

تحلیلی بر سهمیه‌بندی جنسیتی در دانشگاه‌ها با تأکید بر رشته پزشکی

دکتر علی اخوان بهبهانی*

دکتر فرهاد نصرتی‌نژاد**

دکتر ایروان مسعود اصل***

تاریخ دریافت ۸۷/۱۲/۱۴	تاریخ پذیرش ۸۸/۳/۶
-----------------------	--------------------

در سال‌های اخیر افزایش تعداد دختران نسبت به پسران در دانشگاه‌ها به یکی از مسائل مهم در حوزه آموزش عالی تبدیل شده و نگرانی‌هایی را به وجود آورده است. دامنه این نگرانی نیز متولیان امر آموزش در جامعه را به چاره‌اندیشی واداشته و به تبع آن موضوع سهمیه‌بندی جنسیتی به عنوان راه‌حلی برای مواجهه با این مسئله ارائه شده است. طرح این موضوع مباحثی در باب موافقت و مخالفت با آن را در پی داشته است. از این رو مقاله حاضر می‌کوشد تا با بررسی فرایندی موضوع با روشی تحلیلی و با استناد به داده‌های تجربی، اولاً تصویری از وضع موجود ارائه دهد و ثانیاً با خط‌مشی تحلیلی، ضرورت یا عدم ضرورت سهمیه‌بندی را بیان کند.

کلیدواژه‌ها: سهمیه‌بندی جنسیتی؛ آموزش عالی؛ پزشکی؛ دانشگاه

* عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛

E-mail: aliakhavanbehbahani@gmail.com

** کارشناس مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛

E-mail: farhad.nosrati@gmail.com

*** استادیار مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛

E-mail: masoudi_1352@yahoo.com

مقدمه

با افزایش حضور زنان در آموزش عالی کشور، نسبت جنسیتی پذیرش تغییر کرد و این امر دغدغه‌هایی را موجب شده است. تا اینکه در سال ۱۳۸۲ برقراری سهمیه در آزمون ورودی دانشگاه‌ها برای جلوگیری از افزایش نسبی دانشجویان اجرا شد. از آن زمان تا به امروز، سهمیه‌بندی جنسیتی در دانشگاه‌ها همواره یکی از موضوع‌هایی بوده است که موافقان و مخالفان آن به صف آرایی در برابر یکدیگر پرداخته‌اند و هریک در باب نظر و دیدگاه خویش ادله و برهان ارائه کرده‌اند. هرچند در بسیاری از موارد ادله‌های یادشده بیشتر از آنکه ناشی از تأملی کارشناسانه و علمی باشد، ناشی از تعلقات سیاسی، صنفی یا جنسیتی ارائه کنندگان بوده است.

موضوع ذکر شده از آنجایی که خواسته یا ناخواسته دارای پیامدهای بسیار، به‌ویژه سیاسی است، شاید به موضوعی جنجال‌برانگیز تبدیل شود. همان‌طور که در سال‌های گذشته بعضاً این اتفاق افتاده است. سیاسی شدن و تا اندازه‌ای بار سیاسی داشتن موضوع سبب شده است که تأمل کارشناسانه و مذاقه علمی در باب آن کمتر مجال بروز بیابد یا اگر چنین شد، در فضای سیاسی به‌وجود آمده و محلی از اعراب نیابد. به‌این ترتیب در بسیاری از تحلیل‌ها، پذیرش یا طرد موضوع از سوی موافقان و مخالفان همواره به‌صورت کلی انجام شده و در بسیاری از موارد، فاقد تفکیک رشته‌هایی است که موضوع سهمیه‌بندی می‌باشد. به بیان دیگر، تحلیل‌های ارائه شده به‌صورت کلی به موضوع پرداخته و کمتر به این مسئله توجه شده که اساساً سهمیه‌بندی در برخی رشته‌ها ماهیتاً با برخی دیگر متفاوت است، بنابراین قضاوت کلی درباره همه رشته‌هایی که مشمول سهمیه‌بندی می‌شود بنا به ماهیت متفاوت آنها غیرعلمی است.

با توجه به آنچه گفته شد، این مقاله درصدد است تا با بررسی فرایند موضوع به‌صورت تجربی و با روشی تحلیلی با تأکید بر رشته پزشکی، به این پرسش اساسی پاسخ گوید که آیا سهمیه‌بندی ماهیتاً مشکل‌زاست یا اینکه در برخی از رشته‌ها ضرورتی است انکارناپذیر. همچنین چه اندازه سهمیه‌بندی جنسیتی راه‌حلی مناسب برای مشکل افزایش تعداد دختران نسبت به پسران در دانشگاه‌هاست.

۱ طرح مسئله

بررسی توزیع جنسی پذیرفته‌شدگان در دانشگاه‌ها نشان می‌دهد که در سال‌های اولیه تأسیس دانشگاه، در ایران روند مشارکت زنان در آموزش عالی کند بود و حدود پانزده سال طول کشید تا آنان توانستند به برخی از دانشکده‌ها راه یابند. آمارگیری رسمی سال ۱۳۳۵ نشان می‌دهد که در سنین ۲۹-۲۰ سال فقط ۶۲ نفر از هر صد هزار نفر جوان دانشجوی دختر بودند (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۸۲: ۳).

توسعه اجتماعی، افزایش سطح سواد و تحصیلات متوسطه و گسترش ظرفیت دانشگاه‌ها، زمینه حضور دختران را در دانشگاه‌ها افزایش داد. به گونه‌ای که در سال ۱۳۴۶ حدود ۲۶ درصد جمعیت دانشجویی را دختران و زنان تشکیل می‌دادند و تقریباً از هر صد هزار نفر جوان دانشجو ۲۹-۲۰ ساله تعداد ۵۰۰ نفر دختر و ۱۷۵۰ نفر پسر دانشجو بوده‌اند که در مقاطع مختلف آموزش عالی تحصیل می‌کرده‌اند (معاونت فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۸۰: ۲۰-۵).

در سال ۱۳۵۷ به ازای هر صد هزار نفر جمعیت ۲۹-۲۰ ساله، حدود ۱۱۰۰ دانشجوی دختر و ۲۵۰۰ دانشجوی پسر، وجود داشت. به بیان دیگر، سهم دختران دانشجو در کل جمعیت دانشجویی سال ۱۳۵۷ حدود ۳۱ درصد بوده است. این رقم تا سال ۱۳۷۰-۱۳۶۹ در کل روندی نزولی پیدا کرد، اما از آن سال به بعد همواره رشدی صعودی داشته است. به طوری که از سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۰ درصد زنان از مردان پیشی گرفته است. سال ۱۳۸۱ درصد پذیرفته‌شدگان دختر به رقم ۵۱/۹ در برابر ۴۸/۱ رسید (گایینی، ۱۳۸۵: ۳۹). این فرایند همچنان ادامه یافته است، به طوری که در کنکور سال ۱۳۸۷، دختران ۶۴ درصد و پسران ۳۶ درصد پذیرفته‌شدگان را تشکیل داده‌اند.

افزایش نسبی تعداد پذیرفته‌شدگان دختر در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی کشور طی سال‌های اخیر، از یک سو نگرانی‌هایی را هم از حیث تأمین خوابگاه، حفاظت آنها در برابر آسیب‌های اجتماعی احتمالی و ... ایجاد کرده است و از سوی دیگر، آثار و

نتایج اجتماعی و اقتصادی آن مانند بلااستفاده ماندن بخشی از هزینه‌های صرف شده برای تربیت نیروی متخصص، تغییر جنسیتی بازار کار و ... نیز دغدغه‌هایی را در بین مسئولان به وجود آورده است. به منظور چاره‌اندیشی برای این مشکل، در سال ۱۳۸۲ برقراری سهمیه در آزمون ورودی دانشگاه‌ها برای جلوگیری از افزایش نسبی دانشجویان اجرا شد.

