

女醫師

朱觀宇

前言

由於時代的進步，男女求學機會的均等，無論國內外女醫學生皆有增加的趨勢。然而她們畢竟如該領域中的僑生一樣是屬於偏態團體（*Shewed group*），在此種不均勻的團體中「少數群體」（*tokens*）的地位較敏感，加以醫學院競爭之激烈，更顯示其在發展、適應上的問題。

我國醫師男女性比率自 *1970～71* 年之 24：1 增加到 *1980～81* 年之 22：1，女性醫學生之比率也增加到十分之一。從近處看，我們關心在校習醫的女同學在目前學習環境以及未來成爲一位女醫師所將面臨的內外在調適；從遠處觀，女醫師問題也是職業婦女社會問題的一部分，前面三個主題分別論及女權運動、女主管及職業婦女的家庭人際，而希望以本文介紹女醫師從家庭背景、求學過程、專業生涯到成立家庭所面對的種種。

本單元製作之初，曾抽樣訪問了不同年代畢業的女性醫師，以了解其目前及求學階段生活之梗概。後承蒙國立陽明醫學院藍忠孚教授提供資料——「女醫師專業生涯與婚姻家庭關係之研究」（劉慧俐、藍忠孚、藍采風，*1985*），此研究包含 *1984* 年 *6* 月以問卷方式調查了 159 位女醫師及 206 位男醫師以爲對照的統計結果。由於筆者學歷有限，本文大部分內容均採自研究室報告，在此謹致謝忱。另本欄（職業婦女），承洪聰年、楊博勝兩位學長鼎力相助，一併誌謝。

家庭背景及習醫動機

1.家庭背景較男生優越

根據國內幾篇對醫學生的研究，均發現醫學生多來自中上階層，且父親之教育程度普遍比同一年代人口群高出許多。雖然男女醫師都是多半來自中上家庭，但比較之下女醫的歸附地位（*ascribed status*）仍較男醫師爲高。

3.習醫動機與男生不同

當初考慮習醫的動機	女		男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
對生物科學有興趣	41 ④	10.17	39 ⑤	7 43		
想幫助他人	48 ③	11.91	65 ③	12.38	$x^2 = 22.87$	$P < 0.005$*
爲了高收入	4	0.01	18	3.43		($df = 11$)
有受人尊敬的社會地位	30 ⑥	7.44	52 ④	9.90		
探討生命的奧秘對未知的挑戰	14	3.47	20	3.81		
自己曾生過病或常生病之故	9	2.23	26 ⑥	4.95		
宗教信仰	7	1.74	9	1.71		
曾照顧過生病的人，留下印象之故	15	3.73	23	4.38		
受到他人的影響	129 ①	32.01	150 ①	28.57		
由於是令人羨慕的志願，所以考上了就唸	33 ⑤	8.19	25	4.76		
生活及工作較獨立而安定	63 ②	15.63	73 ②	13.90		
其他	10	2.48	25	4.76		
※總人次數	403	100	525	100		

