مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
جلد ۴، شماره ۳، تابستان ۱۳۸۴، ۱۸۵-۱۸۰

افزایش نسبت دانشجویان دختر در رشته‌های پزشکی و دندان‌پزشکی و موفقیت بیشتر تحصیلی آن‌ها در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۲

حمیدرضا رشیدی‌نژاد[۱]، سیدمحمدجواد مرتضوی[۲]

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱٤ اصلاح نهایی: ۱۳۸٤/٤/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۸٤/٥/۲٤

چکیده

سابقه و هدف: کاهش انگیزه دانش‌آموزان پسر برای ادامه تحصیل در رشته‌های مختلف تحصیلی در دانشگاه‌های کشور موجب شده است که نسبت دانشجویان پسر به دختر در برخی رشته‌های تحصیلی کاهش یابد. این مسأله می‌تواند در آینده‌ای نزدیک موجب تک جنسیتی شدن ارایه دهندگان خدمات بهداشتی-درمانی و بروز اختلال در نظام سلامت جامعه گردد. با توجه به این که دانشجویان دختر جمعیت غالب هر رشته تحصیلی را تشکیل می‌دهند، در این مطالعه موفقیت تحصیلی دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی بر روی ۱۱۴ دانشجوی پزشکی و ۵۰ دانشجوی دندان‌پزشکی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۲ انجام شد. معدل دانشجویان بر اساس پرونده‌های تحصیلی به سه گروه ۲۰-۱۷ (الف)، ۱۶/۹۹-۱۴ (ب) و کمتر از آن طبقه‌بندی شد. فراوانی سه گروه معدلی بر حسب جنس، بومی بودن و بومی نبودن با استفاده از آزمون مجذور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دربررسی‌های صورت گرفته، نشان داده شد که دختران علاوه بر تشکیل دادن جمعیت غالب در هر رشته، در آزمون‌های درسی نیز از موفقیت بیشتری برخوردار می‌باشد به طوری که در گروه پزشکی ۲/۷٪ پسران و ۱۸/۲٪ دختران از معدل الف برخوردار بودند. در گروه دندان‌پزشکی هیچ‌کدام از پسران معدل الف نداشتند در حالی که ۸٪ دختران معدل الف داشتند. این تفاوت‌ها هم در رشته پزشکی و هم در دندان‌پزشکی از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که تفاوت‌های معنی‌دار مشاهده شده ارتباطی به میزان استعداد تحصیلی دانشجویان نداشته و تنها از کمتر بودن نسبی انگیزه دانشجویان پسر برای مطالعه پس از ورود به دانشگاه منشأ گرفته باشد.

واژه‌های کلیدی: پیشرفت تحصیلی، نسبت دختر به پسر، دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی، رفسنجان

مقدمه

تاریخچه پزشکی حاکی از مهم شمرده شدن مردان و سلامت آن‌ها است [۱۹]. تصور می‌شود که آموزش پزشکی و پژوهش‌های مربوط به آن همواره از بی توجهی به نقش جنسیت دچار مشکل بوده است. هر چند زنان نسبت به مردان از طول عمر بیشتری برخوردار هستند اما به نظر می‌رسد که زنان بیشتر از مردان از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند [۱۹]. در دنیای غرب تا چند قرن پیش تصور می‌شد که اندازه کوچکتر سر در دخترها نشانه خوبی برای فروتر بودن ایشان نسبت به پسران است، حتی هنگامی‌که کشف شد نسبت سر به بدن در دخترها از پسرها بیشتر است، باز این موضوع مسأله را حل نکرد و دختران بدین خاطر به بچه تشبیه شدند [۱۶]. این دیدگاه موجب شده بود که به صورت تاریخی محدودیت‌های خاصی در پذیرش دختران در

