בכירורגיה ופעם אחת עבור תרבות גברית ברפואה הפנימית). להלן מימדי התרבות הגברית בכירורגיה ובתחום הרפואה הפנימית כפי שנתקבלו בניתוח הגורמים (ראה נספח ג'):

א. תרבות גברית בכירורגיה (כפי שנתפסה על ידי פנימאיות וכירורגיות לגבי כירורגיה): מורכבת מהפריטים "מלחיצה" (72), "היררכית" (73), "גסה" (75), "גברית" (79), "תחרותית" (81), "תוקפנית" (84), "מפלה" (85). בבדיקת המהימנות הפנימית נתקבלה  $\alpha$  קרונבך מקובלת במדעי החברה של  $0.84 = \alpha$ . בוצע מיצוע של 6 הפריטים, כשהציון המינימלי האפשרי הוא 1 והמקסימלי הוא 5.

ב. תרבות גברית בתחום התמחות רפואה פנימית (כפי שנתפסה על ידי פנימאיות וכירורגיות לגבי רפואה פנימית): - "מלחיצה" (86), "היררכית" (87), "גסה" (89), "גברית" (93), "תחרותית" (95), "תוקפנית" (98), "מפלה" (99). בבדיקת המהימנות הפנימית נתקבלה  $\alpha$  קרונבך מקובלת במדעי החברה של  $0.87 = \alpha$ . בוצע מיצוע של 7 הפריטים, כשהציון המינימלי האפשרי הוא 1 והמקסימלי הוא 5.



**טבלה 2.1 – ניתוח גורמים של תרבות גברית נתפסת בכירורגיה**

**Table 2.1- Factor Analysis of Perceived Masculine Culture in Surgery**

גורם 2 תרבות לא גברית	גורם 1 תרבות גברית
נשית - 0.67	מלחיצה - 0.77
פתוחה - 0.84	היררכית - 0.87
מדעית - 0.57	גסה - 0.70
מתחשבת - 0.53	גברית - 0.85
רציונאלית - 0.82	תחרותית - 0.71
רגשית - 0.79	תוקפנית - 0.83
טכנולוגית - 0.72	מפלה - 0.73

**טבלה 2.2 – ניתוח גורמים של תרבות גברית נתפסת ברפואה פנימית**

**Table 2.2 - Factor Analysis of Perceived Masculine Culture in Internal Medicine**

גורם 2 תרבות לא גברית	גורם 1 תרבות גברית
נשית - 0.65	מלחיצה - 0.73
פתוחה - 0.68	היררכית - 0.84
מדעית - 0.76	גסה - 0.77
מתחשבת - 0.52	גברית - 0.69
רציונאלית - 0.78	תחרותית - 0.88
רגשית - 0.84	תוקפנית - 0.79
טכנולוגית - 0.66	מפלה - 0.81

**מודל תפקיד נשי בתחום ההתמחות**

מדד זה נלקח מתוך מחקרו של יהודה ברוך (1991) בנושא קריירות. קיום תופעת החונך במחקרו היווה חלק ממשנתה רחב יותר של טיפול הארגון בקריירות. במחקרו של ברוך לא נבדקה מהימנותו הפנימית של המדד הנבחר.

10 פריטים במחקר הנוכחי עסקו בקיום מודל – תפקיד (פריטים 2,4,5, 110-117 בשאלון) מתוכם 3 עסקו בקיום מודל תפקיד בסביבה הקרובה של הרופאה (2,4,5) ו-7 עסקו בקיום מודל תפקיד בארגון (110-117).

נבנה משתנה קיום מודל תפקיד בסביבה הקרובה (משפחה קרובה או רחוקה) "family\_model" ("0" – אין מודל תפקיד, "1" – קיים מודל תפקיד).

מתוך הפריטים העוסקים בקיום מודל תפקיד בארגון – 3 נלקחו ממחקרו של ברוך (פריטים מס' 111,112,117):

על בסיס פריטים 111,112 נבנה המשתנה התפיסתי בו מצהירה הרופאה על קיום מודל - "role\_model" ("0" – לא קיים מודל תפקיד, "1" – קיים מודל תפקיד גברי, "2" – קיים מודל תפקיד נשי).

