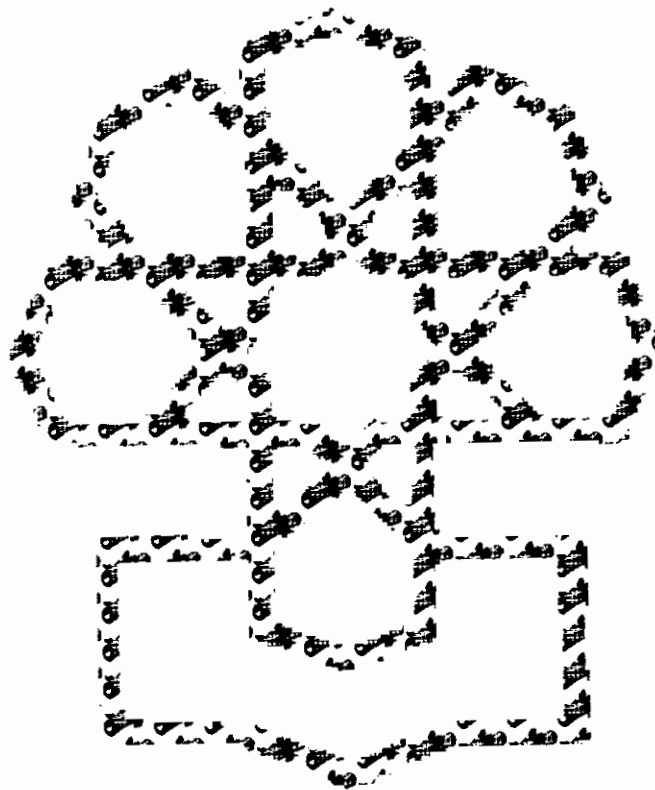


بهداشت و درمان زنان در ایران



کار: گروه (۱) خدمات پژوهشی

مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی
کتابخانه و واحد اسناد و اطلاع رسانی ماری
شماره: ۳۷۸۸
تاریخ: ۱۳۷۵ / ۹ / ۶

معاونت پژوهشی
شهریور ۱۳۷۵

کد گزارش: ۲۸۰۱۶۵۳

بهداشت و درمان زنان در ایران

کدگزارش: ۲۸۰۱۶۵۳

فهرست مطالب

۲	نکات برجسته
۳	فصل اول - اهمیت علم طب از نظر اسلام
۵	فصل دوم - زنان و بهداشت و درمان
۱۱	فصل سوم - ویژگی های جامعه زنان ایران
۱۳	فصل چهارم - تحولات پس از انقلاب اسلامی

- * هم اکنون بیشتر از ۷۵ درصد جمعیت روستایی و ۶۰ درصد جمعیت شهری ایران در پوشش شبکه‌های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.
- * متوسط سن زندگی زنان (امید به زندگی) از ۵۶/۳ سال در سال ۱۳۵۷، به ۶۹ سال در سال ۱۳۷۲ افزایش یافته است.
- * هم اکنون بیش از ۸۵ درصد پوشش واکسیناسیون در کشور وجود دارد.
- * تا قبل از پیروزی انقلاب تنها ۲۵۰۰ خانه بهداشت، و امروزه تعداد خانه‌های بهداشت بیش از ۱۴۶۰۰ واحد می‌باشد.
- * تا سال ۱۳۵۵ تنها ۴/۶ میلیون نفر (۳۵/۵ درصد) از زنان ایران باسواد بودند بعد از پیروزی انقلاب اسلامی این تعداد رو به افزایش گذاشت و بر اساس آمارگیری سال ۱۳۷۰، ۱۴/۸ میلیون نفر (۶۷/۱ درصد) از زنان باسواد هستند.
- * خانواده یک نهاد طبیعی و انسانی است و باید مبنای طرح‌های مربوط به زنان قرار گیرد.
- * از مجموع پژوهشگران و کارشناسان پژوهشی کشور حدود ۸۵ درصد بخش دولتی و ۱۵ درصد در بخش خصوصی فعالیت دارند.
- * ۲۰ درصد پژوهشگران بخش دولتی را زنان تشکیل می‌دهند.
- * بیش از ۴۳ درصد از پژوهشگران بخش خصوصی را زنان تشکیل می‌دهند.
- * مقایسه پژوهشگران زن در ایران و چند کشور جهان نشان می‌دهد، که هر چند که زنان ایرانی هنوز به جایگاه واقعی خود در امر تحقیق و پژوهش نرسیده‌اند، اما در جایگاه قابل قبولی نسبت به بسیاری از کشورهای دنیا قرار دارند.

جایگاه والای علم طب در اسلام امری مبرهن و آشکار است و بر هیچکس پوشیده نیست. علاوه بر این که طب یک مسئولیت دینی در حد واجب کفایی می‌باشد، برای استدلال بر اهمیت ویژه این علم در نظر دین مقدس اسلام همین کفایت می‌کند که اسلام علم ابدان را با علم ادیان به عنوان دو دانش به مساوات آورده که باید مورد توجه قرار گیرند. از امیر المومنین (ع) روایت گردیده که علم و دانش بر دو نوع است: دانش دین‌ها و دانش بدن‌ها.^۱ تردیدی نیست در این که طب یک وظیفه شرعی و یک واجب کفایی است. در تأیید این مدعا می‌توان به روایت ذیل استناد نمود. امام صادق (ع) می‌فرماید: مردم هیچ شهر و دیاری از وجود سه نفر که در امور دنیوی و اخروی به آنان پناه برند بی‌نیاز نیستند و اگر به این سه نفر دسترسی نداشته باشند پریشان و سرگردانند و آن سه نفر عبارتند از:

فقیهی که دانا و پرهیزگار باشد، حاکمی که نیکو کار و فرمانش نافذ باشد و پزشکی که دانا، زیرک و مورد اعتماد باشد.^۲

۱-۲- رسالت طب

علاوه بر این که طب یک مسئولیت دینی است، یک ضرورت اجتماعی، رسالت اخلاقی و مسئولیت عقلی نیز می‌باشد.

۱- طب یک ضرورت انسانی و اجتماعی است و انسان را ملزم می‌نماید که در راه رسیدن به هدف‌ها و آرمان‌های انسانی در جهت سعادت و آسایش سهیم بوده و در نیل به اعلی درجه کمال انسانی که مطلوب همه است، تمام عوامل و مظاهر مشقت و رنج و زحمت را نادیده بگیرد.

۲- همچنین یک مسئولیت عقلی است؛ زیرا برای بقای نوع انسان و کاستن از سختی‌ها و بلا و دردهای او از آن گریزی نیست.

۳- در نهایت یک رسالت اخلاقی است و در این هیچ چون و چرا و تردیدی نیست. زیرا که نشانگر برتری و کمال روحی و اخلاقی است که در اثر آن پزشک افراد را راضی و خشنود ساخته موجب آرامش و آسایش آنها می‌شود.

۱. طب الصادق، ص ۱۷.

