

موانع ارتقای زنان در نظام آموزش پزشکی ایران:

مطالعه‌ای کیفی در جامعه‌شناسی آموزش پزشکی¹

ابوعلی ودادهیر²، سید محمدحانی سادانی³، سید مرتضی نوربخش⁴

تاریخ دریافت: 91/6/28 تاریخ تایید: 91/9/8

چکیده

صرف نظر از اینکه در یک دهه گذشته سهم زنان در آموزش عالی، به ویژه در مقاطع کارشناسی و عمومی افزایش یافته است و بارقه‌هایی از گسترش حضور زنان در موقعیت‌های شغلی بالاتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دیده می‌شود، اما حضور ایشان در مقاطع بالای تحصیلی و شغلی نظام آموزش پزشکی همچنان اندک و کم‌رنگ بوده و نابرابری‌ها و تحریم‌های اجتماعی مبتنی بر جنسیت در این حوزه چشمگیر است. در این مقاله، با اتخاذ رویکرد روش‌شناختی کیفی و با استفاده از تکنیک «مصاحبه با مطلعین کلیدی» تلاش شده است فهم شماری از مطلعین کلیدی نظام آموزش پزشکی ایران درباره این موضوع مورد مطالعه قرار گیرد. یافته‌های این واکاوی نشان می‌دهد که مشارکت‌کنندگان، پنج مقوله یا عامل مهم مرتبط با عاملیت و ساختار را به مثابه موانع عمده در مشارکت جدی و واقعی زنان در مقاطع و مدارج بالای علمی و دانشگاهی نظام آموزش پزشکی مشخص کرده‌اند. این پنج عامل بازدارنده عبارتند از: «وارد شدن به حوزه ازدواج و خانواده»، «مردسالاری یا پدرسالاری موجود در فرهنگ جامعه ایرانی»، «مسائل مالی و اقتصادی»، «تفاوت‌های روانشناختی موجود میان دو جنس» و «مسأله رعایت حدود شرعی و عرفی در روابط بین دو جنس». همچنین از نظر مشارکت‌کنندگان، اگرچه نقش مسئولین و تصمیم‌گیران نظام آموزش پزشکی در عدم دستیابی زنان به پست‌های مدیریتی پررنگ است، اما نمی‌توان نقشی بازدارنده در خصوص ادامه تحصیل زنان برای ایشان قائل شد. من حیث المجموع، می‌توان عامل «خانواده مردسالار و مبتنی بر کلیشه‌های جنسیتی» را در صورت‌بندی تحریم‌های اجتماعی مبتنی بر جنسیت و سلب فرصت‌های برابر پیشرفت از زنان در حوزه نظام آموزش پزشکی ایران به عنوان عاملی بسیار مؤثر معرفی نمود.

واژگان کلیدی: آموزش زنان، برابری فرصت‌ها، نظام آموزش پزشکی، جامعه‌شناسی آموزش پزشکی، شکاف جنسیتی.

1. این مقاله بر اساس نقطه نظرات ارزشمند و سازنده دکتر محمودقاضی طباطبایی، مدیرمحرتم گروه جمعیت‌شناسی و مطالعات جمعیتی دانشگاه تهران و سرکار خاتم دکتر گلی رضایی رشتی، استاد محترم دانشکده آموزش دانشگاه اونتاریو غربی (UWO) کانادا بازنگاری و تقویت شده است که بدین وسیله از زحمات ایشان تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

2. استادیار گروه مردم‌شناسی دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

3. عضو هیأت علمی گروه جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور.

4. دکترای جامعه‌شناسی و عضو هیأت علمی سازمان سنجش آموزش کشور، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

drnorbakhsh@gmail.com

vedadha@ut.ac.ir

h.sadati@gmail.com

مقدمه و بیان مسأله

طبق نظر رابرت کینگ مرتن¹، جامعه‌شناسی آموزش پزشکی یکی از چهار زمینه مطالعاتی حوزه جامعه‌شناسی پزشکی محسوب می‌شود (به نقل از آرمسترانگ و توکل، 1388). تحقیقات قابل انجام در این حوزه می‌تواند شامل مطالعه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی یا پایگاه اجتماعی-اقتصادی² دانشجویان و اساتید (که پیش از آن دانشجویان دانشکده‌های پزشکی بودند) و انگیزه‌های آن‌ها از ورود به حرفه پزشکی، روند آشنا شدن با و نهادینه شدن ارزش‌های جامعه پزشکی توسط دانشجویان (اجتماعی شدن حرفه‌ای ایشان)، تحلیل روابط انسانی درون نهادهای آموزش پزشکی و نیز واکاوی ریشه‌های اجتماعی مسائل و معضلات به وجود آمده در این اجتماع‌های انسانی و حتی در بیشتر مواقع ارائه راه‌کارهای عملی برای رفع آن‌ها باشد (ساداتی، 1387). با توجه به نفوذ شکاف‌های جنسیتی در اغلب نهادهای مختلف جامعه، به نظر می‌رسد که حوزه آموزش پزشکی نیز از این امر مستثنی نبوده است و مطالعه این امر در چارچوب مفاهیم مطرح در جامعه‌شناسی آموزش پزشکی مقدور خواهد بود (همان منبع).

در حال حاضر، دولت‌ها در کنار سازمان‌های مردم‌نهاد³ و همین‌طور سازمان‌های بین‌المللی در پی ارتقاء زنان به یک جایگاه برابر با مردان در بسیاری از زمینه‌ها، از جمله حوزه سلامت، پزشکی و آموزش هستند. افزون بر این، چهار کنفرانس جهانی که سازمان ملل⁴ از سال 1975 درباره زنان برگزار کرده، توجهات بین‌المللی را به مسائل زنان جلب و به عنوان یک کاتالیزور در جهت ایجاد یک جنبش بین‌المللی برای توانمندسازی زنان و ایجاد جایگاه برابر برای آن‌ها عمل نموده است (کودیت و همکاران⁵، 2010).

از سوی دیگر، توافق همه‌جانبه‌ای بر سر این موضوع وجود دارد که یکی از اهداف آموزش، ایجاد فرصت برابر برای تمامی دانش‌آموزان و دانشجویان است تا بتوانند صرف نظر از موضوع جنسیت، با شناخت توانایی‌های خود، استعدادهای بالقوه‌شان را بالفعل سازند (آردن⁶، 2009) از این رو، به نظر می‌رسد که یکی از مهمترین زمینه‌های ارتقاء زنان به جایگاه برابر با مردان، آموزش، به ویژه آموزش‌های حرفه‌ای و پیشرفته است. بدیهی است این امر زمانی محقق می‌شود که بستری با فرصت‌های برابر و عادلانه برای هر دو جنس فراهم شده و دسترسی به منابع و منافع آن‌ها، برای هر دو جنس، به شکلی برابر مقدور باشد تا هیچ گروهی از دستیابی

1. Merton, R. K. (1910-2003)

2. Socio – Economic Statuse

3. Non-Government Organizations

4. UN

5. Kodate, N. et al, 2010

6. Erden, 2009

به حرفه مناسب و انتخاب‌های زندگی خود محروم نگردد (همان).
 مروری بر بدنه دانش و مطالعات مربوط به جنسیت و اشتغال نشان داده است که جنسیت به طرق مختلفی می‌تواند مبنایی برای تحریم‌های اجتماعی بوده و به نحوی علایق و انتخاب‌های شغلی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. برای مثال، یکی از استراتژی‌ها یا روش‌های رایج این است که جنسیت باعث می‌شود فردی، به عنوان یک عنصر متفاوت، از یک زمینه یا فرصت شغلی کنار گذاشته شود (مک‌لاگین و همکاران¹، 2009).

نمونه واقعی یک چنین تحریمی، زمانی است که فرایند کسب آموزه‌های تخصصی و اشغال جایگاه‌های حرفه‌ای در نظام مراقبت‌های بهداشتی یا آموزش پزشکی مورد توجه قرار می‌گیرند. شواهد نشان می‌دهند که به موازات ظهور جرف جدید و انتقال حوزه کاری در این حوزه، امور درمانی از دست زنان خارج شده و در کنترل مردان قرار گرفته است. در این خصوص آنا ویتز² (1992) معتقد است که این «جایجایی رسمی طبابت یا کار پزشکی از خانه به قلمرو بازار بود که صدای ناقوس مرگ مشارکت زنان در امور درمانی را به صدا در آورد.» همچنین در ارتباط با تضعیف جایگاه زنان در حوزه بهداشت و سلامت، مارگارت استیسی³ (1988) معتقد است که به رغم اینکه زنان هنوز هم در اقدامات درمانی مشارکت دارند و باز آن‌ها هستند که اغلب کارهای مربوط به مراقبت بهداشتی را انجام می‌دهند، اعمال و رفتار زنان در قلمرو بازار سلامت، همچنان در کنترل مردان و طرح‌واره‌های فکری مردسالارانه قرار دارد (نتلتون⁴، 2008: 207).

ویتز (1992) با نگاهی به رویکرد نو وبری درباره فرایند شکل‌گیری افراد متخصص و حرفه‌ای، ماهیت جنسیتی استراتژی‌های شغلی را مورد بررسی قرار داده است. او چهار استراتژی مربوط به انسداد حرفه‌ای⁵ را اینگونه تشریح می‌کند: گروه‌های مسلط از دو استراتژی ممانعت یا تحریم⁶ و محدودسازی⁷ استفاده می‌کنند، که اولی ضمن برقراری کنترل درون - شغلی بر امور داخلی‌شان، آن‌ها را قادر می‌سازد تا از دستیابی دیگران به سطحی که ایشان در آن قرار دارند، جلوگیری کنند و دومی به آن‌ها کمک می‌کند تا بر اموری که مربوط به مشاغل و حرفه‌های غیرتخصصی هستند، مسلط باشند.

یک نمونه از استراتژی ممانعت جنسیتی، بازاریابی زنان از ورود به مؤسسات آموزشی است که علم آموزی یا کسب یک دانش انتزاعی⁸ خاص در آن‌ها برای دستیابی به عضویت در یک

1. McLaughlin, K. et al, 2009
 2. Witz, Anne, 1992
 3. Stacey, Margaret, 1988
 4. Nettleton, S. 2008
 5. Professional closure
 6. Exclusionary strategies
 7. Demarcatory strategies
 8. Abstract knowledge

حرفه ضروری است. استراتژی محدودسازی جنسیتی نیز در هر جایی که گروه‌های مسلط، رقابت زنان را در حوزه مربوط به آن محدود می‌سازند، مشهود است. در مقابل، گروه‌های زیردست نیز دو استراتژی نفوذ یا مضمولیت¹ و انسداد دوگانه² را به کار می‌برند، که با استراتژی اول به دنبال عضویت در یکی از همان گروه‌های شغلی هستند که از آن دور نگه داشته شده‌اند (برای مثال، زنان امکان ورود به حرفه پزشکی را به دست می‌آورند) و با استراتژی دوم، هم کنترل درون - شغلی گروه مسلط بر شایستگی‌شان و هم تلاش این گروه بر تحکیم موقعیت خود، با استفاده از استراتژی ممانعت، را به چالش می‌کشند (همان منبع: 207).

آمارهای جهانی موجود در حوزه آموزش عالی تفاوت فاحشی بین نرخ و سهم زنان و مردان از حیث امکان ادامه تحصیل در مقاطع تحصیلات تکمیلی (ارشد و دکتری) و مهمتر از آن، جذب دریافت‌کنندگان درجه دکتری در مراکز علمی و تحقیقاتی به عنوان عضو هیأت علمی و یا دسترسی آن‌ها به موقعیت‌های رهبری در مراکز مذکور، به ویژه میزان و نوع حضور آن‌ها در نهادهای علمی و تخصصی نخبه (قطب‌های علمی) را نشان می‌دهند (جانعلی‌زاده چوب‌بستی، 1386: 174).

همچنین، بر اساس همین آمارها رشد سریع شمار دانشجویان پزشکی، واقعیتی است که در سراسر جهان در دهه‌های اخیر اتفاق افتاده است و در بسیاری از دانشکده‌ها و کالج‌های پزشکی جهان چیزی در حدود نیمی از ورودی‌ها دخترند، اما بسیاری از فارغ‌التحصیلان زن پزشکی به دلیل تعهدات و قید و بندهای خانوادگی و سایر عوامل و پارامترها، نه فقط از مشکلات بیشتری برای ادامه تحصیل و ورود به مجامع علمی برخوردار هستند، بلکه وارد حرفه طبابت نیز نمی‌شوند (ارمسترانگ و توکل، 1388)، به نحوی که دانشجویان پزشکی نگرانی‌هایی درباره نابرابری‌های جنسیتی (از جمله نابرابری در پذیرش در دوره‌های رزیدنتی، حقوق دریافتی، ارتقاء شغلی، و کسب موقعیت‌های رهبری و مدیریتی) دارند. شایان ذکر است که این نابرابری یا تحریم جنسیتی در حوزه پزشکی دانشگاهی، مختص به رشته خاصی نیست. برای مثال، ارتقاء به مرتبه استادی، ارتقاء به مدیریت بیمارستان‌های جراحی اعصاب و جراحی قلب و یا ارتقاء به یک موقعیت رهبری ملی در جراحی اعصاب [در میان زنان] نادر است. جراحان اعصاب زن باهوش، کارا و متعهد در حالی بخشی از بدنه نیروی کار جراحی اعصاب را تشکیل می‌دهند که نحوه ارتقاء شغلی آن‌ها با هم‌تایان مرد خود قابل مقایسه نیست. شواهد تاریخی و حرفه‌ای نشان می‌دهد که تاکنون هیچ زنی رئیس انجمن جراحان اعصاب آمریکا³، رئیس کنگره جراحان

1. Inclusionary strategies

2. Dual closure strategies

3. AANS

اعصاب یا جامعه جراحان اعصاب¹ یا رئیس بورد جراحی اعصاب آمریکا نشده است. همچنین هیچ زنی عضو کمیته بازنگری رزیدنسی جراحان اعصاب² نبوده است و نمی‌توان دوره یا زمانی را یافت که بیش از دو زن به طور همزمان اعضای جامعه جراحان اعصاب³ بوده باشند. در مجموع، با توجه به این شواهد، نابرابری جنسیتی به عنوان مانعی اساسی برای ترفیع زنان هم در جراحی اعصاب دانشگاهی و هم در پزشکی اجتماع محور عمل کرده است (نصری و همکاران، 1388).