על בסיס פריט 117 נבנה המשתנה "role model contribution" ("3"-מודל התפקיד מסייע רבות, "2"- מודל תפקיד מסייע מעט, "1"-מודל תפקיד אינו מסייע).

שלושה פריטים נוספים בדקו את הנושאים הבאים: קיום מודל תפקיד מתחום התמחות ספציפי, מין מודל התפקיד, ואת תרומתו של החונך לקליטת הנחקרת בארגון.

#### **אפליה /הטרדה מינית נתפסת בתחום הכירורגיה**

מדדים אלה חוברו ע"י עורכת המחקר והתבסס על הספרות התיאורטית בנושא התרבות הכירורגית. בספרות זו מצוין כי התרבות הכירורגית מאופיינת כתרבות גברית, תחרותית ומפלה (Park, Minor, Anne- Taylor Vikis & Poenaru, 2005).

Baxter, Cohen, McLeod (1996) מצאו כי יותר משליש מהסטודנטים והסטודנטיות שהתנסו בכירורגיה מרגישים שקיימת אפליה בתחום על בסיס מגדר. משתתפי המחקר ציינו כי בקהילה הכירורגית רווחת הטענה כי נשים הן פחות כשירות לתחום הכירורגיה מאשר גברים. להלן מימדי האפליה בתחומי ההתמחות השונים:

אפליה בתחום ההתמחות כירורגיה- פריט 118

אפליה בתחום ההתמחות פנימית- פריט 119

#### **שביעות רצון מתחום ההתמחות**

מדד זה הורכב בתחילה משתי שאלות שחוברו ע"י עורכת המחקר (108,109 בשאלון). שאלה 108 בודקת שביעות רצון נוכחית מתחום הרפואה ושאלה 109 בודקת שביעות רצון מתחום ההתמחות שנבחר ע"י הרופאה. המשתנה שנבנה נקרא Satisfaction with specialization ומהימנותו  $\alpha = 0.7$ . מנייתוח של התשובות הוחלט להשתמש בשאלה 108 (נערכה בדיקת קורלציה בין שאלה 108 ל- 109 ונמצא כי  $R \text{ Pearson} = 0.52$ ,  $p = 0.00$ ), ולכן הוחלט להשתמש רק בשאלה 108). התשובות לפריטים נערכו במתכונת סולם לייקהרט. ערך נמוך (1) יעיד שהנשאל נמוך במדד זה וערך גבוה (5 או יותר) יציין שהנשאל גבוה במדד. תשובות שניתנו לשאלות מוצעו.

#### **2.5.2 משתנים תלויים**

##### **בחירת תחום ההתמחות כירורגיה על ידי נשים רופאות**

מדד זה בנוי משתי שאלות - שאלה 9 שחוברה ע"י עורכת המחקר שמטרתה בדיקת תחום ההתמחות בה עוסקת הרופאה ושאלה 103 שנלקחה מהשאלון של Blau (1988) ומטרתה לבדוק האם הרופאה עדיין חושבת שהייתה בוחרת באותו תחום התמחות שוב.

כל הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Predictive Software )  
(Solutions).

א. נבחנה מהימנותם הפנימית של המשתנים באמצעות Cronbach  $\alpha$ . מבחן זה בודק עד כמה המדדים מהימנים ומייצגים את עולם התוכן. משתנים בעלי מהימנות פנימית של מעל 0.6 הוערכו כמהימנים (Nunnally,1978) ופריטים אשר עקיבותם הפנימית עם יתר פריטי המדד נמצאה נמוכה הוצאו מניתוח הנתונים.

ב. בוצע ניתוח גורמים כחלק מתיקוף השאלונים אשר לא נלקחו מהספרות. ניתוח זה מנסה להפריד עולמות תוכן למשתנים שונים ע"י קיבוץ פריטים בעלי משמעות משותפת ויצירת משתנה על (גורם). גורמים אלה מתקבלים ע"י קיבוץ פריטים בעלי מתאם גבוה. בניתוח הגורמים אנו מצמצמים מדדים בעלי פריטים רבים למס' גורמים וזאת על מנת לפשט את בדיקת הקשרים ולהוריד את רמת הסיבוך.

ג. נערכו מבחני T לבחינת הבדלים בין רופאות כירורגיות ורופאות פנימאיות במשתנים הרציפים.