۲ سابقه موضوع

انتظار ایجاد دگرگونی‌های فرهنگی در نظام آموزشی و مشکلات سیاسی در دانشگاه‌ها باعث بسته شدن آنها در سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۱ شد. پس از بازگشایی کامل دانشگاه‌ها سهمیه‌بندی جنسیتی در گروه علوم پزشکی اعمال شد. براساس مصوبه ستاد انقلاب فرهنگی رشته تخصصی زنان و زایمان، مامایی، بهداشت و خانواده به صورت انحصاری برای خانم‌ها اختصاص داده شد و در برخی رشته‌های گروه علوم پزشکی نیز حد نصاب برای ورود آقایان تعیین شد.^۱

در سال ۱۳۶۴ درصد پذیرش دانشجوی دختر برای رشته پزشکی تا ۴۰ درصد تعیین شد.^۲ شورای عالی برنامه‌ریزی در اردیبهشت سال ۱۳۶۷، پذیرش داوطلبان دختر را از ۲۰ درصد در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، بهداشت محیط و داروسازی تا ۱۰۰ درصد در رشته‌های بهداشت خانواده، پرستاری، دندان پزشکی و مامایی تصویب کرد. در سایر رشته‌های پرستاری ۶۰، دندان پزشکی ۵۰ و پزشکی ۴۰ درصد سهمیه برای زنان در نظر گرفته شد.^۳ در همین سال مصوب شد تا سهمیه ۱۵ درصدی برای زنان در رشته دام پزشکی در نظر گرفته شود.^۴

در سال ۱۳۷۲ قانون تخصیص سهمیه برای زنان در پذیرش دستیاری رشته‌های

۱. مصوبه سی‌وهشتمین جلسه شورای عالی انقلاب فرهنگی مورخ ۱۳۶۴/۷/۲.

۲. جلسه ۲۹ مورخ ۱۳۶۴/۱۰/۱۴ شورای عالی برنامه‌ریزی.

۳. صدویست‌ویکمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی مورخ ۱۳۶۷/۲/۱۷، مجموعه مصوبات شورای عالی برنامه‌ریزی از سال ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۹.

۴. جلسه یکصدوپنجاه و چهارم شورای عالی برنامه‌ریزی مورخ ۱۳۶۷/۱۲/۲۱.

تخصصی پزشکی در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که براساس ماده واحده آن، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف شد حداقل ۲۵ درصد از سهمیه پذیرش دستیاری در رشته‌های جراحی اعصاب، ارولوژی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، چشم، رادیولوژی و روان‌پزشکی و در صورت وجود داوطلب، ۵۰ درصد سهمیه جراحی عمومی داخلی و قلب به خانم‌های پزشک قبول شده در گزینش کتبی دستیاری اختصاص دهد.

این موضوع در آیین‌نامه و مقررات پذیرش دستیار برای دوره‌های تخصص پزشکی مصوب شورای آموزش پزشکی و تخصصی نیز درج شده است.^۱

در هجدهمین صورت جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (در مورخ ۸۱/۳/۱۱) ماده‌ای به تصویب رسید که براساس آن مقرر شد سهمیه‌بندی جنسیتی در کنکور سال ۱۳۸۲ برای سه رشته پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی در نظر گرفته شود.^۲

همچنین در آن سال شورای عالی برنامه‌ریزی مصوبه‌ای مبنی بر اعمال سهمیه حداکثر ۵۰ درصدی برای داوطلبان زن در رشته‌های پزشکی عمومی و دندان‌پزشکی داشت. مخالفت گسترده نمایندگان مجلس و فعالان جنبش زنان سبب شد تا رئیس‌جمهور وقت (محمد خاتمی)

۱. براساس مفاد بند «۹» سی‌ونهمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی، حداقل ۲۵ درصد از ظرفیت پذیرش دستیاری در رشته‌های جراحی مغز و اعصاب، ارولوژی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، چشم، رادیولوژی و روان‌پزشکی به خانم‌های پزشک قبول شده در گزینش کتبی اختصاص دارد. همچنین در صورت وجود داوطلب ۵۰ درصد سهمیه جراحی عمومی داخلی و قلب به خانم‌های پزشک قبول شده در گزینش کتبی اختصاص دارد.

طبق بند «۱۲» چهل‌وچهارمین نشست شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور حداکثر ۵۰ درصد سهمیه رشته‌های پزشکی فیزیکی و توان‌بخشی، پزشکی قانونی و طب کار به خانم‌های پزشک قبول شده در گزینش کتبی دستیاری اختصاص دارد.

۲. متن مصوبه به شرح ذیل است: «از سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲ به بعد، حداکثر تا سقف ۵۰ درصد ظرفیت پذیرش رشته‌های دکترای عمومی پزشکی و دکترای عمومی دندان‌پزشکی آزمون سراسری در صورت دارا بودن حد نصاب علمی لازم به خانم‌ها اختصاص یابد و مقرر گردید چنانچه سازمان سنجش موافق باشد، این مصوبه برای هر دانشکده به صورت مجزا عمل شود».

دستور مرعی ماندن مصوبه فوق را بدهد.^۱ البته در آن هنگام جمعی از نمایندگان مجلس به تدوین طرحی مبنی بر ممنوعیت اعمال هر نوع تبعیض جنسیتی در گزینش دانشجو پرداختند و با قید دو فوریت تقدیم مجلس کرده‌اند.

بر اساس ماده واحده این طرح، پیشنهاد شد تا اعمال هر گونه تبعیض جنسیتی در گزینش دانشجو و اولویت قائل شدن برای زن یا مرد داوطلب ورود به تمام دستگاه‌های دولتی و غیردولتی در همه مقاطع تحصیلی ممنوع باشد. اما فوریت این طرح در مجلس تصویب نشد و با پایان عمر مجلس ششم به فراموشی سپرده شد.

در سال ۱۳۸۵ سازمان سنجش (برای برخی رشته‌های گروه علوم پزشکی) محدودیت‌هایی را در نظر گرفت به نحوی که سهمیه ۴۰-۳۰ درصد زن، ۴۰-۳۰ درصد مرد و مابقی به صورت رقابتی - برای توزیع دانشجویان بر حسب جنسیت - در نظر گرفته شد این روند در سال ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ نیز ادامه داشت. همان‌طور که ملاحظه شد، موضوع سهمیه‌بندی

۱. در آن زمان ۱۵۸ نماینده با قرائت نامه‌ای خواستار برخورد رئیس‌جمهور با اقدام تبعیض آمیز وزارت بهداشت در خصوص سهمیه‌بندی علیه دختران در رشته‌های پزشکی شدند. متن نامه به شرح ذیل است:

