

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

حمیدرضا رشیدی‌نژاد^۱، سید‌محمد‌جواد مرتضوی^۲

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۱۴ اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۴/۲۹ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۵/۲۴

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 دهنده‌گان 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 ۱۳۸۲-۱۳۸۳ انجام شد. معدل دانشجویان بر اساس پرونده‌های تحصیلی به سه گروه ۱۷-۲۰ (الف)، ۱۶-۹۹ (ب) و کمتر از آن طبقه‌بندی شد. فراوانی سه گروه معدلی بر حسب جنس، بومی بودن و بومی نبودن با استفاده از آزمون مجدور کای مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در بررسی‌های 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

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 هنگامی که 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

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

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

مناسبی برخوردار است. جدول ۱ نسبت دانشجویان پسر و دختر را در هنگام ثبت نام ترم پاییزه در سال های تحصیلی ۹۷-۹۶ و ۹۶-۹۵ را در این دانشگاه نشان می دهد [۹]. هم چنین در انگلستان نیز ۵۹٪ دانشجویان ورودی دانشکده های پزشکی را دختران تشکیل داده اند [۱۲]. این افزایش نسبت حتی در کشورهای آفریقایی نظیر آفریقای جنوبی مشاهده می شود. در سال ۲۰۰۰ میلادی ۵۶٪ دانشجویان سال اول رشته پزشکی دختر بوده اند [۱۳].

به هم خوردن تعادل جنسیتی در دانشجویان پزشکی در اغلب کشورها به عنوان مسئله ای مهم در نظر گرفته شده و بررسی هایی برای رفع این مسئله که می تواند موجب بروز اختلال در سیستم توزیع کادر پزشکی گردد، انجام شده است [۱۱].

دانشکده های پزشکی مشاهده گردد. خوشبختانه با از میان رفتن این نگرش نادرست، امروزه دختران بخش مهمی از دانشجویان پزشکی را در دانشکده های پزشکی جهان تشکیل می دهند، اما با این وجود در دنیا امروز هنوز زنان از جایگاه قابل توجهی در مشاغل مدیریتی پزشکی برخوردار نیستند [۱۸]. هم چنین 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 آن ها کندر از مردان است [۱۷].

در کشورهای توسعه یافته ای نظیر کانادا از اواسط دهه ۹۰ تعداد تقریبا برابری از دانشجویان دختر و پسر از دانشکده های پزشکی فارغ التحصیل شده اند [۱۶]. نسبت دانشجویان پسر به دختر در دو رشته پزشکی و دندانپزشکی در دانشگاه های مشهوری نظیر دانشگاه McGill از تعادل

جدول ۱: تعداد دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی ثبت نام شده در ترم پاییزه سال های تحصیلی ۹۶-۹۷ و ۹۵-۹۶ دانشگاه McGill کانادا

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

ورودی به دوره های دستیاری را دختران تشکیل می دهند اما مطابق یک برآورد ساده در آینده ای نزدیک اکثریت قابل توجه داوطلبان را دختران تشکیل خواهند داد.

افزایش شدید نسبت دانشجویان دختر به پسر در رشته های پزشکی می تواند در آینده ای نه چندان دور موجب بروز مشکلات قابل توجهی برای سیستم بهداشتی - درمانی کشور گردد که از جمله این مشکلات می توان به موارد زیر اشاره نمود:

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

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 می دهند. هم چنین در حال حاضر تمام ظرفیت رشته تخصصی زنان و زایمان و نیمی از ظرفیت رشته های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و داخلی قلب به دختران اختصاص داده شده است. در رشته های 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 رشته های 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 می دهد که هر چند در حال حاضر کمتر از ۳۰٪ داوطلبان

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 مجدد کای و نرم افزار SPSS استفاده شد. سطح معنی دار آماری $p < 0.05$ 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، ۲۰/۲٪ 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 معنی دار 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.