۲. تحف العقول، ص ۲۳۸.

۱-۳-۳- ویژگی های طب از دیدگاه اسلام:

۱-۳-۱- لزوم شناخت انسان

انسان را به عنوان یک مجموعه لاینفک باید مد نظر قرارداد و تفکیک این مجموعه و تنها بعد خاصی را مد نظر قرار دادن، قادر به رفع نیازهای بشر و نیل به سعادت آدمی نخواهد بود. کسی که با انسان سروکار دارد به ویژه در شغل شریف پزشکی باید این آفریده بزرگ آفریدگار هستی را بشناسد و این امر مهم را ساده نگیرد. لذا شایسته است پزشکان محترم علاوه بر اطلاعات مورد نیاز در زمینه طب، به شناخت صحیح انسان و درک رسالت آدمی و هدف حیات آدمی و نحوه دستیابی به حیات طیبه احاطه یابند تا در زمینه طب نیز از توفیقات بیشتری برخوردار شوند.

۱-۳-۲- پرهیز از روحیه مادی و نگرش ارتزاقی به پزشکی

با عنایت بر جایگاه والای پزشکی در جامعه اسلامی و لزوم در نظر داشتن جنبه های انسانی، نگرش ارتزاقی به این شغل شریف حیات بخش، از ارزش والای آن می کاهد. لذا ضمن تأکید بر این که باید زمینه اشتغال مناسب پزشکان و حرف وابسته به خوبی فراهم شده و زندگی آنان در حد شئون آنان اداره شود بایستی از ترویج روحیه مادیت در صاحبان این مسند شریف پرهیز گردد.

۱-۳-۳- عدم اکتفا به دانسته ها: پزشک مسلمان با توجه به مسئولیت خطیر خود در حفظ جان بیماران، دائماً بایستی دانسته های خویش را فزونی بخشیده و نیاز علمی خود به مطالب طبی و سایر مطالب مورد نیاز را احساس و در رفع آنها بکوشد. اطلاع و بهره مندی از سایر مکاتب پزشکی امروز نیز ضروری می باشد. تأکید بر لزوم جهد و کوشش پزشک در احادیث می تواند دال بر این امر باشد.

۱-۳-۴- تقدم پیشگیری بر درمان

از دیدگاه اسلام عزیز و نیز علم امروز، تقدم پیشگیری به درمان امری محرز است و عنایت اسلام به نقش وراثت، پرهیز، احکام بهداشتی و ... نشانگر این امر است. لذا اهتمام اصلی دست اندرکاران پزشکی کشور بایستی به این زمینه معطوف گردد که هم ثمرات بیشتری دارد و هم کم هزینه تر می باشد.

۱-۳-۵- تقوای الهی

آدمی همواره در معرض خطرات نفسانی و تهدیدات شیطانی می باشد و مسند شریف پزشکی از این جهت در معرض پرتگاه های مهلکی است. لذا اهتمام اصلی دست اندرکاران پزشکی کشور بایستی به این زمینه معطوف گردد که هم ثمرات بیشتری دارد و هم کم هزینه تر می باشد.

۱-۳-۶- خیر خواهی برای بیمار

پزشک مسلمان و به عبارت دیگر حکیم مسلمان با عنایت به تقوی الهی و آگاهی وسیع و نیز شناخت گوهر ارزشمند وجود انسانی، بیش از آنچه به خود بیندیشد به بیمار و صلاح او می اندیشد و خدای ناکرده مصلحت بیمار را فدای منافع شخصی یا گروهی نمی کند.

۱-۳-۷- لزوم اطاعت از پزشک

پزشک مسلمان با رعایت موارد سابق الذکر، اعتماد و اطمینان بیمار را جلب می کند و لذا اطاعت از دستورات پزشک مورد اعتماد تأکید شده است. دستورات بزرگان دین و سیره آنها نشان دهنده این مطلب است که در

امور پزشکی به متخصص امر بایستی رجوع نموده و نسبت به دستورات پزشکی وی تابع بود.

۱-۳-۸- مراقبت نسبت به تخلفات پزشکی

هر چه شغل و مسئولیتی مهم تر و از جایگاه و الاتری برخوردار باشد در معرض خطر بیشتری بوده و خطا و فساد در آن منجر به زیان های بیشتر خواهد شد و بر این اساس مراقبت بیشتری را می طلبد.

طبابت نیز به عنوان یکی از مشاغل مهم اجتماع در معرض آفات و خطراتی قرار دارد و جامعه پزشکی بایستی با دید مراقب و بصیر نسبت به حفظ شأن و جایگاه و الای این حرفه اهتمام ورزد. تنظیم روابط انسانی و اسلامی فی مابین پزشک و بیمار، پزشک و جامعه، پزشک و همکاران و موقعیت های لازم جهت عدم اعمال روابط غیر اسلامی در موارد فوق از امور مهمی است که بر سلامت جسم و جان جامعه تأثیر می گذارد.

فصل ۲- زنان، بهداشت و درمان

۲-۱- بهداشت

هم اکنون بیشتر از ۷۵ درصد جمعیت روستایی و ۶۰ درصد جمعیت شهری ایران در پوشش شبکه های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و تا پایان برنامه پنج ساله دوم فرهنگی - اقتصادی ایران، صد در صد روستائینان مشمول مراقبت های این شبکه خواهند بود.

از سیاست های اساسی در این بخش، موارد زیر را می توان نام برد:

- اولویت پیشگیری بر درمان به عنوان یک برنامه ریزی و سرمایه گذاری دراز مدت؛

- اولویت مناطق دور افتاده و روستایی در توزیع و تأمین منابع درمانی؛

- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری؛

- اولویت خدمات عمومی بهداشت بر خدمات تخصصی.

جهت تعیین استراتژی های بهداشتی مربوط به زنان و ارتقا دانش و آگاهی اقدار مختلف به ویژه نیروهای فعال در این زمینه، سمینار، کنفرانس و کارگاه های آموزشی متعددی مانند کنفرانس منطقه ای جمعیت، سمینار و کارگاه بررسی روش های ارتقا سلامت زنان و ... برگزار گردیده است که در طول برنامه های آتی این بخش ادامه می یابد.

۲-۲- امید به زندگی

امید به زندگی در زنان ایران همواره بیش از مردان بوده و در طول سال های پس از انقلاب اسلامی روندی رو به فزونی داشته است. به طوری که از ۵۶/۳ در سال ۱۳۵۷ به ۶۹ در سال ۱۳۷۲ افزایش یافته است. رشد این روند در سال های بعد از این نیز به سبب توجه به برنامه ریزی و سرمایه گذاری در زمینه بهداشت مادر و کودک و گسترش حوزه خدمات بهداشتی قابل پیش بینی است.

۲-۳- نسبت‌های جنسی

مقایسه نسبت زنان به مردان در پانزده سال گذشته نوسانی بسیار اندک را نشان می‌دهد و برای آخرین سال آمارگیری (۱۳۷۰) این نسبت ۱۰۶ مرد در برابر ۱۰۰ زن بوده است.

