

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در

نظام آموزش پزشکی ایران

محمد توکل*، محمدرضا جوادی‌یگانه**، سید محمدحانی ساداتی***

چکیده: در نظام آموزش پزشکی، دو دسته از آمار اعلام شده‌ی رسمی، تناقض‌هایی را در رفتار برخی دختران متقاضی رشته‌های پزشکی نشان می‌دهند؛ در حالی که دختران سال‌هاست نسبت به پسران حجم بیشتری از ورودی‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی را تشکیل می‌دهند، اما در مدارج بالای تحصیلی، علمی و شغلی این دانشگاه‌ها حضور بسیار کم‌رنگی دارند. در این مطالعه تلفیقی از نظریه‌های جامعه‌پذیری نقش جنسیتی به‌عنوان نظریه‌های تبیین‌کننده‌ی نابرابری موجود در نظام آموزش پزشکی مورد توجه قرار گرفته‌اند. جامعه‌ی آماری تحقیق را دانشجویان دختر (۶۱۴۶ نفر) سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهیدبهشتی و ایران تشکیل می‌دهند که از میان ایشان و با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای تعداد ۳۰۱ نفر به عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شدند. همچنین تعداد ۱۰۷ نفر (یک‌سوم تعداد دختران) پسر نیز به عنوان گروه شاهد، مورد پیمایش قرار گرفتند که تعداد حجم نمونه را به ۴۰۸ نفر افزایش می‌دهند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که پذیرش تصورات قالبی جنسیتی موجود در جامعه تأثیری منفی در تمایل دختران، هم به ادامه‌ی تحصیل در مقاطع بالاتر، هم به دستیابی به پست ارشد مدیریتی داشته و در کل، تأثیری منفی در تمایل دختران به دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی ایجاد می‌کند.

واژه‌های کلیدی: برابری فرصت‌ها، تصورات قالبی جنسیتی، جامعه‌شناسی آموزش پزشکی، جایگاه دختران و زنان، دانشگاه علوم پزشکی.

مقدمه و طرح مسئله

جامعه‌شناسی پزشکی یکی از زیرشاخه‌های رشته‌ی جامعه‌شناسی است که به‌خوبی زمینه‌ی نزدیکی و مناسبات میان دو عرصه‌ی حائز اهمیت در حیطه‌ی دانش بشری یعنی پزشکی و علوم اجتماعی را فراهم آورده و ظهور

mtavakol@ut.ac.ir

myeganeh@ut.ac.ir

h.sadati@gmail.com

*دانشیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران

**استادیار گروه جامعه‌شناسی دانشکده‌ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران

***عضو هیئت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام‌نور (مرکز خدابنده)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۱۱/۲۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۰۶/۱۴

و گسترش روزافزون آن، خود تأکیدی است بر لزوم کسب دیدگاهی کل‌نگر و نه محدودنگر در چاره‌جویی مسائل بشری. جامعه‌شناس پزشکی تربیت می‌شود تا چگونگی تأثیر فرهنگ‌ها، نهادها، و سازمان‌ها بر باورها و رفتارهای فردی و الگوهای کنش متقابل اجتماعی و در نهایت، تأثیرشان بر سلامت جسمانی و روانی افراد و گروه‌ها را شناسایی کند (احمدنیا^۱، ۱۳۸۶: ۶). از نظر جامعه‌شناسان، پزشکی باید چیزی بیش از یک موفقیت تکنیکی باشد. پزشکی باید توانایی حفظ زندگی بیمار را داشته باشد و بتواند شرافت او را حفظ کند و او را از نظر جسمانی و روانی تسکین بخشد (مکانیک، ۱۹۷۵؛ به نقل از آصف‌زاده^۲، ۱۳۷۶: ۸۷).

مرتون، جامعه‌شناس بزرگ آمریکا که در تقویت جامعه‌شناسی پزشکی نیز سهمی مهم دارد، به هم‌راه کندال، چهار زمینه‌ی مطالعاتی حوزه‌ی جامعه‌شناسی پزشکی را بدین شکل تفکیک می‌نماید: «ریشه‌یابی اجتماعی بیماری (مثلاً بیان نقش پارامتر اجتماعی شغل در بروز یک بیماری)»، «پارامترهای اجتماعی مؤثر در درمان و توان‌بخشی (مثلاً نقش سیاست‌های بهداشتی و اولویت‌های بودجه‌ای در کیفیت درمان)»، «پزشکی به‌عنوان یک نهاد اجتماعی (مثلاً مطالعه‌ی شکل رفتارها و هنجارها در درون سازمان بیمارستان)» و «جامعه‌شناسی آموزش پزشکی (مثلاً خاستگاه طبقاتی دانشجویان پزشکی)» (آرمسترانگ و توکل^۳، ۱۳۷۳: ۱۵). از این رو، با توجه به روی کرد چهارم ارائه‌شده در این دسته‌بندی، مقاله‌ی حاضر به تاسی از تحقیقات «مرتون^۴» و «کندال^۵» با عنوان «دانشجو - پزشک^۶» (مرتون، ۱۹۶۹) و نیز مطالعات با اهمیت دیگری مانند «پسران سفیدپوش، مطالعه‌ی فرهنگ دانشجویی در دانشکده‌های پزشکی^۷» (بکر^۸، ۱۹۶۱) و «چرا یک دختر به رشته‌ی پزشکی روی می‌آورد؟^۹» (کمپل^{۱۰}، ۱۹۷۳)، بر زمینه‌ی چهارم، یعنی جامعه‌شناسی آموزش پزشکی تمرکز کرده است. فرایند آموزش پزشکی جریانی است که فرد در طی آن، علاوه بر آشنایی با دانش‌ها و فنون پزشکی، ارزش‌های حرفه‌ی پزشکی را نیز می‌آموزد. دانشکده‌ی پزشکی، پزشکان را برای پذیرش نقش‌های سازمانی و مستحیل‌شدن در جامعه‌ی پزشکی آماده می‌کند که جزئی از جامعه در تمامیت آن است و از

1. Ahmadnia, Shirin

2. Asef-Zadeh, Sa'id

3. Armstrong, David & Mohammad Tavakkol

4. Merton

5. Kendal

6. Student-Physician

7. Boys in White, student culture in medical school

8. Howard Becker

9. Why would a girl go into medicine?

10. Margaret Campbell

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۲۹

این طریق است که ارزش‌های حرفه‌ای شکل می‌گیرد (محسنی^{۱۱}، ۱۳۷۹: ۲۲۵). از این‌رو، تمامی افرادی که در حوزه‌ی پزشکی مشغول به فعالیت هستند درگیر فرایندی به‌نام نظام آموزش پزشکی بوده‌اند که به قول پیکر^{۱۲}، در بینش ایشان نسبت به پزشکی در جامعه تأثیری به‌سزا گذاشته است (پیکر، ۱۹۶۱).

نظام آموزش پزشکی، نهادی است که تربیت پزشک و اداره‌ی نهادهای مربوط به پزشکی را در یک جامعه عهده‌دار می‌شود و تشکیل یافته از خرده‌نهادهای دیگری است که دانشگاه‌های علوم پزشکی از مهم‌ترین آن‌ها به شمار می‌آیند. در صورتی که تمامی امور در مسیر نظام آموزش پزشکی به شکل صحیح و هماهنگ پیش روند، خروجی آن نیز به احتمال زیاد، هماهنگ با هم و هماهنگ با جامعه و مسائل آن خواهد بود، اما معمولاً مسائل و مشکلاتی وجود دارند که نهادهای مختلف جامعه را درگیر خود کرده و ممکن است آن‌ها را از رسالت اصلی‌شان دور یا سرعت رسیدن به هدف‌های آن نهاد را کند کنند. این جاست که تبیین و تحلیل چنین مسائلی و نشان دادن برخی ناهماهنگی‌ها و نارسایی‌ها کاملاً در حیطه‌ی کاری علوم مربوط به جامعه‌شناسی قرار می‌گیرد.

نگاهی به آمار و اطلاعات موجود در حوزه‌ی آموزش پزشکی ایران نشان می‌دهد که زنان در ده سال اخیر^{۱۳} (۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲) در بدو ورود به رشته‌های حوزه‌ی پزشکی، که در کتاب «آمار آموزش عالی ایران» از آن به‌عنوان مقاطع کاردانی و کارشناسی نام برده شده است، به‌طور میانگین، ۶۸ درصد فارغ‌التحصیلان^{۱۴} این مقاطع را تشکیل می‌داده‌اند در حالی که با توجه به همین آمار و در همین سال‌ها، به‌طور میانگین تنها ۵۲ درصد ایشان در مقطع کارشناسی ارشد فارغ‌التحصیل شده‌اند و هم‌چنین این تعداد در مقطع دکترای حرفه‌ای و نیز دکترای تخصصی به ۳۵ درصد کاهش یافته است (مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی^{۱۵}، ۱۳۷۳: ۴۹۸ و ۱۳۸۳: ۲۴۳). در واقع، با توجه به این آمار، مشاهده می‌شود که هرچه از مقاطع پایین به مقاطع بالاتر پیش می‌رویم، از تعداد فارغ‌التحصیلان زن کاسته شده و نسبت جنسی که در ابتدا ۶۸ (دختران) به ۳۲ (پسران) بوده است، در بالاترین مقطع تحصیلی به ۳۵ (دختران) به ۶۵ (پسران) تغییر می‌یابد. چنین آماری نشان‌دهنده‌ی این است که بخشی قابل توجه از دختران و زنان پس از ورود به دانشگاه و گذراندن مقاطع اولیه، از ادامه‌ی تحصیل منصرف می‌شوند و مسیرهای دیگری را برای ادامه‌ی زندگی برمی‌گزینند (نگاه کنید به جدول ۱).

11. Mohseni, Manouchehr

12. Becker, Howard and et al

13. به رغم پیگیری‌های انجام‌شده، دسترسی به آمار سال‌های پس از ۱۳۸۲ مقدور نشد زیرا هنوز چاپ و انتشار نیافته بود.