به رغم پدیدار شدن بارقه‌هایی از گسترش حضور زنان در موقعیت‌های شغلی بالاتر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به طور خاص تصدی نافرجام مقام عالی وزارت توسط یک زن⁴، ایران نیز در حال تجربه کردن آمارهای مشابهی در حوزه‌های مورد نظر است. نگاهی به آمار و اطلاعات موجود در زمینه آموزش پزشکی در ایران و به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد که زنان در بین سال‌های 1366 تا 1386، در بدو ورود به رشته‌های حوزه پزشکی، که در کتاب «آمار آموزش عالی ایران» از آن به عنوان مقاطع کاردانی و کارشناسی نام برده شده است، به طور متوسط 68 درصد فارغ‌التحصیلان کل این مقاطع را تشکیل می‌داده‌اند، در حالیکه با توجه به همین آمار، در این دوره بیست ساله تنها 49 و 36 درصد ایشان به ترتیب در مقاطع کارشناسی ارشد و دکترای حرفه‌ای و تخصصی فارغ‌التحصیل شده‌اند (مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، 1373: 498 و 1383: 243؛ تارنمای مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، 1390).

جدول (1) آمار مربوط به دانش‌آموختگان دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران را در طول دو دهه مورد مطالعه، به تفکیک مقاطع تحصیلی و جنسیت نشان می‌دهد. این آمار صراحتاً کاهش سهم زنان را در مقاطع بالاتر تحصیلی نشان داده و پرسشی که همراه با خود به میان می‌آورد این است که چرا حضور زنان در مقاطع بالاتر تحصیلی تا این اندازه کم‌رنگ شده است؟ این آمار در کنار «گزارش وضعیت اجتماعی ایران (بخش آموزش)» (فراستخواه، 1390)، نشان می‌دهند که هر چه از مقاطع پایین تحصیلی به مقاطع بالاتر حرکت می‌کنیم از شمار فارغ‌التحصیلان زن کاسته می‌شود.

1. SNS
2. ABNS
3. SNS

4. دکتر مرضیه وحید دستجردی، به عنوان اولین زن وزیر در جمهوری اسلامی ایران، از سال 1388 تا دی ماه 1391 (که از این پست برکنار شدند) در مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عهده‌دار مسئولیت بودند.

جدول (1) فراوانی و درصد فراوانی دانش‌آموختگان علوم پزشکی سال‌های 66 تا 86 به

تفکیک جنسیت و مقطع تحصیلی

ردیف	مقطع دانش‌آموختگان	کل دانش‌آموختگان سالهای 1366 تا 1386		زن		مرد	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
1	کاردانی	140189	93003	66%	47186	34%	
2	کارشناسی	123565	85972	70%	37593	30%	
3	کارشناسی ارشد	10189	5041	49%	5119	51%	
4	دکترای حرفه‌ای	78879	28709	36%	50170	64%	
5	دکترای تخصصی	18621	6712	36%	11909	64%	

(منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، 1373: 1383، 498: 243؛ تارنمای مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، 1390)

افزون بر این، آمار و اطلاعات منتشر شده توسط مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی در سال 1390 درباره کادر آموزشی (اعضای هیأت علمی) گروه آموزشی پزشکی در سال تحصیلی 86-87 نشان می‌دهد که زنان سهم ناچیزی در این عرصه دارند، یعنی از کل اعضای هیأت علمی گروه پزشکی در این سال (11635 نفر)، 3702 (32%) را زنان و 7933 (68%) را مردان تشکیل می‌دهند. همین آمار وقتی به مراتب علمی استادی، دانشجویی و استادیاری که عمدتاً از مدارک پی‌اچ‌دی¹ یا معادل آن برخوردارند، محدود می‌شود، نسبت آن به 25% برای زنان و 75% برای مردان می‌رسد و همینطور درصد حضور زنان زمانی که فقط مرتبه استادی مدنظر قرار گیرد، به 13 درصد کل اعضای با مرتبه استادی تقلیل می‌یابد (جدول 2).

جدول (2) فراوانی و درصد فراوانی کادر آموزشی گروه پزشکی به تفکیک جنسیت و مرتبه علمی در سال تحصیلی 86-87

ردیف	عنوان رتبه علمی	فراوانی کادر علمی گروه پزشکی در سال تحصیلی 86-87		زن		مرد	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
1	کل اعضای هیأت علمی گروه پزشکی	11635	3702	32%	7933	68%	
2	اعضای با درجه استادی، دانشجویی و استادیاری	7691	1906	25%	5785	75%	
3	اعضا با درجه استادی	473	63	13%	410	87%	

(منبع: تارنمای مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، 1390)

این مقاله با مدنظر قرار دادن مسائل مذکور، یعنی اولاً دودستگی و شکاف موجود در آمار مربوط به ورود دختران به مقاطع مختلف تحصیلی، به طوریکه، به رغم حضور پررنگ در مقاطع اولیه تحصیلی، در مقاطع بالاتر و حوزه‌های تخصصی حضور بسیار کم‌رنگی پیدا می‌کنند و ثانیاً حضور کم‌رنگ زنان نسبت به مردان در موقعیت‌های شغلی دانشگاهی و آموزشی نظام آموزش پزشکی، در پی پرداختن به این پرسش اساسی است که کدام عوامل اجتماعی - فرهنگی یا اقتصادی موجب شده‌اند تا شمار کثیری از دخترانی که به دانشگاه‌های علوم پزشکی سرازیر شده و در بدو ورود به دانشگاه از سهم چشم‌گیری در اِشغال موقعیت‌های تحصیلی برخوردار هستند، به همان گام‌های نخست بسنده کرده و با گذر زمان ظرفیت‌های تخصصی و شغلی آکادمیک آینده را در این حوزه به مردان واگذار نمایند؟ بر این اساس، این مقاله به طور مشخص در پی پاسخگویی به دو سؤال زیر است:

- عوامل مؤثر بر سهم کم‌رنگ زنان نسبت به مردان در حوزه‌های تحصیلی تخصصی و فوق تخصصی و حرفه‌ای و نیز کسب موقعیت‌های شغلی دانشگاهی در نظام آموزش پزشکی کدامند؟

- نقش مدیران و تصمیم‌گیران واقعی در این حضور کم‌رنگ زنان در نظام آموزش پزشکی ایران به چه میزان است؟

این مطالعه، از حیث زمینه در حیطه مطالعاتی «جامعه‌شناسی آموزش پزشکی»¹ (م. ش. توکل و همکاران، 1389؛ بروسنان و ترنر²، 2009) قابل طبقه‌بندی است. حیطه‌ای که رسالت، مرزها و موضوعات خاص خود را داشته و بدنه دانش و آثار نسبتاً پهن‌دامنه‌ای در آن شکل گرفته است. از جمله مطالعات و آثار مربوط به این حیطه در سطوح ملی و بین‌المللی می‌توان به «بررسی نگرش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به مدیران زن و عوامل مؤثر بر آن در سال ۱۳۸۶» (موسوی، 1387)، «گرایش‌های شغلی دانشجویان پزشکی: بررسی انگیزه‌های تحصیلی و تمایلات مربوط به زمینه بخش فعالیت و محل خدمت» (پوررضا، 1364)، «آموزش پزشکی از دیدگاه استاد و دانشجو: تحقیقی در جامعه‌شناسی آموزشی» (وزیری خضرای، بی‌تا)، «تحلیل جامعه‌شناختی خاستگاه طبقاتی قشر پزشکان زن در تهران» (رهجو، 1353) و همچنین مطالعات کلاسیکی نظیر «دانشجو - پزشک»³ (مرتون و همکاران⁴، 1969) «پسران سفیدپوش: بررسی فرهنگ دانشجویی در دانشکده‌های پزشکی»⁵ (بکر و همکاران⁶، ۱۹۶۱) و «چرا یک دختر به رشته

1. The Sociology of Medical Education

2. Brosnon, C. & B. S. Turner, 2009

3. Student-Physician

4. Merton, R. et al. 1969

5. Boys in White, student culture in medical school

6. Becker, H. et al. 1961

پزشکی روی می‌آورد؟¹» (کمپبل²، 1973) اشاره کرد.

به رغم وجود بدنه دانش و پیشینه پژوهشی پهن‌دامنه فوق در جامعه‌شناسی آموزش پزشکی، پژوهش‌های زیادی در خصوص سهم زنان و موانع حضور آنان در نظام آموزش پزشکی صورت نگرفته است. به همین دلیل، این مقاله با اتخاذ رویکرد روش‌شناختی کیفی و با استفاده از تکنیک مصاحبه با مطلعین کلیدی در پی پاسخ به سؤالات اصلی این مطالعه است.

مبانی نظری

چنانچه عنوان شد، مطالعه حاضر پژوهشی کیفی و کم و بیش بدون پیش‌فرض است، اما منظومه‌ای از نظریه‌های تلفیقی مربوط به «عاملیت و ساختار»³ متفکرینی مانند پیر بوردیو⁴ و آنتونی گیدنز⁵ با الهام از نظریه «فرصت‌های زندگی»⁶ ماکس وبر⁷ به عنوان بنیان نظری پشتیبان آن در نظر گرفته شده است. در این چارچوب، عاملیت، به توانایی افراد برای داشتن رفتاری مستقل و انتخاب‌های آزاد در زندگیشان اشاره می‌کند و ساختار، نظم الگویافته تکرارشونده‌ای است که فرصت‌ها یا انتخاب‌های در دسترس افراد را محدود کرده یا حداقل می‌توان گفت که بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد (بارکر⁸، 2005).

این بحث می‌تواند به عنوان مجادله بین طبیعت و فرهنگ تلقی شده و یا تقابلهایی چون «خودمختاری/استقلال»⁹ و «جامعه‌پذیری/اجتماعی شدن»¹⁰ را به میان بکشد. تقابلی که در یک طرف آن فرد به عنوان عامل یا کنش‌گری آزاد عمل می‌کند و در طرف دیگر به عنوان کسی که رفتارش دیکته شده از سوی ساختار اجتماعی است. فرصت‌های زندگی، در چارچوب تئوری عاملیت و ساختار، به نوعی نشان دهنده ساختاری است که فرد کنترلی بر آن ندارد، در حالیکه سلوک زندگی¹¹ هر فرد-ارزش‌ها و باورها، گرایش به ریسک، مهارت‌های اجتماعی و... - نشان دهنده عواملی هستند که فرد بر آن‌ها کنترل دارد. وبر با مطرح کردن نظریه فرصت‌ها یا شانس‌های زندگی در این باره صحبت می‌کند که موقعیت هر فرد در جامعه تعیین‌کننده¹² سبک زندگی وی است. این مفهوم را می‌توان به نوعی بسط یافته اندیشه‌های کارل مارکس¹²

1. Why would a girl go into medicine?
2. Campbell, M. 1973
3. Structure and Agency
4. Pierre Bourdieu (1930-2002)
5. Anthony Giddens (1938 -)
6. Life Chances
7. Max Weber (1864-1920)
8. Barker, C, 2005
9. Autonomy
10. Socialisation
11. Life Conduct
12. Karl Marx (1818 - 1883)

دانست (فیتزپاتریک و لاگوری¹، 2000). به عبارت دیگر، افراد وابسته به گروهی معین فرصت‌های زندگی مشابهی را هم تجربه می‌کنند. آن‌ها در واقع در موقعیت مشابهی هستند که محصول رفتاری مشابهی را هم برای ایشان ایجاد می‌کند (کاکرهام²، 1999).

به نظر می‌رسد که بخش قابل توجهی از مباحث مربوط به عاملیت و ساختار به نوعی الهام گرفته از و بسط یافته دیدگاه‌های وبر درباره فرصت‌های زندگی باشد. بحث بر سر اولویت هر کدام سال‌ها است که در کانون مباحثات جامعه‌شناسان قرار دارد و در این باره نظریه‌های فراوانی درباره آن تکوین و ارائه شده‌اند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به آرای آنتونی گیدنز و پیر بوردیو اشاره نمود.