جناب آقای خاتمی ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران

با سلام و دعای خیر، زنان ایرانی که برای انقلاب اسلامی و دفاع از ثمره آن جمهوری اسلامی هزینه‌های بسیاری پرداخته‌اند، در شکل‌گیری اصلاحات و حمایت از جناب‌عالی نیز نقش جدی ایفا کرده‌اند. ما به‌عنوان نمایندگان آنان از جناب‌عالی انتظار داریم با نقض صریح حقوق انسانی زنان ایرانی که استعداد و تمایل به تحصیل در رشته‌های پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی را دارند، به‌طور مؤثر مقابله فرمایید. با توجه به تذکر رسمی نمایندگان مجلس و برخلاف دستور صریح جناب‌عالی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در سال جاری برای رشته داروسازی سهم جنسیتی علیه دختران را اعمال کرده است و هنوز سه ماه از صدور دستور لغو این مصوبه ناعادلانه علیه حقوق انسانی زنان ایرانی نگذشته، بدون کار تخصصی و نظرخواهی از صاحب‌نظران و کارشناسان ذی‌ربط، مجدداً اعمال سهمیه جنسیتی را در دستور کار قرار داده، از اینک اعلام می‌کند در سال تحصیلی آینده سهمیه جنسیتی علیه دختران اعمال خواهد شد و در رشته‌های یادشده دختران بیش از ۵۰ درصد پذیرش نخواهند شد. این اقدام آشکارا علیه حقوق انسانی زنان ایرانی برای ادامه تحصیل می‌باشد، در شرایطی که دولت شما پیوستن به کنوانسیون رفع کلیه اشکال تبعیض علیه زنان CEDAW را علی‌رغم فضا سازی‌های مسموم سیاسی مورد تصویب قرار داده است. از جناب‌عالی مصرانه می‌خواهیم با این اقدام غیرمنصفانه و تبعیض آمیز قاطعانه برخورد نمایید (با آرزوی توفیق و سلامتی برای آن وجود شریف).

در رشته پزشکی به نوعی از ابتدای انقلاب اسلامی وجود داشته است و در برخی موارد این سهمیه‌بندی به نفع زنان بوده است. اما پرسشی که همواره وجود داشته، این است که آیا اساساً سهمیه‌بندی ضرورتی دارد یا خیر؟ در پاسخ به این پرسش دیدگاه‌ها و نظرهای متفاوتی وجود دارد، برخی اساساً سهمیه‌بندی را مقوله‌ای تبعیض‌آمیز دانسته و با هر نوع سهمیه‌بندی مخالفت کرده‌اند، برخی نیز بنا به ادله‌هایی با موضوع سهمیه‌بندی موافق هستند و در وضعیت فعلی آن را ضرورتی انکارناپذیر می‌دانند. در قسمت بعد ادله‌های موافقان و مخالفان را بررسی و پس از آن درباره ضرورت یا عدم ضرورت سهمیه‌بندی بحث خواهد شد.

۳ دیدگاه‌های موافقان و مخالفان سهمیه‌بندی جنسیتی

مخالفان و موافقان اعمال محدودیت جنسیتی در پذیرش دانشجویان علوم پزشکی، از زوایای مختلف به مسئله پرداخته‌اند.

۳-۱ دیدگاه موافقان

عمده نظر موافقان سهمیه‌بندی، به موضوع مدیریت نیروی انسانی برمی‌گردد. براساس این دیدگاه توان و نیروی انسانی جامعه باید به گونه‌ای توزیع شود که امکان استفاده حداکثری از آن فراهم شود. در جامعه ما با توجه به وجود فرهنگ خاص و وجود برخی قوانین که با دادن شرایط بهتر به بانوان مانند قانون عدم الزام در گذراندن طرح سربازی برای دانشجویان دختر یا تبعیت زنان شاغل از همسران خود در انتخاب محل کار، مرخصی زایمان و شیر (قانون ترویج تغذیه با شیر مادر و حمایت از مادران شیرده) و ... مسئله مدیریت بهینه نیروی انسانی را با مشکل مواجه ساخته است (قلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۰) و عملاً مدیران نمی‌توانند برنامه‌ریزی کاملی بر کارکرد این گروه داشته باشند.

دیدگاه غالب دیگری که وجود دارد این است که وقتی دولت برای تحصیل افراد هزینه می‌کند، حق دارد نیازسنجی و بر مبنای آن سهمیه‌بندی کند. از سوی دیگر عرضه خدمات بهداشتی و درمانی جزء وظایف قانونی وزارت بهداشت است و این وزارتخانه باید

نیروی انسانی مورد نیاز کشور را در حوزه سلامت در همه سطوح تربیت کند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز برای توجیه تصمیم سهمیه‌بندی پذیرش دختران ازسوی شورای عالی برنامه‌ریزی و توضیح ضرورت این اقدام از نظر وزارت مذکور، عمدتاً بر ایجاد مشکل و محدودیت برای تأمین نیروی انسانی پزشکی مورد نیاز مناطق محروم و روستاها، در محدوده قانون خدمت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی تأکید دارد.

در این خصوص، دکتر طبیب‌زاده نوری مشاور رئیس‌جمهور در امور زنان و خانواده چنین می‌گوید: متأسفانه اکنون برخی روستاها و شهرهای کوچک ما فاقد نیروی متخصص در عرصه خدمات پزشکی هستند، با وجود ۷۰ درصد پزشک زن و ۳۰ درصد پزشک مرد و برخی معافیت‌های زنان چگونه باید ارائه خدمات را مسئولان سازمان‌دهی نمایند؟ رفع نیاز روستایی ما با شعارهای بیهوده، ظاهر فریب و توخالی تحت عنوان ایجاد فرصت‌های برابر به بهانه تساوی جنسیتی عین بی‌برنامگی و عدم مدیریت است. مطمئن باشید حتی در اروپا و آمریکا هم بحث فرصت‌های مساوی به این مفهوم که مورد نظر فمینیست‌هاست وجود ندارد. در برخی از رشته‌ها سهمیه‌بندی و درصد ورود تعیین می‌شود، لذا شرایط اجتماعی متفاوت و محدودیت‌هاست که سهمیه‌بندی جنسیتی را معنی‌دار می‌کند. مردم روستاها و شهرهای کوچک آرزوی پزشک متخصص داشته باشند و ۷۰ درصد پزشک زن که عمدتاً در جامعه شهری حضور می‌یابند توسط سیستم رایگان دولتی تربیت شوند آن وقت ما دست نیاز به سوی پزشک مرد هندی و پاکستانی دراز کنیم؟ قطعاً شعارهای تساوی جنسیتی وارداتی کاملاً غیر کاربردی و بسیار غیرواقعی و بدون توجه به واقعیت‌های جامعه است. بیان این شعارها صرفاً برای خوشامد سازمان‌های بین‌المللی و دولت‌های بیگانه و ادای روشن‌فکری طرح می‌شود (<http://www.women.gov.ir/pages/print.php?cid=3008t>).

عده‌ای نیز از نظر اقتصادی به موضوع نگاه می‌کنند و با تجزیه و تحلیل منطق هزینه - فایده معتقدند تربیت نیروی انسانی به خصوص در رشته‌های تخصصی پزشکی بسیار پرهزینه

است. اما بسیاری از زنان تحصیل کرده در این رشته امکان فعالیت در شهرستان‌ها یا روستاهای دورافتاده را ندارند یا پس از ازدواج دچار محدودیت‌هایی می‌شوند که این امر موجب هدر رفتن سرمایه‌های هزینه شده در آموزش پزشکی می‌شود. با توجه به اینکه نسبت جنسی زن و مرد در کشور ما تقریباً مساوی است، وجود همین نسبت پزشک نیز منطقی است. ضمن اینکه با در نظر گرفتن محدودیت‌های زنان در دوران بارداری، توجه به نسبت جنسی پزشکان امری اجتناب‌ناپذیر است.

به بیان دیگر از دید این گروه از نظر فیزیولوژیکی، انجام فعالیت‌های سخت در برخی از مشاغل تخصصی یا حضور در برخی از نقاط توسعه‌نیافته کشور ممکن نیست و در صورت عدم اعمال محدودیت در پذیرش گروه علوم پزشکی، فارغ‌التحصیلانی خواهیم داشت که امکان به کارگیری از نیروی دانش و تخصص آنها فراهم نخواهد بود.