14. استفاده از آمار مربوط به فارغ‌التحصیلان به این دلیل بوده است که این فارغ‌التحصیلان یک مقطع هستند که اجازه‌ی ورود به مقاطع بالاتر را دارند. این نکته، هرچند بدیهی به نظر می‌رسد، اما در توضیح چرایی استفاده از آمار فارغ‌التحصیلان ضروری است.

15. Institute for Research and Higher Education Planning

جدول (۱) فراوانی و درصد فراوانی دانش‌آموختگان علوم پزشکی سال‌های ۷۲ تا ۸۲ به تفکیک جنسیت و مقطع^{۱۶}

مقطع دانش‌آموختگان	کل دانش‌آموختگان	زن		مرد	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کاردانی و کارشناسی	۱۵۴۴۸۷	۱۰۴۸۵۱	۶۸	۴۹۶۳۶	۳۲
کارشناسی ارشد	۶۰۷۳	۳۱۶۱	۵۲	۵۱۱۹	۴۸
دکترای حرفه‌ای و تخصصی	۶۰۹۳۳	۲۱۰۴۵	۳۵	۳۹۸۸۸	۶۵

می‌توان ردیای تداوم این کاهش تدریجی تعداد زنان را در مدارج بالاتر نیز مشاهده نمود. به‌عنوان مثال؛ با توجه به آمار ارائه‌شده در کتاب اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، از کل اعضای هیئت علمی مراکز آموزش عالی یا پژوهشی سال ۱۳۸۵ که ۳۰۱۰۰ نفر هستند، ۵۶۷۹ (۱۸/۸۷ درصد) را زنان و ۲۴۴۲۱ (۸۱/۱۳ درصد) را مردان تشکیل می‌دهند و در حوزه‌ی علوم پزشکی با این که این نسبت تا حد ۳۲ درصد به ۶۸ درصد تعدیل می‌شود (مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۶: ۲۶)، اما باز شاهد آن هستیم که درصدی پایین از اعضای هیئت علمی را زنان تشکیل می‌دهند. همین آمار وقتی به درجات استادی، دانشیاری و استادیاری محدود می‌شود، نسبت آن به ۲۶ درصد زنان و ۷۴ درصد مردان می‌رسد و زمانی که تنها درجه‌ی استادی لحاظ می‌شود، نسبت زنان به مردان، به شکل ۱۲ درصد به ۸۸ درصد تغییر می‌یابد (نگاه کنید به جدول ۲).

جدول (۲): درصد فراوانی اعضای هیئت علمی علوم پزشکی به تفکیک جنسیت و درجه‌ی آموزشی^{۱۷}

درجه‌ی اعضای هیئت علمی	درصد	
	زن	مرد
کل اعضای هیئت علمی علوم پزشکی	۳۲	۶۸
اعضای با درجه‌ی استادی، دانشیاری و استادیاری	۲۶	۷۴
اعضا با درجه‌ی استادی	۱۲	۸۸

در بُعد جهانی، اگرچه متون و نوشتارهای موجود نشان می‌دهند که در اواخر دهه‌ی ۱۹۹۰، پنجاه درصد از دانشجویان مقطع کارشناسی تعدادی از کشورهای جهان را زنان تشکیل می‌دادند (ریس^{۱۸}، ۲۰۰۱: ۲۴۷؛ به نقل از جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی^{۱۹}، ۱۳۸۶: ۱۷۴)، اما این برابری در همه جای جهان و نیز در همه‌ی رشته‌های تحصیلی

^{۱۶} . منبع: مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی، ۱۳۷۳: ۴۹۸ و ۱۳۸۳: ۲۴۳.

^{۱۷} . منبع: مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۶.

^{۱۸} . Rees, T.

^{۱۹} . Jan-alizadeh Choub-basti, Heydar

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۳۱

دیده نمی‌شود. علاوه بر این، تفاوتی فاحش بین میزان زنان و مردان از نظر ادامه‌ی تحصیل در مقاطع تحصیلات تکمیلی (ارشد و دکتری) و مهم‌تر از آن، جذب دریافت‌کنندگان درجه‌ی دکتری در مراکز علمی و تحقیقاتی به‌عنوان عضو هیئت علمی یا دست‌رسی آن‌ها به موقعیت‌های رهبری در مراکز مذکور و به‌ویژه میزان حضور آن‌ها در نهادهای علمی و تخصصی نخبه دیده می‌شود (مولن و بوردنز^{۲۰}، ۲۰۰۶: ۱۹۹؛ به نقل از همان).

آمارهای جهانی مربوط به مدیریت ارشد دانشگاه‌ها یا دانشکده‌ها نیز نشان از مشارکت اندک زنان در این حوزه‌ها دارد. به‌عنوان مثال، در حال حاضر تنها ۷ درصد از دانشگاه‌های دنیا را زنان مدیریت می‌کنند (مانفورد و رامبال^{۲۱}، ۲۰۰۰). به‌عبارت دیگر؛ با این که تعداد زنان پزشک روزبه‌روز بیشتر شده است، اما مناصب عالی در درون همین سیستم هم‌چنان نصیب مردان می‌شود. پزشکان عمومی زن می‌گویند که اغلب از ایشان انتظار می‌رود فقط به زنان و کودکان برسند در حالی که آنان مایلند با تمامی بیماران و مسائل پزشکی که برای همه‌ی پزشکان پیش می‌آید سروکار داشته باشند (آبوت^{۲۲}، ۱۳۸۳: ۱۶۳).

در ایران نیز آمارهای کلی مربوط به مدیریت زنان حکایت از همین روند دارد. در ارتباط با آمار تفکیک جنسیتی موجود در پست‌های مدیریتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، به‌رغم تلاش‌های فراوانی که صورت گرفت مانند مراجعه به واحد تحقیقات و توسعه‌ی آموزش پزشکی وزارت بهداشت و نیز مرکز اطلاعات و آمار وزارت بهداشت، موفقیتی حاصل نشد، گرچه بنا به گفته‌ی یکی از کارشناسان وزارت بهداشت، چنین آماری اساساً وجود ندارد اما با توجه به آن چه که از مصاحبه با برخی کارشناسان به‌دست آمد می‌توان به‌طور کلی گفت که تعداد مدیران زن در این دانشگاه‌ها، درصد بسیار پایین‌تری را نشان می‌دهد.

به‌طور خلاصه، وقتی در حوزه‌ی آموزش پزشکی به مسیری نگاه می‌کنیم که از بدو ورود به دانشگاه‌ها آغاز شده و تا سمت‌های بالای مدیریتی امتداد می‌یابد، شاهد آن هستیم که تعداد زنان که در همان ابتدا سهم نسبتاً بالایی را به خود اختصاص می‌دهند به‌تدریج دچار کاهش شده و به مرور، عرصه‌ی نظام آموزش پزشکی را به نفع مردان ترک می‌کنند.

اشاره به این نکته ضروری است که مسئله‌ی اصلی در مطالعه‌ی حاضر، به‌طور مشخص، برابری یا نابرابری کمی میان دو جنس نیست، بلکه تحلیل تناقض موجود در رفتار بخشی از دانشجویان دختر پزشکی

²⁰. Mauleon, E & Bordons, 2006

¹⁹. Munford & Rumball, 2000

²². Abbott, Pamela, 2003

است؛ دانشجویانی که از سویی حجم انبوه ورودی‌ها و فارغ‌التحصیلان مقاطع کارشناسی یا علوم پایه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی را تشکیل می‌دهند و از سوی دیگر، مایل به ادامه‌ی تحصیل نیستند یا تمایلی به کسب جایگاه‌های علمی و مدیریتی در ایشان دیده نمی‌شود. از این رو، برابری دو جنس در فرصت‌های رسیدن به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی است که روی کرد این مطالعه را تشکیل می‌دهد، نه برابری کمی و عددی در مقاطع مختلف این نظام. در واقع، آن‌چه در کانون توجه این مقاله قرار دارد این است که آیا این پایین آمدن جایگاه جزو سازوکارهای طبیعی نظام آموزش پزشکی است و آیا در شرایط فرصت برابر این اتفاق روی می‌دهد یا عاملی در این میان وجود دارد که شرایط فرصت برابر را از یک جنس (در این جا مؤنث) می‌گیرد.

اهمیت و ضرورت پرداختن به چنین موضوعی، به طور کلی، به اهمیت جایگاه برابر زنان و مردان در جامعه و مسئله‌ی توسعه‌ی انسانی و پایدار مربوط می‌شود. برنامه‌های سازمان ملل طی دو دهه‌ی اخیر، گسترش توسعه‌ی پایدار در دنیا بوده است. هدف توسعه‌ی پایدار، بهره‌برداری مفید از قابلیت‌های انسانی در راه ایجاد محیطی مناسب از نظر اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی برای حال و آینده است و چنین توسعه‌ای بدون مشارکت انسان‌ها، اعم از زن و مرد امکان‌پذیر نخواهد بود. بهره‌برداری از نیروی انسانی در جهت توسعه‌ی پایدار در دنیا نیاز به تربیت و پیشرفت زنان و مردان در همه‌ی جنبه‌ها دارد (پورگیو^{۲۳}، ۱۳۸۰: ۷۴). آن‌چه که این جا به عنوان توسعه مطرح می‌شود چیزی نیست جز «تعالی انسان‌ها». در تعالی انسان‌ها همه‌ی ابعاد سیاسی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی لحاظ شده است. به طور یقین در جامعه‌ای که می‌خواهد به سوی توسعه حرکت کند، به جای این که صرفاً عوامل مادی تغییر کنند باید جامعه در جهت تعالی انسان‌ها و به سوی کاهش نابرابری‌ها حرکت کند. نابرابری‌ها در همه‌ی ابعاد سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و نابرابری‌هایی که معیار آن جنسیت انسان‌هاست (شادی‌طلب^{۲۴}، ۱۳۸۱: ۱۵). از این رو، اهمیت جایگاه برابر زنان و مردان در جامعه و مسئله‌ی توسعه‌ی انسانی و پایدار امری است که دیگر در هیچ کشوری نمی‌توان از کنار آن عبور کرد. هدف اصلی توسعه، توسعه‌ی فرصت‌های انسان‌هاست. در اصل، این فرصت‌ها نامتناهی است و می‌تواند در طول زمان تغییر کند (برنامه‌ی توسعه‌ی سازمان ملل متحد^{۲۵}، ۲۰۰۸؛ به نقل از پیشگاهی فرد و پولاب^{۲۶}، ۱۳۸۷: ۶).