註：△表以 ***binominal scale*** 處理下男女醫師比達顯著差異者（ $P < 0.005$ ）

求學過程及男女之別

1.教育投資與生產力

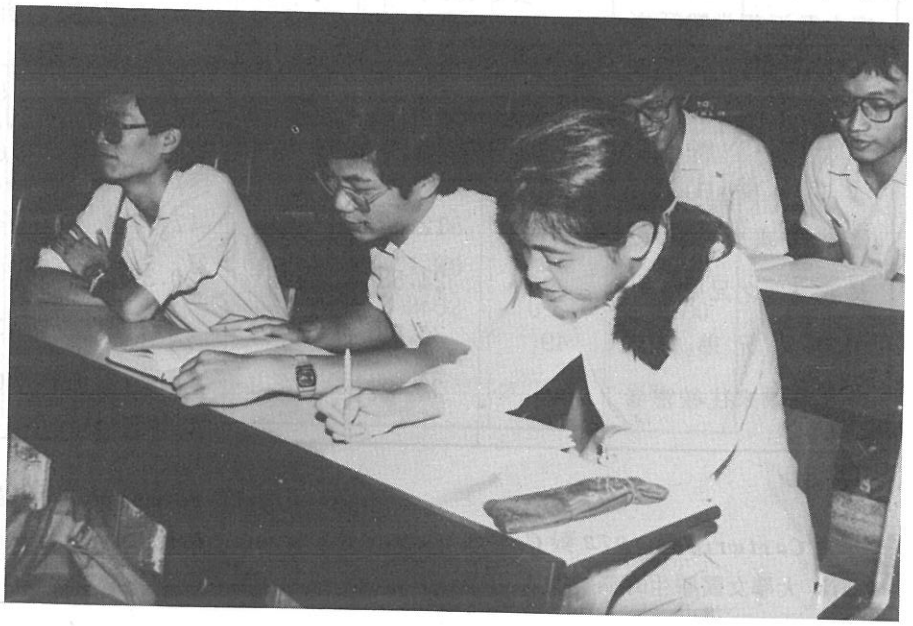
站在教育投資的觀點而言，國家栽培了一位高級專業人才，如果她們的執業情況不佳，專業生涯中斷過久，或已執業者未充分發揮潛能，那麼對需求市場而言無疑是一種投資的浪費。

Jussim 1975 根據***Power*** 之資料計算，發現女醫師一生的執業時間（ ***practice*** ）平均較男生醫師少五分之二，如果培養一位醫師共需美金146,432元，則培養女醫師就多損失美金55,000元，依教育部（ ***1980*** ）之報告，我國每學年度之醫學院學生單位成本約40,000～50,000，比其他的各學院均高，如果國內情況亦如國外，計算下來也會有相當的「教育負債」現象。

Williams 1978 則引述多數學者的研究結果從①工作週數。②執業醫師數。③專業中斷情況。④任專職與否等幾個方向來探討，發現男女醫師之生產力是愈來愈相近。如果能將專業阻礙因素（ ***Career inhilbiting factors*** ）如①婚姻狀況。②小孩數。③家務處理時間去除，可能女醫師還比男醫師來得高。

許多醫學院的男同學或師長，總以刻板化的印象來看女醫學生，認爲她們太男性化，缺乏母性，不適合爲女友或妻子，對於這種種的壓力，女醫學生調適的方法有的是努力地去學習著爲男孩，有的則是極端地去認同社會所付於女性角色的期望（如溫柔、少競爭），但也有不知所措者。

在 ***Naclolson(1972)*** 的報告發現許多非課業因素而退學的女同學在



※表一家庭背景

變項名稱	女（159）		男（206）		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
父親的教育程度						
大專以下	74	46.54	96	46.60		
大專及大專以上	82	51.57	57	27.67	$x^2 = 45.13$	$P<0.0001^{***}$
其他②	3	1.89	51	24.76		（$df=2$）
未知	0	0.00	2	0.97		註①
母親的教育程度						
大專以下	132	83.02	124	60.19		
大專及大專以上	13	8.18	9	4.37	$x^2 = 32.45$	$P<0.0001^{***}$
其他②	12	7.55	64	31.07		（$df=2$）
未知	2	1.26	9	4.37		註①
社經地位						
高階層	31	19.50	10	4.85		
中階層	121	76.10	150	72.82	$x^2 = 37.12$	$P<0.001^{***}$
低階層	7	4.40	46	22.33		（$df=2$）

註①：未知未列入計算

註②：其他項包括文盲、私塾識字。

2.家族聚集

除了社經地位比一般人口高之外，國內外的研究也指出醫學生多來自醫生世家。家庭本是個人薰陶價值觀念、社會規範及技能知識的主要場所之一，子女在成長過程中有意識、無意識地耳濡目染父母親的專業文化，而且也因家庭之社會關係而往往更進一步加強其對雙親次文化的吸收。