گروهی نیز معتقدند با توجه به قانون انطباق با موازین شرعی و با توجه به حساسیتی که در کشور ما وجود دارد، باید در رشته‌هایی مثل پزشکی، تعداد پزشکان آقا و خانم متعادل باشد، چرا که در فرهنگ ما مسئله مراجعه زنان به پزشک زن و مردان به پزشک مرد وجود دارد.

۲-۳ دیدگاه مخالفان

برخلاف موافقان که بیشتر بر گروه علوم پزشکی تمرکز دارند، نظریات مخالفان تقریباً هیچ‌یک نگاه خاصی بر این گروه نداشته‌اند و بیشتر آموزش عالی را به‌طور کامل مطرح می‌کنند. تمرکز اصلی مخالفان بر خط‌مشی حقوقی و سیاسی است. این گروه معتقدند که اعمال هرگونه تبعیض جنسیتی با منطق حقوقی و عدالت‌جویانه و نیز با منطق سیاسی و روابط بین‌الملل سازگار نیست.

آنان از نگاه حقوقی استدلال می‌کنند که اعمال هرگونه محدودیت با اصول قانون اساسی مغایر است؛ زیرا بر رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه و تأمین حقوق همه‌جانبه اعم از زن و مرد، تأکید دارد. طبق بند «۹» اصل سه قانون اساسی جمهوری

اسلامی ایران، «دولت موظف است در همه زمینه‌های مادی و معنوی، امکانات رشد و شکوفایی همه شهروندان اعم از زن و مرد را فراهم آورد».

همچنین در اصل بیست ذکر شده است که «همه افراد در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند». ایجاد زمینه‌های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی، که در اصل بیست و یکم بر آن تأکید شده، به‌طور خاص به حمایت از حقوق زنان پرداخته است. علاوه بر نکات قانونی فوق، اعمال هرگونه محدودیت با سیاست برقراری عدالت اجتماعی در جامعه سازگار نیست. همچنین ایران عضو کنوانسیون‌های بین‌المللی متعددی است و قوانین متفاوتی را پذیرفته است، از جمله اعلامیه حقوق بشر درباره آموزش که برخی از مواد آیین‌نامه به شرح زیر است:

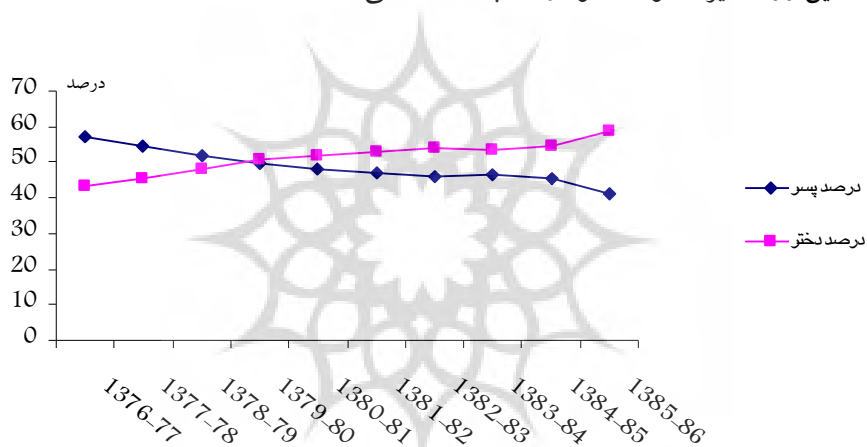
«دستیابی به تحصیلات عالی باید با حفظ مساوات کامل برای همگان بر مبنای شایستگی‌شان باشد. هیچ‌گونه تبعیضی در این رابطه، قابل پذیرش نیست و هیچ‌کس نباید به دلیل مسائل نژادی، جنسیت، زبان، مذهب، سن و همچنین به خاطر تشخیص‌های اجتماعی و اقتصادی یا از طرفی دیگر معلولیت‌های جسمی از آموزش عالی محروم باشد». از دیدگاه این دسته، در عصری که عصر دانش و دانایی نام‌گذاری شده است و در جهانی که شعار اصلی آن ایجاد امکانات و حق مساوی برای همه انسان‌ها به دور از هرگونه تبعیض نژادی، قومی و جنسیتی است، مسئله اعمال محدودیت جنسیتی، توجیه حقوقی و سیاسی ندارد (قلی‌پور و همکاران، ۱۳۸۲: ۱۰-۸).

نظر دیگری که در این خصوص مطرح است از یک سو سهمیه‌بندی جنسیتی با اصول و موازین توانمندسازی اجتماعی و فرهنگی زنان و حمایت از سرمایه‌های انسانی مغایرت دارد و از سوی دیگر به کارکرد فرهنگی آموزش عالی توجهی نشده است، که به افزایش دانش، توده‌ای کردن ارتقای سطح فرهنگ شهروندی و تزریق علم در زندگی روزمره منجر می‌شود. برخی دیگر از مخالفان معتقدند به دلیل اهمیت زنان در فرایند فرهنگ‌پذیری

کودکان در خانواده، تحصیلات آنها می‌تواند زمینه تربیت نسل دانش‌دوست و سالم‌تر را بیشتر فراهم کند.

۴ تحلیل یافته‌ها

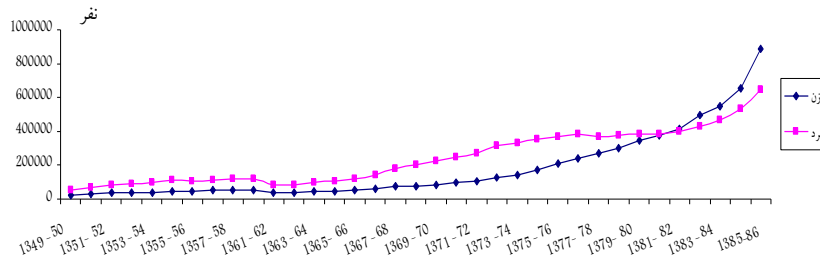
همان‌طور که در قسمت قبل اشاره شد، تعداد دختران از پسران در ورود به دانشگاه‌ها در سال‌های اخیر روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. بررسی فرایندی موضوع نیز نشان از آن دارد که این روند همچنان ادامه دارد و همان‌طور که در نمودارهای زیر نشان داده شده است، این روند سیر صعودی خود را همچنان ادامه می‌دهد.



منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، (۱۳۸۶). «گزارش آمار آموزش عالی ایران، ۱۳۸۶-۱۳۸۵».

نمودار ۱ درصد پذیرفته‌شدگان پسر و دختر در تمام رشته‌ها در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۶

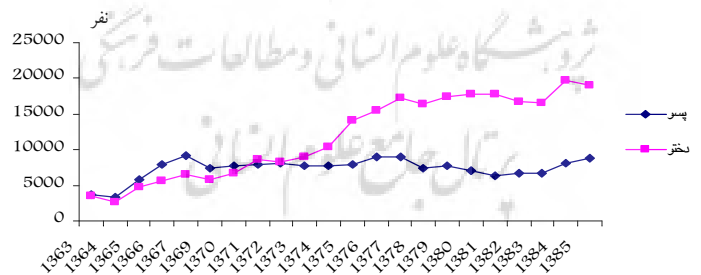
در سال‌های قبل از ۱۳۷۹ همواره نسبت پذیرفته‌شدگان پسر در دانشگاه‌ها به مراتب بیشتر از دختران بوده است، اما در سال ۱۳۸۰-۱۳۷۹ این نسبت به هم نزدیک می‌شود و از سال ۱۳۸۱ دختران از پسران پیشی می‌گیرند. بررسی تعداد پذیرفته‌شدگان در دانشگاه‌ها در سال‌های قبل از انقلاب نیز نشان‌دهنده چنین وضعیتی است.