²³ Pourgiv, Farideh

²⁴ Shadi-Talab, Zhaleh

²³ UNDP

²⁶ Pishgahi Fard, Zahra & omolbani Poulab

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۳۳

اما می‌بینیم که نادینگز^{۲۷} در ارتباط با مسئله‌ی آموزش عالی و حضور دختران در آن، معتقد است که در حال حاضر احقاق حقوق مربوط به آموزش زنان و دختران از لحاظ تأمین نیازهای واقعی آن‌ها و کیفیت تجربه‌ی آموزشی آن‌ها از تحصیلات ابتدایی تا سطوح عالی و تخصصی، مسئله‌دار است. هم‌چنین لیونز، واقعیات و موارد زیر را در همین رابطه گزارش می‌کند که در کلاس‌های درس، پسران و مردان بیشتر از دختران و زنان درگیر می‌شوند (مشارکت می‌کنند)، پسران در مباحث کلاسی بیشتر از دختران صحبت و بحث می‌کنند، دختران و زنان دانشجو در مقایسه با پسران و مردان کمتر (از سوی اساتید و دانشگاه) تشویق می‌شوند و ... به همین دلیل، لیونز به همراه ساکر و ساکر^{۲۸} معتقدند که برخی از دختران و زنان دانشجو، در پی دنبال نوعی متفاوت از «محیط‌های یادگیری» برای آموزش‌های خودشان هستند (ودادهیر^{۲۹}، ۱۳۸۱: ۴۰). همین که «خانواده‌ها، چه آگاهانه و چه ناآگاهانه، برای دختر و پسر خود حقوق مساوی قائل نیستند و آن‌ها را مانند یکدیگر تربیت نمی‌کنند، پایه‌های تفاوت‌های جنسی هم در همین محیط‌ها ایجاد می‌شود (کاتر/ هالتر، ۱۳۷۳: ۳۲۴-۳۱۲؛ به نقل از اعزازی^{۳۰}، ۱۳۸۰: ۱۸۸). مثال‌های متعددی از چنین محیط‌هایی در کشورمان وجود دارد: هنوز در مدارس جامعه‌ی ما الگوهای بسیار سنتی زنانه-مردانه به کودکان ارائه می‌شود، زن‌ها در کتاب‌های درسی به‌صورت عمده نقش مادر و به‌ندرت نقش معلم را بر عهده دارند و محدوده‌ی زندگی دختر بچه‌های کتاب‌های درسی، خانه، حیاط خانه و مدرسه است در حالی که پسرها به‌طور فعال در خارج از خانه مشغول به کار، فعالیت و ورزش هستند. به این ترتیب، مدارس ما تشدیدکننده‌ی نابرابری‌های جنسی ناشی از خانواده هستند (اعزازی، ۱۳۸۰: ۱۹۴).

بدون شک، حضور نداشتن زنان در سمت‌های بالای مدیریتی در دانشگاه‌ها تا حدودی منبعث از الگوهای کار آنان در درجات پایین آکادمیک بوده است، جایی که گاه مسئولیت‌های خانگی پیشرفت را کند می‌کند و مسیر آن‌را تغییر می‌دهد. طبق بحث‌هایی که در «کنفرانس جهانی آموزش عالی»^{۳۱} (پاریس، ۵ الی ۱۹ اکتبر ۱۹۹۸) و در گزارش «گفت‌وگویی اساسی درباره‌ی زنان و آموزش عالی»^{۳۲} ارائه شده است، این فقدان تعادل یک سری ریشه‌های ساختاری نیز دارد که از سنت‌های فرهنگی مبتنی بر روابط دو جنس ریشه می‌گیرد و بر مفهوم تسلط یا برتری جنس مذکر تأکید می‌کند (مانفورد و رامبال، ۱۳۸۶: ۶۲).

27. N. Noddings (1990)

28. M. Sadker & D. Sadker (1986)

29. Vedad-Hir, Abou-Ali

30. Ezazi, Shahla

31. World Conference on Higher Education

32. Thematic Debate on Women and Higher Education

به همین علت است که مسئله‌ی پایین آمدن جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی و پرداختن به علل و عوامل ایجادکننده‌ی آن مهم تلقی می‌شود و ضروری است که موانع رشد و پیشرفت زنان در این خصوص هرچه سریع‌تر شناسایی شوند زیرا چنان که اشاره شد: «شواهد نشان‌گر آن هستند که بالا رفتن سطح آموزش زنان و کاهش اختلاف دو جنس در این زمینه تأثیرات مهمی در توسعه‌ی پایدار کشورها دارد» (کینگ^{۳۳}، ۱۳۷۶: ۳۳). در نهایت، در حالی که متخصصان علوم اجتماعی کشور در پی درک «علل و پیامدهای فزونی ورود دختران به دانشگاه‌ها^{۳۴}» هستند و تحقیقات و مقالاتی متنوع درباره‌ی این موضوع انجام می‌شود (مراجعه کنید به جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، ۱۳۸۶؛ فراستخواه و بوذری، ۱۳۸۲؛ قانع‌راد و خسروخاور، ۱۳۸۵؛ کارنامه‌حقیقی و اکبری، ۱۳۸۴ و ودادهیر، ۱۳۸۱)^{۳۵}، طرح بحثی حول موضوع کاهش حضور دختران در مقاطع بالاتر تحصیلی در نظام آموزش عالی، جدید و ضروری به نظر می‌رسد. از این‌رو، هدف مطالعه‌ی حاضر را می‌توان به‌طور کلی «شناخت عوامل مؤثر بر پایین آمدن جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی (با استفاده از رویکرد نظری منتخب)» و به‌طور مشخص «مطالعه و شناخت میزان تأثیرپذیری دانشجویان پزشکی از تفکرات قالبی جنسیتی و تأثیر آن در انتخاب و ادامه‌ی زندگی شغلی و علمی ایشان» عنوان نمود و پرسش اصلی آن‌را بدین‌گونه مطرح کرد که آیا عامل داوطلبانه‌ی پذیرش تصورات قالبی جنسیتی در پایین آمدن جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی تأثیر دارد یا خیر؟

مبانی نظری

با توجه به این که مسئله‌ی طرح شده در این مقاله در راستای مباحث حوزه‌ی نابرابری جنسیتی است، طبعاً باید برای استخراج مدل، فرضیه‌ها و شاخص‌های مورد نیاز، از نظریه‌های تبیین‌کننده‌ی نابرابری جنسیتی استفاده شود. بنابراین با در نظر گرفتن شیوه‌ی استدلال و نحوه‌ی تبیین این نظریه‌ها و نیز توجه به این نکته که «از عوامل تأثیرگذار بر جایگاه زنان در محیط علمی و حرفه‌ای می‌تواند تصور قالبی

³³. King, Elizabeth M

³⁴. همایش بررسی علل و پیامدهای فزونی ورود دختران به دانشگاه‌ها، ۱۳۸۶.

³⁵. Farasatkah, Maghsoud; GhaneiRad, Mohammad amin & KhosroKhavar, Farhad; Karnameh Haghghi, Hasan & Akbari, Nematollah

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۳۵

مربوط به جنس و رفتار بر اساس آن باشد^{۳۶}» (ریس، ۲۰۰۱: ۲۵۴)، از «نظریه‌ی طرح‌واره‌ی جنسیتی ساندرایم» و «نظریه‌ی برابری جنسیتی چافتز» به‌عنوان چارچوب نظری مطالعه استفاده کردیم.

نظریه‌ی طرح‌واره‌ی جنسیتی ساندرایم^{۳۷}:

طرح‌واره، مفهومی در روان‌شناسی شناختی و شاخه‌ای از روان‌شناسی است و به مطالعه‌ی این نکته می‌پردازد که ما چگونه می‌اندیشیم، درک و پردازش می‌کنیم و چگونه اطلاعات را به یاد می‌آوریم. طرح‌واره چهارچوب شناخت عامی است که فرد درباره‌ی یک موضوع خاص دارد. طرح‌واره به ادراک، سازمان و جهت می‌بخشد (هاید^{۳۸}، ۱۳۸۴: ۹۲). ساندرایم، نظریه‌ی طرح‌واره را برای شناخت فرایند سنخیت جنسی در نظریه‌ی طرح‌واره‌ی جنسیتی خود به کار گرفت. طرح او این است که هر یک از ما به‌عنوان بخشی از ساختار دانش خود، طرح‌واره‌ی جنسیتی یا مجموعه‌ای از تداعی‌های مرتبط با جنسیت داریم. در عین حال، طرح‌واره‌ی جنسیتی، آمادگی یا زمینه‌ی اصلی را برای پردازش اطلاعات بر اساس جنسیت عرضه می‌کند یعنی، طرح‌واره‌ی جنسیتی گرایش ما را نسبت به این که بسیاری از امور را به‌عنوان امور مرتبط با جنسیت ببینیم و بخواهیم آن‌ها را بر اساس جنسیت طبقه‌بندی کنیم بازنمایی می‌کند. طرح‌واره‌ی جنسیتی، اطلاعات جدید و در حال ورود را پردازش می‌کند و دست به تصفیه و تفسیر آن می‌زند (همان: ۹۳).

یم استدلال می‌کند که طرح‌واره‌ی جنسیتی، نکته‌ی برجسته‌ی خاصی دارد. او عنوان می‌کند که کودکان اطلاعات راجع به خودشان و نیز جهان پیرامون‌شان را با توجه به تعاریف مردانگی و زنانگی - که در فرهنگ‌شان وجود دارد- شکل می‌دهند. این طرح‌واره‌های جنسیتی شامل تمام چیزهایی می‌شود که کودکان درباره‌ی جنسیت می‌دانند و ایشان را تشویق می‌کنند تا به شیوه‌های قالبی جنسیتی که هماهنگ با طرح‌واره‌های جنسیتی است عمل کنند. یم استدلال می‌کند که کودکان کفایت و شایستگی خود را نیز بر اساس طرح‌واره‌های جنسیتی ارزیابی می‌کنند. او هم‌چنین اظهار می‌دارد که یک فرهنگ می‌تواند تعیین کند که چه نوع طرح‌واره‌ای بیشترین اهمیت را داشته باشد (ماتلین^{۳۹}، ۲۰۰۰: ۹۵).