家人及近親當醫師者	女（159）		男（206）		統計檢定	P 值（$df=1$）
	N	%	N	%		
父	40	25.16	32	15.53	$x^2 = 5.25$ $x^2_{yates} = 4.366$	$P<0.005^{*}$
母	7	4.40	1	0.49	$x^2 = 6.42$ $x^2_{yates} = 4.954$	$P<0.005^{*}$
祖父母或外祖父母	20	12.58	16	7.77	$x^2 = 2.34$	$P>0.005$
父或母親之兄弟姊妹	39	24.53	42	20.39	$x^2 = 0.89$	$P>0.005$
自己的兄弟姊妹	49	30.82	46	22.33	$x^2 = 3.36$	$P>0.005$
其他親戚來往較密者	51	32.08	76	36.89	$x^2 = 0.92$	$P>0.005$

從*Cartwright 1972*對*California*大學女醫學生的無結構式訪談（*unstructured interview*）中歸納發現，女性習醫的最大動機是受到他人的鼓勵，其次是對生物、遺傳、植物等自然科學的興趣，及自我實現內在強烈動機的驅策，而不若男生因醫師的收入高、聲望高而習醫。

比例上是大於男同學，*Weinberg and Rooney(1973)* 研究女醫學生之課業表現亦指出，不論女生比男生課業的表現程度如何高超，前者面對較多適應上問題。

學校成績	女		男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
前 1/3	89	55.97	89	43.20		
中間的 1/3	64	40.25	86	41.75	$x^2 = 6.58$	$P > 0.05$
後 1/3	6	3.77	19	9.22		($df = 2$)
未知	0	0.00	12	5.83		註：未知未列入計算
總人數	159	100	206	100		

2.性別差異對選科的影響

*McGrath and Zimet 1977*之研究結果：女醫學生對小兒科、精神科之喜好，已被家庭醫學科、小兒科、及內科所取代，選科之趨向愈與男醫學生一致，甚至在外科方面的人數女醫也呈顯著增加之勢。

Stem 1976 以北卡羅來納洲醫師之資料調查發現①隨着女醫人數之增加，一般科、內科、婦產科、外科只大約下降1～2%，而相同的精神科、小兒科也只變動相似的比率。②年輕群與年老群（35歲以上）相較，年輕醫師多來向內科系之專科發展，不若年老醫師從事一般科。③在職業型態（*the settings of medical practice*）上，男醫師比女醫師喜歡開業（*office-based mactises*），老醫師比年輕醫師偏重私人開業之型態。

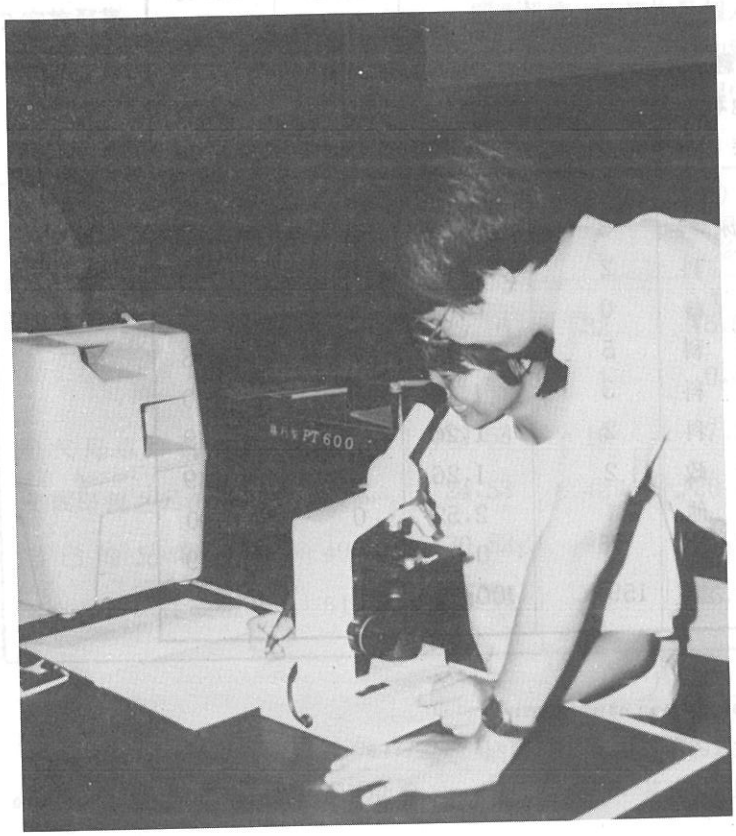
依*Mc Grath and Zimet 1977* 對*University of Colorado* 及*University of California San Diega* 兩所學校之研究，發現①男女醫學生對未來科列之選擇有顯著差異，女醫學生之順位是家庭醫學、小兒科、內科，男醫學生則爲家庭醫學、內科、外科。若以兩校女生之選科來看，則未達顯著差異結果。②對科別的評價（*ratings of status of specialties*）及對科別社會吸引（*social attractiveness*）的評價上男女醫學生也有顯著差異。除上述兩個因素外，人格特質也是科別差異的來源。