۲-۴- مرگ و میر مادران

تا حدود سال‌های ۵۸، مرگ و میر مادران در هنگام زایمان یا به سبب عوارض ناشی از آن، شمار بالایی داشت و بیشترین میزان آن نیز مربوط به مادران روستایی بود. با گسترش ارائه خدمات بهداشتی اولیه از سطح روستا و اجرای طرح‌های مختلف همچون طرح ماما‌های روستایی موجب شده است که میزان مزبور به نحو بارزی کاهش یابد و از ۲۴۵ درصد هزار تولد زنده، به ۵۴ در سال ۱۳۷۲ برسد. البته اجرای طرح‌های کنترل جمعیت و در نتیجه تقلیل دفعات زایمان نیز در دور شدن خطر مرگ از مادران موثر بوده است.

۲-۵- اقدامات ویژه در زمینه مراقبت‌های بهداشتی زنان

تا پیش از ایجاد شبکه‌های بهداشتی - درمانی در کشور، میزان مرگ و میر مادران و کودکان و عوارض ناشی از فقدان امکانات درمانی، بسیار بالا بود. از سال ۱۳۶۴، پس از ایجاد شبکه‌های مزبور و اعمال توجه و مراقبت‌های لازم در مورد مادران و کودکان زیر ۵ سال به عنوان یک گروه آسیب پذیر، وضعیت موجود بهبود یافت.

در حال حاضر برابر آمار موجود، میزان مرگ و نوزادان و کودکان کاهش قابل ملاحظه یافته و تعداد واکسیناسیون کودکان و مادران از روند تصاعدی در خور اعتنایی برخوردار است و درصد زنانی که از وسایل ضد بارداری استفاده می‌کنند و نیز میزان مراقبت‌های پیش از زایمان رو به افزایش است. کاهش نرخ رشد جمعیت از ۳/۲ در سال ۱۳۶۳ به ۲/۳ در سال ۱۳۷۲ و ۱/۸ در سال ۱۳۷۳ نیز شاهدی است بر بهبود وضعیت زنان و مادران از نظر دفعات زایمان (نرخ باروری کلی از ۵/۲ در سال ۱۳۶۳ به ۴/۶ در سال ۱۳۷۲ و ۳/۶ در سال ۱۳۷۳ تقلیل یافته است).

۲-۶- سیاست‌های جمعیتی و پایگاه زن

در یک دوره زمانی تقریباً صد ساله، جمعیت ایران از حدود ۱۰ میلیون نفر در سال ۱۲۷۹ (هش) به ۶۰ میلیون نفر در سال ۱۳۷۲ افزایش یافت که این نمایانگر تزايد نرخ رشد جمعیت در این دوره می‌باشد. اما در سال‌های مختلف این دوره، نرخ رشد جمعیت ثابت نمانده و دستخوش نوسان بوده است. بین سال‌های ۱۳۵۵ و ۱۳۶۵ بیشترین افزایش رشد جمعیت حادث شد و حتی تا مرز ۴ درصد رسید. برای این امر سه علت عمده را می‌توان برشمرد:

الف - کاهش چشمگیر مرگ نوزادان به سبب ارائه خدمات بهداشتی و به ویژه مهار بیماری‌های اسهال در مناطق دور افتاده و روستاها.

ب - روی بر تافتن از برنامه‌های تنظیم خانواده و در پارهای موارد تشویق خانواده‌ها به داشتن فرزندان بیشتر

که این موضوع منجر به افزایش تعداد تولد در هزار نفر جمعیت از ۳۹ به ۴۲ در دوران مذکور شد.

ج- هجوم وسیع مهاجران و پناهندگان از کشورهای همسایه به ویژه افغانستان.

پس از پایان جنگ تحمیلی عراق بر ایران و به سبب توجه به اثرات زیانبار رشد بی‌رویه جمعیت، برنامه تنظیم خانواده در دستور کار دولت قرار گرفت و در سال ۱۳۶۸ هیئت وزیران ایجاد شورای عالی مهار جمعیت را تصویب قرار داد. در سال ۱۳۷۲ نرخ رشد جمعیت به ۲/۳ درصد و در سال ۱۳۷۳ این رقم به ۱/۸ درصد تقلیل یافته است که عامل آن فعالیت‌های همه‌جانبه دولت از یک سو و استقبال بانوان از بهره‌گیری از روش‌های گوناگون پیشگیری از حاملگی و رایگان بودن خدمات و وسایل لازم برای جلوگیری از بارداری، از سوی دیگر بوده است.

۷-۲- واکسیناسیون

مبارزه بر علیه شش بیماری قابل پیشگیری با واکسن، با گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور رو به فزونی داشته و امروز بیش از ۸۵٪ پوشش واکسیناسیون در کل کشور وجود دارد.

در سال‌های ۱۳۷۳ و ۱۳۷۴ با اجرای روزهای ملی فلج اطفال، برنامه ریشه‌کنی این بیماری در کشور آغاز شد که به مدت چند سال متوالی ادامه خواهد یافت. این برنامه با همکاری نیروهای بسیج زنان انجام می‌شود. در این میان یکی از اقدامات بسیار مؤثر در موفقیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در روستاها، استفاده از نیروهای بومی با عنوان بهورز (زن و مرد) بوده است که موجب گشته خدمات مزبور برای روستاییان، به ویژه زنان سهل‌الوصول باشد.

۸-۲- برنامه‌های درازمدت ایران و مشکلات موجود در زمینه بهداشت

۱- با وجود سرمایه‌گذاری مناسب و پشتیبانی سیاسی برای بهداشت و پیشگیری از بیماری‌ها تاکنون، حمایت و پشتیبانی همه‌جانبه و بیشتر دولت در این زمینه در برنامه کشور قرار دارد.

۲- برای حصول اطمینان از تحقق موفقیت در برنامه‌ها هماهنگی و همکاری بین بخشی ضروری تلقی شده است و در این راستا به بهداشت به عنوان محور سیاست‌گذاری‌ها در همه بخش‌های مرتبط، توجه کافی می‌شود.

۳- دستیابی به تشریک مساعی اعضای جامعه برای ادامه برنامه‌ها بسیار مهم است. البته گفتنی است که در این زمینه برنامه‌های جدیدی مانند طرح رابطان بهداشتی در مناطق حاشیه شهرها موفقیت آمیز بوده است. اما فعالیت در این زمینه با تشویق به همکاری بیشتر بخش‌های دیگر در سال‌های آینده ادامه خواهد داشت.

۴- از سوی دولت به بعضی از اهداف بهداشتی مانند تغذیه، توجه بیشتری خواهد شد.