۱- استادیار قلب و عروق، گروه آموزشی داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
۲- (نویسندهٔ مسئول) دانشیار گروه آموزشی بیوشیمی و بیوفیزیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
تلفن: ۸۲۲۰۰۹۷-۰۳۹۱، فاکس: ۸۲۲۰۰۹۷-۰۳۹۱، پست الکترونیکی: jamo23@lycos.com

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]

دانشکده‌های پزشکی مشاهده گردد. خوشبختانه با از میان رفتن این نگرش نادرست، امروزه دختران بخش مهمی از دانشجویان پزشکی را در دانشکده‌های پزشکی جهان تشکیل می‌دهند، اما با این وجود در دنیای امروز هنوز زنان از جایگاه قابل توجهی در مشاغل مدیریتی پزشکی برخوردار نیستند [۱۸]. هم‌چنین گزارش شده است که پزشکان زن در کشورهای غربی از سطح درآمد کمتری نسبت به پزشکان مرد دارای مشاغل مشابه برخوردار بوده و روند ارتقاء آن‌ها کندتر از مردان است [۱۷].

در کشورهای توسعه یافته‌ای نظیر کانادا از اواسط دهه ۱۹۹۰ تعداد تقریبا برابری از دانشجویان دختر و پسر از دانشکده‌های پزشکی فارغ التحصیل شده‌اند [۱۶]. نسبت دانشجویان پسر به دختر در دو رشته پزشکی و دندان‌پزشکی در دانشگاه‌های مشهوری نظیر دانشگاه Mc Gill از تعادل مناسبی برخوردار است. جدول ۱ نسبت دانشجویان پسر و دختر را در هنگام ثبت نام ترم پاییزه در سال‌های تحصیلی ۹۷-۱۹۹۶ و ۹۶-۱۹۹۵ را در این دانشگاه نشان می‌دهد [۹]. هم‌چنین در انگلستان نیز ۵۹٪ دانشجویان ورودی دانشکده‌های پزشکی را دختران تشکیل داده‌اند [۱۲]. این افزایش نسبت حتی در کشورهای آفریقایی نظیر آفریقای جنوبی مشاهده می‌شود. در سال ۲۰۰۰ میلادی ۵۶٪ دانشجویان سال اول رشته پزشکی دختر بوده‌اند [۱۳].

به هم خوردن تعادل جنسیتی در دانشجویان پزشکی در اغلب کشورها به عنوان مسأله‌ای مهم در نظر گرفته شده و بررسی‌هایی برای رفع این مسأله که می‌تواند موجب بروز اختلال در سیستم توزیع کادر پزشکی گردد، انجام شده است [۱۱].

جدول ۱: تعداد دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی ثبت نام شده در ترم پاییزه سال‌های تحصیلی ۹۶-۱۹۹۵ و ۹۷-۱۹۹۶ دانشگاه McGill کانادا

رشته تحصیلی	۹۷-۱۹۹۶			۹۶-۱۹۹۵		
	پسر	دختر	جمع کل	پسر	دختر	جمع کل
دندان‌پزشکی	۵۳	۴۴	۹۷	۴۶	۵۵	۱۰۱
پزشکی	۲۷۱	۲۵۶	۵۲۷	۲۴۳	۲۵۳	۴۹۶

تا حدود ۱۰ سال پیش تنها ۱۲/۵٪ دانشجویان پزشکی در ایران دختر بودند [۴]. اکنون حدود یک سوم دانشجویان پزشکی کشور را دختران تشکیل می‌دهند. هم‌چنین در حال حاضر تمام ظرفیت رشته تخصصی زنان و زایمان و نیمی از ظرفیت رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و داخلی قلب به دختران اختصاص داده شده است. در رشته‌های تخصصی دیگر نظیر ارتوپدی، اورولوژی و جراحی اعصاب، چشم و اعصاب و روان نیز حداقل ۲۵٪ ظرفیت به دختران تعلق دارد [۴]. این در حالی است که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی رشته‌های بالینی کشور که در بهمن ماه سال ۱۳۸۱ برگزار گردید، از میان ۱۱۲۴۶ نفر شرکت کننده، ۸۱۱۱ نفر پسر و ۳۱۳۵ نفر دختر بودند [۲]. بررسی رشد نسبت دانشجویان پزشکی دختر به پسر به سادگی نشان می‌دهد که هر چند در حال حاضر کمتر از ۳۰٪ داوطلبان ورودی به دوره‌های دستیاری را دختران تشکیل می‌دهند اما مطابق یک برآورد ساده در آینده‌ای نزدیک اکثریت قابل توجه داوطلبان را دختران تشکیل خواهند داد.