執業科別	女		男	
	N	%	N	%
一般科	20④	12.58	64①	31.07
內科	20④	12.58	31②	15.05
外科及其他專科	1	0.63	27③	13.11
婦產科	41①	25.79	21④	10.19
小兒科	27②	16.98	16⑤	7.77
精神神經科	6	3.77	10	4.85
眼科及其他專科	22③	13.84	11	5.34
耳鼻喉科	1	0.63	12	5.85
骨科	0	0.00	3	1.46
皮膚泌尿科	3	1.89	5	2.43
麻醉科	2	1.26	0	0.00
病理科	0	0.00	1	0.49
放射線科	5	3.14	2	0.98
復健科	3	1.89	0	0.00
檢驗科	2	1.26	1	0.49
衞生行政	2	1.26	1	0.49
其他	4	2.52	0	0.00
未知	0	0.00	1	0.49
總人數	159	100	206	100

3.來自男生的壓力

壓力直接的來源是同班的男同學，雖然認同醫師角色乃所有醫學生之共同目的，但女醫學生們却有更多額外的工作——在男人的世界中當個女人；在不失女性特質下當個醫師（*Notman 1973*），因此在*Hoferek (1981)* 的研究中就發現女醫學生不但比男醫學生來的孤立（*isolated*）。此外在結交新朋友與同嗜好朋友的機遇上均較困難，而且朋友圈中很少是非醫學院學生，再就是許多第一次的臨床經驗如面對屍體、病人、生一死等經歷，皆未能與人分享。另外在解剖台上，在生理實驗時醫學生們總喜歡開性玩笑，其中部份女醫學生雖然處之泰然，但也有許多是爲了不被團體視爲弱者，不適應者而勉強接受，經驗告訴她們，她們的一舉一動不只是代表她個人，而是代表所有進入醫學院的女性（*Nadelson 1972*）。尤其我國沒有外國那樣地開放，加上性教育課程仍在起步中，國內女醫學生在這方面的適應就顯得更加不易

求學期間的壓力	女		男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
課業壓力	76	35.85	38	15.38		
覺得孤單	31	14.62	47	19.03	$x^2 = 35.15$	$P < 0.001^{***}$
沒人來分享許多經驗、感受（如第一次與屍體接觸……）	10	4.72	24	9.72		（$df = 5$）
性別上的開玩笑	17	8.02	36	14.57		
同學間人際關係，包括合作競爭等	27	12.74	54	21.86		
其他	51	24.06	48	19.43		
※總人次數	212	100	247	100		



醫療專業生涯

1.工作滿意程度及型態

有一個被大多數人肯定的觀念是：工作的滿意與職業選擇有密切的關係。*Hoppock 1975* 在其「職業選擇的理論」文中指出：「我們總是選擇那些想像中能滿足我們需要的工作，而滿意的程度則是實際得到的與我們希望得到的比率所決定。」

台灣省醫師公會曾在*1981* 調查會員對目前工作及生活狀況之感受，有半數以上（66.07％）表示尚可，唯18.30％表示滿意，而以「工作時間過長或不定時」、「沒有進修時間」、「醫療糾紛」爲醫師們最大的困擾。