۵- در برنامه سال‌های آینده به نقش زنان به عنوان فراهم‌آورندگان زمینه تقدم بهداشت خانواده و جامعه - و نه فقط گیرندگان خدمات بهداشتی توجه شده و از این نقش بهره‌گیری کافی به عمل خواهد آمد و در این زمینه برای آموزش کودکان و نوجوانان (دختر) به عنوان سرمایه‌گذاری درازمدت و برنامه‌ریزی و

سیاست‌گذاری در جهت مشارکت زنان در رده‌های مختلف ارائه دهنده خدمت تا سطح مدیریت که واجد اهمیت ویژه است، تلاش بیشتر و دامنه‌دارتری خواهد شد.

۲-۹- گسترش مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی

بر اساس آمار موجود در قبل از انقلاب اسلامی و تا پایان سال ۱۳۵۷ تنها ۲۵۰۰ خانه بهداشت، ۱۵۰۰ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی و ۸۰۰ مرکز بهداشتی و درمانی شهری وجود داشت. مشاهده ارقام مذکور با وضعیت شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور بیانگر آن است که تعداد خانه‌های بهداشت پس از انقلاب به ۱۴۶۰۰ واحد افزایش می‌یابد که نشان دهنده رشدی معادل ۵۸۴ درصد بوده است. بدین ترتیب پس از انقلاب اسلامی در هر روز ۲ خانه بهداشت ساخته شده است. همچنین تعداد مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری پس از انقلاب به ۲۲۹۰ و ۱۷۷۰ واحد افزایش یافته است. بر همین اساس بعد از انقلاب ۸۸۳ مرکز و پایگاه بهداشتی جدید در سطح کشور ایجاد شده است. تعداد تخت‌های بیمارستانی که تا قبل از انقلاب اسلامی به ۵۷ هزار تخت می‌رسید، پس از انقلاب و در سال ۱۳۷۴ به ۹۵ هزار تخت افزایش یافته که از رشدی معادل ۱۶۶ درصد برخوردار بوده است.

۲-۱۰- گسترش خدمات بهزیستی

تعداد مراکز توانبخشی در کشور تا قبل از انقلاب ۱۳ واحد و ظرفیت آن ۱۲۱۳۴ نفر بوده پس از انقلاب به ۶۰۴ واحد افزایش یافته و ظرفیت آن به ۲۴۵۰۸۸ نفر می‌رسد. یعنی در طول ۱۴ سال تعداد مراکز درمانی ۳۶۳ درصد رشد و ظرفیت پذیرش آن ۲۰۱۹ درصد افزایش یافته است. تعداد شیرخوارگاه‌ها، مهدکودک‌ها، مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی سرپرست و بازپروری معتادان نیز پس از انقلاب رشد قابل ملاحظه‌ای داشته است. تعداد شیرخوارگاه‌ها از ۵ واحد و با ظرفیت ۳۹۵ نفر به ۱۲ واحد به ظرفیت ۵۴۲ نفر افزایش یافت. تعداد مهدکودک‌ها نیز از ۱۲۲۹ واحد به ۱۵۸۶ واحد و مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان نیز از ۴۰ واحد به ۶۴ واحد افزایش پیدا کرد. همچنین پس از انقلاب ۱۱ مرکز بازپروری معتادان با ظرفیت ۴۰۰۰ نفر احداث شد.

جدول شماره (۱) - خانه‌های بهداشت فعال، روستاها و جمعیت تحت پوشش آنها طی برنامه اول

سال	روستاها تحت پوشش	جمعیت تحت پوشش	خانه‌های بهداشت فعال		
			جمع	دارای پزشک سیار	فاقد پزشک سیار
۱۳۶۸	۲۵۵۱۲	۱۳۲۶۷۹۶۵	۷۹۲۳	۴۸۶۴	۳۰۵۹
۱۳۶۹	۳۰۰۶۲	۱۴۹۶۷۴۳۴	۸۷۳۶	۵۶۴۴	۳۰۹۲
۱۳۷۰	۳۲۹۰۳	۱۶۱۱۷۳۵۹	۹۷۳۴	۶۵۳۷	۳۱۹۷
۱۳۷۱	۳۴۱۸۴	۱۷۰۸۷۷۶۰	۱۰۶۶۶	۷۵۶۶	۳۱۰۰
۱۳۷۲	۳۵۰۷۸	۱۷۱۸۰۹۷۹	۱۱۱۷۱	۸۰۱۴	۳۱۵۷

جدول شماره (۲) - مراکز بهداشتی درمانی بر حسب وضعیت جغرافیایی، حقوقی و اداری در طی برنامه اول

سال	موقعیت جغرافیایی			وضعیت حقوقی		
	جمع	شهری	روستایی	وابسته به وزارت بهداشت	خصوصی	سایر
۱۳۶۸	۴۳۳۱	۲۳۹۳	۱۹۳۸	۳۹۳۹	۱۵۴	۲۳۸
۱۳۶۹	۴۴۷۴	۲۵۳۸	۱۹۳۶	۴۰۵۲	۱۵۲	۲۷۰
۱۳۷۰	۴۷۰۵	۲۷۲۲	۱۹۸۳	۴۱۳۸	۱۷۴	۳۹۳
۱۳۷۱	۴۹۲۱	۲۸۶۲	۲۰۵۹	۴۲۷۹	۱۹۳	۴۴۹
۱۳۷۲	۵۱۰۲	۳۰۷۰	۲۰۳۲	۴۳۷۱	۲۱۳	۵۱۸