افزایش شدید نسبت دانشجویان دختر به پسر در رشته‌های پزشکی می‌تواند در آینده‌ای نه چندان دور موجب بروز مشکلات قابل توجهی برای سیستم بهداشتی- درمانی کشور گردد که از جمله این مشکلات می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱- بیشتر بودن احتمال عدم تمایل به اشتغال در مناطق مورد نیاز کشور پس از فراغت از تحصیل در دانشجویان دختر رشته‌های علوم پزشکی، ۲- بالا بودن میزان استفاده خانم‌ها از مرخصی‌های طولانی مدتی نظیر مرخصی زایمان و مرخصی بدون حقوق، ۳- تمایل بیشتر پزشکان زن به کار نیمه وقت، ۴- افزایش احتمال تک جنسیتی شدن مدیران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]

سیستم بهداشتی- درمانی، ۵- تک جنسیتی شدن پذیرفته شدگان دوره‌های تخصصی، فلوشیپ و فوق تخصصی رشته‌های مختلف.

دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سه مقطع تحصیلی دکتری حرفه‌ای، کارشناسی و کاردانی تحصیل می‌نمایند. هدف از این مطالعه مقایسه موفقیت تحصیلی دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان بر حسب جنسیت بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی بر روی ۱۱۴ دانشجوی پزشکی و ۵۰ دانشجوی دندان‌پزشکی شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۲ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان صورت گرفت. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی بود و دانشجویان انتخاب شده جهت این مطالعه تمامی دانشجویانی بودند که در زمان انجام مطالعه، همه نمرات آن‌ها در رایانه‌های اداره کل آموزش دانشگاه ثبت شده و امکان تعیین معدل کل آن‌ها به صورت دقیق وجود داشت. دانشجویان مورد مطالعه بر حسب جنسیت و برخورداری از معدل الف (۲۰-۱۷)، ب (۱۶/۹۹-۱۴) و یا ج (کمتر از ۱۴) گروه‌بندی شدند. هم‌چنین با توجه به این که بومی بودن یا بومی نبودن دانشجویان می‌توانست اثرات روان‌شناختی و اجتماعی متفاوتی را در دانشجویان دختر و پسر به همراه داشته باشد، جدول طبقه‌بندی مشابهی در مورد بومی بودن نیز تدوین گردید. در این مطالعه دانشجویانی که محل سکونت آن‌ها در شهر رفسنجان بود به عنوان بومی منظور شدند. به منظور تعیین تفاوت احتمالی موفقیت بیشتر دانشجویان دختر در کسب معدل بهتر نسبت به دانشجویان پسر، یا اثر بومی بودن بر روی این موضوع از آزمون مجذور کای و نرم افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی‌دار آماری $p<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

نتایج

در گروه پزشکی ۵۹ نفر (۵۱/۸٪) از دانشجویان بومی و ۵۵ نفر (۴۸/۲٪) غیر بومی،۳۷ نفر (۳۲/۵٪) پسر و ۷۷ نفر (۶۷/۵٪) دختر بودند. در گروه دندان‌پزشکی ۶ نفر (۱۲٪) بومی و ۴۴ نفر (۸۸٪) غیر بومی، ۲۵ نفر (۵۰٪) پسر و ۲۵ نفر (۵۰٪) دختر بودند.