گیدنز معتقد است که ارتباط میان ساختار و عاملیت عنصر بنیادی نظریه اجتماعی است، ساختار و عاملیت دوآلیسمی هستند که جدا از یکدیگر قابل درک نیستند. استدلال اصلی او در بیان او، یعنی دوگانگی ساختار قرار دارد. به این معنی که افراد جامعه را می‌سازند اما در همان حال به وسیله جامعه محدود می‌شوند. عمل و ساختار نمی‌توانند جدا از هم تحلیل شوند. همان‌طور که ساختارها از طریق اعمال ایجاد شده، حفظ می‌شوند و تغییر می‌کنند، اعمال نیز تنها از طریق پیش زمینه ساختاری شکل معناداری به خود می‌گیرند. مسیر علیت در دو سمت حرکت می‌کند و تعیین این که چه چیز، چه چیزی را تغییر می‌دهد را غیر ممکن می‌سازد. خود گیدنز در این باره می‌نویسد: «ساختارهای اجتماعی هم به وسیله عاملان انسانی ساخته می‌شوند و در همان حال وسیله این ساخته شدن هستند.» در این ارتباط او ساختارها را به عنوان ترکیبی از قواعد و منابعی که اعمال انسانی را در بر می‌گیرند، تعریف می‌کند. نظریه ساختاری³ گیدنز روشن کردن رابطه متقابل دیالکتیکی و دوگانه عاملیت و ساختار است، به عبارتی ساختار و عاملیت را نمی‌توان جدا از هم تصور کرد. آن‌ها دو روی یک سکه هستند و در اصطلاح گیدنز عاملیت و ساختار یک پدیده دوگانه‌اند. از نظر گیدنز، کردار عاملان همواره ساختار را تولید و در ادامه بازتولید می‌کند و همین بازتولید ساختار در برگشت کردار انسان‌ها را محدود (به واسطه قواعد) و البته ممکن (به واسطه منابع) می‌سازد (گیدنز، 1384؛ به نقل از صدیقی، 1389: 155).

یکی از چشم‌اندازهای مبتنی بر رابطه عاملیت و ساختار که با چشم‌انداز گیدنز از بسیاری جهات قابل مقایسه و مانند آن بلندپروازانه است، نظریه پیر بوردیو است که بر رابطه ساختمان ذهنی و زمینه تأکید دارد. مساله بوردیو نیز همچون مساله گیدنز است. وی در بحث عاملیت و ساختار،

1. Fitzpatrick, K & La Gory, M, 2000

2. Cockerham, W, 1999

3. Structuration

به نظریات ساختارگرایان انتقاد می‌کند و معتقد است که این نظریه‌پردازان بیش از حد بر ساختار تاکید کرده‌اند و فراگرد ساخت اجتماعی را از قلم انداخته‌اند و همچنین به روش‌شناسان مردم نگار و پدیده‌شناسان نیز ایراد می‌گیرد که ساختار را از قلم انداخته‌اند و بیش از حد ذهنیت‌گرا هستند، در حالی که باید رابطه بین این دو، به صورت دیالکتیکی بررسی شود، یعنی اینکه باید تاثیر ساختار بر عاملیت و عاملیت بر ساختار بررسی شود.

بورديو معتقد بود که این ساختارهایی که بر عاملیت و عملکردهای ذهنی افراد تاثیر می‌گذارند، مستقل از آگاهی و اراده عاملان انسانی وجود دارند و آن را هدایت و مقید می‌کنند. پس در نظر بورديو ساختمان ذهنی همان ساختارهای اجتماعی تجسم یافته و ملکه ذهن شده در افراد است که بر وفق ماهیت و جایگاه افراد در جهان اجتماعی تغییر می‌پذیرد و برای همین است که افراد گوناگون ساختارهای ذهنی متفاوتی دارند و افرادی که جایگاه واحدی در جهان اجتماعی دارند، از ساختمان ذهنی مشابهی نیز برخوردارند. اینگونه، بورديو ساختمان ذهنی را به عنوان یک پدیده جمعی در نظر می‌گیرد، بدین معنی که گروه‌هایی که از ساختارهای اجتماعی مشابهی تاثیر می‌پذیرند دارای ساختار ذهنی مشابهی نیز هستند (مشابه با نظریه فرصت‌های زندگی ماکس وبر). اما این گروه‌ها که دارای ساختمان ذهنی واحدی هستند چگونه تحت تاثیر ساختارهای بیرونی به وجود می‌آیند؟ بورديو در بحث خود از ذایقه می‌گوید، افراد دارای ذایقه‌های متفاوتی هستند که هر یک تحت تاثیر ساختارهایی به وجود آمده‌اند. پس افرادی که دارای ذایقه‌های متفاوتی باشند به یکدیگر نزدیک می‌شوند و گروهی با ذایقه‌ای خاص به وجود می‌آورند و ما می‌توانیم این افراد را بر اساس این ذایقه‌ها گروه‌بندی کنیم. مثلا افراد را می‌توان در ذایقه‌های مختلف بر اساس ترجیح‌های آن‌ها در زمینه‌هایی مثل علاقه افراد به هنر، سینما رفتن، ورزش، سبک آرایش و... گروه‌بندی کرد، که این ذایقه‌ها فرصتی را برای تجربه کردن جایگاه‌های اجتماعی فراهم می‌نمایند (البته این ساختارها می‌توانند جنسیت، سن، تحصیلات نیز باشند) و چون این ساختارهای اجتماعی به گونه یکنواخت بر همه کنشگران تحمیل نمی‌شود، کنشگران نیز دارای ساختمان ذهنی متفاوتی هستند و این ساختمان ذهنی، اندیشه و کنش‌های فردی مثل شیوه خوردن، راه رفتن، صحبت کردن، اندیشیدن... و در نهایت فرهنگ افراد و گروه‌ها را مشخص می‌کند، هر چند تعیین کننده جبری آن نیست. از نظر بورديو، ساختمان ذهنی، در یک رابطه دیالکتیکی، هم جهان اجتماعی را تولید می‌کند و هم خودش تولید شده جهان اجتماعی است. در واقع، مفهوم ساختمان ذهنی آنچه را که انسان‌ها باید بیاندیشند و باید بکنند تنها «پیشنهاد می‌کند». انسان‌ها راه‌های خاصی را آگاهانه بر می‌گزینند، گرچه این فراگرد تصمیم‌گیری عملکرد ساختمان ذهنی را منعکس می‌سازد. ساختمان ذهنی اصولی را فراهم می‌سازد که آدم‌ها بر پایه آن‌ها گزینش می‌کنند و تمهیداتی را

که در جهان اجتماعی به کار می‌برند انتخاب می‌کنند (ریترز: 1384). در درون این چارچوب کلی، مطالعه حاضر به دنبال عوامل مرتبط با ساختار و عاملیت تأثیرگذار بر انتخاب‌های مربوط به زندگی و تحصیل دختران دانشجوی پزشکی است. به نظر می‌رسد که با این رویکرد فرصت‌های مدیریتی در دسترس (شانس‌های زندگی) گروه هدف مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار گرفته و موضوع عدم انتخاب گزینه ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر به نحو مطلوب‌تر و قابل قبول‌تری تبیین گردد.

روش‌شناسی

از حیث معرفت‌شناختی¹، مطالعه حاضر بر این فرض استوار است که بهترین شیوه برای فهم هر پدیده‌ای، در نظر گرفتن آن در زمینه یا بستری طبیعی است که واقع شده است. لذا آگاهی از اینکه چه چیزی رخ داده و یا جریان از چه قرار است، مستلزم وارد شدن به آن محیط طبیعی، غوطه‌ور شدن در جریان آن و تجربه زیست جهان و زندگی اجتماعی روزمره افراد، گروه‌ها، سازمان‌ها و جوامع است (فلیک²، 1386). در میان سوگیری‌ها و خطوط فکری متفاوت در معرفت‌شناسی معاصر علوم اجتماعی، این مطالعه به نوعی معرفت‌شناسی اجتماعی قائل است که برایان فای³ و تامس شواندت⁴ آن را پرسپکتیویزم⁵ می‌نامند.

در این نوع معرفت‌شناسی، همه دعاوی معرفتی و ارزشیابی آن‌ها در چارچوبی مفهومی صورت می‌گیرد که جهان از طریق آن توصیف و تبیین می‌شود. برخلاف پوزیتویزم، پرسپکتیویزم بر این امر تأکید می‌کند که هر نوع تلاش معرفت‌شناسانه از منظر یا پرسپکتیو خاصی صورت می‌گیرد که منافع و دل‌بستگی‌های سیاسی و فکری خاص خودش معرفت آن است. بنابراین پرسپکتیویزم ما نمی‌توانیم هیچ چیزی و مهمتر از همه واقعیت را مستقیماً مشاهده کنیم و به بطنش راه پیدا کنیم. به طور خلاصه، هر مشاهده تلاشی است برای مشاهده از پرسپکتیو یا منظری خاص (فای⁶، 1996 و شواندت⁷، 2000).

از حیث روش‌شناختی⁸، این پژوهش از نوع کیفی است. شیوه واکاوی کیفی، برخلاف رویکرد روش‌شناختی کمی، رویکردی میان رشته‌ای، چند پارادایمی، تفسیری و طبیعت‌گرایانه به پدیده‌ها و فرایندهای اجتماعی است که امکان بررسی عمیق و معنی‌دار از آن‌ها را فراهم

1. Epistemological
2. Flick, U, 2006
3. Fay, Brian, 1996
4. Schwandt, Thomas A.
5. Perspectivism
6. Fay, B. 1996
7. Schwandt, T. A. 2000
8. Methodological

می‌کند. به‌کارگیری روش‌های کیفی به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که بسیاری از ساخت‌های جهان اجتماعی و ماهیت برساخت‌گرایانه آن‌ها، از جمله تجربیات زندگی روزمره، کنش‌ها، برداشت‌ها و باورهای افراد مشارکت‌کننده و معنی و اهمیت شیوه‌هایی که فرایندها، نهادها، گفتمان‌ها و روابط اجتماعی مؤثر واقع می‌شوند را درک کند (تدلی و تشکری¹، 2009؛ فلیک، 1386).

در یک مطالعه کیفی این امر مسلم پنداشته می‌شود که هیچ پدیده یا مرادۀ اجتماعی در یک خلاء اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، حرفه‌ای و سازمانی رخ نمی‌دهد. از این‌رو، در نظر گرفتن زمینه یا بستر اجتماعی، فرهنگی‌ای که مناسبات و مرادوات اجتماعی در چارچوب آن رخ می‌دهد، اساسی است. بنابراین، داده‌های کیفی این پژوهش از/ در جهان اجتماعی واقعی‌ای گردآوری یا ساخته شده است که عملاً زندگی دانشگاهی یا تحصیلی دانشجویان در آن جریان می‌یابد، زندگی‌ای که «پیر بوردیو» آن را یک حوزه یا «جهان کوچک اجتماعی» توصیف می‌کند (شوآندت، 2000). همان‌طور که «فهرست² ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی مطلعین کلیدی مورد مطالعه» (جدول 3) نشان می‌دهد، تمامی مصاحبه‌های کیفی این مطالعه از افرادی صورت گرفته است که نسبت به موضوع پژوهش و جهان اجتماعی حاکم بر آن شناخت کافی و قابل قبولی داشته‌اند. بنابراین، در میان روش‌ها یا تکنیک‌های متفاوت کیفی، این مطالعه از نوعی مصاحبه عمیق/ کیفی به نام «مصاحبه با افراد مطلع کلیدی» (کی‌آی‌آی³) به منظور گردآوری/ساخت داده‌ها از مسئولین، اعضای هیأت علمی، صاحب‌نظران و سایر مطلعین کلیدی استفاده کرده است.

جامعه هدف این مطالعه کیفی به طور بالقوه، کلیه افراد درگیر در نظام آموزش پزشکی و سایر مطلعین کلیدی را دربر می‌گیرد که بدون توجه به جنسیت‌شان، به نحوی از انحاء در مناسبات بین ارگان‌های مختلف این نظام دخالت داشته یا اطلاعات مفیدی در این‌باره دارند. اما به منظور جذب و انتخاب افراد مشارکت‌کننده در این مطالعه (افراد مطلع کلیدی) از نوعی «نمونه‌گیری زنجیره‌ای یا مبتنی بر شبکه‌های زنجیره‌ای»⁴ هدفمند استفاده شده است که پژوهشگران کیفی آن را «نمونه‌گیری گلوله‌برفی/ شبکه‌ای»⁵ و برخی دیگر آن را «نمونه‌گیری پاسخگو-محور»⁶ نامیده‌اند (بیрнаکی و والدورف⁷، 1981).