منبع: همان (۱۳۸۴)، «گزارش آمار آموزش عالی ایران از ابتدای انقلاب تا سال ۱۳۸۳».

نمودار ۲ تعداد پذیرفته شدگان دانشگاه‌ها به تفکیک جنس از سال ۱۳۴۹ تا سال ۱۳۸۶

همان‌طور که نمودار نشان می‌دهد، تمام سال‌های قبل از انقلاب یعنی از سال ۱۳۴۹، همواره تعداد پذیرفته شدگان پسر در دانشگاه‌ها بیشتر از دختر بوده است، اما از سال ۱۳۸۱ این روند حالتی معکوس می‌یابد و دختران از پسران پیشی می‌گیرند. به طوری که برخی از دست‌اندرکاران نظام آموزشی کشور این وضعیت را پدیده‌ای آسیب‌زا می‌دانند که نیازمند اتخاذ تدبیری کارآمد است. اصولاً طرح موضوع سهمیه‌بندی جنسیتی از چنین برداشتی ناشی شده است. درباره این برداشت و آسیب‌زا بودن یا نبودن آن در قسمت‌های بعد بحث خواهیم کرد، اما از آنجایی که تمرکز و توجه این جستار بر رشته پزشکی است، بررسی وضعیت رشته پزشکی حائز اهمیت است.



منبع: همان (۱۳۸۶)، «گزارش آمار آموزش عالی ایران ۱۳۸۵-۱۳۸۰».

نمودار ۳ آمار پذیرفته شدگان گروه علوم پزشکی به تفکیک جنس از سال ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۵

تحلیلی بر سهمیه‌بندی جنسیتی در دانشگاه‌ها با تأکید بر رشته پزشکی ۱۴۹

وضعیت پذیرفته‌شدگان رشته پزشکی نیز در کل فرایند، همانند سایر رشته‌هاست. با این تفاوت که اولاً روند پیشی گرفتن دختران بر پسران از سال تحصیلی ۱۳۷۲-۱۳۷۱ آغاز می‌شود و ثانیاً هرچه به سمت سال‌های اخیر نزدیک می‌شویم نسبت دختران به پسران به‌نحو چشمگیری بیشتر می‌شود.

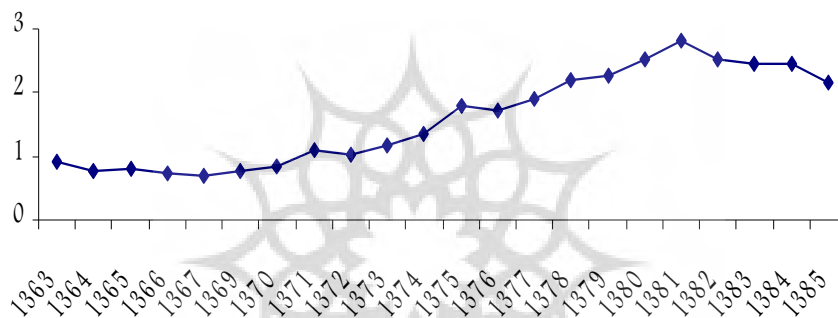
جدول ۱ تعداد و نسبت پذیرفته‌شدگان رشته‌های پزشکی در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۳ به تفکیک جنس

سال	پسران	دختران	جمع	نسبت دختران به پسران
۱۳۶۳	۳۷۷۳	۳۴۵۱	۷۲۲۴	۰/۹۱
۱۳۶۴	۳۳۳۳	۲۵۸۲	۵۹۱۵	۰/۷۷
۱۳۶۵	۵۸۲۴	۴۷۱۸	۱۰۵۴۲	۰/۸۱
۱۳۶۶	۷۹۲۳	۵۷۲۱	۱۳۶۴۴	۰/۷۲
۱۳۶۷	۹۱۸۹	۶۵۴۲	۱۵۷۳۱	۰/۷۱
۱۳۶۸	-	-	-	-
۱۳۶۹	۷۳۹۷	۵۷۷۸	۱۳۱۷۵	۰/۷۸
۱۳۷۰	۷۷۰۱	۶۶۱۶	۱۴۳۱۷	۰/۸۶
۱۳۷۱	۷۹۶۷	۸۶۴۱	۱۶۶۰۸	۱/۰۸
۱۳۷۲	۸۰۳۷	۸۲۹۶	۱۶۳۳۳	۱/۰۳
۱۳۷۳	۷۶۷۲	۸۹۲۵	۱۶۵۹۷	۱/۱۶
۱۳۷۴	۷۶۶۶	۱۰۳۸۳	۱۸۰۴۹	۱/۳۵
۱۳۷۵	۷۸۵۸	۱۴۰۱۳	۲۱۸۷۱	۱/۷۸
۱۳۷۶	۹۰۲۱	۱۵۴۶۱	۲۴۴۸۲	۱/۷۱
۱۳۷۷	۸۹۸۱	۱۷۱۷۴	۲۶۱۵۵	۱/۹۱
۱۳۷۸	۷۴۰۳	۱۶۳۶۴	۲۳۷۶۷	۲/۲۱
۱۳۷۹	۷۷۲۱	۱۷۳۷۹	۲۵۱۰۰	۲/۲۵
۱۳۸۰	۷۰۳۸	۱۷۸۵۶	۲۴۸۹۴	۲/۵۴
۱۳۸۱	۶۳۴۲	۱۷۷۵۶	۲۴۰۹۸	۲/۸
۱۳۸۲	۶۶۵۰	۱۶۶۷۹	۲۳۳۲۹	۲/۵۱

جدول ۱ تعداد و نسبت پذیرفته شدگان رشته‌های پزشکی در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۳ به تفکیک جنس

سال	پسران	دختران	جمع	نسبت دختران به پسران
۱۳۸۳	۶۷۶۶	۱۶۵۸۷	۲۳۳۵۳	۲/۴۵
۱۳۸۴	۸۰۹۵	۱۹۷۴۱	۲۷۸۳۶	۲/۴۴
۱۳۸۵	۸۸۴۷	۱۹۰۷۲	۲۷۹۱۹	۲/۱۶

منبع: همان.



منبع: همان.

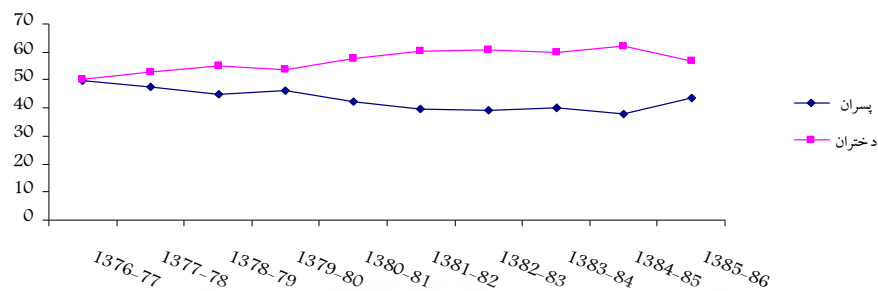
نمودار ۴ نسبت پذیرفته شدگان دختر به پسر در رشته‌های پزشکی در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۳

در واقع از سال ۱۳۷۱ که دختران از پسران در پذیرش رشته‌های پزشکی در دانشگاه پیشی می‌گیرند، تا سال ۱۳۸۱ به بالاترین حد خود یعنی $2/8$ می‌رسد و از آن تاریخ این نسبت کمتر می‌شود. هرچند در سال‌های بعد نیز همواره این نسبت در حد بالایی قرار داشته است به طوری که در سال ۱۳۸۵ نیز این نسبت $2/16$ بوده است یعنی در ازای یک پسر پذیرفته شده در رشته پزشکی $2/16$ دختر پذیرفته شده‌اند.