در گروه پزشکی ۱۳/۲٪ دانشجویان معدل الف، ۶۶/۷٪ معدل ب، ۲۰/۲۰٪ معدل ج یا کمتر داشتند. در گروه دندان‌پزشکی، ۳/۸٪ معدل الف، ۷۱/۷٪ معدل ب و ۲۴/۵٪ معدل ج یا کمتر داشتند.

جدول ۲، فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی در گروه‌های معدلی الف تا ج را در افراد بومی و غیر بومی نشان می‌دهد. نتایج ارایه شده در این جدول حاکی از آن است که از نظر وضعیت تحصیلی تفاوت معنی‌دار آماری بین افراد بومی و غیر بومی وجود ندارد که این مسئله هم در مورد دانشجویان پزشکی و هم در مورد دانشجویان دندان‌پزشکی صادق است.

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی معدل دانشجویان بومی و غیربومی در دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال‌های تحصیلی۱۳۸۳-۱۳۸۲

بومی یا غیربومی	بومی			غیربومی			کل	
رشته تحصیلی	معدل الف	معدل ب	معدل‌ج‌و پایین‌تر	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر
پزشکی	٪۱۵/۳ (۹)	٪۶۴/۴ (۳۸)	٪۲۰/۳ (۱۲)	٪۱۰/۹ (۶)	٪۶۹/۱ (۳۸)	٪۲۰ (۱۱)	٪۱۳/۲ (۱۵)	۶۶/۷ (۷۶)	٪۲۰/۲ (۲۳)
دندان‌پزشکی	۰ (۵)	٪۸۳/۳ (۵)	٪۱۶/۷ (۱)	٪۴/۵ (۲)	٪۷۵۵ (۳۳)	٪۲۰/۵ (۹)	٪۴ (۲)	٪۷۶ (۳۸)	٪۲۰/۵ (۱۰)

اعداد داخل پرانتز نشان دهنده فراوانی مطلق می‌باشد. پزشکی: $df=۲$ ، $p=۰/۷۷۷$ ، دندان‌پزشکی: $df=۲$ ، $p=۰/۷۵۸$

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]

جدول ۳ فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پزشکی و دندان‌پزشکی در گروه‌های معدلی الف تا ج را بر حسب جنس نمایش می دهد. در گروه پزشکی تنها ٪۲/۷ پسران معدل الف داشتند در حالی که ٪۱۸/۲ دختران از معدل الف برخوردار بودند. در گروه دندان‌پزشکی هیچ‌کدام از پسران معدل الف نداشتند در حالی که ٪۸ دختران دارای معدل الف بودند. نتایج ارائه شده در این جدول حاکی از این است که موفقیت تحصیلی دختران از نظر معدل کل هم در دانشجویان پزشکی ($p< ۰/۰۵$) و چه در دانشجویان دندان‌پزشکی ($p<۰/۰۱$) بهتر از پسران می‌باشد.

جدول ۳: مقایسه معدل دانشجویان دختر و پسر در دو گروه پزشکی و دندان‌پزشکی

جنسیت / رشته تحصیلی	پسر			دختر			کل	
	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر
پزشکی	٪۲/۷ (۱)	٪۶۴/۹ (۲۴)	٪۳۲/۴ (۱۲)	٪۱۸/۲ (۱۴)	٪۶۷/۵ (۵۲)	٪۱۴/۳ (۱۱)	٪۱۳/۲ (۱۵)	۶۶/۷ (۷۶)	٪۲۰/۱ (۲۳)
دندان‌پزشکی	۰	٪۶۴ (۱۶)	٪۳۶ (۹)	٪۸ (۲)	٪۸۸ (۲۲)	٪۴ (۱)	٪۴ (۲)	٪۷۶ (۳۸)	٪۲۰ (۱۰)

مقادیر داخل پرانتز فراوانی مطلق می‌باشد. پزشکی: $df=۲$، $p=۰/۰۱۳$، دندان‌پزشکی: $df=۲$، $p=۰/۰۰۹$