جدول شماره (۳) - آمار مقایسه‌ای فعالیت‌های بهداشتی درمانی

سال ۱۳۷۳	سال ۱۳۶۸	سال ۱۳۵۷	شرح
۷۲۴	۶۲۵	۳۵۷	تعداد بیمارستان‌ها
۹۳۸۸۲	۸۲۰۸۵	۵۶۰۰۰	تعداد تخت بیمارستانی
۳۷۲۸۵ نفر	-	-	تعداد کل پزشکان در سراسر کشور
۱۷۹۹۰ نفر	-	-	تعداد پزشکان شاغل در وزارت
۱۹۲۹۵ نفر	-	-	تعداد پزشکان آزاد
۱۷۰۰۰	۱۱۰۰۰	۷۰۰۰	تعداد پزشکان متخصص
۳۲۰۰۰	۱۱۰۰۰	۵۱۰۰	تعداد دانشجویان در رشته‌های مختلف پزشکی (دکترای پزشکی)
۱۰۰۰۰۰	۴۵۰۰۰	۳۲۰۰۰	تعداد دانشجویان گروه پزشکی
۹۵۳۴	-	-	تعداد پرستاران شاغل در وزارت بهداشت
۱۷۰۶۳	۱۰۹۸۲	۴۲۲۰	تعداد کل مراکز بهداشتی، درمانی شهری و روستایی و خانه‌های بهداشت
۱۰۱	۷۰	-	تعداد مراکز دیالیز
۵۴۰	۴۲۱	۵۰	تعداد عمل پیوند کلیه (تا قبل از انقلاب سال ۵۷)
۵۱۰۰	۳۱۸۱	-	تعداد بیماران دیالیز
۲۹۵۰۰	۶۰۰	-	تأمین آب آشامیدنی سالم در روستاهای کشور
۱۰۵۷۷۵ منبع	۸۵۶۵۸ منبع	-	بهسازی منابع آب آشامیدنی
۵۳۲۳۶۰	۲۰۴۵۴۴	-	کنترل مراکز تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی
۹۵ درصد	۶۷ درصد	-	پوشش واکسیناسیون و درصد ایمن سازی
-	-	-	کودکان زیر یک سال
۶۵۰ نفر	۲۷۰۰ نفر	-	تعداد پزشکان خارجی مستقر در ایران با ملیت‌های هندی، پاکستانی، آذربایجانی و ...
۱۲/۳ درصد	۵۸۳۵۷۴۶۸۹	۱۰۰۶۱۶۴۹۰	میزان بودجه وزارت بهداشت و درصد آن نسبت به بودجه کل کشور
۳۳ نفر در هزار	۳۷ نفر در هزار	۱۲۰ نفر در هزار	میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال (تولد زنده)
۴۱ نفر در هزار	۴۴ نفر در هزار	-	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال (تولد زنده)
۲/۳ درصد	۳/۲ درصد	۳/۹ درصد	کنترل رشد جمعیت با برنامه یا برنامه تنظیمی
۲۶۰۹ میلیارد ریال	۱۰۸۶ میلیارد ریال	-	تولید دارو در ایران به ریال
۱۲۱۸ میلیون عدد	۱۰۷۳ میلیون عدد	-	مصرف دارو در ایران (به عدد)
۷۰۵۶ نفر	۱۵۲۹۵ نفر	-	تعداد بیماران اعزام به خارج از کشور
۴۷۹۴۷۲۱۰ دلار	۷۲۲۴۱۰۹۲ دلار	-	هزینه پرداخت شده به بیماران اعزامی
۱/۷ میلیون نفر	۱/۲ میلیون نفر	-	بیمه شدگان اصلی کارکنان دولت

بیمه شدگان تأمین اجتماعی	-	۲ میلیون نفر	۳/۹ میلیون نفر
بیمه شدگان تحت پوشش تأمین اجتماعی	-	۱۳ میلیون نفر	۱۷ میلیون نفر

فصل ۳- ویژگی‌های جامعه زنان ایران

با پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی ایران، زمینه مشارکت جامعه زنان مسلمان در امور مختلف فرهنگی، اجتماعی و سیاسی کشور فراهم شد. با توجه به الگوهای ارائه شده مذهبی و همچنین پیشینه تاریخی، گسترش فعالیت‌های این گروه با مسائل ویژه‌ای رو به روست که به برخی از آنها اشاره می‌شود.

۳-۱- تفاوت‌های طبیعی

از نظر اسلام حقیقت وجودی زن و مرد یکسان است ولی به خاطر نقشی که به عنوان مکمل یکدیگر در نظام خلقت ایفا می‌کنند از ویژگی‌های متفاوت جسمانی و روانی برخوردارند. زن مظهر جمال الهی و محور رأفت و عاطفه در جامعه است، و مرد مظهر جلال الهی به دلیل نقش دفاعی، سرپرستی و اجرایی، محور صلابت و قدرت است. رعایت این نکات در سیاستگذاری امور زنان حایز اهمیت فراوان است.

آن‌گاه که اصول دینی و اخلاقی در جامعه کمرنگ شود، تعدی مردان نسبت به زنان با توجه به قوای بیشتر جسمانی گسترش می‌یابد. کشورهای توسعه یافته و عقب‌مانده، هر دو جایگاه تعدی و خشونت نسبت به زنان است و علی‌رغم وجود آزادی‌های جنسی و همچنین وضع قوانین گوناگون در جوامع غربی، آمار خشونت و تجاوز رو به گسترش نهاده است. تنها در جوامع مذهبی است که تعدی نسبت به زنان کمتر و زمینه‌های کنترل خشونت جنسی بیشتر فراهم می‌گردد.

۳-۲- الگوی خاص اعتقادی

از دیدگاه اسلام زن از کلیه حقوق اجتماعی برخوردار است و به هیچ عنوان نمی‌توان او را از حضور فعال در جامعه و تلاش و فعالیت‌های مفید و سازنده منع نمود. ولی این مشارکت باید به گونه‌ای تنظیم شود که بر نقش اصلی او در خانواده خدشه‌ای وارد نکند.

«خانواده یک نهاد طبیعی و اساسی انسان است و باید مبنای طرح‌های مربوط به زنان قرار گیرد. کانون خانواده محل رشد و بالندگی عواطف و احساسات است و زنان با هر تخصص علمی باید به عنوان محور اصل خانواده و کدبانوی خانه نقش مهم خود را به خوبی ایفا کنند»^۱

از سوی دیگر، فرهنگ اسلامی فرهنگ عدم اختلاط زن و مرد است، بدین منظور با طرح پوششی ویژه به نام حجاب و توصیه به متانت، ضوابط و حد و مرزهایی را برای محیط ضروری می‌داند تا حضور زن در جامعه به طور متفکرانه و به دور از نمودهای جنسی باشد. حقوق ویژه زن و مرد در روابط خانوادگی از دیگر خصوصیات جامعه اسلامی است.

۱. حضرت آیت الله خامنه‌ای - ۴/۱۰/۷۲

۳-۳- پیشینه اجتماعی و تاریخی

در قرون وسطی و حتی پس از رنسانس تا قرن نوزدهم، عقایدی همچون عامل بودن زن برای انحطاط و وسوسه‌های شیطانی در اروپا به چشم می‌خورد، ولی این گونه افکار در جامعه ایران نمود چندانی نداشته است. اما به خاطر نگرش غلط نسبت به زنان از یک طرف و فراهم نبودن زمینه فعالیت اجتماعی آنان با حفظ عفاف از سوی دیگر، که از فرهنگ استبدادی و منحط پادشاهی نشأت می‌گرفت امکان حضور اکثریت زنان در جامعه منتفی شد و عرصه فعالیت آنان به محیط خانواده محدود گردید. حتی در دوران سلطنت خاندان پهلوی که به تقلید از غرب تصمیم به آوردن زنان به صحنه اجتماع گرفته شد، با توجه به فساد حاکم، بسیاری از خانواده‌ها رغبتی به این امر نشان ندادند، لذا در جامعه ما زنان از نظر کسب علم و دانش، بهداشت، مشارکت در اجتماع و رشد فرهنگی و اجتماعی دچار مظلومیت خاصی گشتند.