در خود رشته پزشکی یعنی مقطع دکترای پزشکی حرفه‌ای نیز این وضعیت وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۲ آمده است، روند افزایش دختران بر پسران از سال ۱۳۷۶ آغاز شده

تحلیلی بر سهمیه‌بندی جنسیتی در دانشگاه‌ها با تأکید بر رشته پزشکی ۱۵۱

و حرکتی رو به جلو بوده است. به بیان دیگر، در سال‌های بعد از ۱۳۷۶ همواره بر نسبت دختران پذیرفته شده افزوده شده اما از سال ۱۳۸۵ این نسبت رو به کاهش گذاشته است.



منبع: همان.

نمودار ۵ روند پذیرش دانشجو در مقطع دکترای حرفه‌ای پزشکی در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۶ به تفکیک جنسیت

جدول ۲ نسبت پذیرفته‌شدگان دختر به پسر در رشته پزشکی در سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۶

سال	زن	مرد	جمع	نسبت دختران به پسران
۱۳۷۶-۷۷	۲۴۹۳	۲۴۸۷	۴۹۸۰	۱/۰۰
۱۳۷۷-۷۸	۲۵۳۵	۲۲۸۳	۴۸۱۸	۱/۱۱
۱۳۷۸-۷۹	۲۱۶۵	۱۷۶۶	۳۹۳۱	۱/۲۳
۱۳۷۹-۸۰	۲۰۹۱	۱۷۹۵	۳۸۸۶	۱/۱۶
۱۳۸۰-۸۱	۱۸۵۱	۱۳۵۵	۳۲۰۶	۱/۳۷
۱۳۸۱-۸۲	۱۹۰۷	۱۲۵۱	۳۱۵۸	۱/۵۲
۱۳۸۲-۸۳	۱۸۵۸	۱۲۰۷	۳۰۶۵	۱/۵۴
۱۳۸۳-۸۴	۱۸۸۲	۱۲۶۰	۳۱۴۲	۱/۴۹
۱۳۸۴-۸۵	۲۴۰۳	۱۴۶۱	۳۸۶۴	۱/۶۴
۱۳۸۵-۸۶	۲۱۱۳	۱۶۲۱	۳۷۳۴	۱/۳۰

منبع: همان.

همان‌طور که ملاحظه شد، روند پیشی گرفتن دختران بر پسران در پذیرش دانشگاه‌های رشته‌های پزشکی همواره رو به افزایش بوده است اما از سال ۱۳۸۵ که به سهمیه‌بندی جنسیتی در پذیرش اقدام کرده‌اند و سهم هر کدام از دو جنس ۴۰-۳۰ در نظر گرفته شده، این روند به سمت تناسب پیش رفته است. احتمالاً اتخاذ چنین تصمیمی به دلیل ایجاد تناسب میان پذیرفته‌شدگان پسر و دختر بوده است.

با توجه به آمارهای ارائه شده، نشان می‌دهد که روند پیشی گرفتن دختران بر پسران در تمام رشته‌های دانشگاهی رو به افزایش گذاشته است. در رشته‌های پزشکی نیز این روند، نه تنها وجود داشته بلکه شدت آن نیز بیشتر بوده است. حال این پرسش اساسی مطرح می‌شود که آیا اتخاذ تصمیم‌هایی چون سهمیه‌بندی جنسیتی، راهکار مناسبی برای ایجاد تعادل بین نسبت پسران و دختران است؟

به پرسش یادشده از دیدگاه‌های مختلف می‌توان پاسخ داد. به بیان دیگر، بسته به اینکه از چه زاویه‌ای به موضوع نگریسته شود، می‌توان پاسخ‌های متفاوت داد. همان‌طور که برخی از منتقدان اشاره کرده‌اند از نظر حقوقی و مطابق قانون اساسی و حتی برخی مقوله‌نامه‌های بین‌المللی، برخورداری از تحصیل حقی است همگانی، فارغ از نژاد، مذهب، جنسیت و ... که نمی‌توان این حق مسلم را نادیده انگاشت. به این ترتیب سهمیه‌بندی جنسیتی نوعی تبعیض علیه یک جنس است و تبعیض نیز امری است ناروا و ناپذیرفتنی.

از نظر فرهنگی و اجتماعی، این استدلال پذیرفتنی است که زنان نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند، در صورتی که از تحصیلات بالا برخوردار باشند، بهتر در امور جامعه و خانواده می‌توانند مشارکت کنند و حداقل فرزندان بهتری تربیت کنند. علاوه بر این به دلیل اینکه آموزش دانشگاهی سطح آگاهی‌ها و دانش زنان را ارتقا می‌دهد، زمینه‌ساز رشد نیمی از جامعه خواهد شد.

از نظر اقتصادی نیز می‌توان پذیرفت از آنجایی که تحصیلات زمینه‌ساز ورود بخش عظیمی از جامعه به عرصه کار و تلاش است، در صورتی که زمینه اشتغال وجود داشته باشد،

تولید ناخالص ملی افزایش یافته و در نتیجه جامعه به حدی از رشد دست می‌یابد. از نظر سیاسی نیز ایجاد فرصت یکسان آموزشی برای هر دو جنس، مشروعیت دولت را افزایش می‌دهد و در صحنه بین‌المللی نیز تصویری مناسب از نظام جمهوری اسلامی ارائه می‌دهد.

همه آنچه که گفته شد، در وضعیت عادی امری مقبول و پذیرفتنی است و کمتر کسی معترض آن می‌شود. مشکل زمانی آغاز می‌شود که جامعه در وضعیت نامتعادلی قرار دارد برای مثال زمانی که تعادل نسبت پسران و دختران در ورود به دانشگاه به هم می‌خورد بحث سهمیه‌بندی مطرح می‌شود. حال به این پرسش می‌پردازیم که آیا اساساً سهمیه‌بندی راه‌حل مناسبی برای مشکل ایجاد شده است یا خیر؟

پرسش یادشده مبتنی بر این پیش‌فرض است که برهم خوردن تعادل جنسیتی در دانشگاه موجب برهم خوردن نظم اجتماعی و ایجاد مشکل در برنامه‌ریزی جامعه می‌شود. همان‌طور که گفته شد، به‌طور کلی بحث سهمیه‌بندی در دل خود نوعی نگاه توسعه‌ای و برنامه‌ای را به همراه دارد. به بیان دیگر، از آنجا که برنامه‌های توسعه نیازمند عاملانی است که بتوانند آن را پیش ببرند و این افراد نیز تحصیل‌کردگان دانشگاهی هستند، برهم خوردن تعادل جنسی در بین تحصیل‌کردگان که کارگزاران توسعه هستند، عملاً برنامه‌های توسعه و حرکت توسعه‌ای را مختل می‌کند و از این رو باید با استفاده از سهمیه‌بندی، در صدد ایجاد تعادل برآییم. با این نگاه سهمیه‌بندی جنسیتی در خدمت برنامه‌ریزی قرار می‌گیرد. به بیان دیگر از آنجایی که جامعه برای تصدی مشاغل به هر دو جنس نیازمند است، بنابراین برهم خوردن تعادل جنسیتی در ورود به دانشگاه موجب بی‌تعادلی در بازار کار می‌شود. از این رو سهمیه‌بندی ضرورتی است انکارناپذیر. در اینجا نیز این پرسش مطرح می‌شود که آیا در اوضاع فعلی جامعه ایران بی‌تعادلی در نسبت پسران به دختران در ورود به دانشگاه‌ها مشکل در بازار کار ایجاد می‌شود؟