1. Teddlie, Ch. & Tashakkori, A. 2009
2. Face Sheet
3. Key Informant Interview (KII)
4. Chained/Chained Networks Sampling
5. Snowball/Networks-based Sampling
6. Respondent-driven Sampling
7. Biernacki, P. & D. , Waldorf, 1981

این شیوه از جذب و انتخاب افراد مشارکت‌کننده، ماهیت کیفی، هدفمند و شبکه‌ای داشته و بر زنجیره‌ای از روابط اجتماعی استوار است که پژوهشگران کیفی آن را نمونه‌گیری از «واحد‌های تعاملی طبیعی»¹ تعریف می‌کنند. در این روش، فرایند جذب و انتخاب مشارکت‌کنندگان تا آن جایی که پژوهشگر به این نتیجه برسد که به درک عمیقی از شبکه‌آگروه، فرایند و پدیده اجتماعی مورد مطالعه نائل آمده است و یا نمونه از حیث حجم به اشباع یا تراکم کافی رسیده است، ادامه می‌یابد. با استفاده از رویه نسبتاً مشابهی برای جذب و انتخاب افراد مطلع کلیدی، به ویژه در میان اعضای هیأت علمی زن و مسئولین دانشگاه‌ها و نظام آموزش پزشکی، تعداد 20 مطلع کلیدی، ضمن رعایت کلیه ملاحظات اخلاقی از جمله تمایل آن‌ها برای مشارکت داوطلبانه و آگاهانه در پژوهش و با تعیین وقت قبلی، مورد مصاحبه کیفی یا عمیق قرار گرفتند، به ویژه اینکه در مرحله انتخاب و جذب مشارکت‌کنندگان، حقوق اولیه از جمله حق آن‌ها برای داشتن خلوت یا حوزه خصوصی، حق بی‌نام بودن، حق امانت‌داری یا محرمانه بودن اطلاعات، حق افشاگری کامل و حق صرف نظر کردن از مشارکت در تحقیق، در هر مرحله‌ای از آن، حفظ و تأمین شده است.

چنانکه اشاره شد، مجموع کل افراد مورد مصاحبه، 20 نفر بوده است که از این میان، 8 نفر زن عضو هیأت علمی، 6 نفر مرد عضو هیأت علمی، 2 نفر زن مسئول (یک نفر وزارتی و یک نفر دانشگاهی) و 4 نفر مرد مدیرکل و مسئول وزارتی و دانشگاهی را شامل می‌گردد (جدول 3).

جدول (3) فهرست و ویژگی‌های اجتماعی-جمعیتی مطلعین کلیدی مورد مطالعه¹

شماره پاسگو	جنس	سن	تحصیلات یا مدرک تحصیلی	شغل	محل/ مکان مصاحبه	مدت مصاحبه (دقیقه)
1	مرد	52	دکترای (سیاستگذاری بهداشت و سلامت)	مدیر کل سابق و عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	70
2	مرد	58	دکترای (علوم بهداشتی و مدیریت سلامت)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	45
3	مرد	46	دکترای (پزشک)	معاون در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی	دفتر کار در دانشگاه	75
4	مرد	53	دکترای (پزشک)	مدیر کل سابق و عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	45
5	زن	48	دکترای (پزشک متخصص)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	75
6	مرد	50	دکترای (پزشک متخصص)	مدیر کل سابق و عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60
7	زن	38	فوق لیسانس	کارشناس ارشد امور آموزشی	دفتر کار در دانشگاه	60
8	مرد	45	دکترای (پزشک)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60
9	مرد	38	دکترای (دندانپزشک)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	50
10	زن	42	دکترای (پزشک داروساز)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	45
11	مرد	47	دکترای (پزشک)	مدیر کل سابق وزارتخانه و عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60
12	زن	51	دکترای (داروساز)	عضو هیات علمی دانشگاه و مدیر گروه سابق دیار تمان	آزمایشگاه داروسازی در دانشگاه علوم پزشکی	60
13	مرد	48	دکترای (پزشک)	مدیر کل سابق و عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	مصاحبه کتبی
14	زن	44	دکترای (بخش میکروبیشناسی)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60
15	زن	34	دکترای (پزشک اجتماعی)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	50
16	زن	37	دکترای (پزشک اجتماعی)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	30
17	زن	35	دکترای (بخش ویروس‌شناسی)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60
18	زن	39	دکترای (بخش بهداشت و سلامت)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	75
19	مرد	45	دکترای (پزشک)	مدیر امور اعضای هیات علمی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران	دفتر کار در دانشگاه	60
20	زن	39	دکترای (بخش ویروس‌شناسی)	عضو هیات علمی دانشگاه	دفتر کار در دانشگاه	60

یافته‌های تحقیق

مصاحبه‌های این مطالعه بیشتر با تمرکز بر دو محور یا سؤال اصلی پژوهش انجام شده است. به طور کلی، بر اساس نتایج به دست آمده از این مصاحبه‌های کیفی (روایت‌ها) عوامل مؤثر

کمرنگ شدن حضور و سهم زنان در مقاطع تحصیلی بالا و موقعیت‌های شغلی دانشگاهی را می‌توان در پنج مقوله «مردسالاری یا پدرسالاری موجود در فرهنگ جامعه»، «مسائل مالی و اقتصادی»، «ورود به حوزه ازدواج و تشکیل خانواده»، «تفاوت‌های روان‌شناختی موجود میان دو جنس» و «مسأله رعایت حدود شرعی و عرفی در روابط بین دو جنس» دسته‌بندی نمود. در زیر روایت‌ها و نقل‌قول‌هایی از پاسخگویان درباره این عوامل مطرح شده و در ادامه، روایت‌های صاحب‌نظران درباره نقش مسئولین در بروز این پدیده مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

1. عوامل مؤثر در حضور کمرنگ زنان در مقاطع بالای تحصیلی در نظام آموزش پزشکی 1-1. مردسالاری / پدرسالاری

وجود فرهنگ مردسالارانه در جامعه و به تبع آن رشد خرده‌فرهنگ‌هایی که به گسترش و تداوم این فرهنگ دامن می‌زنند، در زمره دلایلی عنوان شده است که تمایل زنان را به ادامه تحصیل، هم به صورت داوطلبانه و هم به صورت اجباری تحت تأثیر قرار می‌دهد. یک استاد دانشگاه (مرد، 52 ساله) در حالیکه گلایه‌های فراوانی از فرهنگ عمومی جامعه دارد، در این باره می‌گوید: «جامعه ما مردسالار است و در جامعه مردسالار هنوز فرهنگ اینکه خانم‌ها مشاغل خاص سطوح مدیریتی را به دست آورند به وجود نیامده است. این درباره خود خانم‌ها نیز صادق است، چراکه ایشان نیز نمی‌توانند خود را جایگزین مردها ببینند. همچنین به نظر می‌رسد که زن‌ها خود را شریک بعد اقتصادی یک خانواده نمی‌دانند، در همه این موارد شرایط اجتماعی، سنتی و مذهبی جامعه مؤثر است» (مطلع کلیدی # 1).

به نظر می‌رسد که از نظر این پاسخگو، نادیده انگاشتن زنان در سطوح مربوط به کار و تخصص، تا حدی به مسأله عدم ادامه تحصیل مربوط است، چراکه در ادامه می‌گوید: «یکی از عوامل اصلی ترک تحصیل زنان، محلی از اعراب نداشتن است. وقتی که زنی می‌بیند به او اهمیت داده نمی‌شود و یا به قول خودمان تحویلش نمی‌گیرند، و به نوعی در اثرگذاری روی مسائل دخالتی ندارد، خود به خود و در طول زمان اتکاء به نفسش از بین می‌رود و دلسرد می‌شود. ما الان شاهد این هستیم که دخترها در کلاس، نمرات بهتری نسبت به پسرها کسب می‌کنند، اما در طول زمان این امر کور می‌شود» (مطلع کلیدی # 1).

چنین رویکردی، عامل داوطلبانه را به عنوان یکی از عوامل عدم پیشرفت تحصیلی زنان در نظام آموزش پزشکی مطرح می‌کند، بدین معنی که خود زنان با قبول و درونی کردن نقش‌هایی که فرهنگ جنسیتی (ساختار) برایشان تعیین و القا نموده، از ادامه تحصیل کنار کشیده و خود به خود راه را برای مردان باز می‌کنند.

در همین خصوص، یکی از اعضای هیأت علمی (مرد، 58 ساله) که سابقه چشم‌گیری هم در

پژوهش‌های اجتماعی و رفتاری سلامت دارد، با لحن آرام و واقع‌بینانه‌ای در این باره می‌گوید: «در اثر دیدگاه کلیشه‌ای است که افراد ممکن است استعداد خود را نفی کنند، مثلاً در بعضی موارد خود خانم‌ها نیز کار پزشکان مرد را بیشتر قبول دارند تا پزشکان زن را» (مطلع کلیدی # ۲).

تأثیر فرهنگ سنتی و کلیشه‌های جنسیتی حاکم بر خانواده‌ها را، به صورت کلی، در بعد دیگری نیز می‌توان دید. آنجایی که یکی از افراد مطلع و درگیر در یکی از حوزه‌های آموزشی دانشگاه (زن، 38 ساله) عنوان می‌کند: «در برخی موارد، قبولی در شهرستان و دور شدن از خانواده، عاملی است که مانع حضور دختران در کلاس‌های آموزشی می‌شود. به دلیل سنتی بودن جامعه، برخی خانواده‌ها قبول نمی‌کنند که دخترشان را به تنهایی و برای تحصیل راهی شهر دیگری بکنند، و این در صورتی است که اگر پسری در همان خانواده و همان شرایط بود، می‌توانست دربارهٔ تحصیل، ادامه تحصیل یا شغل خود تصمیم‌گیری راحت‌تری بکند» (مطلع کلیدی # ۷).

همچنین یکی دیگر از اساتید زن رشتهٔ پزشکی که دانش‌آموختهٔ یکی از دانشگاه‌های خارج از کشور است، با اشاره به فرهنگ مردسالارانه موجود در تمامی حوزه‌ها و نهادهای جامعه، روایت خود را چنین بیان می‌کند: «انسان هرچه در سیستم بالاتر می‌رود، می‌بیند که بیشتر به اهداف و علایق مردانه توجه می‌شود. این وضعیت فشار خاص خود را دارد و بستگی به این دارد که یک خانم چقدر بتواند تحمل داشته باشد... به طور خلاصه می‌توان گفت که در فرهنگ مردانه، حضور زن، خود زن را معذب می‌کند» (مطلع کلیدی # ۵).

همین مطلع کلیدی در بخش دیگری از روایت‌های خود، تجربهٔ زیسته‌اش را در میان اجتماع زنان چنین توضیح می‌دهد: «خود خانم‌ها هم فکر می‌کنند که زن باید داخل خانه باشد، نباید بیرون بیاید، نباید کار اجتماعی انجام دهد، این دیدگاه هم در آقایان هست و هم در خانم‌ها. تربیت در جامعه طوری است که استعدادهای آدم‌ها را سرکوب می‌کنند و همه را مجبور می‌کنند که یک رنگ را ببینند، در مورد مسایل مربوط به جنسیت هم اوضاع همینطور است.»

مشارکت‌کننده‌ای (زن، 51 ساله) که سابقهٔ مدیرگروهی در دپارتمان دانشگاهی خود را داشت و با لحن قاطع و با اعتماد به نفسی هم صحبت می‌کرد، ضمن تقسیم‌بندی موضوع به دو حوزهٔ علمی و مدیریتی، با رد دخالت مسئولین در ایجاد محدودیت برای خانم‌ها در ادامه تحصیل یا دستیابی به مدارج بالای دانشگاهی، بیشتر بر روی دیدگاه کلیشه‌ای موجود در نگرش خانم‌ها تأکید دارد: «من اگر جایی نرفتم، خودم تصمیم گرفتم که نروم، خانم‌ها دارای دیدگاه کلیشه‌ای نسبت به خودشان هستند و البته آقایان هم این دیدگاه را دارند، این دربارهٔ ادامه تحصیل یا هیأت علمی شدن. اما دربارهٔ پست مدیریتی داستان مقداری متفاوت است، به هر حال جامعهٔ ما یک جامعهٔ سنتی است و معمولاً دوست ندارند که خانم‌ها در پست‌های مدیریتی باشند. اگر خانم‌ها بیایند و درست کار کنند و موجب بهبودی در سیستم شوند، موجب زیرسؤال رفتن خودشان می‌شود، پس معمولاً نمی‌خواهند این

اتفاق بیافتند. در حال حاضر نگرش مردانه‌ای نسبت به مدیریت وجود دارد، که البته به نظر می‌رسد رو به بهبودی است» (مطلع کلیدی # ۱۲).

همین فرد در بخش دیگری از سخنان خود و در پاسخ به این سؤال که میزان تأثیر تصورات قالبی جنسیتی را در رشد اندک توانایی‌ها و استعدادهای زنان چگونه می‌بیند، ضمن رد این مسأله، چنین اظهار نظر می‌نماید: «نه... به نظر من دختران استعداد و توانایی انجام هر کاری را دارند، نگاهی به همین مسأله مورد تحقیق شما هم این نکته را تأیید می‌کند. می‌بینید که دختران در قبولی دانشگاه‌ها، در بسیاری از رشته‌ها، از پسران پیشی گرفته‌اند...»

2-1. مسائل مالی و اقتصادی

بر اساس یافته‌های تحقیق، عوامل اقتصادی و مالی به دو صورت می‌تواند در پدیده مورد بررسی نقش داشته باشد، نخست، زمانی که عدم تأمین آن در توانایی ادامه تحصیل یک فرد تأثیر منفی دارد و دوم زمانی که هدف از تحصیل رسیدن به نفع و سود مالی نیست، که بنابر روایت مصاحبه‌شوندگان، مورد آخر بیشتر می‌تواند درباره زنان در جستجوی تحصیل ایرانی صادق باشد.