«زن در جامعه خود باخته نظام پلید پادشاهی حقیقتاً و از هر حیث مظلوم بود، زن در جامعه ما و در ایران مظلوم بود، اگر زن می‌خواست وارد مقوله علم شود باید دین و تقوی و عفاف را کنار می‌گذاشت مگر می‌شد در دانشگاه‌ها، در محیط‌های آموزشی و مراکز علمی و فرهنگی یک خانم مسلمان به آسانی حجاب خود و متانت خود و وقار خود را حفظ کند.»^۱

۳-۴- سنت‌های تبعیض آمیز اجتماعی

روابط مردم با یکدیگر بر اساس قراردادهای اجتماعی، عرف و عادت شکل می‌گیرد. گاه قراردادهای اجتماعی یا توافقیهای عمومی، عرف یا پذیرش، اعتقاد و قضاوت مردم و عادات یا رفتار متداول میان مردم بر بنیان‌هایی نامناسب و غیر عادلانه استوار می‌گردد و جز فرهنگ و آداب و رسوم یک قوم در می‌آید. این بنیان‌ها در جوامع مختلف متفاوتند. در بسیاری از اجتماعات، ظلم به زنان و برخورد ناعادلانه با آنان، شکلی از این گونه برخوردها را نشان می‌دهد. زنان جامعه ایران نیز چه به دلیل قرار دادها و عرف و عادت غلط و چه شرایط نامناسب حکومت‌های جور که خود علت تحقق عوامل دیگر بوده‌اند، از این ظلم مصون نمانده‌اند. لذا از حیث سواد و معرفت، سلامت جسمانی، امکان رشد استعدادها، مشارکت در جامعه و کسب تجربه و پختگی در مشاغل دولتی و خصوصی در سطحی پایین‌تر از مردان قرار گرفته‌اند.

۳-۵- رئوس مشکلات در قوای مجریه، مقننه و قضاییه در برخورد با زنان

بسیاری از زنانی که در دوران حکومت پهلوی در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کردند با الگوهای مورد نظر اسلام فاصله فراوانی داشتند. لذا با پیروزی انقلاب به طور طبیعی از آمار زنان در دستگاه‌های حکومتی کشور کاسته شد و با شروع جنگ تحمیلی و وضعیت بحرانی در کشور، شرایط مناسب برای فعالیت زنان مسلمان دیرتر از حد مورد انتظار فراهم گردید، به طوری که در بسیاری از دستگاه‌ها تنها زمانی به زنان اجازه فعالیت و استخدام داده می‌شود که شرایطی بسیار بالاتر از مردان در همان رتبه شغلی داشته باشند. لذا علی‌رغم تحصیلات بالاتری که زنان شاغل در جمهوری اسلامی نسبت به دوران قبل از انقلاب دارند و به

۱. حضرت آیت‌الله خامنه‌ای

تعبیری فعالیت آنان تخصصی تر شده است هنوز در سطوح مناسب از نظر احراز مسئولیت های کلیدی قرار ندارند. به علاوه در ابتدا از بعضی مشاغل منع شدند که به مرور نیاز به فعالیت آنان در این زمینه ها به چشم می خورد.

«ما امروز باید مطرح کنیم که چرا زن ها مسئولیت ها و مدیریت های کلیدی را ندارند؟ این یک سؤال قابل قبولی است. اگر چنانچه صلاحیت های خوبی دارند، نه این که ما تعصب بورزیم، بگوییم که باید حتماً یک جایی باشد، نه اگر چنان چه صلاحیت هایی در زنان هست، آن جایی که منع اسلامی ندارد تا سطوح بالا را شامل می شود»^۱.

تجربیات حاصله از بررسی مشکلات بانوان نشانگر آن است که عمده این مسائل و معضلات ناشی از عدم آگاهی نسبت به حقوق خود، روش صحیح پیگیری و نارسایی موجود در برخی از قوانین و آیین نامه های اجرایی دستگاه های مربوطه می باشد.

فصل ۴- تحولات پس از انقلاب اسلامی

هنگامی که در سال ۱۳۴۱ رژیم طاغوت به عنوان نمایش مشارکت زنان در جامعه، حق شرکت در انتخابات مجلس و هیئت های ایالتی و ولایتی را مطرح کرد، به دلیل محیط نامناسب برای فعالیت اجتماعی زنان و نیت حکومت که در راستای از بین بردن هویت اسلامی جامعه تلاش می کرد، امام خمینی (ره) با بسیج نیروهای مذهبی بر علیه این توطئه قیام کردند. با وقوع انقلاب اسلامی و نقش اساسی زنان در پیروزی آن و همچنین فراهم شدن زمینه های مساعد، معظم له ضمن بیان منزلت زن به تبیین لزوم مشارکت زنان در مقدرات کشور پرداختند.

«زن باید در مقدرات اساسی مملکت دخالت کند».

«زنان در جامعه اسلامی آزادند. از رفتن به دانشگاه و ادارات و مجلس به هیچ وجه جلوگیری نمی شود»^۲.

۴-۱- افزایش سطح آموزش عمومی و تخصصی زنان در کشور

نگاهی به آمار در مورد وضعیت سواد جامعه ایرانی در سال های مختلف نشان می دهد که با وقوع انقلاب اسلامی و تلاش چشمگیر دولت، اقبال زنان برای یادگیری دانش رو به فزونی گذاشته است. بر اساس آمار سال ۱۳۵۵ تنها ۴/۶ میلیون نفر از زنان (۳۵/۵ درصد)، از نعمت سواد بهره مند بوده اند. حال آن که در سال ۱۳۶۵ تعداد زنان با سواد بیش از دو برابر شده و به ۹/۸ میلیون نفر (۵۲/۱ درصد) افزایش یافته است. در سال ۱۳۷۰ آخرین مقطع آمارگیری ۱۴/۸ میلیون زن (۶۷/۱ درصد) قدرت خواندن و نوشتن داشته اند.^۳

حضور زنان در عرصه آموزش عالی نیز رو به رشد نهاده است به طوری که بر اساس آمارهای موجود، طی پنج سال ۶۸-۱۳۶۷ الی ۷۳-۱۳۷۲ به طور متوسط ۳۰ درصد از دانشجویان دانشگاه ها و مراکز آموزش

۱. حضرت آیت الله خامنه ای

۲. امام خمینی (ره)

۳. مرکز آمار ایران

عالی دولتی را زنان تشکیل می داده‌اند.

با توجه به درصد تعداد دانشجویان زن در مقاطع مختلف تحصیلی و مقایسه آن با درصد فارغ‌التحصیلان در همان مقطع، مشاهده می‌شود که در تمام مقاطع درصد فارغ‌التحصیلان زن از نسبت بیشتری برخوردار بوده است.^۱ این امر می‌تواند نشانگر موفقیت بیشتر زنان در سپری کردن دوران تحصیل باشند.