ד. חושבו מתאמים לבדיקת הקשרים בין המשתנים הרציפים באמצעות מתאמי Pearson.

ה. נעשה שימוש ברגרסיה לוגיסטית המאפשרת לבחון באיזו מידה והאם המשתנים הבלתי תלויים מסבירים את המשתנים התלויים. בחינה זו בוצעה עבור כל המשתנים יחד.

## פרק 3 - ממצאים

- בפרק זה יוצגו הממצאים הנוגעים למשתני המחקר ולהשערות המחקר שהוצגו בפרק 1.  
בסעיף 3.1 יתוארו משתני הרקע של הנחקרות.  
בסעיף 3.2 יוצגו משתני המחקר באמצעות ממוצעים וסטיות תקן.  
בסעיף 3.3 תבחנה השערות המחקר שהוצגו בפרק 1.

(\*\*כיוון שנתוני המשיבות חסויים, ולא נמסרו על ידי ההסתדרות הרפואית בישראל, לא ניתן להשליך מהמשיבות לגבי האוכלוסייה הכללית).

### 3.1 משתני הרקע

#### 3.1.1 מאפיינים אישיים ודמוגרפיים של הנחקרות

סה"כ כלל המדגם הנוכחי כלל 31 רופאות כירורגיות ו- 20 רופאות פנימאיות שסיימו התמחותן בין השנים 2000-2005 העובדות במחלקות בתי החולים בישראל (איכילוב, אסף הרופא, בני ציון-רוטשילד, ברזילי, הדסה הר הצופים, הדסה עין כרם, שערי צדק, שניידר, השרון, וולפסון, זיו, מאיר, מרכז רבין-בי"ח בילינסון והשרון, העמק, בי"ח נהריה, סורוקה, הלל יפה, כרמל, רמב"ם, תל השומר).

#### סטטוס משפחתי<sup>5</sup> (טבלה 3.1)

רוב הנחקרות (72%) הינן נשואות- מביניהן, 61.1% כירורגיות ו- 38.8% רופאות ברפואה פנימית. ביחס לאוכלוסייה הכללית, % הנשים הנשואות באוכלוסיית מחקר זה נמוכה (זאת בהשוואה לנשים בין הגילאים 30-39 באוכלוסייה הכללית- ר' טבלה 3).  
18% מהרופאות שהשתתפו במחקר הינן רווקות: 15% רופאות כירורגיות מתוך קבוצת הכירורגיות, ו- 5.2% רופאות פנימאיות מתוך קבוצת הרופאות הפנימאיות. בקבוצת הרווקות קיים ייצוג יתר לרופאות כירורגיות (מתוך 9 רופאות רווקות בסך הכל- 8 הן רופאות כירורגיות, ואחת היא רופאה פנימאית). טבלה 3 מראה שבאופן יחסי לנשים בגילאים 30-39 באוכלוסייה הכללית בישראל, אחוז הנשים הרווקות באוכלוסיית המחקר הינו גבוה במעט: 18% מהרופאות במדגם הינן רווקות לעומת 15.1% במוצע באוכלוסייה הכללית בקבוצת הגיל המקבילה (גילאי 30-39).

קבוצת הגיל באוכלוסייה הכללית שנבחרה להשוואה למשיבות במדגם היא גילאי 30-39, בהנחה שבאופן מינימאלי אישה החלה בלימודי רפואה האורכים 7 שנים מיד עם סיום הצבא, המשיכה מיד בלימודי התמחות כירורגיה כללית האורכים 4 שנים וענתה על שאלון המחקר לאחר סיום ההתמחות. אי לכך, הערכת היא שהרופאות שענו על שאלון המחקר הן בערך בין הגילאים 31-39.