工作型態		女	男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
私人開業	47	29.56	94	45.63		P＞0.05
私人醫院機構	28	17.61	32	15.53	$x^2 = 14.47$	($df = 8$)
私立教學醫院	12	7.55	12	5.83		
公立醫學醫院	23	14.47	28	13.59		
公立醫院機構	30	18.87	29	14.08		
衞生所衞生室	8	5.03	7	3.40		
政府各級衞生機關	7	4.40	2	0.97		
教學研究	1	0.63	1	0.49		
退休	3	1.89	1	0.49		
總人數	159	100	206	100		

2.主管級女醫較少

另外深入分析醫療事業時，還可發現與其他行業非常相似地，女醫師是很少能當上院長、科主任等主管位置的。那麼是什麼因素呢？據***Braslow and Heins*** 認爲這不僅是工作機會均等或男女角色平等的問題，甚至是醫師工作負荷量也是一重要因素。

工作職位	女		男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
院長副院長	3	2.83	9	8.49		
科主任	15	14.15	13	12.26	$x^2 = 10.37$	P＞0.05
主治大夫	46	43.40	31	29.25		($df = 6$)
住院總醫師	5	4.72	13	12.26		
住院醫師	17	16.04	22	20.75		
機關單位主管	12	11.32	11	18.38		
其他	8	7.55	7	6.60		
總人數（註）	106	100	106	100		

註：以在機構中工作者爲準



3.男女醫師差異

在國外有許多曾對男女醫師之專業型態（***Carreeo patten***）加以比較，發現有許多差異：

作者年代	研究對象	研究結果
Dykman, R. A. et al. "*Survery of Women Physician Graduating from Medical School 1925-1940*" *1959*	以 1925 ～ 1940 畢業的美國醫學會會員爲對象	1.男醫師比女醫師有較高的收入；論文發表及專業學會的參與也較活躍 2.女醫師執業科別的順位是小兒科、精神科、婦產科及內科而男醫師則爲外科、內科、婦產科、小兒科。 3.女醫師多在機構中服務，而男醫師則多自行開業或從事群體醫療 4.以工作時數來比較，女醫師少於男醫師 5.有 33 %的女醫師及 6 % 的男醫師曾中斷專業生涯。
Powers, L, et al. "*Praitice Patlerns of Women and Men Physicians*" *1969*	以 1931 ～ 1956 畢業的美國醫學會會員爲對象	1.受過三年住院訓練，女醫師多於男醫師 2.女醫師科別選擇較集中，主要從事的科別是小兒科、精神科、內科 3.從事專職（*full time*）工作的，女醫師爲 54.5 %，男醫師有 95 %
Heins, M. et al. "*Comparison of the Prvductivity of Women and Men Physician*" *1977*	以*Detroit mefropobitan*地區的醫師爲對象	1.從事基礎醫療專科（*primary care sperialities*）的女醫師有 51 %，男醫師 39 % 2.繼續從事醫療工作的，女醫師有 84 %，男醫則有 96 % 3.從事專職工作的女醫師有 59 % ，男醫師 87 % 4.女醫師的工作時數少於男醫師
Bolurla, J. D. "*Work Pattems, Practice characterisfics and Income of Male and Female Physician*	以 1938 年美國醫學會第十二次定期性調查資料做分析	1.執業型態上女醫師多在機構中工作而男醫師多自行開業或從事群體醫療。 2.女醫師平均每星期工作 43.7 小時男醫師則有 50.9 小時 3.女醫師每年工作 45.9 週，男醫師則爲 47.1 週 4.平均年收入女醫師爲美金 43,700 男醫師則有美金 6,2700

在國內也有類似的研究報告：

陳拱北（ 1974 ）

1.台灣光復後女子醫學生逐年增加，但畢業後開業的女醫師却有逐年減少的傾向。
2.女醫師較喜歡在大都市開業。
3.科別上女醫師第一位專科爲婦產科（ 27.2％），第二位爲內小兒科（ 16.4％），第三位爲內科（ 14.9 ），第四位爲小兒科（ 7.7％）。