۴-۲- بررسی نقش زنان ایرانی در تعلیم و تربیت نیروی انسانی

زنان حدود نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. بر اساس نتایج آمارگیری از جمعیت در سال ۱۳۷۰ جمعیت کشور بالغ بر ۵۵۳۷۱۶۳ نفر بوده است که از این تعداد ۲۷۰۶۸۷۱۳ نفر زنان را تشکیل می‌دهد. بررسی نقش و عملکرد زنان در جامعه ما نشان می‌دهد که آنان تأثیر مثبت و بسیار مهمی در تعلیم و تربیت نیروی انسانی جامعه داشته‌اند. با طبقه‌بندی نقش زنان در تعلیم و تربیت افراد جامعه سه نوع نقش اساسی را می‌توان مورد شناسایی قرار داد:

۱- نقش زنان در تعلیم و تربیت رسمی و توسعه نیروی انسانی جامعه

۲- نقش زنان در تعلیم و تربیت غیر رسمی و کارایی و پویایی نیروی انسانی جامعه

۳- نقش پنهان زنان در تعلیم و تربیت نیروی انسانی و بالابردن کیفیت و کارایی آن

۴-۱-۲- نقش زنان در تعلیم و تربیت رسمی و توسعه نیروی انسانی جامعه

این نقش در سطوح مختلف آموزشی رسمی از جمله آموزش ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و آموزش عالی به خوبی آشکار است.

الف - نقش زنان در تعلیم و تربیت دوره ابتدایی: طبق برآورد وزارت آموزش و پرورش کارمندانیکه در سال ۷۲-۷۳ در دوره ابتدایی در استخدام این وزارتخانه بوده‌اند ۳۷۲۳۱۶ نفر بوده که ۱۶۸۹۰۴ نفر یعنی حدود ۵۴ درصد آن را زنان تشکیل داده‌اند.

ب - نقش زنان در تعلیم و تربیت دوره راهنمایی تحصیلی: از تعداد ۲۰۲۴۳۷ نفر که در مدارس راهنمایی خدمت می‌کنند، تعداد ۸۷۹۷۹ نفر از آنان را زنان تشکیل می‌دهند که معادل ۴۶/۴۳ درصد کارمندانی است که در این دوره به خدمت اشتغال دارند.

ج - نقش زنان در تعلیم و تربیت دوره دبیرستان: در سال تحصیلی ۷۲-۷۳ تعداد کارمندان شاغل در دوره متوسطه اعم از نظری و فنی و حرفه‌ای ۱۳۹۰۷۳ نفر بوده که تعداد ۵۲۶۱۸ نفر (۳۷/۸۳ درصد) آنان زن بوده‌اند.

د - نقش زنان در دوره‌های تربیت معلم: در سال تحصیلی ۷۲-۷۳ تعداد ۲۳۹ دانشسرای چهار ساله و ۱۰۳ دانشسرای دوساله در سراسر کشور به تربیت معلم اختصاص داشته است. در این دانشسراها ۳۴۷۲ دانش آموز (۲۱۳۸۲ پسر و ۱۳۳۹ دختر) به تحصیل اشتغال داشته‌اند. این تعداد دختران در آینده مریبان زن در دوره‌های مختلف تحصیلی در شهر و روستا خواهند شد. علاوه بر این تعداد ۲۱۶ مراکز تربیت معلم نیز در سراسر کشور دایر بوده است که تعداد ۳۵۹۳ پسر و ۲۹۸۹۴ دختر به تحصیل اشتغال دارند. این تعداد

۱. آمار وزارت فرهنگ و آموزش عالی

دانشجوی دختر در رشته‌های مختلفی از قبیل آموزش ابتدایی، ادبیات علوم اجتماعی، علوم تجربی، علوم ریاضی، علوم هنری و کودکان استثنایی به آموزش و یادگیری مشغول بوده‌اند که در آینده مربیان زنان در رشته‌های فوق خواهند بود.

ه- نقش زنان در تعلیم و تربیت دوره‌های دانشگاهی: حدود ۱/۵ کادر آموزشی تمام وقت و نیمه وقت مراکز آموزش عالی ایران را زنان تشکیل می‌دهند. آنان در رشته‌های مختلف پزشکی فنی و مهندسی، علوم انسانی، علوم پایه و هنر مشغول به خدمت هستند. جدول شماره (۴) بیانگر تعداد نسبت حضور زنان عضو هیئت علمی مراکز آموزش عالی نسبت به مردان در سال ۷۳-۷۲ می‌باشد.

۴-۲-۲- نقش زنان در تعلیم و تربیت غیر رسمی و کارایی و پویایی انسانی جامعه

اصولاً در هر جامعه‌ای همه فرآیند تعلیم و تربیت به صورت رسمی انجام نمی‌شود و بخشی از فعالیت‌های آموزش و فرایند یاددهی، یادگیری و تربیت نیروی انسانی به صورت غیر رسمی صورت می‌گیرد. مهمترین ارگان‌هایی که به صورت غیر رسمی به تعلیم و تربیت می‌پردازند شامل برنامه‌های آموزش مختلف توسط صدا و سیما، نشریات، مجلات، کتاب‌های علمی و آموزشی و... می‌باشند. در این زمینه زنان نیز فعال بوده‌اند و در فرایند تعلیم و تربیت غیر رسمی نقش مهمی بر عهده دارند. زنانی که دارای دانش علمی و فنی هستند در نظام آموزش غیر رسمی به رشد دانش و آگاهی و بالابردن توان علمی نیروی انسانی جامعه کمک می‌نمایند. جدول شماره (۵) توزیع زنان شاغل عالی رتبه اداری را که به نحوی در آموزش غیر رسمی می‌توانند نقش داشته باشند نشان می‌دهد.

۴-۲-۳- نقش پنهان زنان در تعلیم و تربیت نیروی انسانی و بالا بردن کیفیت و کارایی آن

علاوه بر نقش‌هایی که بر شمردیم زنان جامعه ما نقش حساس و مهمی دیگری دارند که در اکثر موارد به شکل پنهان صورت می‌گیرد و در هیچ یک از آمارهای رسمی جامعه یادی از آن نمی‌شود. این نقش شامل مسئولیت زنان در قبال تعلیم و تربیت فرزندانشان که نیروی انسانی آینده جامعه هستند می‌باشد. آنها با حساسیت زیادی این نقش را ایفا می‌کنند که در جامعه‌های دیگر کمتر ملاحظه می‌شود. همان طور که ذکر شد هیچ‌گونه مطالعه و بررسی علمی در این زمینه انجام نشده و درصد دقیق مشارکت آنان را در این موضوع نمی‌توان به درستی تعیین نمود. این امر لزوم مطالعه و بررسی دقیق درباره این موضوع را تأیید می‌کند.