سیستم بهداشتی- درمانی، ۵- تک جنسیتی شدن پذیرفته شدگان دوره‌های تحصیلی، فلوشیپ و فوق تحصیلی 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 ۱۳۸۲-۱۳۸۳ دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان صورت گرفت. نمونه‌گیری به صورت غیر احتمالی بود و دانشجویان انتخاب شده جهت این مطالعه تمامی دانشجویان 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 (۰-۲۰)، ب (۰-۱۶/۹۹) و یا ج (کمتر از ۱۴) گروه‌بندی شدند. همچنین با توجه به این که بومی بودن یا غیر بومی نبودن دانشجویان می‌توانست اثرات روان‌شناسی و اجتماعی متفاوتی را در دانشجویان دختر و پسر به همراه داشته باشد، جدول طبقه‌بندی مشابه در مورد بومی بودن نیز تدوین گردید. در این مطالعه

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی معدل دانشجویان بومی و غیر بومی در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان در سال‌های تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۴

۱۳۸۲

رشته تحصیلی	بومی یا غیربومی			
	بومی		غیربومی	
	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین‌تر	معدل ج و پایین‌تر
پزشکی	۰/۱۵/۳	۰/۶۴/۴	۰/۲۰/۳	۰/۱۰/۹
دندانپزشکی	۰	۰/۸۳/۳	۰/۱۶/۷	۰/۴/۵

اعداد داخل پرانتز نشان دهنده فراوانی مطلق می‌باشد. پزشکی: $df=2$, دندانپزشکی: $df=2$, $p=0.758$, $p=0.777$, $p=0.001$.

معدل الف نداشتند در حالی که 8.8% 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 (0.05) و چه در دانشجویان دندانپزشکی (0.01) بهتر از پسران می‌باشد.

جدول ۳ فراوانی مطلق و نسبی دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی در گروه‌های معدلی الف تا ج را بر حسب جنس نمایش می‌دهد. در گروه پزشکی تنها 27.2% پسران معدل الف داشتند در حالی که 18.2% دختران از معدل الف برخوردار بودند. در گروه دندانپزشکی هیچ‌کدام از پسران

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

جنسيت	پسر									
	معدل الف	معدل ب	معدل ج و پایین تر	معدل الف	معدل ج و پایین تر	معدل ب	معدل الف	معدل ج و پایین تر	معدل ب	معدل الف
پزشکی	۷۲.۰%	۶۶.۷	۱۳.۲%	۱۴.۳%	۶۷.۵	۱۸.۲%	۳۲.۴%	۶۴.۹	۲۷.۲%	
	(۲۳)	(۷۶)	(۱۵)	(۱۱)	(۵۲)	(۱۴)	(۱۲)	(۲۴)	(۱)	
دندانپزشکی	۲۰.۲%	۷۶.۷	۴%	۴%	۸۸.۸	۸%	۳۶	۶۴	۰	
	(۱۰)	(۳۸)	(۲)	(۱)	(۲۲)	(۲)	(۹)	(۱۶)		

مقادیر داخل پرانتز فراوانی مطلق می‌باشد. پزشکی: $p=0.013$, $df=2$, دندانپزشکی: $p=0.009$, $df=2$

هم‌چنین حتی در کشورهای توسعه یافته‌ای نظیر ایالات

متحده آمریکا علی‌رغم این که در سال ۲۰۰۲ میلادی 46.4% 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 استادی پزشکی زن کشور آمریکا صورت گرفته است. برای مثال تنها 28.2% از اعضای هیأت علمی دانشکده‌های پزشکی آمریکا زن هستند [۷]. نتایج بررسی دیگری نشان داده است که تنها 11.1% 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 [۱۰].

نتایج این مطالعه نشان‌دهنده موفقیت بیشتر دانشجویان دختر در کسب نمرات بالاتر است. در دیگر کشورها نیز نتایج نسبتاً مشابهی گزارش شده است. برای مثال در انگلستان دانشجویان دختر سال دوم پزشکی در درس ژنتیک از نمرات بالاتری در حد 9% 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، بازتر از بقیه دروس بود. در مطالعه دیگری که در دانشکده پزشکی دانشگاه جان‌هاپکینز^۱ 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].

1- Johns Hopkins University

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.

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

References

- [۱] غلامی‌ی: 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.

- [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 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.