藍忠孚（ 1983 ）

1.內科、神經精神科、小兒科、婦產科、眼科及其他專科上，女性百分比高於男性。
2.病理、麻醉、復健等冷門科，女性百分比亦高於男性。

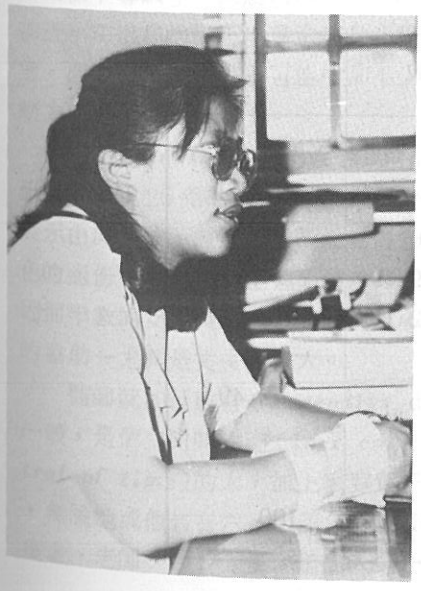
婚姻及家庭生活

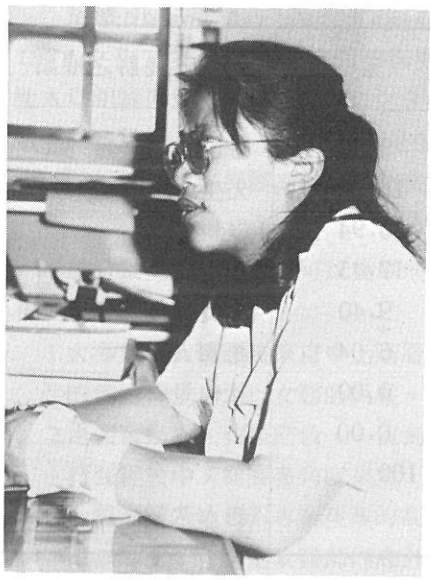
1.雙重期望

大多數的現代婦女皆抱持家庭與職業兩全的觀念，即不但強調家庭角色之重要，亦不忽視工作角色之發揮。高等程度的婦女其工作動機多非是限於幫助家庭經濟，而是出自興趣之滿足及抱負之實現。

由於社會變遷，婦女在性別角色的改變逐漸明顯，他們從傳統生活方式的家庭主婦，邁向參與經濟活動的職業婦女，社會對婦女產生了雙重之期望：一方面鼓勵婦女參與社會，承擔更多的責任，增加生產力；一方面希望婦女繼續維持家庭的基本功能，發揮家庭對社會之影響力，擔任更積極的角色（李國鼎 *1981* ）

到了三十歲這個年齡，正是事業發展最迅速的階段，女醫師除了事業之外，孩子的照顧也是她們所面對最耗時的責任，通常這兩件事是無法兼顧的。爲了解決這個問題，因此，女醫師只好選擇一些兼任住院醫師、公家機構上班或任教職。在科別選擇上則多選擇那些能使職業與家庭兼顧的軟性科別（ ***Soft-speialities***）如小兒科、精神科和公共衞生。由於社會習俗的原因男性被期許全力投入工作，然而選擇高度專業（ ***Consuming profession*** ）的婦女就需爲自己的選擇付出代價（ ***Angell 1981*** ）。





2.醫療專業付出大

醫療專業是一種需付出很多的事業，在***Yoger 1983***對小兒科住院醫師之研究中發現在此階段之女醫不但工作負荷重；對工作滿意度及對自我的價值上（ ***as a woman, as a profession*** ）皆比非醫療之教員、同科工作 10 年以上的醫師爲低。

而 ***pawers 1969*** 之報告中也發現，在沒有執業（ ***no medical activity*** ）的女醫中已婚的比率比未婚的比率來的高（ 17.6／2.8 ），專任工作者（ ***full-time activity*** ）比未婚女醫來的多（ 86％／ 39.3％ ）。