از نگاه اول، ادامه تحصیل، نوعی سرمایه‌گذاری انسانی است که تا به پایان نرسیده است، محصولی نیز برای سرمایه‌گذار در پی نخواهد داشت. به عبارت دیگر، یک دانشجوی پزشکی تا رسیدن به مرحله‌ای که بتواند برای خود کسب و کاری داشته باشد و هزینه‌های زندگی را تأمین کند، راه درازی در پیش دارد که معمولاً در دوره دانشجویی این هزینه‌ها از سوی خانواده تأمین می‌شود، اما اگر در مواردی خانواده نیز توانایی تأمین این هزینه‌ها را نداشته باشد، فرد مجبور است که یا ترک تحصیل نموده و یا از ادامه تحصیل (حتی به صورت موقت) صرف نظر نماید. یکی از اعضای هیأت علمی دانشگاه (مرد، 45 ساله) این موضوع را بدین شکل استدلال می‌کند: «حقوقی که در دوره رزیدنتی می‌دهند نیز خیلی کم است و خیلی‌ها را از تحصیل باز می‌دارد، برخی از افرادی که ادامه تحصیل نمی‌دهند، به دلیل مشکلاتی است که از لحاظ مالی دارند» (مطلع کلیدی # ۸).

همین مطلع کلیدی رویکرد یا زاویه نگاه دوم به تأثیر عوامل اقتصادی و مالی بر حضور کمرنگ زنان در مقاطع بالای تحصیلی پزشکی را این‌چنین بیان می‌کند: «در خانواده‌ای که نیاز مالی به صورت مستمر وجود دارد، برخی خانواده‌ها سعی می‌کنند هرطور که شده و با هر زحمتی که هست فرزندان را در ادامه تحصیل یاری دهند تا از عواید آن نیز در آینده بهره‌مند گردند، در چنین خانواده‌هایی، قطعاً فرد مورد نظر به دنبال شغل مناسب، با پرستیژ اجتماعی بالا و درآمد خوب خواهد گشت و خیلی کم امکان دارد که خانه‌نشین شود. اگر بررسی شود، مشخص می‌گردد که درصدی از این

ریزش‌ها در ادامه تحصیل و یا رسیدن به بازار کار مربوط به خانواده‌هایی است که نیاز مالی چندانی ندارند و دختر خود را فقط به خاطر اینکه تحصیلاتی داشته باشد و سری توی سرها پیدا کند به دانشگاه می‌فرستند» (مطلع کلیدی # ۸).

3-1. ازدواج و تشکیل خانواده

ازدواج از جهات مختلفی می‌تواند بر ادامه تحصیل یک زن تأثیرگذار باشد. برای مثال، تجربیاتی مانند درگیر شدن در مسائل خانواده و بچه‌داری و مسئولیت‌های جداگانه هر کدام، مسأله تبعیت از همسر و انتقال به شهری دیگر و موارد دیگری که به انواع آن‌ها با نقل قول‌هایی از مشارکت‌کنندگان اشاره خواهد شد، به نحوی می‌توانند در ادامه تحصیل زنان اثری منفی و کاهنده داشته باشند. البته این در حالتی صادق است که اعضای خانواده دیدگاه کلیشه‌ای خود درباره نقش زن در خانه را حفظ کرده باشند.

در رابطه با این مقوله، یکی از مصاحبه‌شوندگان «محدودیت‌های طبیعی و ژنتیکی» را در زمره عواملی می‌داند که «می‌توانند سد راه ادامه تحصیل زنان گردند». البته این امر را می‌توان در زیرمجموعه مسأله ازدواج و بچه‌داری گنجانند، برای اینکه از نظر جسمانی این زنان هستند که بچه‌دار می‌شوند و مسئولیت شیردهی به فرزندان را به تنهایی بر عهده دارند.

یکی از مسئولین دانشگاهی (مرد و 46 ساله)، ضمن دفاع از عملکرد برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در جهت تسهیل نمودن حضور زنان در نظام آموزش پزشکی، در حالی که لحن جدی و معقولی به خود گرفته است، عدم پیشرفت زنان را بیشتر مربوط به عامل داوطلبانه و ازدواج ایشان (عاملیت) می‌داند: «زنان در کانون خانواده قرار دارند و نقش تعیین‌کننده‌ای را در آن بازی می‌کنند، از این جهت است که می‌بینیم درصد قابل ملاحظه‌ای از خانم‌هایی که به دوره تخصص راه پیدا می‌کنند، یا هنوز مجرد هستند و یا صاحب فرزند نشده‌اند. اگر بررسی شود به احتمال زیاد رابطه بین وضعیت تأهل خانم‌ها یا بچه‌داری ایشان و ادامه تحصیل، معکوس خواهد بود. اینکه دیده می‌شود زنان در ادامه تحصیل یا به تبع آن در مراتب هیأت علمی کمتر از مردان حضور دارند بدین علت است که در پایان دوره عمومی، درصد بسیار بالایی از خانم‌ها تأهل اختیار می‌کنند و چون اکثر امور مربوط به خانواده و تربیت فرزند بر عهده ایشان است، خود را از سیستم نظام آموزشی کنار می‌کشند» (مطلع کلیدی # ۳).

دشوار بودن امتحانات مقاطع بالاتر نیز از جمله مواردی است که به مشکلات زنان متأهل دامن می‌زند. یکی از کارشناسان ارشد امور آموزشی یک دانشکده پزشکی (زن، 38 ساله) می‌گوید: «امتحانات ورودی برای سطوح بالاتر تلاش بیشتری می‌خواهد و از آنجایی که بار زندگی در خانواده‌ها بیشتر بر عهده خانم‌ها است، زنان در برخی موارد حتی از شرکت در امتحانات هم باز می‌مانند و یا با

اطلاعات علمی کافی سر جلسه حاضر نمی‌شوند. مثلاً در شرایطی که هم آقا و هم خانم برای یک آزمون حق شرکت دارند، این معمولاً خانم است که به نفع آقا کنار می‌کشد» (مطلع کلیدی # ۷).

یکی دیگر از اعضای هیأت علمی (زن، 34 ساله) در رشته پزشکی اجتماعی که با پوشش چادر در دفتر کار خود در دانشکده پزشکی حاضر شده است، رابطه میان ازدواج و عدم ادامه تحصیل زنان را چنین روایت می‌کند: «شرایط سخت امتحانات تخصص باعث می‌شود که خانم‌های ازدواج کرده فرصت شرکت در امتحان را نداشته باشند. آقا فکر می‌کند به هر حال من این راه را ادامه و چون مجبورم که درآمد خوبی داشته باشم، پس باید ادامه بدهم، اما برای خانم اینگونه نیست. هر شوهری راضی نیست که همسرش شرایط خاص ادامه تحصیل یا شغل پر دردمس را داشته باشد، در این صورت بعد از هفت سال درس خواندن یک خانم، انگیزه برای ادامه ندادن بیشتر از ادامه دادن است» (مطلع کلیدی # ۱۵).

همین مصاحبه‌شونده در ادامه سخنان خود، با همان لحن صریح و جدی، ضمن اینکه زنان را مسئول پیشرفت و یا عدم پیشرفت خود می‌داند، جامعه را نیز بی‌تقصیر ندانسته و از عقلانیت دیدگاه خود چنین دفاع می‌کند: «اگر زنی بخواهد میان کشیک‌های زیاد و نقش‌های خانوادگی تعادلی برقرار کند، باید فشار مضاعفی را تحمل نماید. یک زن برای اینکه بتواند توانایی‌های خود را اثبات کند، باید چند برابر یک آقا تلاش کند و زحمت بکشد تا شاید به چشم بیاید و پیشرفت کند. هیچ‌کس از آدم موفق بدش نمی‌آید و سد راه او نمی‌شود، اما اینکه یک زن بتواند خود را در درون این فرهنگ، موفق و توانا نشان دهد انرژی فراوانی می‌خواهد و باید بتواند فشار زیادی را تحمل کند و البته این از عهده هر کسی بر نمی‌آید».

باز درباره مسئله ازدواج و تبعیت از همسر، یک مدیر کل سابق حوزه آموزش پزشکی (مرد، 53 ساله) در حالی که چهره و لحن موافقی به خود گرفته بود، می‌گوید: «با توجه به اینکه در کشور ما، هم از نظر قانونی و هم از نظر شرعی، زنان باید به حرف شوهرانشان گوش کنند، ممکن است شوهری از زن خود بخواهد که به جای ادامه تحصیل و یا کار در خانه بماند و به امور منزل رسیدگی کند، در این صورت زن باید از شوهر خود تبعیت کند و هیچ‌چون و چرایی نمی‌تواند در کار باشد. همین امر می‌تواند از دلایل حضور کم‌رنگ زنان باشد» (مطلع کلیدی # ۴).

همچنین یکی دیگر از مسئولین (مرد، 46 ساله) معتقد است: «فارغ‌التحصیلی پزشکان عمومی بیشتر مصادف است با زمان ازدواج ایشان و طبیعی است که محدودیت‌هایی برای خانم‌ها پیش می‌آید که درباره آقایان وجود ندارد. تأهل، بارداری، بچه‌داری، شیردهی و...» (مطلع کلیدی # 3).

همچنین، مدیر کل سابق دیگری تأثیر وارد شدن به حوزه ازدواج و تشکیل خانواده را در عدم ادامه تحصیل یا اشتغال زنان با چنین جملاتی بیان می‌کند: «شرایط جسمانی و خانوادگی بانوان، به ویژه خانم‌های متأهل و پایبندی به خانواده و تمکین از همسر به عنوان کسی که مسئولیت خانواده را

دارد، امکان حضور تمام وقت آنان را در محیط‌های کاری در تمام روزها و ماه‌های سال محدود می‌کند و این یکی از عوامل مهمی است که سبب کاهش استفاده از آنان در سمت‌های اجرایی و تصمیم‌گیری که نیاز به حضور تمام وقت دارد، خواهد شد» (مطلع کلیدی # 6).

4-1. تفاوت‌های شخصیتی با روان‌شناختی

در رابطه با دلایل به وجود آمدن ریزش زنان در مقاطع بالای آموزش پزشکی شماری از اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مسئولین، به دلایلی اشاره داشتند که می‌توان آن‌ها را زیر عنوان عوامل روانشناختی یا شخصیتی دسته‌بندی نمود.

برای مثال مشارکت‌کننده نسبتاً جوانی (زن، 35 ساله) تفاوت روانشناختی موجود میان دو جنس را با این عبارات بیان می‌کند: «زن‌ها معمولاً به همان چیزی که دارند قناعت می‌کنند. مثلاً وقتی می‌بینند با یک مدرک لیسانس جذب بازار کار می‌شوند، دیگر به دنبال مدارک بالاتر نمی‌روند، اما آقایان اینگونه نیستند. ایشان معمولاً می‌خواهند برای رسیدن به کارهای بهتر به مدارک بالاتری نیز دست پیدا کنند» (مطلع کلیدی # 17). یا یکی دیگر از اعضای هیأت علمی (زن، 39 ساله) به انعطاف بیشتر خانم‌ها اشاره کرده و آن را دلیلی بر عقب ماندن زنان از مردان تلقی می‌نماید: «خانم‌ها از نظر شخصیتی منعطف‌تر هستند و زیر بار دستورات مدیران راحت‌تر می‌روند، ولی آقایان زیر بار خیلی از کارها نمی‌روند، به هر دلیلی خانم‌ها در جامعه ایران طوری بار آمده‌اند که از خودشان مایه می‌گذارند» (مطلع کلیدی # 18).

مطلع کلیدی میانسال دیگری (زن، 42 ساله) نیز به تفاوت دو جنس در میزان احساس مسئولیت ایشان اشاره کرده و تجربه خود را چنین بیان می‌کند: «خانم‌ها بیشتر از آقایان احساس مسئولیت می‌کنند، آقایان بیشتر به دنبال پست و مقام هستند، و البته فرهنگ عمومی باعث می‌شود که خانم‌ها بدینگونه بار بیابند و مسئولیت‌پذیریشان بیشتر شود» (مطلع کلیدی # 10). همین فرد در جای دیگری از سخنان خود می‌گوید: «آقایان دوست دارند چند جا کار کنند اما خانم‌ها با جان و دل کار می‌کنند و معمولاً می‌خواهند آن یک کار را به بهترین نحو به انجام برسانند».

5-1. عامل رعایت حدود شرعی و عرفی

رعایت حدود شرعی و عرفی بین دو جنس در جامعه ایران همیشه جزو مؤلفه‌های تأثیرگذار و مطرح بوده است. بنابراین، این مسأله می‌تواند در نوع عملکرد افراد در موقعیت‌های مختلف و از جمله در نظام آموزشی مؤثر باشد.

پاسخگویی که سابقه اجرایی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی دارد، ضمن تأکید بر لزوم رعایت حدود شرعی و عرفی، تجربه‌هایش درباره این عامل و تأثیر آن در انتخاب نشدن زنان در

پست‌های بالاتر را چنین عنوان می‌کند: «با توجه به اینکه افراد همجنس از جوانب مختلف خیلی راحت‌تر با هم کار می‌کنند و اغلب مدیران نیز از قبل مرد بوده‌اند، پس طبیعی است که آقایان را بیشتر ترجیح می‌دهند» (مطلع کلیدی # ۱۹).