^{۳۶}. ریس به تحقیقاتی که شی بینگر (Schie Binger) در این خصوص انجام داده است، استناد می‌جوید. شی بینگر طی دهه‌ها به تلخیص تحقیقات در مورد تصور قالبی جنسیتی پرداخته و به این نتیجه رسیده است که در ایالات متحده‌ی آمریکا، بچه‌ها با ابرام و قاطعیت معتقد بودند که مردان می‌توانند دانشمند بشوند.

^{۳۷}. Sandra Bem's Gender Schema Theory

^{۳۸}. Hyde

^{۳۹}. Matlin

نظریه‌ی طرح‌واره‌ی جنسیتی بیان می‌کند که اصول یادگیری سنتی می‌تواند نشان‌دهنده‌ی بخشی مهم از الگوی جنسیتی باشد. این بخش از نظریه‌ی پم بر پایه‌ی نظریه‌ی یادگیری اجتماعی والتر میشل^{۴۰} (۱۹۹۶، ۱۹۹۷۰) بنیان نهاده شده است. نظریه‌ی یادگیری اجتماعی در توضیح این‌که چگونه دختران می‌آموزند که «زنانه»^{۴۱}، و پسران می‌آموزند که «مردانه»^{۴۲} رفتار کنند دو مکانیسم مهم را بیان می‌کند: نخست، کودکان در مقابل رفتار «هماهنگ با جنسیت» خود پاداش می‌گیرند و در مقابل رفتار «ناهماهنگ با جنسیت» شان تنبیه می‌شوند. دوم، کودکان رفتار منطبق با جنسیت دیگران را می‌بینند و از آن تقلید می‌کنند (همان: ۹۵). نظریه‌ی پم در این قسمت تا حدود زیادی به نظریه‌ی اجتماعی شدن در جامعه‌شناسی نزدیک شده است. از این‌رو، به دلیل اشتراک بسیاری که این دو نظریه از نظر فضای مفهومی با هم دارند، در مقاله‌ی حاضر از بیان نظریه‌ی اجتماعی شدن خودداری کردیم و لازم به یادآوری است که استفاده از نظریه‌ی طرح‌واره‌ی جنسیتی، به‌منظور بیان وجود چنین طرح‌واره‌ی در زمینه‌ی پدرسالارانه‌ی جامعه و انتقال آن به افراد، طی رشد ایشان در چنین بستری بوده است.

نظریه‌ی برابری جنسیتی جانت سالتزمن چافتز^{۴۳}:

چافتز استدلال می‌کند که دو نوع نیرو در تقویت نابرابری جنسیتی نقش دارند: (۱) نیروهایی که اجباری هستند و (۲) آن‌هایی که به شکل کنش‌های داوطلبانه توسط خود افراد به‌وجود می‌آیند. با این‌که این دو نیرو در وابستگی متقابل قرار دارند، اما چافتز در ابتدا درباره‌ی آن‌ها به‌صورت دو نیروی مجزا نظریه‌پردازی می‌کند. در مدل چافتز، تعاریف اجتماعی جنسیت تبدیل به یک حلقه‌ی مهم میان فرایندهای اجباری سطوح خرد و کلان و فرایندهای اختیاری می‌شود که به شکلی کاملاً بارز در سطح تصمیم‌گیری شخصی عمل می‌کند. چافتز میان سه نوع از تعاریف جنسیت تمایز قائل می‌شود: (۱) *ایدئولوژی جنسیتی* یا اعتقاداتی درباره‌ی تفاوت‌های بنیانی و احتمالاً زیست‌شناختی در طبیعت مردان و زنان؛ (۲) *هنجارهای جنسیتی* یا انتظاراتی درباره‌ی شیوه‌های رفتاری مناسب و درخور زنان و مردان؛ و (۳) *تفکرات قالبی جنسیتی* یا برجسته نمودن تفاوت‌های میان مردان و زنان درباره‌ی این‌که هرکدام در برابر یک موقعیت چه واکنشی از خود نشان خواهد داد. از نظر چافتز، هرچه میزان اجماع افراد یک جمعیت درباره‌ی این تعاریف جنسیتی بیشتر باشد و نیز هرچه تفاوت‌های جنسیتی درباره‌ی نحوه‌ی بودن دو جنس توسط افراد مسلم انگاشته شود، به

40. Walter Mischel

41. Feminine

42. Masculine

43. Janet Saltzman Chafetz's Gender Equity Theory

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۳۷

همان میزان این تعاریف قدرت تأثیرگذاری بیشتری بر فرایندهای اجتماعی سطح خرد و کلانی خواهد داشت که نابرابری‌های جنسیتی را تقویت می‌کنند. چاقتر استدلال می‌کند که به‌طور کلی، ایدئولوژی جنسیتی، محدودیت‌ها و قیودی را برای هنجارهای جنسیتی ایجاد می‌کند که بدین شکل در ایجاد تفکرات قالبی جنسیتی درباره‌ی تفاوت‌های میان مردان و زنان هم‌کاری دارد (ترنر^{۴۴}، ۱۹۸۶: ۲۳۶).

او در بحث پایه‌های داوطلبانه‌ی نابرابری جنسیتی به نقش تقسیم کار جنسیتی اشاره و نتیجه‌گیری می‌کند که بزرگسالان به الگوهای نقشی و همچنین عاملانی فعال برای اجتماعی کردن تبدیل می‌شوند که نسل بعدی را از نظر رفتارشان، انتظارات‌شان برای آینده‌ی خود و تعریف و مشخص کردن آن‌چه واقعیت دارد و مناسب است، بازتولید می‌کنند. به میزانی که این بازتولید از طریق خانواده و دیگر نیروهای اجتماعی کردن اتفاق می‌افتد، افراد به‌صورت «داوطلبانه» به شیوه‌هایی عمل می‌کنند که سطوح کلان تقسیم کار و تعاریف فرهنگی درباره‌ی تفاوت‌های میان مردان و زنان را تقویت می‌کند در حالی که بازتولید این تفاوت‌های جنسیتی در سطح خرد باعث برخورد مردان و زنان می‌شود (همان: ۲۳۷).

از این نظریه در مقاله‌ی حاضر، به‌منظور تفکیک نیروهای داوطلبانه و اجباری مؤثر در سلب فرصت‌های برابر از زنان استفاده شده است.

جمع‌بندی نظریه‌ها

بدین ترتیب تفکرات قالبی جنسیتی، تصویر ذهنی یکنواخت و قالب‌بندی‌شده‌ای از رفتارهای خاص مربوط به زنان و مردان را بدون آن‌که مورد مطالعه و آزمون قرار گرفته باشند، ارائه می‌دهد. بر اساس تفکرات قالبی جنسیتی، زنان و مردان در جامعه دارای ویژگی‌های خاص، رفتار خاص و حالات روانی خاص هستند و در نهایت، قابلیت انجام وظایف و کارهایی را دارند که به‌صورت معمول با یکدیگر متفاوتند. ساختن تفکرات قالبی از طرفی توانایی‌ها و خصوصیات را به زنان نسبت می‌دهد که در مردان از آن‌ها نشانه‌ای نیست و از طرف دیگر، توانایی‌ها و خصوصیات را به مردان نسبت می‌دهد که زنان از آن بی‌بهره هستند» (اعزاز، ۱۳۸۰: ۴۵). دو خصوصیت واضح را می‌توان برای تفکرات قالبی در نظر گرفت: اول، این نوع از تفکرات در برابر تغییر مقاومت نشان می‌دهند. دوم، عموماً دامنه‌ی معانی محدود و تحقیرآمیز را ارائه می‌دهند (کیسی، ۲۰۰۲: ۲۲۹؛ به نقل از صادقی و کریمی^{۴۵}، ۱۳۸۴: ۶۵).