在行政院青年輔導委員會對大專院校及研究所畢業女青年就業現況之研究中發現若不考慮就業因素則原本習醫者 124 人僅剩 22 人（ 只占 12.7％）願意仍唸原科系而若考慮就業因素也只有 45 人（ 約占 36.3％）願意不改初衷。

在***Rassi(1965)*** 之報告發現多數大學女畢業生不想習醫並非因爲怕被認爲男性化（ ***masculin image***）而是因爲事業家庭的兼顧太難，依 ***Rostow*** 而言，她認爲婚姻應贊助女性兩方面的目標，並支持其尋找自我（ ***Seeking them***），夫妻之間的婚姻關係是個協調過程，它使兩者攜手去完成更多的目標，並獲得更多的滿足，對女醫而言能嫁對人（ ***the right Nusband*** ）是很重要的，尤其

是獲得感情上的支持，否則只有走上離婚或犧牲事業一途，尤以多數的女性仍認爲當個家庭主婦、母親是其傳統應完成的責任，她們非但多數堅持專任工作（*full-time*）而且也要求自己扮好賢妻良母之責。

3.配偶多爲醫師

在*Stafford(1967)*之報告中，在各種女性專業中以女醫師嫁自己專業中的百分比最高（58％）、律師次之（50％）、牙醫師則40％。此外若非嫁同行，女性也多是選擇在事業上配合或合作的對象，由於夫婦兩人皆是專業人員，因而暗中潛伏著的競爭因而導致兩人的離婚，據*Lapata*之研究發現女醫之離婚率比一般婦女人口來的高，*Rosow and Rose(1972)*則發現醫師之離婚率比其他專業來的低，不過*Jones(1977)*之研究發現女醫之離婚率比男醫來的的高，尤以雙生涯的家庭是比一般傳統男主外女主內之家庭來的高多（多數女醫皆是雙生涯的家庭）。

誠如*David McCell and*所言：「兼任（*part time*）是女性生命型態最好的寫照，她既是人家的女兒、母親、太太；部份時間需用來做家事、專心於知識的追求或工作，由於有如此多的「角色」，因此她們的成功是很不容易看得見的。因此，女醫師的丈夫對其共有的家庭及對妻子的支持與照顧，就顯得責任重大而無所旁貸。

※表九職業與婚姻生活兼顧的條件

職業與婚姻生活兼顧的條件	女		男		統計檢定	*P* 值
	N	%	*N*	%		
丈夫的協助	138①	68.32	138①	78.54	$x^2 = 9.11$	$P > 0.005$ ($df = 3$)
親戚的協助	26	12.87	15	6.44		
家庭經濟情況好	32②	15.84	33②	14.16		
其他	6	2.97	2	0.86		
總人次數	202	100	233	100		

4.育兒是重要問題

小孩不但是婚姻之潤滑劑且也協助女醫對女性之認同，尤以她們的工作是在男性的世界中，然而相對的却也剝奪了她在事業及先生上之精力，誠如預料所及，多數的男性對襁褓的照顧（*child-rearing years*）仍採保守態度，根據*Rossi(1965)*之實驗研究發現1／2的女學生，1／3男學生認爲小孩上學之前（*Pre-schooler*）有兼任的工作是可行的，14％的女學生，1／4的男學生認爲小孩全長大之前有專任工作是不適合的，這種看法多數是從男性本位出發，而且社會觀念也持續許久，因而在醫院中男性有服役留職停薪兩年的權利，而女醫師沒有足夠的產假或兼任工作來緩和其生小孩的困擾。

※表十已婚小孩數及小孩在5歲前由誰帶？

小孩數	*N*	%	小孩五歲前之褓姆	*N*	%
0	14	9.40	自己	45②	22.39
1	25	16.78	先生	4	1.99
2	61	40.94	母親	26	12.94
3	26	17.45	婆婆	29③	14.42
4	14	9.40	家裏請佣用或花錢託別人帶	92①	45.77
5	9	6.04	其他	5	2.49
6 ～ 9	0	0.00			
10^+	0	0.00			
總人數	149	100	總人次數	201	100