<sup>5</sup> האחוזים המופיעים בפסקה זו הם מתוך כלל הנשאלות

טבלה 3 - מצב משפחתי באחוזים לפי מגדר, קבוצות אוכלוסייה וגיל

Table 3 - Marital Status by Gender, Population & Age

נשים

אחרות			ערבים			יהודיות			אוכלוסייה - סך הכל			גיל
גרורות ואלמנות	נשואות	רווקות	גרורות ואלמנות	נשואות	רווקות	גרורות ואלמנות	נשואות	רווקות	גרורות ואלמנות	נשואות	רווקות	
0.6	11.5	87.8	0.7	31.6	67.7	0.3	10.5	89.2	0.4	15.1	84.5	17-24
8.8	51.6	39.7	2.6	77.2	20.2	3	49.2	47.8	3.2	55	41.8	25-29
18.2	69.2	12.6	3.4	78.1	18.5	7.4	72.9	19.7	7.2	73.7	19	30-34
22	71.7	6.3	4.1	81.2	14.7	12	77.2	10.8	11.1	77.6	11.2	35-39
22.9	72.9	4.2	5.5	81.8	12.7	15.8	76.4	7.8	14.3	77.2	8.5	40-44
23.5	73.9	2.6	10	80.2	9.9	19.6	74.5	5.9	18.5	75.2	6.3	45-54
28.1	68.9	3	21.8	70.6	7.6	24.3	70.9	4.8	24.3	70.7	5	55-64
40.2	57	2.7	43.2	50.3	6.5	39.6	57.3	3.2	39.9	56.7	3.4	65-74
5.1	26.1	4.2	0.2	21.8	8.9	4.3	27.2	2.7	4.1	26.9	3	75+

מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - ישראל, מרץ 2008

אחוז נמוך מתוך הנחקרות (6%) הינן גרושות. בקבוצת הגרושות רק רופאות פנימאיות. אחוז נמוך מתוך הנחקרות במדגם (4%) חיות עם בן/בת זוג. אין הבדל בין מס' הרופאות הכירורגיות למספר הרופאות הפנימאיות החיות עם בן/בת זוג.

מס' ילדים מתחת לגיל 5 (טבלה 3.1)

ל - 36% מתוך הנחקרות במדגם אין ילדים. בקרב רופאות כירורגיות אחוז גבוה יותר ללא ילדים (41.9%) לעומת רופאות ברפואה פנימית (26.3%). אין הבדל בולט בין אחוזי רופאות כירורגיות עם ילד אחד או יותר לאחוזי רופאות פנימאיות עם ילד אחד או יותר.

טבלה 3.1- התפלגות שכיחויות - משתנים אישיים דמוגרפיים

Table 3.1- Frequencies of Personal-Demographic Variables (N=51)

סה"כ	כירורגיות Surgeons	פנימאיות Interns	המשתנה Variable
			סטטוס משפחתי
36 (72%)	22 (70.9%)	14 (73.6%)	נשואה
3 (6%)	-	3 (15.7%)	גרושה
2 (4%)	1 (3.2%)	1 (5.2%)	חיה עם בן/בת זוג
9 (18%)	8 (15%)	1 (5.2%)	רווקה
50	31	19	סה"כ

סה"כ	כירורגיות	פנימאיות	מס' ילדים מתחת לגיל 5
18 (36%)	13 (41.9%)	5 (26.3%)	0
15 (30%)	9 (29.03%)	6 (31.5%)	1
10 (20%)	6 (19.3%)	4 (21%)	2-3
50	31	19	סה"כ

\*לאף אחת מהרופאות הפנימאיות לא היו 3 ילדים

### 3.1.2 מאפיינים תעסוקתיים ומאפייני רקע

#### ותק תעודת מומחה (טבלה 3.2)

מדגם המחקר כלל רופאות שסיימו התמחותן בין השנים 2000-2005 ולפיכך הוותק של רופאות אלה יכול לנוע בין 2-7 שנים. לכלל הרופאות במדגם ותק תעודת מומחה של 2.38 במוצע ועד בערך 5 שנים. ניתן לראות כי קיים הבדל משמעותי במוצעים של ותק תעודת המומחה בין רופאות כירורגיות (1.69) לרופאות פנימאיות (3.47). רופאות פנימאיות מחזיקות בתעודת המומחה שלהן משך זמן כפול ביחס לרופאות כירורגיות (יוצא פועל של משך ההתמחות הארוך בכירורגיה).

#### ותק מקצועי בהתמחות (טבלה 3.2)

לכל הנחקרות במדגם ותק מקצועי בהתמחות שנע בין 2.15 לכ-5 שנות ותק במוצע. קיים הבדל בולט בין רופאות כירורגיות לרופאות פנימאיות במשתנה זה וההפרש בין הממוצעים עומד על 1.3 שנים.