بحث

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده موفقیت بیشتر دانشجویان دختر در کسب نمرات بالاتر است. در دیگر کشورها نیز نتایج نسبتا مشابهی گزارش شده است. برای مثال در انگلستان دانشجویان دختر سال دوم پزشکی در درس ژنتیک از نمرات بالاتری در حد ۹٪ برخوردار بودند [۱۵]. در مطالعه دیگری که در کشور ایرلند بر روی ۵۵۷ دانشجوی سال آخر پزشکی (۲۷۷ دانشجوی دختر و ۲۸۰ دانشجوی پسر) صورت گرفت، مشخص گردید که دانشجویان دختر به صورت معنی‌دار از موفقیت تحصیلی بیشتری برخوردار بودند [۱۰]. در این مطالعه بیشتر بودن موفقیت تحصیلی دانشجویان دختر نسبت به پسر در دروس اطفال، روان‌پزشکی و زنان و زایمان، بارزتر از بقیه دروس بود. در مطالعه دیگری که در دانشکده پزشکی دانشگاه جان‌هاپکینز[1] آمریکا بر روی ۳۵۵ دانشجوی پزشکی صورت گرفت، مشخص گردید که دانشجویان دختر در درس زنان و زایمان در آزمون‌های کتبی، آزمون‌های کلینیکی استاندارد و نمرات آزمون نهایی از موفقیت بیشتری نسبت به دانشجویان پسر برخوردار بودند [۶].

هم‌چنین حتی در کشورهای توسعه یافته‌ای نظیر ایالات متحده آمریکا علی‌رغم این که در سال ۲۰۰۲ میلادی ۴۶٪ دانشجویان پزشکی را دختران تشکیل می‌داده‌اند [۵] و تعداد دانشجویان دختر دانشکده‌های پزشکی آن کشور هر سال در حال پیشرفت بوده است، در عرض ۲۰ سال گذشته تنها تغییر بسیار اندکی در رتبه‌های علمی اساتید پزشکی زن کشور آمریکا صورت گرفته است. برای مثال تنها ۲۸٪ از اعضای هیأت علمی دانشکده‌های پزشکی آمریکا زن هستند [۷]. نتایج بررسی دیگری نشان داده است که تنها ۱۱٪ از اعضای هیأت علمی زن در رشته پزشکی به مرحله استادی می‌رسند[۸]. هم‌چنین حقوق دریافتی پزشکان زن [۱۴] و اعضای هیأت علمی در مرتبه استادیار، دانشیار و استاد با اختلاف قابل ملاحظه‌ای از همتایان مرد آن‌ها کمتر بوده است [۳].

بی‌شک عدم مداخله سیاستگزاران ارشد کشور و به ویژه وزارت بهداشت در این امر زیان‌های غیر قابل جبرانی برای کشور خواهد داشت. پژوهش‌هایی که اخیراً با هدف تعیین انگیزه‌های ورود دختران به دانشگاه صورت گرفته است، بر پیچیدگی موضوع دلالت داشته و نقش کسب استقلال مالی را به عنوان یک عامل مهم مشخص نموده است [۱].

1- Johns Hopkins University

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]

نتیجه‌گیری

تاکنون پیچیدگی تصمیم‌گیری در مورد نوع مداخله مورد نظر برای ایجاد تعادل جنسیتی در دانشجویان پذیرفته شده در رشته‌های علوم پزشکی و پیامدهای سیاسی اجتماعی آن مانع از رسیدن به یک وحدت نظر در بین سیاستگزاران بهداشتی درمانی کشور گردیده است.