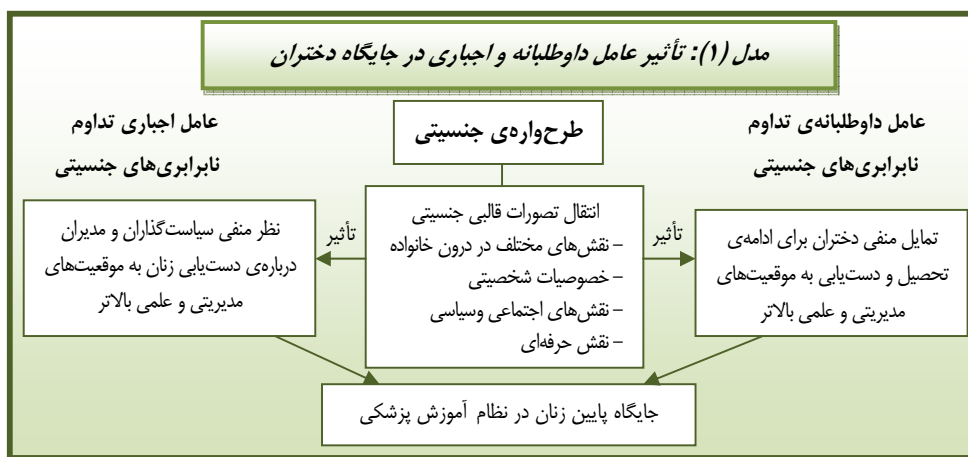
⁴⁴. Turner, 1998

⁴⁵. Sadeghi Fasayi, Soheyla & Karimi, Shiva

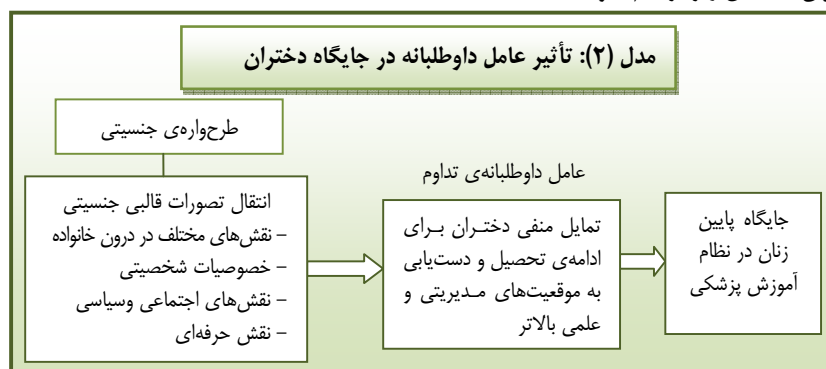
آندره میشل با مطالعه و تحلیل پژوهش‌هایی که در سطوح بین‌المللی و برای یونسکو صورت پذیرفته است، نمونه‌هایی از تصورات قالبی مشترک در سطح دنیا درباره‌ی زنان و مردان را شامل «نقش‌های مختلف در درون خانواده»، «خصوصیات شخصیتی»، «نقش‌های اجتماعی و سیاسی» و «نقش حرفه‌ای» می‌داند (میشل، ۱۳۷۶: ۳۳-۴۶). بنابراین با توجه به آرای نظریه‌پردازان، جوامع، ساختاری پدرسالار دارند (کاستلز^{۴۶}، ۱۳۸۴: ۱۷۵) که تا حدود زیادی به معنی سلطه‌ی مردان است و از این نظر زنان در موقعیت و جایگاهی پایین‌تر و نابرابر نسبت به مردان قرار گرفته‌اند. این نابرابری جایگاه، در طرح‌واره‌های ذهنی کودکان از طریق کنش‌های متقابل‌شان با بزرگسالان و نیز فرایند جامعه‌پذیری، ثبت می‌شود و بدین ترتیب با انتقال به نسل جدید، در طول زمان بازتولید می‌گردد. این فرایند به نحوی است که در کنار نیروی اجباری (ساختاری) مؤثر بر نابرابری، می‌توان از نیروهای داوطلبانه‌ی موجد نابرابری جنسیتی نیز یاد کرد.

از این رو، برای تبیین مسئله‌ی «کاهش جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی» از طریق نظریه‌های جامعه‌پذیری نقش جنسیتی، باید دو دسته از عوامل (عامل داوطلبانه و عامل اجباری) را لحاظ کرد. دسته‌ی نخست، خود دانشجویان پزشکی دختر هستند زیرا طبق این نظریه ممکن است به‌دلیل جنسیتی بودن طرح‌واره‌ی ذهنی‌شان و نیز قبول کردن نقش‌های جنسیتی، تمایلی به ادامه‌ی تحصیل و دستیابی به مدارج علمی بالا و نیز پست‌های ارشد مدیریتی نداشته باشند. خارج از این حوزه‌ی فردی، دسته‌ی دومی وجود دارد که در حوزه‌ی ساختاری (مسئولان و سیاست‌گذاران) قابل تعریف و ممکن است به‌دلیل جنسیتی بودن طرح‌واره‌ی ذهنی و نیز تأیید نقش‌های جنسیتی، مانع پیشرفت دختران دانش‌آموخته‌ی پزشکی در نظام آموزش پزشکی شوند که این موضوع در برخی منابع با عنوان تبعیض جنسیتی مطرح شده است. به عنوان مثال؛ در تحقیقی که در میان اعضای هیئت علمی دانشگاه اصفهان انجام شده است، ۷۵ درصد پاسخ‌گویان زن تأثیر عامل تبعیض جنسیتی را در حضور کمتر زنان در موقعیت‌های سازمانی، زیاد ارزیابی کرده‌اند. همچنین برخی پژوهش‌های خارجی نیز نشان داده‌اند که تبعیض جنسیتی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در رضایت‌مندی شغلی، احساس اثربخشی و بهره‌وری زنان دانشگاهی بوده است (جانعلی‌زاده‌ی چوب بستی، ۱۳۸۷: ۶۳). مدل شماره‌ی (۱) نشان‌دهنده‌ی روابط تشریح شده است.

⁴⁶ . Castells, Manuel



نگاهی به تحقیقات صورت گرفته در حوزه‌ی تبعیض جنسیتی نشان می‌دهد که تاکنون تأکید اکثر این مطالعه‌ها بر عامل اجباری بوده و به عامل داوطلبانه توجه چندانی نشده است (به‌عنوان مثال مراجعه کنید به جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، ۱۳۸۷ و فکوهی^{۴۷}، ۱۳۸۴). این امر در کنار مشکل فقدان دسترسی کافی به آنچه عامل اجباری نامیده می‌شود و در این جا سیاست‌گذاران سطح کلان آموزشی را شامل می‌شود، موجب شد که در مقاله‌ی حاضر بخش اول یا همان تأثیر عامل داوطلبانه‌ی نابرابری جنسیتی (یا همان تمایلات دانشجویان دختر پزشکی) در پایین آمدن جایگاه دختران و زنان در نظام آموزش پزشکی مورد توجه قرار گیرد. از این رو، با توجه به نظریات طرح شده، مدل نظری مورد استفاده در این تحقیق را می‌توان به شکل زیر ترسیم نمود:



طبق این مدل، تصورات قالبی جنسیتی (جریان اجتماعی شدن مردسالارانه) با تمایل دختران به دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی رابطه دارند.

روش تحقیق

در تحقیق حاضر از روش تحقیق کمی و تکنیک پیمایش بهره گرفتیم. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته بوده که با استفاده از ۲۴ گویه و ۱۱ سؤال، از سویی متغیرهای مربوط به میزان تصورات قالبی جنسیتی دختران و از سوی دیگر، متغیرهای تمایل به ادامه‌ی تحصیل، تمایل به دستیابی به عضویت در هیئت علمی و تمایل به دستیابی به پست‌های ارشد مدیریتی را مورد سنجش قرار داده است.

جامعه‌ی آماری این تحقیق را کل دانشجویان دختر شاغل به تحصیل سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، علوم پزشکی شهید بهشتی و علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۸۴ تشکیل می‌دهند که طبق آمار اعلام شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعداد ایشان ۶۱۴۶ نفر (۶۶ درصد کل دانشجویان این سه دانشگاه) بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴). برای انجام مقایسه میان نحوه‌ی پاسخ‌گویی دختران و نیز پسران دانشجوی پزشکی، از پسران دانشجو نیز به اندازه‌ی یک‌سوم تعداد حجم نمونه‌ی دختران، پیمایش به عمل آمده است. بدین ترتیب، هر دانشجوی شاغل به تحصیل در این سه دانشگاه، واحد آماری تحقیق محسوب می‌شود.

با استفاده از فرمول کوکران، حجم نمونه‌ی به‌دست آمده برای جامعه‌ی آماری مذکور تعداد ۳۲۴ واحد بود که چون با در نظر گرفتن یک‌سوم این تعداد برای پسران، از تعداد حجم نمونه‌ی دختران کاسته می‌شد، کل حجم نمونه به ۴۰۸ واحد (۳۰۱ واحد دختران و ۱۰۷ واحد پسران) افزایش داده شد (جدول ۳).

جدول (۳): فراوانی جامعه و حجم نمونه‌ی آماری

نام دانشگاه	نام دانشکده	حجم جامعه‌ی آماری		حجم نمونه‌ی آماری	
		دختران	پسران	دختران	پسران
علوم پزشکی تهران	پزشکی	۱۲۵۹	۱۶۲۴	۹۰	۳۴
	داروسازی	۳۸۶	۲۳۶	۳۰	۹
علوم پزشکی شهید بهشتی	پزشکی	۸۰۷	۷۹۵	۷۷	۲۵
	دندان‌پزشکی	۲۸۹	۲۲۵	۲۲	۹
علوم پزشکی ایران	پزشکی	۷۴۱	۷۱۴	۴۱	۱۴
	پرستاری	۷۴۵	۹۵	۴۱	۱۶
جمع		۴۲۲۷	۳۶۸۹	۳۰۱	۱۰۷

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۴۱

هم‌چنین برای سنجش اعتبار و پایایی اولیه‌ی ابزار تحقیق، تعداد ۴۰ پرسش‌نامه در میان دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب، توزیع و نتایج به‌دست آمده برای رفع ایرادها و ابهامات گویه‌ها و سؤالات، مطالعه شد. با استفاده از پرسش‌نامه‌های تکمیل شده، اعتبار و پایایی اولیه‌ی پرسش‌نامه سنجش شده و در نهایت بر اساس داده‌های نهایی جمع‌آوری شده، گویه‌های پرسش‌نامه مطالعه و مجدداً اصلاح شد. برای سنجش اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار صوری^{۴۸} استفاده شده است. بر این اساس، پرسش‌نامه‌ی تهیه شده در مراحل مختلف (قبل از پیش‌آزمون و بعد از پیش‌آزمون) در اختیار تعدادی از صاحب‌نظران دانشگاهی و متخصصان قرار گرفته و دیدگاه آن‌ها به‌منظور تصحیح و رفع اشکالات موجود لحاظ شده است.

پایایی یا قابلیت اعتماد مقیاس‌های چندگانه‌ی تحقیق حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۵) برای متغیر مستقل، ۰/۸۰ برای متغیر وابسته و ۰/۸۲ در کل) محاسبه شده است که از جمله ضرایب بسیار خوب^{۴۹} برای یک پرسش‌نامه است (جدول ۴). آلفای مقیاس‌های تحقیق مورد تحلیل قرار گرفته و گویه‌هایی که باعث کاهش پایایی مقیاس بوده‌اند، حذف گردیده‌اند.