#### אחוז משרה

אחוז המשרה הממוצע בכלל המדגם הוא גבוה ועומד על 100.21 עם סטיית תקן של 11.53. לרופאות פנימאיות ממוצע גבוה במעט של אחוז משרה מרופאות כירורגיות אך ניתן לראות כי סטיית התקן בקבוצת הרופאות הכירורגיות היא גדולה יותר.

### **טבלה 3.2 - התפלגות שכיחויות - משתנים תעסוקתיים**

**Table 3.2- Frequencies of Occupational & Background Variables (N=51)**

פנימאיות Internists N=20		כירורגיות Surgeons N=31		כלל המדגם N=51		משתנה Variable
ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	
3.47	2.71	1.69	2.41	2.38	2.64	ותק תעודת מומחה *
2.97	2.59	1.62	2.15	2.15	2.39	ותק מקצועי בהתמחות*
102.11	9.18	98.97	12.84	100.21	11.53	אחוז משרה

\*בשנים

#### מספר שעות עבודה שבועי

טבלה זו מציגה את מס' שעות העבודה השבועי שעובדת כל רופאה בקטגוריות. בכל קטגוריה מציגה הטבלה את אחוז הרופאות שבחרו בה. ניתן לראות שרוב אוכלוסיית המדגם מרוכזת בשתי קטגוריות ושמי' שעות העבודה השבועי נע בהן בין 40 ל-80 שעות עבודה שבועיות. 52.6% מהרופאות הפנימאיות, שהן הרוב עובדות בין 40 ל-60 שעות עבודה שבועיות. שאר הרופאות הפנימאיות נמצאות רובן בקטגוריה של 60-80 שעות עבודה שבועיות. מאידך, אצל הכירורגיות המצב שונה: רובה הגדול של אוכלוסייה זו מרוכז בקטגוריות הגבוהות יותר של מס' שעות העבודה השבועי (בין 60-100 שעות עבודה) וההבדל הבולט ביותר בין הרופאות הפנימאיות

לרופאות הכירורגיות הוא בקטגוריה האחרונה- 80-100 שעות עבודה (22.4% רופאות כירורגיות לעומת 5.3% רופאות פנימאיות).

**טבלה 3.3 - התפלגות שכיחויות למשתנה "מס' שעות עבודה שבועי"**

**Table 3.3- Frequencies of Variable- "Weekly Amount of Work Hours"**

(N=51)

פנימאיות Internists N=19		כירורגיות Surgeons N=30, 1 missing		כלל המדגם N=49, 1 missing		קטגוריה Category
שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	
10	52.6%	9	30%	19	38.8%	40-60 שעות*
8	42.1%	11	36.7%	19	38.8%	60-80 שעות
1	5.3%	10	33.3%	11	22.4%	80-100 שעות
-	-	-	-	-	-	+100 שעות
-	-	1/31	3.2%	1/50	2%	א.ת.

\*מס' שעות עבודה שבועיות



שיוך סקטוריאלי של מקום העבודה

הרופאות שהשתתפו במדגם הינן רופאות שעובדות בבתי חולים ציבוריים. ניתן לראות שרובן הגדול עובד רק בבתי חולים ציבוריים, מיעוט עובד במסגרות פרטיות ואחוז קטן מהרופאות מתמחה בתת התמחות. באופן כללי, בשתי הקבוצות רובן הגדול של הרופאות עובד בבית חולים ציבורי, עובדה הנובעת מסוג הרופאות שהשתתפו במדגם. ההבדל היחידי שניתן להצביע עליו הוא שהרופאות הכירורגיות משולבות גם במסגרות פרטיות. בנוסף, חלק קטן מהרופאות הפנימאיות מתמחות בתת התמחות.

**טבלה 3.4 - התפלגות שכיחויות למשתנה "מסגרת העבודה"**

**Table 3.4- Frequencies by Variable - "Workplace Category"**

(N=51)

פנימאיות Internists N=16, 3 missing		כירורגיות Surgeons N=22, 9 missing		כלל המדגם N=38, 12 missing		קטגוריה Category
שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	
13	81.3%	20	90.9%	33	86.8%	בית חולים ציבורי
1	6.3%	-	-	1	2.6%	מרפאה
-	-	1	4.5%	1	2.6%	בי"ח פרטי
-	-	1	4.5%	-	-	מרפאה פרטית
-	-	-	-	1	2.6%	חוקרת
-	-	-	-	-	-	עצמאית
2	12.5%	-	-	2	5.3%	מתמחה בתת התמחות
3/19	15.7%	9/31	29%	12/50	24%	א.ת.