2. میزان نقش مسئولین و مدیران در حضور کم‌رنگ زنان

مصاحبه‌های انجام یافته درباره نقش مسئولین و تصمیم‌گیران در حضور کم‌رنگ زنان در مقاطع بالای تحصیلی و مشاغل دانشگاهی نظام آموزش پزشکی نشان از دو رویکرد متفاوت در میان مطلعین کلیدی نسبت به این امر دارد. نخست، دیدگاهی که تأثیر مسئولین و مدیران را منفی و بازدارنده ارزیابی می‌کند و دوم، نظری که تأثیر منفی آن‌ها را، حتی اگر این تأثیر مسأله قلمداد شود، تعیین‌کننده نمی‌داند. البته، در دیدگاه دسته اول نیز، اعمال نظر و دخالت مسئولین، به عنوان عامل بیرونی یا اجباری این پدیده، نه به صورت قانون نوشته شده، بلکه به صورت اعمال نظرها و سلیقه‌های شخصی و در قالب قوانین نانوشته مطرح است.

برای مثال، یک عضو هیأت علمی میانسال (مرد، 49 ساله) نقش مسئولین را در ارتقاء اندک جایگاه زنان در نظام آموزش پزشکی چشمگیر می‌داند و نظر خود را چنین بیان می‌کند: «مسئولین هم جزوی از جامعه هستند و آن دید مردسالارانه‌ای که در فرهنگ جامعه وجود دارد، ایشان را نیز متأثر ساخته است. به نظر می‌رسد، مسئولین و سیاست‌گذارها عامل صددرصد هستند در محدودیت خانم‌ها، ایشان در عمل به آنچه که می‌گویند اعتقادی ندارند، قانون اساسی و قوانین دیگر اجازه بسیاری از کارها را می‌دهند اما شرایط عملاً طوری است که بعضی چیزها اتفاق نمی‌افتند، به هر حال، دید مسلط این است که زنان در خانه کار کنند» (مطلع کلیدی # ۲).

البته از نظر این مطلع کلیدی، بعضی وقت‌ها قوانین نوشته شده‌ای هم وجود دارد و به شکلی غیرمستقیم برای زنان محدودیت ایجاد می‌کند: «مثلاً قوانین مربوط به پوشش و وضع ظاهری، یا قانون مربوط به نیمه‌وقت کارکردن زنان که این قانون آخر کار فرماها را نیز برای به کارگیری نیروهای زن کم‌انگیزه‌تر می‌کند» (مطلع کلیدی # ۲).

یکی دیگر از اعضای هیأت علمی (مرد، 38 ساله) درباره کلیشه‌ای بودن نگاه مسئولین چنین روایتی دارد: «بالاخره تصمیم‌گیرندگان هم در همین فرهنگ رشد کرده‌اند، به اضافه اینکه در قدرت هم هستند و از فرصت‌های اجتماعی بیشتری برخوردار هستند، آن‌ها نیز باید دیدگاه کلیشه‌ای داشته باشند» (مطلع کلیدی # ۹).

یکی از پاسخگویان نسبتاً جوان (زن، 44 ساله) علت یا مقصر اصلی را فرهنگ عمومی جامعه می‌داند و رفتار مسئولین را هم در داخل این فرهنگ تفسیر نموده و عنوان می‌کند که: «مسئولین جلوی هیچ خانم مستعد و توانمندی را نمی‌گیرند، مخصوصاً که آشنایی هم داشته باشد، منتها

دید کلی این است که اگر یک آقا و یک خانم در شرایط مساوی باشند، معمولاً آقا را ترجیح می‌دهند» (مطلع کلیدی # 14).

در مقابل، مطلع کلیدی جوانتری (زن، 39 ساله) تجربه زیسته خود را چنین بیان می‌کند: «سیستم فرصت را برای خانم‌ها ایجاد نمی‌کند، خانم‌های توانمند نیز نمی‌توانند پیشرفت کنند. از خانم‌ها بیشتر به صورت غیرمستقیم کار می‌کشند. مثلاً ما خدمتی را انجام می‌دهیم اما پُست آن نصیب کس دیگری می‌شود» (مطلع کلیدی # 18).

این استاد دانشگاه، در بخش دیگری از سخنان خود، درباره محدودیت‌های ایجاد شده از سوی مسئولین می‌گوید: «معمولاً به زنان از موضعی بالاتر نگاه می‌کنند، خودشان تشخیص می‌دهند که خانمی برای کاری قابلیت دارد یا نه؛ معمولاً جلوی اتحاد خانم‌ها را در دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها می‌گیرند، یا حداقل اینکه دید خوبی نسبت به دور هم جمع شدن خانم‌ها ندارند؛ وقتی خانم و آقای درخواستی داده باشند، اولویت را به آقایان می‌دهند؛ در ارتباط با بورس کردن افراد هم بیشتر آقایان را ترجیح می‌دهند. به طور کلی دیدگاه کیشه‌ای حاکم بر نگاهشان، به انواع مختلف در رفتار و ترجیحاتشان نیز دیده می‌شود.» یکی از اعضای هیأت علمی (زن، 37 ساله) که حوزه تخصصی وی پزشکی اجتماعی است و به محض اطلاع از موضوع تحقیق، پایان‌نامه‌ای را در همین حوزه که با راهنمایی خود به انجام رسیده بود، به محقق نشان داد، با اشاره به اینکه سیاست‌های آشکاری برای حذف زنان وجود ندارد، از برخی سیاست‌های نیمه‌آشکار سخن به میان می‌آورد: «مثلاً نمی‌گویند زنان برای فلان رشته نیاند، منتها می‌گویند کسی که ازدواج کرده حق شرکت در فلان رشته را ندارد، یا مثلاً اگر زنی وارد فلان رشته شود تا فلان مدت نمی‌تواند بچه‌دار شود...» (مطلع کلیدی # 16).

یکی از مدیران کل پیشین (مرد، 48 ساله) که پاسخ‌های خود را به صورت کتبی ارائه داده‌اند، درباره نقش مسئولین چنین اظهار نظر کرده‌اند: «به طور کلی در نظام اداری و مدیریتی کشور نوعی مردسالاری حاکم است و ارزش‌های موجود فرهنگی و دینی و محدودیت روابط خانم‌ها و آقایان به نوعی می‌تواند در این وضعیت مؤثر باشد. بسیاری از مدیران تصمیم‌گیر سعی می‌کنند کمتر از خانم‌ها در جمع همکاران خود، که مستلزم ارتباط نزدیک و همه‌جانبه می‌باشد، استفاده کنند و بیشتر مشاغل کارشناسی و سطوح پایین‌تر به آنان محول می‌شود» (مطلع کلیدی # 13).

یا یکی از اعضای هیأت علمی (زن، 35 ساله) نیز که خود درگیر برخی محدودیت‌ها در نظام آموزش پزشکی شده بود، درباره نحوه تأثیرگذاری مسئولین بر حضور اندک زنان در مقاطع بالاتر تحصیلی می‌گوید: «نقش منفی تصمیم‌گیران آنجایی به ظهور می‌رسد که دانشجویان را بر اساس مصاحبه انتخاب می‌کنند. دیده می‌شود که اعمال سلیقه می‌شود و بیشتر آقایان را ترجیح می‌دهن» (مطلع کلیدی # 13).

مشارکت‌کننده دیگری (زن، 39 ساله) با اشاره به اینکه به دلیل جنسیت خود از مزایای «اعزام به خارج» بازمانده، ولی یکی از همکاران مردش که از نظر شرایط لازم در همان سطح و حتی در شرایط بدتری نسبت به وی بوده، توانسته امتیاز فرصت مطالعاتی را دریافت نماید، می‌گوید: «من طبق قانون می‌توانستم از نظر استخدامی ارتقاء پیدا کنم و یا به خارج اعزام شوم، اما جلوی چشم من یکی از همکاران مرد را که شرایطش در مورد اعزام به خارج، حتی پایین‌تر از من بود را انتخاب کردند، کلی اعتراض کردم اما به جایی نرسید...» (مطلع کلیدی # 20).

از سویی دیگر، چنانکه اشاره شد، شماری از مشارکت‌گندگان نیز منکر نقش تصمیم‌گیران و مسئولین در بروز پدیده حضور کمرنگ زنان در مراتب بالای نظام آموزش پزشکی بودند. این افراد تأثیر عملکرد مسئولین را در حضور اندک زنان در مقاطع بالاتر تحصیلی و نیز کسب موقعیت‌های علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی یا کلاً انکار می‌کنند و یا در کمترین حد خود می‌دانند.

یکی از مسئولین دانشگاهی (مرد، 45 ساله) در این باره می‌گوید: «به هیچ وجه مسئولین در این امر دخیل نیستند، اگر هم نقشی داشته باشند، تعیین کننده نیست. نه تنها قانون نوشته شده‌ای وجود ندارد و قانون نانوشته‌ای هم اعمال نمی‌شود، بلکه مصاحبه‌ها هم در رویکرد غالب، در پذیرش دانشجویان تخصص و فوق به نفع خانمها عمل می‌کنند، تجربه نشان داده است که خانمها از حیث نظم و انضباط و رعایت تقویم دانشگاهی معمولاً عملکرد بهتری داشته‌اند، اما در هر حال اگر حضورشان در مقاطع بالاتر اندک دیده می‌شود به خاطر این است که میزان تقاضای خانمها کمتر است» (مطلع کلیدی # 19).

همین مطلع کلیدی در جواب این سؤال که «چرا اساتید زن، اعمال نظر شخصی و سلیقه‌ای را در مصاحبه‌ها از موارد سد راه زنان می‌دانند؟» چنین اظهار نظر می‌کند: «این تمایل به مردان فقط در بعضی رشته‌هایی دیده می‌شود که نیازمند قدرت بدنی هستند. مثلاً در رشته‌هایی مثل جراحی مغز و اعصاب شاید اساتید تمایل داشته باشند که بیشتر آقایان را انتخاب کنند، اما این کار را به خاطر ملاحظات می‌کنند که از لحاظ جسمی دارند. اگر رشته‌های جراحی را مستثنی کنیم، بقیه موارد به گونه‌ایست که خانمها شانس برابری با مردان دارند.»

یکی از اعضای هیأت علمی (زن، 42 ساله) در رشته داروسازی، در حالیکه لحن صحبت جدی و نسبتاً خشنی به خود گرفته بود و در حد بسیار زیادی از رفتار و منش همکاران خانم خود در محیط کاری کله‌مند بود، می‌گوید: «سیاست‌گذاران اصلاً محدودیتی ایجاد نمی‌کنند، ریزش خانمها در مقاطع بالاتر دست سیاست‌گذارها نیست، این فطرت مادری است که به خانمها اجازه انجام دادن برخی کارها را نمی‌دهد. برای هیأت علمی شدن نیز افراد باید یک سری ویژگی‌هایی داشته باشند که آن نیز بدون توجه به جنسیت ایشان است. منتها باید گفت که خانمها به دلیل اینکه بار مسئولیت زندگی برعهده ایشان است از وارد شدن در برخی امور خودداری می‌کنند... خانمها اگر از قالب افکار تنگ‌نظرانه و نیز افکار قالبی زنانه بیرون بیایند می‌توانند هم پیشرفت کنند و هم به موقعیت‌های بالا دست پیدا

کنند» (مطلع کلیدی # 10).

فردی که تجربه مدیریت یکی از بخش‌های مهم نظام آموزش پزشکی را در سابقه خود داشت، در خصوص تأثیر ساختار و تصمیم‌گیران، با لحن شمرده‌ای که نشان از دقت بر روی جملات داشت، می‌گوید: «خود خانم‌ها باید فعالتر وارد میدان بشوند، برای تصدی پست‌ها، خود ابراز علاقه بکنند و خود نسبت به سرنوشت خودشان حساس باشند. مدیر اگر ببیند که اینگونه است در تصمیم خود بازنگری می‌کند. ساختار نمی‌تواند کاری انجام دهد، چون این ساختار نیست که خانم‌ها را درجه دو محسوب کند و در نتیجه موقعیتی را از کسی سلب نماید. بنابراین، شرط اصلی، فعالتر ظاهر شدن خود خانم‌ها است. در یکی دو دهه اخیر تصمیمات وزارتی طوری بوده که میزان حضور خانم‌ها بیشتر شده است. از آنجایی که خانم‌ها در مراجعه به پزشکان زن احساس راحتی بیشتری می‌کنند، دولت هم با توجه به بحث‌های میزان تطابق امور با موازین شرعی سعی داشته است حضور زنان را در عرصه‌های مختلف بیشتر کند و عرصه پزشکی نیز یکی از آن موارد می‌باشد» (مطلع کلیدی # 6).

یکی دیگر از مسئولین با طبیعی دانستن تفاوت‌های زنان و مردان از ابعاد مختلف، به مردانه و زنانه بودن برخی رشته‌ها اشاره داشته و درباره تأثیر ساختار در انتخاب اعضای هیأت علمی می‌گوید: «برای انتخاب اعضاء بایستی شورای گروه، فرد را از نظر علمی، اخلاقی، رفتار اجتماعی و... تأیید کند. حال در این میان گروه ممکن است جنسیت افراد را در بعضی موارد در اولویت قرار دهد، که آن هم بیشتر بر اساس ویژگی توانمندی جسمی است که فکر می‌کنند برای رشته خاصی مورد نیاز است» (مطلع کلیدی # 19).