جدول (۴): آماره‌های مربوط با پایایی شاخص‌ها

پایایی مقیاس (آلفای کرونباخ)		متغیرها	
کل	ابعاد		
۰/۸۲۸	۰/۸۵۱	نقش‌های مختلف در درون خانواده	شاخص‌های مربوط به متغیر مستقل
		خصوصیات شخصیتی	
		نقش‌های اجتماعی - سیاسی	
		نقش‌های حرفه‌ای	
	۰/۷۹۹	تمایل به ادامه‌ی تحصیل	شاخص‌های مربوط به متغیر وابسته
		تمایل به دست‌یابی به مرتبه‌ی هیئت علمی	
تمایل به دست‌یابی به پست مدیریتی			

متغیر وابسته‌ی این مطالعه «جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی» است. «نظام آموزش پزشکی»، نهادی است که دانشجوی پزشکی از بدو ورود به دانشگاه علوم پزشکی و در طی مراحل مختلف تحصیلی تا اتمام تحصیلات به انحاء مختلف با آن در ارتباط است و غیر از سطح دانشجویی، سطوح علمی (اعضای هیئت

²⁸ . Face validity

^{۴۹} . اگر آلفای کرونباخ از ۰/۳۰ کمتر باشد پایایی ضعیف، بین ۰/۳۰ تا ۰/۵۰ متوسط، بین ۰/۵۰ تا ۰/۷۰ خوب، و بیشتر از ۰/۷۰ خیلی خوب است (اتسلندر، ۱۳۷۵: ۲۸۲؛ به نقل از یاری، ۱۳۸۴: فصل روش‌شناسی).

علمی) و اجرایی (از مدیران گرفته تا کارمندان جزء) را نیز در بر می‌گیرد. به همین ترتیب، از آنجایی که طبق نظریه‌ی مورد استفاده، علت کاهش جایگاه زنان در این نظام، تمایل نداشتن ایشان به جایگاه بالا بوده است در مطالعه‌ی حاضر تمایل زنان به جایگاه بالا در سه حوزه‌ی ذکرشده‌ی نظام آموزش پزشکی، متغیر وابسته را تشکیل می‌دهند:

- «تمایل زنان به ادامه‌ی تحصیل» با استفاده از یک مقیاس ۴ گویه‌ای سنجیده شده است. برای سنجش این متغیر از دانشجویان (اغلب سال پایین) درباره‌ی تمایل‌شان به ادامه یا ترک تحصیل پرسش شده است.
- «تمایل زنان به دستیابی به مرتبه‌ی هیئت علمی» هم با استفاده از یک مقیاس ۲ گویه‌ای درباره‌ی تمایل دختران دانشجوی پزشکی به دستیابی به مرتبه‌ی هیئت علمی سنجیده شده است.
- «تمایل زنان به دستیابی به پست‌های مدیریتی» هم با استفاده از یک مقیاس ۲ گویه‌ای درباره‌ی تمایل دختران دانشجوی پزشکی به دستیابی به پست‌های مدیریتی سنجیده شده است.

هم‌چنین متغیرهای زمینه‌ای و نیز مستقل مطالعه به شرح زیر می‌باشند:

متغیرهای زمینه‌ای: ده متغیر «جنسیت»، «سن»، «وضعیت تأهل»، «ترم تحصیلی»، «رشته‌ی تحصیلی»، «معدل کل»، «وضعیت شغلی»، «محل زندگی (تاقبل از ورود به دانشگاه)»، «طبقه‌ی اقتصادی» و «دانشگاه محل تحصیل»، به صورت سؤال از پاسخ‌گویان پرسیده شده است.

متغیر «تصورات قالبی جنسیتی»: تفکر قالبی یا تصویر قالبی بر اعتقاداتی درباره‌ی دسته‌هایی از افراد، گروه‌ها یا اشیاء و موضوعاتی دلالت دارد که «از پیش در ذهن جای گرفته‌اند»، یعنی اعتقاداتی که نه از ارزیابی‌های خاص هر پدیده، بلکه از عادات یکنواخت داوری و انتظارات روزمره حاصل شده باشند. والتر لیپمن^{۵۰} این اصطلاح را در علوم اجتماعی به منظور اشاره به تصورات یا اعتقادات از پیش ادراک شده درباره‌ی صفات جهان بیرونی معرفی کرد (گولد^{۵۱}، ۱۳۷۶: ۲۴۲).

همان‌طور که در بخش نظریه‌های تحقیق توضیح دادیم، آندره میشل نمونه‌هایی از تصورات قالبی مشترک در سطح دنیا درباره‌ی زنان و مردان را ارائه داده است که چهار نمونه از آن‌ها اجزای سازنده‌ی متغیر مستقل ما را در این تحقیق تشکیل می‌دهند: «نقش‌های مختلف در درون خانواده»، «خصوصیات شخصیتی»،

⁵⁰. Walter Lippman

⁵¹. Gould, Julius & William L. Kolb

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۴۳

«نقش‌های اجتماعی و سیاسی» و «نقش حرفه‌ای»، که برای سنجش این متغیرها، پاسخ‌گویان نظر خود را درباره‌ی چهار گویه‌ی طراحی‌شده درباره‌ی هر کدام از آن‌ها ابراز داشته‌اند.

یافته‌های تحقیق

بر اساس آن‌چه که از خصوصیات جمعیت‌شناختی پاسخ‌گویان به‌دست آمده، سن ۵/۵ درصد از پاسخ‌گویان کم‌تر از ۱۹ سال، ۵۲/۵ درصد بین ۱۹ تا ۲۰ سال، ۳۵/۲ درصد بین ۲۱ تا ۲۴ سال و ۵/۶ درصد بین ۲۵ تا ۳۱ سال است. حداقل سن ۱۷، حداکثر ۳۱ و میانگین سن پاسخ‌گویان ۲۰/۵ سال است. ۵/۴ درصد از پاسخ‌گویان متأهل و ۹۴/۶ درصد نیز مجرد بوده‌اند. در اطلاعات به‌دست‌آمده درباره‌ی ترم تحصیلی پاسخ‌گویان، مشاهده شد که درصدی بالا (۶۶/۵ درصد) از پاسخ‌گویان، دانشجویان ترم چهارم و پایین‌تر هستند که نشان‌دهنده‌ی کارشناسی (یا علوم پایه) بودن مقطع ایشان است. در بقیه‌ی موارد می‌بینیم که ۲۵ درصد بین ترم‌های پنجم تا هشتم و ۸/۳ درصد نیز در بین ترم‌های نهم تا سیزدهم در حال تحصیل هستند. هم‌چنین مشاهده می‌شود که اکثر پاسخ‌گویان (۸ درصد) از رشته‌ی پزشکی بوده و مابقی (۳۲ درصد) را رشته‌های دیگر، یعنی داروسازی، دندان‌پزشکی و پرستاری تشکیل می‌دهند. در سؤال از معدل کل پاسخ‌گویان مشخص شد که معدل ۳۶/۱ درصد از پاسخ‌گویان بالای ۱۷، معدل ۳۷/۴ درصد بین ۱۶ تا ۱۷ و ۲۶/۴ درصد پایین‌تر از ۱۶ است. هم‌چنین درصدی بسیار بالا از پاسخ‌گویان (۹۴/۶ درصد) وضعیت شغلی خود را بی‌کار اعلام کرده‌اند که این امر با توجه به پایین بودن ترم تحصیلی اکثریت ایشان طبیعی به نظر می‌رسد.

از نظر محل زندگی، ۴۹/۳ درصد تا قبل از ورود به دانشگاه نیز ساکن تهران بوده‌اند و ۵۰/۷ درصد شهرستانی هستند و برای تحصیل به تهران آمده‌اند. در ارزیابی طبقه‌ی اقتصادی که از طریق خود پاسخ‌گویان صورت گرفت، ۶۳/۵ درصد از ایشان خود را در طبقه‌ی بالا و متوسط رو به بالا ارزیابی کرده‌اند و ۱۰/۹ درصد نیز خود را جزو طبقه‌ی پایین و متوسط رو به پایین می‌دانند. جالب این‌که هیچ‌کدام از پاسخ‌گویان خود را جزو طبقه‌ی پایین ارزیابی نکرده‌اند. و در نهایت این‌که؛ درباره‌ی دانشگاه محل تحصیل پاسخ‌گویان، ۳۹/۲ درصد از دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۳۴/۲ درصد از دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی و ۲۶/۶ درصد از دانشگاه علوم پزشکی ایران بوده‌اند.

از فرضیه‌هایی که در این مطالعه مطرح شد این بود که «تصورات قالبی جنسیتی (جریان اجتماعی شدن مردسالارانه) با تمایل دختران دانشجوی پزشکی به ادامه‌ی تحصیل رابطه دارند». این فرضیه

متشکل از چهار فرضیه‌ی خرد است که بر اساس شاخص‌های ارائه‌شده در نظریه‌ی آندره میشل (که در قسمت چارچوب نظری ذکر آن گذشت) مطرح و سنجیده شده است. این چهار فرضیه‌ی خرد عبارتند از: تأثیر انتقال خصوصیات شخصیتی جنسیتی به دختران در تمایل ایشان برای ادامه‌ی تحصیل، تأثیر قبول نقش‌های اجتماعی-سیاسی جنسیتی توسط دختران در تمایل ایشان برای ادامه‌ی تحصیل، تأثیر قبول نقش‌های حرفه‌ای جنسیتی توسط دختران، در تمایل ایشان برای ادامه‌ی تحصیل و تأثیر قبول نقش‌های حرفه‌ای جنسیتی توسط دختران در تمایل ایشان برای دست‌یابی به مرتبه‌ی هیئت علمی.

چون آماره‌ی توصیفی مناسب برای سنجش متغیرهای سطوح ترتیبی- ترتیبی، آماره‌ی «آر اسپرمن» است (دواس، ۱۳۸۱: ۱۹۴) نتایج به‌دست‌آمده از انجام این آزمون درباره‌ی دو متغیر این فرضیه (Sig.(2-tail)=۰/۰۴) نشان می‌دهد که هرچه دانشجویان دختر کلیشه‌های جنسیتی بیشتری را از جامعه پذیرفته باشند، تمایل به ادامه‌ی تحصیل‌شان نیز کاهش می‌یابد.