נקודת זמן בה נבחרה ההתמחות

רוב הרופאות שהשתתפו במדגם בחרו בהתמחות במהלך לימודי הרפואה ו/או בסטאז' וההבדל בין שתי קטגוריות אלה הוא קטן (6%). רוב הרופאות הכירורגיות כמו גם רוב הרופאות הפנימאיות בחרו בהתמחות במהלך לימודי הרפואה ו/או בסטאז' כשבתקופת הסטאז' יש לרופאות הפנימאיות ייצוג יתר. ההבדל בין הקבוצות מתבטא בשתי הקטגוריות האחרות בהן לרופאות הכירורגיות אחוז גבוה יותר של רופאות ("לפני לימודי הרפואה" ו- "לאחר תחילת ההתמחות").

**טבלה 3.5 - התפלגות שכיחויות למשתנה "נקודת זמן בה נבחרה ההתמחות"**

**Table 3.5 - Frequencies by Variable- "Workplace Categories"**

(N=51)

פנימאיות Internists N=19		כירורגיות Surgeons N=31		כלל המדגם N=50		קטגוריה Category
שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	שכיחות	אחוז	
1	5.3%	3	9.7%	4	8%	לפני לימודי רפואה
8	42.1%	13	41.9%	21	42%	במהלך לימודי רפואה
10	52.6%	14	45.2%	24	48%	בסטאז'
-	-	1	3.2%	1	2%	לאחר תחילת ההתמחות

### 3.2 תיאור מדדי המחקר

ניתוח המדדים יעשה על בסיס טבלאות מס' 3.6 ו- 3.7 - "תיאור משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים" ו"תיאור משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים על פי חלוקה להתמחות" המתארות מדדים סטטיסטיים מרכזיים עבור כלל אוכלוסיית המדגם. ניתן לראות כי מהימנות כל המדדים הינה גבוהה.

תכונות אישיות- המדגם השלם מסמן עצמו כנטול טיפוס אישיותי נשי או גברי מובהקים ובכל הסקאלות הממוצע סובב סביב 5 (מתוך 7).

קונפליקט נתפס של משפחה קריירה- הממוצע למדד זה הוא יחסית גבוה, 3.94 מתוך 5.

תרבות גברית נתפסת- ניתן לראות כי התרבות הגברית הנתפסת בתחום הכירורגיה (mean=3.56) גבוהה מהתרבות הגברית הנתפסת בתחום הרפואה הפנימית (mean=3.07).

אפליה/הטרדה מינית- אפליה/הטרדה על בסיס מגדר בתחום הכירורגיה (mean=3.34) גבוהה באופן משמעותי מאפליה/הטרדה על בסיס מגדר בתחום הרפואה הפנימית (mean= 2.12).

תרבות גברית נתפסת בתחום הכירורגיה והרפואה הפנימית- נערך מבחן T לבחינת ההבדלים בין תרבות גברית נתפסת בתחום הכירורגיה לתרבות גברית נתפסת בתחום הרפואה הפנימית ונמצא כי  $t = -4.45$  (N=51, p=0.00)

שביעות רצון מתחום ההתמחות- ניתן לראות כי שביעות הרצון מתחום ההתמחות יחסית נמוכה (1.54 מתוך מקסי' של 5, סטיית תקן של 0.81). לעומתה, שביעות רצון ממקצוע הרפואה- גבוהה מאוד (4.02 מתוך 5, סטיית תקן של 0.87).