همین مصاحبه‌شونده در بخش دیگری از سخنان خود، جامعه فعلی ایران را جامعه‌ای در حال گذار توصیف می‌کند که در آن مردم نه غیرسنتی هستند و نه مدرن، ایشان با برشمردن ویژگی‌های خانواده جامعه در حال گذار می‌گوید: «خانواده در این جامعه هنوز اجازه ادامه تحصیل به دختران را نمی‌دهد و بالطبع وقتی در نهادی جزئی اینگونه است، برآیند آن در نهادهای بالاتر هم این می‌شود که یک مدیر اصلاً جرأت به کارگیری نیروی زن را در پست‌های بالاتر ندارد»

افزون بر این، در رابطه با مقوله نقش مسئولین و سیاست‌گذاران در تسهیم فرصت‌های موجود در آموزش پزشکی بین زنان و مردان، سندی وجود دارد که با قلم وزیر اسبق وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درباره دلایل اختصاص سهمیه حضور زنان در برخی رشته‌های تخصصی پزشکی نگاشته شده است. این سند هم از جهت اختصاص سهمیه ویژه برای زنان و هم از جهت اشاره به کارایی اندک پزشکان زن در ارائه خدمات پزشکی، در چارچوبی رسمی، جالب توجه به نظر می‌رسد: «اگرچه تربیت پزشک زن برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی عمومی و تخصصی، به ویژه در رشته‌های زنان و زایمان و کودکان ضروری است، ولی تجربه ثابت کرده است که بیشتر پزشکان زن - به دلایل مختلف - در ارائه این خدمات کارایی کافی را از دست می‌دهند. وظایف

همسری و مادری که در فرهنگ اسلامی ما به بهترین وجهی وجود دارد و اولویت وظایف زن را تشکیل می‌دهد، مانع از بهره‌برداری صحیح از آموخته‌های زنان پزشک است. در شرایطی که با مشقات فراوان، تعداد دانشجویان افزایش یافته، با توجه به اینکه برای آموزش هر دانشجوی پزشکی میلیون‌ها تومان خرج می‌شود و نیز به دلایل مذهبی - فرهنگی، بسیاری از زنان پزشک پس از اتمام تحصیلات به شهرهای کوچک و یا عمدتاً مناطق خارج از شهر محل سکونت خانواده خود نمی‌روند و زنان پزشک متأهل نیز - مطابق شرع و قانون - در شهرهایی که همسران آن‌ها سکونت دارند باقی می‌مانند، لذا توصیه شد که در مورد سهمیه زنان تا سال ۱۳۸۸ تجدید نظر شود^۱ (مرندی و همکاران، ۱۳۷۷).

بحث و نتیجه‌گیری

امروزه مدیریت تحریم‌ها و نابرابری‌های اجتماعی مبتنی بر جنسیت و ایجاد توازن قدرت بین زنان و مردان یک جامعه، در زمره مهم‌ترین شاخص‌های توسعه انسانی آن جامعه به شمار می‌رود. از این رو، آموزش عالی جایگاهی بسیار ارزشمند و تأثیرگذار می‌یابد، چراکه به عنوان یکی از منابعی شناخته می‌شود که امکان دسترسی برابر به آن، هم محصول و شاخص توسعه و هم موجب رشد و تسریع فرایند توسعه است (صداقتی فرد و ارجمند، ۱۳۸۹: ۱۱۹).

امروزه آشکارترین مصادیق آزادی و برابری زنان، افزون بر لوازم توسعه‌یافتگی جامعه، ادامه تحصیل و انتخاب شغل در خارج از خانه است. با وجود این، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از جمله ایران، این مهم با وضعیت مطلوب خود فاصله دارد (همان منبع). درست است که «زنان به دلیل جنسیت خود از پیشرفت‌های اجتماعی دور نگه داشته می‌شوند» (اعزاز، ۱۳۸۰: ۱۸۷)، اما تحلیل داده‌های بدست آمده از این تحقیق کیفی مؤید این نکته است که نمی‌توان صرفاً عوامل ساختاری را در حضور کم‌رنگ زنان در مقاطع و مدارج بالای نظام آموزش پزشکی دخیل دانست. روایت‌ها نشان داد، هر چند که دیدگاه‌های شخصی مسئولین و مدیران در عدم دستیابی زنان به پست‌های مدیریتی^۲ تأثیر بسزایی دارد، اما درباره مواردی چون ادامه تحصیل، یا به دست آوردن مرتبه هیأت علمی، این تأثیر به حداقل خود کاهش یافته و یا از درجه تأثیرگذاری ساقط می‌شود. اگر هم در جایی زنی از ادامه تحصیل، یا رسیدن به مرتبه هیأت علمی باز می‌ماند، به خاطر مجموعه یا منظومه‌ای از عوامل ساختاری (شانس‌های زندگی^۳، به تعبیر جامعه‌شناسان) و مرتبط با عاملیت (انتخاب‌های زندگی^۱) است و سهم و

۱. منظور از سهمیه‌بندی در اینجا، سهمیه‌ای است که دولت به خاطر کمبود نیروی متخصص زن در برخی رشته‌های تخصصی، برای زنان قائل شده بود، که البته پس از رفع نیاز و نیز دلایلی دیگر این سهمیه برداشته شد.

۲. اشاره به حضور کم‌رنگ زنان در پست‌های اجرایی بالا از جمله مواردی است که در خلال مصاحبه‌ها مطرح و توسط مصاحبه‌شوندگان مورد تحلیل قرار گرفت و از آنجاییکه جزو داده‌های با ارزش برای این مقاله و یا شاید مطلقات آتی تشخیص داده شد، در بخش بحث و نتیجه‌گیری بدان اشاره می‌شود.

مسئولیت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام آموزش پزشکی می‌تواند صرفاً در زمره عوامل ساختاری تأثیرگذار بر موضوع باشد. به نظر می‌رسد که نقش مسئولین را باید در ارتباط با دو موضوع «ادامه تحصیل و رسیدن به مرتبه هیأت علمی» و «دستیابی به پست‌های بالاتر اجرایی» از هم تفکیک نمود. نتایج به دست آمده از این مطالعه در ارتباط با موضوع نخست، نقش مسئولین را کم‌رنگ و در تحلیل موضوع دوم، نقش آن‌ها را به طرز محسوسی بالا می‌داند. نتیجه‌ای که چندان هم دور از ذهن نبوده و در مطالعات مشابه دیگری نیز تأیید شده است. برای مثال، مطالعه محمد رحیم اسفیدانی (1381) درباره موانع حضور زنان در پست‌های مدیریتی قوه مجریه، نشان داده است که نگرش منفی مدیران مرد در وزارتخانه‌های تابعه باعث عدم حضور زنان در پست‌های مدیریتی شده است (جانعلی‌زاده چوب‌بستی، 1386). همچنین تحقیق شمس‌السادات زاهدی در خصوص تغییرات شغلی زنان دانشگاهی، نشان داده است که در سال 1370، جنسیت عاملی تعیین‌کننده در گزینش‌های استخدامی بوده و مهمترین دلایل آن را می‌توان به عواملی از جمله گرایش مردسالارانه و بی‌اعتمادی به توانایی‌های زنان نسبت داد (زاهدی، 1381: 53).

هرچند مصاحبه‌های انجام گرفته و روایت‌های به دست آمده در این مطالعه درباره چرایی حضور کم‌رنگ زنان در مقاطع تحصیلی و مدارج بالای نظام آموزش پزشکی نشان می‌دهند که عوامل متعددی می‌توانند در حضور اندک زنان در مراتب بالای آموزش پزشکی مؤثر باشند، اما به نظر می‌رسد بتوان عامل ازدواج و تشکیل خانواده (به همراه بچه‌داری)، که از سوی اکثریت مصاحبه‌شوندگان به عنوان عامل بازدارنده زنان از ادامه تحصیل مطرح گردید، را به مثابه مهمترین عامل بازدارنده زنان در ارتقاء به مقاطع تحصیلی و مدارج علمی بالاتر به شمار آورد. ازدواج و فرزندآوری، هرچند کنشی اجتماعی است که می‌توان آن را داوطلبانه تلقی کرد و کارکردهای آشکار و حیاتی زیادی برای آن متصور بود، اما در «خانواده مردسالار و مبتنی بر کلیشه‌های جنسیتی» کارکردهای پنهان و پیش‌بینی نشده‌ای را با خود دارد که در جامعه‌ای مثل جامعه ایران می‌توان «ازماندن از ارتقاء و ناتوانی در کسب مدارج بالاتر در نظام آموزش پزشکی» را در زمره آن‌ها به شمار آورد.

شاید بتوان منشأ این مسأله را در همان کلیشه‌های جنسیتی‌ای پیدا کرد که به هنگام اجتماعی شدن کودکان در خانواده‌هایشان، بدان‌ها منتقل می‌گردد. جایی که «خانواده‌ها، چه آگاهانه و چه ناآگاهانه، برای دختر و پسر خود حقوق مساوی قائل نیستند و آن‌ها را مانند یکدیگر تربیت نمی‌کنند. به این ترتیب، پایه‌های تفاوت‌های جنسی در خانواده گذاشته می‌شود» (اعزاز، 1380: 188) در همین زمینه، شواهد حاکی از آن هستند که هنوز در مدارس جامعه ما الگوهای بسیار سنتی

زنانه - مردانه به کودکان ارائه می‌شود، زیرا همان‌طور که هم در کتاب‌های درسی و همین‌طور در مواد و مستندات سمعی و بصری دیده می‌شود، ابتکار، پیشرفت و پیروزی در جامعه به مردها تعلق دارد و زن باید به محدوده خانه بسنده کند. لازم به یادآوری است که این شیوه اجتماعی شدن در دورانی است که تفاوت‌های بدنی حداقل تأثیر را در پیشرفت‌های شغلی و اجتماعی دارند و در عین حال امکانات قرن بیست و یکم برای افراد بشر تا آن حد گسترده است که نمی‌توان فقط یک امکان زندگی در آینده - یعنی ازدواج - را به دختران ارائه داد. اما از آنجا که نگرش خانواده «دختر که بالاخره شوهر می‌کند» است، حتی در حیطه آموزش رسمی به صورت عامل بازدارنده عمل می‌کند (همان: 195). از این رو، بعید نیست که در خانواده‌ای که در آن مرد و زن دارای تصورات قالبی جنسیتی هستند، روندی در پیش گرفته شود که نتیجه آن سلب فرصت‌های برابر رشد و پیشرفت از زنان، به ویژه در قلمرو تحصیل و آموزش عالی، باشد. چنین نگرشی طبیعتاً سبب خواهد شد که دختر ایرانی از همان کودکی با نگرش زن - مادر تربیت شود. از این طریق هنجارها و ارزش‌های منفعل بودن، احساساتی و عاطفی بودن و در انتظار فرد حامی و پشتیبان بودن در آن‌ها تقویت می‌شود و حداقل اطلاعات و سواد از جهان بیرون، زندگی اجتماعی، شغلی، فرهنگی به آن‌ها منتقل می‌گردد.

مطالعات مشابه خارجی نیز روایت‌گر چنین نتایجی هستند. در همین رابطه، مطالعات و تأملات لیونز به همراه ساکر و ساکر¹ (1986) در میان دانشجویان نشان داده است که دختران و زنان دانشجو در مقایسه با پسران و مردان، کمتر (از سوی اساتید و دانشگاه) تشویق می‌شوند، این عامل به همراه عوامل دیگر موجب می‌شود که برخی از دختران و زنان دانشجو، به دنبال نوع متفاوتی از «محیط‌های یادگیری» برای آموزش‌های خودشان باشند (ودادهیر، 1381: 40).

همسو با این مطالعات، پژوهش الیان ریسکا² (2010) درباره دانشجویان پزشکی در انگلستان و ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که دانشجویان دختر مدام با تقاضاهای خانواده‌شان مبنی بر کنارگذاشتن برنامه‌های حرفه‌ای‌شان روبه‌رو بوده‌اند، در حالی که دانشجویان پسر، کمتر با چنین نگرانی‌هایی از سوی خانواده‌شان مواجه شده‌اند (ریسکا، 2010).

همچنین مطالعه‌ای در آمریکا با هدف شناخت نگرش به فرزندآوری در طی دوره تخصص پزشکی، دریافت که 41 درصد از مردان و 27 درصد از زنان حاضر در این دوره، رویکرد مثبتی نسبت به فرزندآوری از خود نشان دادند (ویلِت³، 2010؛ به نقل از همان). در این مطالعه، زنان در تمامی پرسش‌هایی که درباره اعتقاد به تهدید شغل یا حرفه توسط حاملگی بود نمرات

1. M. Sadker & D. Sadker, 1986

2. Riska, E. 2010

3. Willett LL, 2010

بالایی کسب کردند. متعاقب آن، باز مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که احتمال بچه‌دار شدن توسط زنان جراح بسیار کمتر از همکاران مردشان است (به نقل از همان). این یافته‌ها، همگی نشان از این امر دارد که فرزندآوری می‌تواند به عنوان مانعی برای پیشرفت حرفه‌ای زنان محسوب شود. افزون بر این، مامتا سود و راکش چاددا¹ (2010) نیز با مقایسه نظام‌های پزشکی انگلستان و هند، چنین نتیجه‌گیری می‌کنند که پزشکان زن، به خاطر نقش‌های چندگانه‌ای که در زندگی خود بر عهده دارند، در موقعیت ویژه‌ای به سر می‌برند. آن‌ها به رغم افزایش کمی در نظام‌های پزشکی، هیچ پیشرفتی از نظر حرفه‌ای نداشته‌اند، و این درست برعکس وضعیت همکاران مردشان است (سود و چاددا، 2010).