برای پاسخ‌گویی به این پرسش ابتدا باید این نکته را مدنظر قرار داد که آیا بازار کار جواب‌گوی همه فارغ‌التحصیلان دانشگاهی است یا خیر؟ بررسی وضعیت اشتغال

تحصیل کردگان دانشگاهی نشان از آن دارد که درصد زیادی از تحصیل کردگان دانشگاهی بیکار هستند. بنابراین دانشگاه‌های ایران بیش از نیاز بازار کار، نیرو تربیت می‌کند. اگر این نکته را بپذیریم که اساساً در وضعیت امروز جامعه ایران حجم زیادی از تحصیل کردگان نمی‌توانند به دلیل بی‌نیازی بازار کار وارد بازار کار شوند، بنابراین این استدلال که برهم خوردن تعادل جنسیتی در دانشگاه‌ها موجب بی‌تعادلی در بازار کار می‌شود، حداقل در اوضاع فعلی پذیرفتنی نیست. از یک سو برهم خوردن تعادل جنسیتی در دانشگاه‌ها تا اندازه بسیاری ناشی از بی‌نیازی بازار کار به این حجم انبوه تحصیل کرده است؛ زیرا پسران که در فرهنگ ایرانی نان‌آور خانواده محسوب می‌شوند و بار اقتصادی خانواده بعد از ازدواج بر دوش آنهاست، با درک وضعیت کار، چندان تمایلی برای ورود به دانشگاه‌ها ندارند و از سوی دیگر، دختران با نگاهی متفاوت هنوز تمایل زیادی برای ورود به دانشگاه دارند که این خود باعث برهم خوردن تعادل شده است. به بیان دیگر، در وضعیت فعلی، دانشگاه‌ها کارکردهای دیگری پیدا کرده‌اند که تا اندازه زیادی (حداقل در بین دختران) کارکرد تربیت نیرو برای بازار کار را تحت‌الشعاع قرار داده است.

با وجود این باید به نکته مهم دیگری اشاره داشت که عموماً در تحلیل‌ها از آن غفلت می‌شود و آن اینکه وضعیت یادشده درباره تمام رشته‌ها صادق نیست. به عبارتی گرچه در کل تعداد فارغ‌التحصیلان دانشگاهی بیشتر از نیاز بازار است، اما این وضعیت درباره همه رشته‌ها صدق نمی‌کند. یکی از رشته‌هایی که به رغم وجود حجم زیاد فارغ‌التحصیل از کمبود نیرو رنج می‌برد پزشکی است. همان‌طور که در مباحث گذشته ذکر شد، در رشته پزشکی نیز همانند بسیاری از دیگر رشته‌ها با حجم زیادی تحصیل کرده مواجه هستیم ولی باین حال با کمبود نیرو خصوصاً در نقاط روستایی و دورافتاده مواجه‌ایم. این وضعیت به نظر تناقض‌آمیز است اما واقعیتی است عینی. مطالعه آمار و ارقام تعداد فارغ‌التحصیلان این حوزه نشان می‌دهد که بسیاری از فارغ‌التحصیلان این حوزه دخترند. به طوری که در سال‌های اخیر تعداد دختران به بیش از دو برابر پسران رسیده است. نکته بسیار مهم اینکه

این حجم عظیم به دلایل زیر در نقاطی که نیاز است امکان به کارگیری در حوزه بهداشت و درمان را ندارند:

۱. فارغ‌التحصیلان گروه علوم پزشکی کشور تنها کسانی محسوب می‌شوند که مدتی را در محلی که دولت تعیین می‌کند (در هر نقطه از کشور) با ضوابط مشخص مشغول کار شوند، اما از اولین قانون در این خصوص که لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی درمانی و بهداشتی است و در سال ۱۳۵۸ به تصویب شورای انقلاب رسید، مزایایی برای زنان در نظر گرفته شد. براساس تبصره این قانون، فارغ‌التحصیلان اناث مشمول با کسر مدت قانونی خدمت زیر پرچم ملزم به انجام خدمت موضوع شده و زنان شوهردار از شمول این قانون مستثنا شدند. این رویه کمابیش در سال‌های بعد و اصلاحیه‌های بعدی نیز دیده شد. باید در نظر داشت این ارفاق نه تنها زنان را از کار در مناطق محروم کشور معاف می‌کرد بلکه به دلیل آنکه شرکت در دوره تخصص منوط به گذراندن این طرح بود، عملاً امکان ادامه تحصیل را نیز بیشتر برای آنان فراهم می‌ساخت.

۲. براساس ماده (۱۰۰۵) قانون مدنی که اشعار دارد که «اقامتگاه زن شوهردار همان اقامتگاه شوهر است مع ذلک زنی که شوهر او اقامتگاه معلومی ندارد و همچنین زنی که با رضایت شوهر خود و یا با اجازه محکمه مسکن علی حده اختیار کرده می‌تواند اقامتگاه شخصی علی حده نیز داشته باشد» (حسینی نیک، ۱۳۸۶). اقامتگاه زن شوهردار همان اقامتگاه شوهر اوست. براساس این و طبق بخش‌نامه‌های موجود در خصوص کارکنان دولت، زن به تبعیت از همسر به شهر محل کار وی منتقل می‌شود. این قانون سبب می‌شود پزشکان زن که در نقاط محروم خدمت می‌کنند به راحتی بتوانند به جای دیگری منتقل شوند و در نتیجه بر کمبود نیرو در آن مناطق افزوده شود.

۳. گذشته از مواد قانونی که موجب عدم به کارگیری پزشکان و فارغ‌التحصیلان سایر رشته‌های پزشکی در مناطق محروم می‌شد، از آنجا که در برخی خانواده‌ها زنان بعد از ازدواج فرصت کار را در بیرون از منزل از دست می‌دهند، همچنین بعضی زنان تربیت فرزند و رسیدگی

به کارخانه را بر کار در بیرون از خانه ترجیح می‌دهند، بنابراین حجمی از نیروی تحصیل کرده از گردونه خارج می‌شود و در نتیجه بر کمبود نیرو در این حوزه افزوده خواهد شد.

با توجه به آنچه گفته شد، علت کمبود نیرو در حوزه پزشکی را به‌رغم وجود حجم زیاد فارغ‌التحصیلان باید در همین امر جست‌وجو کرد. به این معنا که از یک‌سو نسبت دختران به پسران در ورود به دانشگاه بیش از دو برابر است، از سوی دیگر بنا به دلایلی که در بالا ذکر شد، بخشی از این نیرو امکان ورود به بازار کار ندارند.

نکته بسیار مهم دیگری که باید به آن اشاره کرد، آن است که چرا اساساً نسبت دختران در دانشگاه‌ها به پسران افزایش یافته است. علت‌شناسی این پدیده موضوعی است که چندان توجهی به آن نشده است. حال آنکه هرگونه اقدامی در این زمینه مستلزم علت‌شناسی موضوع است. به عبارت دیگر، پاسخ‌گویی به این پرسش که چرا با وجود اینکه در گذشته نسبت پسران به دختران در ورود به دانشگاه‌ها بیشتر بود، در سال‌های اخیر این حرکت معکوس شده است، نیازمند پژوهشی علمی است، اما از لحاظ نظری می‌توان علت آن را در عقلانیت‌های متفاوت مردانه و زنانه جست‌وجو کرد. به این معنا که با توجه به اوضاع فعلی جامعه، عقلانیت مردانه ورود به دانشگاه را چندان عقلایی نمی‌داند و به‌عکس عقلانیت زنانه ورود به دانشگاه را کاملاً عقلانی ارزیابی می‌کند. به بیان دیگر، پسران براساس منطق حسابگرایانه خود صرف چندین سال برای تحصیل در دانشگاه با توجه به منطق هزینه-فایده غیرعقلانی می‌دانند، حال آنکه دانشگاه برای دختران امکان‌های جدیدی فراهم می‌سازد که در بیرون از دانشگاه الزاماً چنین چیزی وجود ندارد.