טבלה 3.6 - תיאור משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים

Table 3.6 - Research Variables Description by Major Indexes

משתנה Variable	מס' פריטים N	מהימנות $\alpha$ Cronbach	ממוצע Mean	סטיית תקן Std.Dev	טווח אמפירי Min- Max
שביעות רצון מתחום ההתמחות- V108	1		1.6	1.05	1-5
בחירת תחום ההתמחות V102	1		2.16	1.43	1-5
גבריות	11	0.84	5.34	0.74	1-7
נשיות	7	0.79	5.22	0.75	1-7
אנדרוגיניות	12	0.84	5.86	0.59	1-7
קונפליקט נתפס משפחה קריירה	8	0.89	3.94	0.89	1-5
תרבות גברית נתפסת בכירורגיה	7	0.84	3.56	0.68	1-5
תרבות גברית נתפסת ברפואה פנימית	7	0.87	3.07	0.74	1-5
אפליה/הטרדה על בסיס מגדר בכירורגיה	1	-	3.34	0.98	1-5
אפליה/הטרדה על בסיס מגדר ברפואה פנימית	1	-	2.12	0.84	1-5

טבלה 3.7 - השוואת משתני המחקר במדדים סטטיסטיים מרכזיים על פי חלוקה להתמחות

Table 3.7 – Comparison of Major Indexes by specialization

T P	סטיית תקן Std.Dev		ממוצע Mean		מס' משיבות N		משתנה Variable
	כירורגיות	פנימאיות	כירורגיות	פנימאיות	כירורגיות	פנימאיות	
T=-1.57 P=0.129	1.79	0.95	1.77	1.32	32	19	שביעות רצון מתחום ההתמחות
T=0.125 P=0.22	1.45	1.38	2.35	1.83	32	19	בחירת תחום ההתמחות
T=2.15 P=0.037	0.8	0.52	5.17	5.63	31	18	מדד גבריות
T=3.39 P=0.001	0.73	0.6	4.96	5.65	31	18	מדד נשיות
T=3.744 P=0.001	0.61	0.29	5.66	6.26	31	16	מדד אנדרוגיניות
T=0.457 P=0.65	0.91	0.81	3.83	4.25	32	19	קונפליקט נתפס משפחה קריירה
t=0.61 p=0.55	0.62	0.69	3.52	3.65	31	15	תרבות גברית נתפסת בכירורגיה
T=0.84 P=0.41	0.9	0.51	3.17	2.96	19	16	תרבות גברית נתפסת ברפואה פנימית
T=-0.48 P=0.63	1.05	0.86	3.39	3.25	32	16	אפליה/הטרדה מינית בת ההתמחות כירורגיה
T=-0.12 P=0.91	0.89	0.81	2.14	2.11	22	19	אפליה/הטרדה מינית בת ההתמחות רפואה פנימית

### 3.2.1 מדדים בלתי תלויים :

תכונות אישיות :

ממוצע הגבריות בתחום הרפואה הפנימית ( mean=5.63 ) גבוה במעט מהממוצע זה בתחום הכירורגיה (mean=5.17), הפרש של כמעט סטיית תקן אחת. ממוצע הנשיות בתחום הרפואה הפנימית (mean=5.65) גבוה בקצת יותר מסטיית תקן אחת מממוצע זה בתחום הכירורגיה (mean=4.96). ממוצע האנדרוגיניות בתחום הרפואה הפנימית גבוה בשתי סטיות תקן מממוצע זה בתחום הכירורגיה.

השוואה בין רופאות כירורגיות לרופאות פנימאיות בכל תכונה בנפרד מתוך כלל התכונות הנכללות במדד מראה כי בתכונות מסוימות (תכונות נשיות), הרופאות הפנימאיות נשיות יותר מהרופאות הכירורגיות (רגישה לצרכי האחר, לא משתמשת בלשון גסה, מבינה לרגשות הזולת, רכה, מוכנה להרגיע אחרים בשעת צרה).

טבלה 3.8- השוואת תכונות אישיות נשיות של רופאות כירורגיות לעומת רופאות פנימאיות

**Table 3.8-Feminine and Masculine Personality Characteristics Comparison of Women Surgeons vs. Women Internists**

t	כירורגיות (ממוצע, (ס. תקן)	פנימאיות (ממוצע, (ס. תקן)		תכונות נשיות
*** 3.748	5.52 (0.926)	6.32 (0.582)	רגישה לצרכי אחר	
* 2.123	5.16 (1.393)	6.00 (1.333)	לא משתמשת בלשון גסה	
*2.445	5.5 (1.075)	6.11 (0.658)	מבינה לרגשות הזולת	
**2.765	3.94 (1.093)	4.94 (1.305)	רכה	
*2.377	5.65 (1.018)	6.26 (0.806)	מוכנה להרגיע אחרים בשעת צרה	

0.001\*\*\*, 0.01\*\*, 0.05\*