5.遷就家庭丈夫

在 ***Henis(1978) "Career and Life Patterns of Women and Men Physician"*** 之研究報告中發現，有 43 %的女醫師，29 %的男醫師表示事業影響其決定要不要孩子，這個差異達顯著水準。另據" 女醫師專業生涯問卷調查 " 的結果，有 34 % 的女醫師，6 %的男醫師表示專業計劃受異性同伴關係的影響，統計達 0.01 之顯著差異，這些影響包括，放棄住院訓練以便與丈夫在一起，或不開業（ ***private practice*** ）以便順應丈夫工作的調職，此外在專科選擇上也多少是配合著先生的，另外在懷孕或對小孩照顧的責任，對女醫之影響也大於男醫，達 0.001 之顯著差異。小孩對女醫專業的影響包括專任、兼任工作，及工作科別的選擇，因此醫師專業抉擇並非無中生有的。

※表二專業生涯與婚姻家庭生活衝突時的抉擇

抉擇	女		男		統計檢定	P 值
	N	%	N	%		
減少工作時間	101 ①	58.72	136 ①	59.39		
暫時放棄專業生涯隔段日子再工作	39 ②	22.67	42 ②	18.34	$x^2 = 6.73$	$P > 0.05$
永久放棄專業生涯	3	1.74	9	3.93		（$df = 5$）
將孩子交給親友或褓姆帶	26 ③	15.12	29 ③	12.66		
分居或離婚	1	0.58	4	1.75		
其他	2	1.16	9	3.93		
總人次數	172	100	229	100		

6.負荷過重

當家庭中夫妻兩人都工作，再加上家務之專職時顯而易見地是「過度負荷」了。職業婦女常將自己的事業（工作）當第一專職，而把家務當作第二個「專職」、或視爲專業之外的加班，在這種情形下，易造成身心疲憊，而在職業與家庭上可能增加不少壓力（藍采風 ***1982*** ）。

在 ***Heins 1978*** 對男女醫師的研究中發現 26 %的女醫，5 %男醫表示由於小孩、家務的緣故而覺得角色的過份負荷，統計上達顯著差異。因而半數的女醫表示，她們需要更多的協助—尤其是丈夫與家人。

醫師就如行政官（ ***executive*** ）一般，是個對時間失控（ ***lost control of time***)的人，加上家庭責任，無論她或他皆有六、七個角色：醫療者、老師、行政人員、諮商人員、學會會員、會計師及官僚政治論者，每週總要工作六十至八十小時，以應不斷擴大的需求（ ***Ottenberg 1975*** ），角色不斷地分生（ ***role proliferation*** ）會導致角色緊張（ ***role strain*** ）及苦惱的症候。

根據 ***Steppacher and Manser 1974*** 之研究發現男醫之自殺率與男性人口相當但女醫則爲女性人口之 3 倍，且多數（ 40 % ）自殺的女醫是在 40 歲以下，20 %男醫亦在相同年齡。

綜合以上所述，我們可以簡單地得到如下的結論：

1. 大多數男女醫師皆來自中上階層的家庭背景，尤以女醫師爲甚。
2. 由習醫動機、習醫階段，一直到行醫經驗中，從許多角度來看，女醫師顯示她們對專業生涯的高度期許，工作帶給女醫師內在外在的報酬。
3. 習醫過程的壓力，女醫師們多來自「課業的壓力」、「覺得孤單」，但多數適應上並未遭到困難。
4. 已婚的女醫師多仍擔當照顧幼兒及家務之責，且期待配偶能夠協助育兒及家事。

最後，我們衷心盼望：未來的社會發展不僅在醫學教育上、醫療服務上，乃至整體的社會，應徹底改革對男女性別的刻板化印象，並宣導男女共同分擔育兒重任及男女都有工作權的觀念，使每一位女醫師從習醫、執業到成家都能享有正常、健康的社會化過程。

※" 女醫師專業生涯與婚姻家庭關係之研究 "
（劉慧俐、藍忠孚、藍采風，***1985*** ）