یافته‌ها و نتایج این مطالعه کیفی به سهم خود نشان می‌دهد که به رغم پدیدار شدن بارقه‌هایی در تسهیم برابر فرصت‌های موجود در نظام آموزش پزشکی و مدیریت سلامت و پزشکی ایران بین زنان و مردان، جامعه ایران همچنان جامعه‌ای جنسیتی و نابرابری‌ها و تحریم‌های اجتماعی مبتنی بر جنسیت همچنان در بسیاری از حوزه‌های فعالیت انسانی، از جمله آموزش و آموزش عالی، سلامت و پزشکی، امنیت غذایی، مدیریت و سازماندهی، اقتصاد و تجارت و امکانات و شرایط زندگی قابل مشاهده است.

تأمل در، و تفسیر روایت‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد که در جامعه همچنان جنسیتی ایران، عوامل اجتماعی - فرهنگی، رفتاری و اقتصادی مختلفی، از جمله عوامل مرتبط با ساختار (فرصت‌های زندگی) و عوامل مرتبط با عاملیت (انتخاب‌های زندگی یا اراده) به شکلی تعاملی (دیالکتیکی) و میان‌بخشی (به تعبیر کاکرهام²، 2008) در نوع و میزان مشارکت زنان در نظام آموزش پزشکی و توفیق یا عدم توفیق آن‌ها در نردبان یا گردان آموزش پزشکی ایران دخیل هستند. تحلیل مضمون مصاحبه‌ها و تفسیر روایت‌ها به طور مشخص نشان می‌دهند که پنج مقوله «مردسالاری یا پدرسالاری موجود در فرهنگ جامعه ایرانی»، «مسائل مالی و اقتصادی»، «وارد شدن به حوزه ازدواج و خانواده»، «تفاوت‌های روانشناختی موجود میان دو جنس» و «مسئله رعایت حدود شرعی و عرفی در روابط بین دو جنس» در ادامه تحصیل و ارتقاء زنان در نظام آموزش پزشکی ایران به مثابه عوامل بازدارنده یا محدود کننده عمل می‌کنند. در کنار این مقوله‌ها و در یک جمع‌بندی از روایات مشارکت‌کنندگان این مطالعه، می‌توان عامل «خانواده» مبتنی بر طرح‌واره‌های فکری مردسالارانه و تصورات قالبی مبتنی بر جنسیت را که به نوعی ریشه در عوامل مذکور دارد، به عنوان عامل کلی‌تر، مهم‌تر و مؤثرتر بازدارنده زنان از ارتقاء در نظام آموزش پزشکی و سلب فرصت‌های برابر از ایشان برجسته نمود.

1. Sood, Mamta & Chadda, Rakesh K. , 2010
2. Cockerham, W. , 2008

افزون بر این، نتایج این مطالعه کیفی با دستاوردها و نتایج شماری از پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز منطبق است. از جمله این مطالعات و واکاوی‌ها می‌توان به (اسفیدانی، 1381؛ زاهدی، 1381؛ فراستخواه، 1383، جانعلیزاده چوببستی، 1386، شاه‌طالبی و همکاران، 1388 و توکل و همکاران، 1389) اشاره کرد. این مطالعات به سهم خود تلاش کرده‌اند بر وجود آن دسته از عوامل بازدارنده و مختلف اجتماعی - فرهنگی و سیاسی تأکید کنند که بر جایگاه و سهم زنان در عرصه‌های علم، آموزش و مدیریت تأثیر منفی دارند. برای مثال، فراستخواه (1383) ریشه پدیده مذکور را در «هنجارها، نگرش‌ها، ساختارها، نهادها، نظام‌های حقوقی و خط‌مشی‌ها و برنامه‌های کشور می‌داند» (فراستخواه، 1383). همچنین جانعلیزاده چوببستی، ضمن بیان اینکه «هنوز سهم بسیار اندکی 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»، نحوه اجتماعی شدن زنان در عرصه‌های اجتماعی مختلف، خاص خانواده و مدرسه، تبعیض جنسیتی، نابرابری در ارائه 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 می‌نماید (جانعلیزاده چوببستی، 1386).

کوتاه سخن اینکه، زنان و دختران ایرانی به رغم موفقیت‌های شگرف و دستاوردهای درخشانی که در دو دهه گذشته داشته‌اند، برای جهش به سوی مرزهای دانش پزشکی و فتح قله‌های نظام آموزش پزشکی، عوامل بازدارنده و موانع مرئی و نامرئی مختلف و نیز راهی طولانی در پیش روی دارند و همانطور که سریدهار کریشنا¹ (2009) به درستی تصریح کرده است: «گرچه زنان به وضوح به حوزه آموزش پزشکی دست یافته‌اند، اما هنوز شواهد متقنی از وجود و حضور حصارهایی مرموز و نامرئی در اطراف آن‌ها وجود دارد» (کریشنا، 2009: 69).

منابع

- آرمسترانگ، دیوید و محمد توکل (1388) *جامعه‌شناسی پزشکی*، تهران: انتشارات حقوقی.
- اسفیدانی، محمدرحیم (1381) «موانع دستیابی زنان به پست‌های مدیریتی»، فصلنامه پژوهش زنان، شماره نهم (پاییز)، تهران.
- اعزازی، شهلا (1380) *جامعه‌شناسی خانواده*، تهران: انتشارات روشنگران و مطالعات زنان، چاپ دوم.
- پوررضا، ابوالقاسم (1364) «گرایش‌های شغلی دانشجویان پزشکی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- توکل، محمد، جوادی یگانه، محمدرضا و ساداتی، سیدمحمدحسینی (1389) «مطالعه‌ای جامعه‌شناختی درباره جایگاه دختران در نظام آموزش پزشکی ایران»، فصل‌نامه زن در توسعه و سیاست، دوره 8، شماره 4، پاییز 31 (زمستان).
- جانعلی‌زاده چوبجستی، حیدر (1386) «تحلیلی بر جایگاه زنان در نهادهای علمی و تخصصی نخبه»، فصلنامه پژوهش زنان، دوره 5، شماره 1، شماره پاییز 17 (بهار و تابستان)، تهران.
- رهجو، زهرا (1353) «تحلیل جامعه‌شناختی خاستگاه طبقاتی قشر پزشکان زن در تهران»، پایان‌نامه کارشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- ریتزر، جورج (1384) *نظریه‌های جامعه‌شناسی در دوران معاصر*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران: انتشارات علمی.
- زاهدی، شمس‌السادات (1381) «تغییرات جایگاه شغلی زنان دانشگاهی در یک دهه»، فصلنامه پژوهش زنان، شماره نهم (پاییز)، تهران.
- ساداتی، سیدمحمدحسینی (1387) «گاهی جامعه‌شناختی به جایگاه دختران و زنان در نظام آموزش پزشکی کشور (مطالعه سه دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران)»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- شاه‌طالبی، سمیه و همکاران (1388) «تجارب زنان مدیر از رهبری در آموزش عالی؛ یک مطالعه کیفی»، نشریه دانش و پژوهش در علوم تربیتی - برنامه‌ریزی درسی، 23(22).
- صداقتی‌فرد، مجتبی و ارجمند، الهام (1389) «انگیزه‌های زنان ایرانی از شرکت در فعالیت‌های اجتماعی؛ پژوهشی در شناسایی عامل‌های موثر بر مشارکت زنان (مطالعه موردی: زنان 20 تا 34 سال شهر سمنان)»، فصل‌نامه زن و جامعه، سال اول، شماره دوم (تابستان).
- صدیقی، بهرنگ (1389) «تئوری ساخت‌یابی آنتونی گیدنز: پیامدهای تئوریک و روش‌شناختی و کاربرد عملی آن در جامعه‌شناسی»، فصل‌نامه پژوهش اجتماعی، سال سوم، شماره نهم (زمستان).
- فراستخواه، مقصود (1383) «زنان، آموزش عالی و بازار کار»، فصلنامه پژوهش زنان، دوره 2، شماره 1 (بهار)، تهران.
- فراستخواه، مقصود (1390) آموزش، در مؤسسه رحمان: گزارش وضعیت اجتماعی ایران (1388-1380)، تهران: مؤسسه رحمان.
- فلیک، اووه (1390) *درآمدی بر تحقیق کیفی*، ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی، چاپ سوم.
- مرندی، علی‌رضا و همکاران (1377) *سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، منتشر شده با حمایت سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان ملل متحد، چاپ اول.
- مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (1373) *آمار آموزش عالی ایران*، گروه پژوهش‌های آماری و انفورماتیک، سال تحصیلی 72-73، تهران.

- مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (1383) آمار آموزش عالی ایران، گروه پژوهش‌های آماری و انفورماتیک، سال تحصیلی 82-83، تهران.
- مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (1390) آمار کادر آموزشی مؤسسات آموزش عالی در ایران، در: http://www.irphe.ir/FA/Statistics/Stat_index.aspx
- مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی (1390) آمار وضعیت تحصیلی پذیرفته‌شدگان، دانشجویان و دانش‌آموختگان) در: <http://www.irphe.ir/FA/Statistics/Gozide.aspx>
- موسوی، شیرین (1387) «بررسی نگرش دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران نسبت به مدیران زن و عوامل مؤثر بر آن در سال 1386» پایان‌نامه در رشته پزشکی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.
- نصری، خدیجه و همکاران (1388) «مشکلات آموزش پزشکی و راه‌حل‌های ممکن از دید کارآموزان و کارورزان دانشکده پزشکی اراک 86-1385»، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال دوازدهم، شماره 4 (پیاپی 49)، زمستان (ویژه‌نامه پژوهش در آموزش).
- ودادهیر، ابوعلی (1381) «زنان و آموزش عالی»، فصلنامه کتاب زنان شماره 15 (ماه زمستان).
- وزیر خضرائی، محمود (بی‌تا) «آموزش پزشکی از دیدگاه استاد و دانشجو (تحقیقی در جامعه‌شناسی آموزشی)»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران.
- Barker, C. (2005) *Cultural Studies: Theory and Practice*, London: Sage
- Becker, H and *et al* (1961). *Boys in white; student culture in medical school*. The University of Chicago Press, USA.
- Biernacki, P. & D. Waldorf. (1981). *Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling*. *Sociological Methods & Research* 10(2/November), pp. 141-163.
- Bronson, C. & B. S. Turner (eds.) (2009) *Hand book of The Sociology of Medical education*. London: Routledge.
- Campbell, M. (1973). *Why would a Girl go into Medicine?*, the Feminist press, New York.
- Cockerham, William C. (1999) *Health and social change in Russia and Eastern Europe*, Routledge.
- Cockerham, William C. (2008) *Social Causes of Health and Disease*, Polity press, UK.
- Erden, F. (2009). *A course on gender equity in education: Does it affect gender role attitudes of preservice teachers?*, *Teaching and Teacher Education*, 25, 409-414.
- Fay, B. (1996). *Contemporary Philosophy of Social Science*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Fitzpatrick, K & La Gory, M, (2000) *Unhealthy places: the ecology of risk in the urban landscape*, Psychology Press.
- Kodate, N. *et. al.* (2010). *Mission Completed? Changing Visibility of Women's Colleges in England and Japan and Their Roles in Promoting Gender Equality in Science*, *Minerva* 48. 309-330.
- Krishna, S. (2009). *How did Ideas about Gender Influence Women's Entry into the British Medical Profession Prior to WWII?*, *The Open Social Science Journal*, 2, 67-69.
- McLaughlin, K. and *et. al.* (2009). *Gender, gender roles and completion of nursing education: A longitudinal study*, *Nurse Education Today*, 30. 303-307.
- Merton, R. and *et. al.* (1969). *Student-Physician*, *Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Second Printing, Harvard University Press, USA.
- Nettleton, S. (2008). *The Sociology of Health and Illness*, 2nd Edition, Polity Press, USA.
- Riska, E. (2010). *Gender and Medical Careers*, *Maturitas*, doi: 10. 1016/j. maturitas. 2010. 09. 010
- Schwandt, T. A. (2000). *The Epistemological Stances for Qualitative Inquiry*. *Interpretism, Hermenutics, and Social Constructionism*, In: Denzin, N. K. & Y. S. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*, 2nd Edition, Thousand Oaks: Sage Publication, pp. 189-214.
- Sood, M. & R. K Chadda. (2010). *Women in Medicine: A Perspective*, *Indian Journal of Gender Studies*, 17: 2, 277-285.
- Teddlie, CH. & Tashakkor, A (2009) *Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*, SAGE Publications, USA.