یادآور می‌شود که بحث سهمیه‌بندی جنسیتی رشته‌های پزشکی مختص به ایران نیست. در انگلستان نیز چند سال است که پیشنهاد برای سهمیه‌بندی جنسیتی رشته‌های پزشکی مطرح شده است. در مقاله‌ای که در نشریه معتبر مجله پزشکی بریتانیا^۱ در سال ۲۰۰۸ به چاپ رسیده (McKinstry, 2008: 748) شمار فزاینده دانشجویان زن در رشته

1. *British Medical Journal*

پزشکی را موجب نگرانی، به‌خصوص در رشته پزشکی خانواده (پزشک عمومی) عنوان کرده است؛ زیرا در بیشتر دانشکده‌های پزشکی بریتانیا تعداد دانشجویان زن بیشتر از دانشجویان مرد - نسبت سه بر دو - است. گذشته از این زنان دانشجویی که اکنون در دانشکده‌های پزشکی تعدادشان بیشتر از مردان است، احتمال کمتری دارد در بخش‌های آموزشی و پژوهشی کار کنند (Goldacre, Turner, Fazel and Lambert, 2005: 158-164) همین از یک‌طرف بیم آن می‌رود که پزشکان زن به‌صورت پاره‌وقت کار کنند و موجب اشکالاتی از نظر تأمین پرسنل پزشکی ایجاد کند (Davidson, Lambart, Goldacre, 1998: 1425-1480). و از طرف دیگر حضور پزشکان زن در رشته‌های جراحی و نیز رده‌های بالای حرفه پزشکی به مراتب کمتر از پزشکان مرد است. به عبارتی آنان علاقه‌ای به انتخاب رشته‌هایی مانند جراحی ندارند (Lambert, Goldacre and Turner, 2003: 194-195). راه‌حل مشکل مطرح شده از نظر نویسنده مقاله، دکتر مک کینستری، پذیرش بیشتر پسران در دانشگاه است.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که در جداول و نمودارها نشان داده شد، افزایش تعداد دختران از پسران در دانشگاه واقعیتهای انکارناپذیر است. در رشته‌های پزشکی از یک‌طرف تعداد دختران نسبت به پسران بیشتر است و از طرف دیگر در برخی مناطق با کمبود نیرو مواجه هستیم. این در حالی است که گذشته از اینکه تعداد دختران فارغ‌التحصیل در رشته‌های پزشکی بیش از دوبرابر پسران است - به دلیل امتیازاتی که قانوناً در اختیار دختران قرار داده شده است - (شرح آن در قسمت قبل آمد)، اقتضائات اجتماعی - فرهنگی و ... عملاً دختران را کمتر در مناطقی که با کمبود نیرو مواجه است، حاضر به کار می‌کند که در نتیجه با مشکلاتی در این زمینه روبه‌رو هستیم. بنابراین تأمل کارشناسانه و تدبیر راه‌حلی کارآمد ضروری است. اما آیا راه‌حل ارائه شده در این خصوص یعنی سهمیه‌بندی، ما را به سر منزل مقصود خواهد رساند؟

علت‌شناسی پدیده پیشی گرفتن دختران از پسران در ورود به دانشگاه، اولین گامی

است که باید برداشته شود؛ زیرا اگر شناختی از علل به وجود آمدن چنین پدیده‌ای نباشد، در عمل راه‌حلی‌هایی که ارائه خواهد شد، احتمالاً چندان کارآمد نخواهد بود. به بیان دیگر اگر عللی که موجب بروز چنین پدیده‌ای شده است همچنان در سر جای خود باقی بماند، سهمیه‌بندی نیز در یک فرایند بلندمدت باعث پایین آمدن سطح علمی دانشگاه‌ها خواهد شد؛ زیرا راه برای کسانی باز خواهد شد که توانایی و انگیزه کافی برای ورود به دانشگاه ندارند که این امر پیامدهای ناگواری را دربر خواهد داشت.

بنابراین، ارائه راه‌حل علمی و کارشناسانه مسبوق به پژوهشی علمی و دقیق درباره علت‌شناسی مسئله افزایش ورود دختران نسبت به پسران در دانشگاه است. با وجود این اگر در برخی رشته‌ها مثل پزشکی کمبود نیرو وجود دارد و به ناگزیر باید سهمیه‌بندی شود، باید توجه داشت که اولاً این سهمیه‌بندی صرفاً در برخی رشته‌ها و بنا به ملاحظات انجام شود، ثانیاً باید بر مبنای نیازسنجی باشد، به این معنا که هدف، پرورش و تربیت نیروی مورد نیاز باشد نه ایجاد تعادل صرف بین نسبت پسران با دختران در دانشگاه‌ها، ثالثاً بر اساس نیازسنجی که انجام می‌شود، سهمیه‌بندی تا زمانی ادامه داشته باشد که نیازها پاسخ داده شود.

منابع و مأخذ

- حسینی نیک، سیدعباس (به اهتمام) (۱۳۸۶). *قانون مدنی با آخرین اصلاحات به انضمام قانون مسئولیت مدنی تصحیح و مقابله براساس کتاب قانون مدنی*، تهران، مجتمع علمی و فرهنگی مجد.
- قلی‌پور، رحمت‌الله و همکاران (۱۳۸۲). «ممنوعیت اعمال هرگونه تبعیض جنسیتی در گزینش دانشجوی»، معاونت پژوهشی مرکز پژوهش‌های مجلس.
- گابینی، فاطمه (۱۳۸۵). «ارزیابی وضعیت زنان در آموزش عالی طی ده‌ساله اخیر (۱۳۷۲-۱۳۷۱ و ۱۳۸۲-۱۳۸۱)»، روابط عمومی شورای فرهنگی، اجتماعی زنان.
- مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (۱۳۸۵). «گزارش آمار آموزش عالی ایران ۱۳۸۵-۱۳۸۴».
- _____ (۱۳۸۶). «گزارش آمار آموزش عالی ایران ۱۳۸۶-۱۳۸۵».
- _____ (۱۳۸۴). «گزارش آمار آموزش عالی ایران از ابتدای انقلاب تا سال ۱۳۸۳»، (لوح فشرده).
- متن سخنرانی مشاور رئیس‌جمهور در امور زنان و خانواده در مراسم افتتاح اولین مرکز کارآفرینی رشد در ۱۰ بهمن ۱۳۸۶ در استان مرکزی در <http://www.women.gov.ir/pages/print.php?cid=3008>
- مجموعه مصوبات شورای عالی برنامه‌ریزی از سال ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۹.
- معاونت فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (۱۳۸۰). «بررسی و تحلیل افزایش سهم زنان در آموزش عالی ایران».
- Goldacre, M., G. Turner, T. Lambert and S. Fazel (2005). "Career Choices for Psychiatry: National Surveys of Graduates of 1974-2000 from UK Medical Schools", *British Journal Psychiatry*, Vol. 186.
- Lambert, T., G. Davidson and M. Goldacre (1998). "Career Pathways and Destinations 18 years on Among Doctors who Qualified in the United Kingdom in 1977", Postal Questionnaire Survey, *BMJ*, Vol. 317.
- Lambert, T. M. Goldacre, G. Turner (2009). "Career Choices of United Kingdom Medical Graduates of 1999 and 2000", Questionnaire Surveys, *BMJ*, Vol. 326.
- McKinstry, Brian (2008). "Are there too Many Female Medical Graduates", *British Medical Journal*, Vol. 336.