جدول شماره (۴) - تعداد و درصد کادر آموزشی مراکز آموزش عالی در سال

تحصیلی ۷۳-۷۲ به تفکیک جنس

جمع	مرد		زن		کادر آموزش جنس
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۰۹۷۰		۱۶۸۲۰		۴۱۵۰	کادر آموزشی تمام وقت
۱۱۹۶۴		۱۰۳۱۴		۱۶۵۰	مدرسین حق‌التدریس
۳۲۹۳۴		۲۷۱۳۴		۵۸۰۰	جمع

جدول شماره (۵) - توزیع فراوانی و درصد زنان شاغل در مشاغل عالی رتبه اداری
در سه مقطع زمانی قبل و بعد از پیروزی انقلاب اسلامی

گروه‌های شغلی		۱۳۵۰		۱۳۵۹		۱۳۶۵	
سال		درصد	جمع	درصد	جمع	درصد	جمع
		زنان	زنان	زنان	زنان	زنان	زنان
کارکنان مشاغل علمی فنی و تخصصی		۳۱٪	۶۲۲۳۸۹	۴۰٪	۹۱۰۸۷۲	۳۴/۸٪	۲۳۷۳۰۰
مدیران و کارمندان عالی رتبه اداری		۹/۲۵٪	۷۴۹۱	-	۴۲۸۵۳	۲/۴٪	۱۰۴۲۳
جمع کل شاغلین		۱۴/۲۵٪	۵۰۲۵۱۴۹	۱۱٪	۶۰۱۹۹۴۲	۸/۶٪	۷۰۱۰۲۰۳

۳-۴- نقش زنان در تحقیقات

برای توسعه کشور در اختیار داشتن نیروهای شایسته، سیاست گذار و برنامه ریز، محقق و پژوهشگر، مدیران لایق و همچنین نیروهای فنی از ضروریات به شمار می رود. در حال حاضر به طور مستقیم و غیر مستقیم زنان سهم عظیمی در چرخش فعالیت های اقتصادی، اجتماعی، علمی و فرهنگی و نیز سیاسی کشور بر عهده دارند. از مجموع پژوهشگران و کارشناسان پژوهشی کشور، حدود ۸۵ درصد در بخش دولتی و حدود ۱۵ درصد در بخش خصوصی مشغول به پژوهش و تحقیق می باشند.

۳-۴-۱- تعداد پژوهشگران زن در بخش دولتی

تعداد پژوهشگران و کارکنان پژوهشی زن در بخش دولتی حدود ۲۰ درصد کل پژوهشگران می باشد و از این تعداد ۴۰ درصد در گروه پزشکی، ۲۵ درصد در گروه علوم انسانی، ۲۰ درصد در گروه علوم پایه، ۹ درصد در گروه فنی و مهندسی، حدود ۵ درصد در گروه کشاورزی و ۱ درصد در گروه هنر مشغول به کار می باشند.

۳-۴-۲- تعداد پژوهشگران زن در مراتب دانشگاهی

بررسی های انجام یافته حاکی از آن است که ۳۹ زن در مرتبه استادی، ۸۱ زن در مرتبه دانشیاری، ۴۵۲ زن در مرتبه استادیاری، ۸۹۸ زن در مراتب مربی و آموزش یاری، ۳۰۵ دانشجوی زن در مقطع دکتری و ۲۲۴۹ دانشجوی زن در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحقیق و پژوهش می باشند.

طبق بررسی های انجام شده نسبت زنان به مردان در مراتب یاد شده فوق به شرح زیر می باشد

جدول شماره (۶) - توزیع تعداد زنان نسبت

به مردان عضو هیئت علمی و

دانشگاه‌های کشور

نسبت زن به مرد	مرتب
۱۱ به ۱	استادی
۹ به ۱	دانشیاری
۶ به ۱	استادیاری
۴ به ۱	مربی
۳ به ۱	دانشجوی دکتری
۴/۵ به ۱	دانشجوی فوق‌لیسانس

با توجه به این که رسیدن به مراحل دانشیاری و استادی مستلزم صرف چندین سال در آموزش و پژوهش است، تعداد اندک زنان محقق در مراتب بالای دانشگاهی بیانگر این نکته است که پیش از انقلاب امکانات آموزشی و پژوهشی کافی در اختیار زنان قرار نگرفته است یا به هر حال موانعی بر سر راه پیشرفت زنان محقق به درجات بالا موجود بوده است. خوشبختانه افزایش سهم زنان محقق در تمامی مراتب دانشگاهی روندی رو به بهبود را نشان می‌دهد و افزایش نسبت دانشجویان زن به مرد نیز عامل امیدوارکننده دیگری می‌باشد. آمارهای موجود حاکی از این است که حدود ۳۱ درصد از کل دانشجویان کشور را زنان تشکیل می‌دهند که توزیع آنها در دوره‌های مختلف آموزشی به شرح ذیل است:

کاردانی ۱۱/۲ درصد، کارشناسی ۷۶ درصد، کارشناسی ارشد ۲/۵ درصد، دکترای حرفه‌ای ۸/۶ درصد و دکتری تخصصی ۱/۷ درصد.

۳-۳-۴- تعداد پژوهشگران و کارکنان پژوهشی زن در بخش غیر دولتی

آمارهای موجود بیانگر این مهم می‌باشند که بیش از ۴۳ درصد از پژوهشگران و کارشناسان پژوهشی در گروه غیر دولتی را زنان تشکیل می‌دهند.

از این تعداد حدود ۳۷/۵ درصد در گروه فنی و مهندسی، ۲۶/۵ درصد در گروه پزشکی، ۲۴/۵ درصد در گروه علوم انسانی، ۱۰ درصد در گروه علوم پایه و کمتر از ۱ درصد در گروه کشاورزی مشغول به فعالیت می‌باشند.

۳-۳-۴- مقایسه تعداد پژوهشگران زن در ایران و کشورهای دیگر

جدول شماره (۲) بیانگر تعداد درصد پژوهشگران زن در چند کشور می‌باشد.

جدول شماره (۷) - توزیع تعداد پژوهشگران و پژوهشگران زن در پاره‌ای از کشورها.

نام کشور	سال	جمع کل پژوهشگران و کارشناسان پژوهشی	زنان پژوهشگر و کارشناس پژوهش	نسبت زن به کل درصد
مکزیک	۸۴	۱۶۶۷۹	۴۳۱۹	۲۵
کوبا	۹۲	۱۴۷۷۰	۶۳۸۳	۴۳/۲
آرژانتین	۸۸	۱۱۰۸۸	۴۷۹۸	۴۳
هند	۸۸	۱۱۹۰۲۷	۵۵۵۲	۴/۵
ژاپن	۸۹	۶۳۶۸۱۷	۴۵۰۴۰	۷
ونزوئلا	۹۲	۴۲۵۸	۱۴۹۰	۳۵
ازبکستان	۹۲	۳۷۶۲۵	۱۷۰۰۵	۴۵/۲
لیتوانی	۹۲	۴۷۵۰	۱۵۱۸	۳۲
پاکستان	۹۰	۶۶۲۶	۴۶۶	۷
بلغارستان	۹۰	۳۷۸۲۵	۱۷۳۶۲	۴۶
رومانی	۹۲	۲۸۲۰۳	۱۲۵۵۹	۴۴/۵
اسپانیا	۸۸	۳۱۱۷۰	۷۵۸۵	۲۴
ایران	۹۴	۳۴۲۳۸۰	۷۰۲۲	۲۰/۵

چنانکه مشاهده می‌شود بیشترین تعداد مربوط به کشورهای بلغارستان، ازبکستان و رومانی می‌باشد. کمترین تعداد پژوهشگران در کشورهای یاد شده مربوط به هند و پاکستان می‌باشد. زنان کشور ما جایگاه قابل قبولی را در بین کشورهای یاد شده فوق دارند.