اعمال سهمیه جنسیتی یا اختصاص ۵۰٪ ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی به پسران اگر چه در کوتاه مدت می‌تواند مشکل تک جنسیتی شدن پرسنل بهداشتی- درمانی کشور را حل کند اما عدم توجه به علل اصلی بروز این مشکل که تا حد زیادی از کاهش انگیزه پسران برای ورود به دانشگاه منشاء می‌گیرد، در درازمدت موجب کاهش سطح علمی دانشگاه‌های کشور خواهد شد. هم‌چنین تصور می‌شود که اعمال چنین سهمیه‌ای عدالت اجتماعی را مورد تهدید قرار داده و برابری دختر و پسر را در دستیابی به تحصیلات دانشگاهی دچار تهدید سازد. بدین ترتیب انتظار می‌رود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تشکیل یک گروه مشورتی از صاحب‌نظران مطرح در سطح کشور ابتدا به شناسایی دقیق ریشه‌های بروز این مشکل پرداخته و پس از بررسی‌های همه جانبه نسبت به انتخاب کم هزینه‌ترین و اثر بخش‌ترین روش مداخله اقدام نماید.

References

[۱] غلامی ی: ارزیابی انگیزه دختران از ورود به دانشگاه. نشریه اطلاع‌رسانی معارف، ۱۳۸۳، صفحات: ۴۱-۴۰.

[۲] گزارش برگزاری سی‌امین دوره آزمون پذیرش دستیار تخصصی رشته‌های بالینی، خبرنامه شورای آموزش پزشکی و تخصصی، ۱۳۸۲، صفحه: ۲۶.

[3] Academy Health, Median Academic Salary by Gender. 2002, Academy Health.

[4] Azarmina P: In Iran, gender segregation becoming a fact of medical life. *CMAJ*., 2002; 166(5): 645.

[5] Barzansky B, Etzel SI: Educational programs in US medical schools, 2001-2002. *JAMA*., 2002; 288(9): 1067-72.

[6] Bienstock JL, Martin S, Tzou W, Fox HE: Medical students' gender is a predictor of success in the obstetrics and gynecology basic clerkship. *Teach Learn Med*., 2002; 14(4):240-3.

[7] Chin EL: This side of doctoring. Reflections from women in medicine. London: Sage Publications. 2002.

[8] Eckler MA: Eye of the Beholder: Addressing Gender Differences & Stereotypes in Medicine. Women in Medicine and Science., 2002; 10(1): 2.

[9] Fall term registration summary (D96-21), McGill University.

[10] McDonough CM, Horgan A, Codd MB, Casey PR: Gender differences in the results of the final medical examination at University College Dublin. *Med Educ*., 2000; 34(1):30-4.

[11] McEwin K, Levitt L Wanted: New Rural Workforce Strategies for Female Doctors: Findings from a Survey of Women in Rural Medicine Mascot: NSW Rural Doctors Network, 2001.

[12] Moore W: BMA negotiator calls for more male medical students. *BMJ*., 2002; 324(7340):754.

[13] MWIA, Medical Womens International Alliance update October, http://members.aol.com /mwia/index.htm Dortmund, Germany 2001.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]

differences in academic advancement: patterns, causes, and potential solutions in one US College of Medicine. *Acad Med*., 2003; 78(5): 500-08. [18] Yedidia MJ, Bickel J: Why aren't there more women leaders in academic medicine? the Views of clinical department chairs. *Acad Med.,* 2001; 76(5): 453-65.

[19] Zelek B, Phillips SP, Lefebvre Y: Gender sensitivity in medical curricula. *CMAJ*., 1997; 156(9):1297-300.

[14] Padavic I, Reskin B: Women and Men at Work. 2 nd ed. Thousand Oaks, Calif: Pine Forge Press. 2002.

[15] Pritchard DJ: Effects of sex and alphabetical listing on examination performance of medical students. *Med Educ*., 1988; 22 (3):205-10.

[16] Woodward CA: Medical students' attitudes toward women: are medical schools microcosms of society? *CMAJ*., 1999; 160(3):347-8.

[17] Wright AL, Schwindt LA, Bassford TL, Reyna VF, Shisslak CM, St Germain PA, et al: Gender

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1384.4.3.7.9]