هم‌چنین در ارتباط با این فرضیه که «تصورات قالبی جنسیتی (جریان اجتماعی شدن مردسالارانه) با تمایل دختران دانشجوی پزشکی به دست‌یابی به مرتبه‌ی هیئت علمی رابطه دارند»، نتایج به‌دست‌آمده از انجام آزمون‌های آماری نشان می‌دهد که رابطه‌ی برقرار شده بین دو متغیر این فرضیه معنادار نیست. به عبارت بهتر؛ می‌توان چنین عنوان کرد که تصورات قالبی جنسیتی در تمایل دختران دانشجوی پزشکی به دست‌یابی به مرتبه‌ی هیئت علمی تأثیری ندارند (Sig. (2-tail)=۰/۱۷). فرضیه‌ی سوم مطرح در مطالعه‌ی حاضر مربوط به دو متغیر تصورات قالبی جنسیتی و تمایل به پست‌های مدیریتی است، بدین صورت که «تصورات قالبی جنسیتی (جریان اجتماعی شدن مردسالارانه) با تمایل دختران دانشجوی پزشکی به دست‌یابی به پست‌های ارشد مدیریتی رابطه دارند». آزمون همبستگی «آر اسپرمن» در مورد این فرضیه نیز نشان داد که فرض H_1 تأیید شده است بدین معنی که هرچه دانشجویان دختر کلیشه‌های جنسیتی بیشتری را از جامعه پذیرفته باشند، تمایل به دست‌یابی به پست‌های ارشد مدیریتی نیز در میان ایشان کاهش می‌یابد (Sig.(2-tail)=۰/۰۴). در نهایت، در ارتباط با فرضیه‌ی کلی تحقیق یا «تصورات قالبی جنسیتی (جریان اجتماعی شدن مردسالارانه) با تمایل دختران به دست‌یابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی رابطه دارند»، نتایج تحلیل‌های آماری نشان می‌دهد که این فرضیه نیز تأیید شده است و هرچه دانشجویان دختر کلیشه‌های جنسیتی بیشتری را از جامعه پذیرفته باشند، تمایل ایشان به دست‌یابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی نیز کاهش می‌یابد (Sig. (2-tail)=۰/۰۳). اطلاعات جزئی‌تر مربوط به تحلیل‌های آماری در جدول شماره‌ی ۵ خلاصه شده است.

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۴۵

جدول (۵): آزمون همبستگی متغیر پذیرش تصورات قالبی جنسیتی و شاخص‌های متغیر وابسته

شاخص	مقدار ۲ اسپرمن	تعداد پاسخ‌گو	سطح معنی‌داری
تمایل به ادامه‌ی تحصیل	۰/۱۱۶ -	۲۹۲	۰/۰۴
تمایل به دستیابی به مرتبه‌ی هیات علمی	۰/۰۷۹ -	۲۹۲	۰/۱۷
تمایل به دستیابی به پست مدیریتی	۰/۱۲۰ -	۲۹۰	۰/۰۴
تمایل به دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی	۰/۱۲۵ -	۲۹۰	۰/۰۳

پس مشاهده می‌شود که با تأیید فرضیه‌ی کلی تحقیق، نظریه‌ی مورد استفاده نیز تأیید می‌شود و عامل داوطلبانه‌ی تداوم نابرابری‌های جنسیتی می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در پایین آمدن جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی عمل نماید. هم‌چنین، دیگر نتایج به‌دست‌آمده از آزمون‌های دومتغیره در خصوص معناداری ارتباط متغیرهای جمعیت‌شناختی با میزان پذیرش تصورات قالبی جنسیتی نشان می‌دهند که پسران^{۵۲} بیشتر از دختران تصورات قالبی جنسیتی موجود در جامعه را قبول کرده‌اند و این تفاوت معنادار است (جدول ۶).

جدول (۶) آزمون مقایسه‌ی میانگین^{۵۳} بین جنسیت و میزان پذیرش تصورات قالبی جنسیتی

شاخص	تعداد	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	سطح معناداری Sig. (2-tailed)
دختر	۲۹۲	۲/۵	۰/۷۲	۸/۲ -	۰/۰۰۰
پسر	۱۰۳	۳/۲	۰/۷۵		

به‌عبارت بهتر؛ آزمون مقایسه‌ی میانگین برای رابطه‌ی بین جنسیت و میزان پذیرش تصورات قالبی جنسیتی نشان می‌دهد که پسران با دارا بودن نمره‌ی میانگین ۳/۲، بیشتر از دختران، با نمره‌ی میانگین ۲/۵، تصورات قالبی جنسیتی موجود در جامعه را قبول کرده‌اند و چون این تفاوت معنادار است (Sig. (2-tailed) = ۰/۰۰۰)، می‌توان آن را به کل جامعه‌ی آماری (دانشجویان علوم پزشکی سه دانشگاه) تعمیم داد. با توجه به این‌که وجود چنین کلیشه‌هایی در جامعه معمولاً و در ظاهر به نفع مردان عمل می‌کند، طبیعی است که پسران بیشتر از دختران نسبت به آن‌ها پذیرش داشته باشند.

^{۵۲} در این مطالعه، به‌منظور در دست داشتن داده‌هایی از دانشجویان پسر - برای انجام برخی مقایسه‌های تطبیقی و به‌عنوان گروه شاهد - تعداد ۱۰۷ پرسش‌نامه نیز علاوه بر ۳۰۱ پرسش‌نامه‌ی مربوط به دختران، از دانشجویان پسر با همان شیوه‌ی نمونه‌گیری شرح داده شده تکمیل شد که اطلاعات این یافته، از مقایسه‌ی این دو گروه می‌باشد. لازم به ذکر است که از داده‌های مربوط به پسران در تحلیل یافته‌های دیگر استفاده نشد و مابقی تحلیل‌ها مختص جامعه‌ی آماری دختران و زنان است.

^{۵۳} T-test

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهند که پذیرش تصورات قالبی جنسیتی موجود در جامعه تأثیری منفی در تمایل دختران، هم به ادامه‌ی تحصیل در مقاطع بالاتر و هم به دستیابی به پست ارشد مدیریتی و در کل در تمایل دختران به دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی دارد. بدین معنی که هرچه دختران جامعه میزان بیشتری از کلیشه‌های جنسیتی موجود در جامعه را قبول کرده باشند، به همان نسبت نیز تمایل اندکی به ادامه‌ی تحصیل در مقاطع بالاتر از کارشناسی، دستیابی به پست ارشد مدیریتی و نیز دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی از خود نشان می‌دهند.

مطابق با نظریه‌ی استفاده شده در این مطالعه، کودکان اطلاعات راجع به خودشان و نیز مابقی جهان پیرامونشان را با توجه به تعاریف مردانگی و زنانگی شکل می‌دهند که در فرهنگشان وجود دارد. این طرح‌واره‌های جنسیتی شامل تمام چیزهایی می‌شود که کودکان درباره‌ی جنسیت می‌دانند و ایشان را تشویق می‌کنند تا به شیوه‌های قالبی جنسیتی عمل کنند که با طرح‌واره‌های جنسیتی هماهنگ است. به همین دلیل دختران می‌آموزند که «زنانه» رفتار کنند و یکی از جلوه‌های نهادینه‌شده به‌عنوان رفتار زنانه، ترجیح حضور در خانه یا اجتماع خصوصی به حضور در عرصه‌ی عمومی است. در واقع دختران دانشجوی پزشکی با توجه به پذیرشی که در برخی مواقع به‌صورت ناخودآگاه درباره‌ی کلیشه‌های جنسیتی داشته‌اند، حتی پس از ورود به نظام آموزش عالی نیز نمی‌توانند بیشتر از این در عرصه‌ی اجتماعات عمومی به حضور خود تداوم بخشند و صحنه را به نفع مردان ترک می‌کنند. البته ناگفته نماند که به نظر می‌رسد ازدواج، بچه‌داری و درگیر شدن با امورات خانه و خانواده نیز می‌تواند از جمله دلایل مهم در حذف شدن تدریجی زنان از صحنه‌ی ادامه‌ی تحصیل و دستیابی به جایگاه بالا در نظام آموزش پزشکی باشد که مطالعه‌ی علمی چنین مسئله‌ای می‌تواند در اولویت تحقیقات مربوط به این حوزه در آینده قابل تعریف باشد.

در تأیید نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه‌ی حاضر، برخی از تحقیقات انجام شده در ایران (اسفیدانی، ۱۳۸۱؛ جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، ۱۳۸۶؛ زاهدی، ۱۳۸۱؛ فراستخواه، ۱۳۸۳)^{۵۴} نیز به وجود موانع اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر جایگاه زنان در علم و مدیریت اشاره دارند. برای مثال، فراستخواه ریشه‌ی پدیده‌ی مذکور را در «هنجارها، نگرش‌ها، ساختارها، نهادها، نظام‌های حقوقی و خط‌مشی‌ها و برنامه‌های کشور»

⁵⁴ . Esfidani, Mohammad Rahim; Zahedi, Shams Al-sadat

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۴۷

می‌داند (فراسخواه، ۱۳۸۳: ۱۵۹). هم‌چنین جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی ضمن بیان این‌که «هنوز سهمی بسیار اندک از زنان در مراکز و نهادهای علمی و تخصصی نخبه حضور دارند و کاهش میزان حضور زنان در نردبان ترقی علمی از شدت بالایی برخوردار است» (جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، ۱۳۸۶: ۱۹۵)، نحوه‌ی اجتماعی شدن زنان در عرصه‌های اجتماعی مختلف، خاصه خانواده و مدرسه، تبعیض جنسیتی، نابرابری در ارائه‌ی امکانات و انجام حمایت‌های اجتماعی از زنان و هم‌چنین تصور قالبی مبنی بر ناتوانی زنان در علم و موقعیت‌های رهبری را از جمله موانع اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر جایگاه زنان در محیط‌های علمی و تخصصی ذکر می‌کند (همان: ۱۹۷).

هم‌چنین، منطبق با آن‌چه که در این مقاله نیز به آن اشاره کردیم، آمارهای جهانی نیز نشان می‌دهند که رشد سریع تعداد دانشجویان پزشکی واقعیتی است که در سراسر جهان در دهه‌های اخیر اتفاق افتاده است و در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی جهان چیزی در حدود نیمی از ورودی‌ها دختر هستند، اما بسیاری از فارغ‌التحصیلان زن پزشکی به علت تعهدات خانوادگی و پارامترهای دیگر نه تنها مشکلات ادامه‌ی تحصیل و ورود به مجامع علمی را دارا هستند، بلکه وارد حرفه‌ی طبابت نیز نمی‌شوند (آرمسترانگ و توکل، ۱۳۷۲: ۲۱۴).

همان‌طور که اشاره کردیم، بدون شک حضور نداشتن زنان در سمت‌های بالای مدیریتی در دانشگاه‌ها تا حدودی منبعث از الگوهای کار آنان در درجات پایین آکادمیک بوده است، جایی که گاه مسئولیت‌های خانگی پیشرفت را کند می‌کند و مسیر آن‌را تغییر می‌دهد و این فقدان تعادل یک سری ریشه‌های ساختاری نیز دارند که از سنت‌های فرهنگی مبتنی بر روابط دو جنس ریشه می‌گیرند و بر مفهوم تسلط یا برتری جنس مذکر تأکید می‌کند. لذا با توجه به تمامی آن‌چه که در این مبحث بدان پرداخته شد، به نظر می‌رسد که اولاً با انجام تحقیقاتی درباره‌ی سنجش تمایل دانش‌آموزان دختر رشته‌های علوم تجربی به تحصیل در مقاطع مختلف رشته‌های علوم پزشکی یا نظایر آن و ثانیاً، با فراهم آوردن اقداماتی در جهت کم‌رنگ کردن اهمیت و تأثیر تصورات قالبی جنسیتی در جامعه و بالاخص جامعه‌ی دانشگاهی و تحصیل کرده و نیز ارتقای سطح انگیزش دانشجویان دختر رشته‌های پزشکی به ادامه تحصیل و زمینه‌سازی مناسب برای دست‌رسی ایشان به پست‌های علمی و مدیریتی، می‌توان سیاست‌گذاری‌های کشور را در رسیدن به اهداف توسعه‌ی پایدار بهبود بخشید.

منابع

- آبوت، پاملا و کلر والاس (۱۳۸۳) جامعه‌شناسی زنان، ترجمه‌ی منیژه نجم‌عراقی، چاپ سوم، تهران: نشر نی.
- آرمسترانگ، دیوید و محمد توکل (۱۳۷۲) جامعه‌شناسی پزشکی، ترجمه‌ی احمد خزاعی، چاپ اول، تهران: مؤسسه‌ی انتشارات علمی دانشگاه صنعتی شریف.
- آصف‌زاده، سعید (۱۳۷۶) آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی، چاپ اول، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی.
- اعزاز، شهلا (۱۳۸۰) جامعه‌شناسی خانواده، چاپ دوم، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- اسفیدانی، محمدرحیم (۱۳۸۱) «موانع دستیابی زنان به پست‌های مدیریتی»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۱، شماره ۴، صص ۵۰-۲۷.
- احمدنیا، شیرین (۱۳۸۶) «جامعه‌شناسی پزشکی و بهداشت»، جزوه‌ی درسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، تهران: دانشگاه شهید بهشتی.
- پورگیو، فریده (۱۳۸۰) «بررسی توانمندسازی زنان در ایران، با تأکید بر رسانه‌ها و کتاب‌های درسی»، مجموعه مقالات همایش توانمندسازی زنان، شهریور ۱۳۷۹، تهران: مرکز امور مشارکت زنان.
- پیشگاهی‌فرد، زهرا و ام‌البنی یولاب (۱۳۸۷) «آینده‌پژوهی وضعیت آموزش عالی زنان در منطقه‌ی خاورمیانه با تأکید بر جایگاه ایران»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۶، شماره ۳، شماره پیاپی ۲۲، صص ۳۷-۵.
- جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، حیدر (۱۳۸۶) «تحلیلی بر جایگاه زنان در نهادهای علمی و تخصصی نخبه»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۵، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۷، بهار و تابستان، صص ۱۹۹-۱۷۳.
- جانعلی‌زاده‌ی چوب‌بستی، حیدر و همکاران (۱۳۸۷) «تبیین جامعه‌شناختی جایگاه حرفه‌ای زنان دانشگاهی»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۶، شماره ۲، شماره پیاپی ۲۱، صص ۷۷-۴۷.
- دواس، دی. ای (۱۳۸۱) «پیمایش در تحقیقات اجتماعی»، ترجمه‌ی هوشنگ ناییبی، چاپ دوم، تهران: نشر نی.
- زاهدی، شمس‌السادات (۱۳۸۱) «تغییرات جایگاه شغلی زنان دانشگاهی در یک دهه»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۱، شماره ۴، صص ۱۷۰-۱۵۰.
- شادی‌طلب، ژاله (۱۳۸۱) «توسعه و چالش‌های زنان ایران»، تهران: نشر قطره.
- صادقی فسایی، سهیلا و شیوا کریمی (۱۳۸۴) «کلیشه‌های جنسیتی سریال‌های تلویزیونی ایرانی سال ۱۳۸۳»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۳، شماره ۳، شماره پیاپی ۱۳، تهران، ۸۹-۵۹.
- فراستخواه، مقصود (۱۳۸۳) «زنان، آموزش عالی و بازار کار»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره ۲، شماره ۱، شماره پیاپی ۸، صص ۱۶۳-۱۴۷.
- فراستخواه، مقصود و سیما بوذری (۱۳۸۲) «میزان دسترسی زنان به آموزش عالی»، تهران: مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.

مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره‌ی جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران ۴۹

- فکوهی، ناصر (۱۳۸۴) «سازوکار تبعیض مثبت به مثابه‌ی ابزار محرومیت‌زدایی»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۳، شماره‌ی پیاپی ۱۳، صص ۱۴۱-۱۱۵.
- قانع‌راد، محمدامین و فرهاد خسروخواهر (۱۳۸۶): «نگاهی به عوامل فرهنگی افزایش ورود دختران به دانشگاه‌ها»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۴، صص ۱۳۸-۱۱۵.
- کاستلز، مانوئل (۱۳۸۴): عصر اطلاعات؛ قدرت هویت، ترجمه‌ی حسن چاووشیان، جلد دوم، چاپ چهارم، تهران: انتشارات طرح نو.
- کینگ، الیزابت م. (۱۳۷۶) نقش آموزش زنان در توسعه‌ی اقتصادی، ترجمه‌ی غلامرضا آزاد (ارمکی)، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
- کارنامه‌حقیقی، حسن و نعمت‌الله اکبری (۱۳۸۴) «بررسی مشارکت زنان در تقاضای اجتماعی برای آموزش عالی در ایران»، فصل‌نامه‌ی پژوهش زنان، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات زنان دانشگاه تهران، دوره‌ی ۳، شماره‌ی ۱، شماره‌ی پیاپی ۱۱، صص ۱۰۰-۶۹.
- گیدنز، آنتونی (۱۳۷۶) جامعه‌شناسی، ترجمه‌ی منوچهر صبوری، تهران: نشر نی.
- گولد، جولیبوس و ویلیام ل. کولب (۱۳۷۶): فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه‌ی گروهی، ویراستار محمد جواد زاهدی مازندرانی، تهران: انتشارات مازیار.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۹) جامعه‌شناسی پزشکی، چاپ پنجم (با تجدید نظر)، تهران: انتشارات طهوری.
- مانفورد، روبین و سیلویا رامبال (۱۳۸۶) «زنان در ساختارهای قدرت دانشگاه»، ترجمه‌ی محمدحسینی ساداتی، ماه‌نامه‌ی زنان، تهران: سال ۱۶، شماره ۱۵۱، صص ۶۴-۶۱.
- مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (۱۳۷۳) آمار آموزش عالی ایران، گروه پژوهش‌های آماری و انفورماتیک، سال تحصیلی ۷۳-۷۲، تهران.
- مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (۱۳۸۳) آمار آموزش عالی ایران، گروه پژوهش‌های آماری و انفورماتیک، سال تحصیلی ۸۳-۸۲، تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (۱۳۸۵) آمار آموزش عالی ایران، گروه پژوهش‌های آماری و انفورماتیک، سال تحصیلی ۸۵-۸۴، تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- مؤسسه‌ی پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (۱۳۸۶) مشخصات اعضای هیئت علمی دانشگاه و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی کشور سال ۱۳۸۵، گروه پژوهش‌های آماری و فناوری اطلاعات، تهران: وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- میشل، آندره (۱۳۷۶) پیکار با تبعیض جنسی، ترجمه‌ی محمدجعفر پوینده، تهران: انتشارات نگاه.
- ودادهیر، ابوعلی (۱۳۸۱) «زنان و آموزش عالی»، فصل‌نامه‌ی کتاب زنان، شورای فرهنگی اجتماعی زنان، تهران: شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۴) «بانک اطلاعات جامع دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی ایران»، معاونت آموزشی و امور دانشجویی، دفتر سطح‌بندی خدمات آموزشی.

۵۰ زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

هاید، **جانت شیپلی** (۱۳۸۴) روان‌شناسی زنان، سهم زنان در تجربه‌ی بشری، ترجمه‌ی اکرم خمسه‌ی، چاپ اول، تهران: انتشارات آگاه و انتشارات ارجمند

یاری، **جلیل** (۱۳۸۴) «بررسی عوامل مؤثر بر پایین‌دستی دینی»، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، رشته‌ی جامعه‌شناسی، دانشکده‌ی ادبیات، دانشگاه شهید بهشتی.

Becker, Howard and et al (1961) Boys in white, student culture in medical school, The University of Chicago Press, USA.

Campbell, Margaret (1973) Why would a Girl go into Medicine?, the Feminist press, New York.

Matlin, Margaret W. (2000) The Psychology of women, fourth edition, Harcourt College Publishers, USA.

Merton, Robert and et al (1969) Student-Physician , Introductory Studies in the Sociology of Medical Education, Second Printing, Harvard University Press, USA.

Munford, R. & Sylvia R. (2000) Women, Power and Academy; from rhetoric to reality, UNESCO published.

Munford, Robyn & Sylvia Rumball (2007) Women, Power and the Academy; from Rhetoric to Reality, translated by Seyyed Mohammad Hani Sadati, Zanan Journal, Azar, 61-65.

Rees, T. (2001) Mainstreaming gender equality in science in the European union: the ETAN report, Gender and education, Vol 13, No. 3, pp 243 – 260.

Turner, J. H. (1986). " The structure of sociological theory", 4th ed, dorsey Press, chicago.