

تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط کاری؛

یک مطالعه کیفی

هادی کسب کار^۱، مریم رسولیان^{۲*}

۱- دکترای تخصصی، مرکز تحقیقات سلامت روان، پژوهشکده سلامت روان اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- استاد، مرکز تحقیقات سلامت روان، پژوهشکده سلامت روان اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

*نویسنده رابط: rasoulmian.m@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱/۹

چکیده

زمینه و هدف: دستیاران تخصصی پزشکی نقش حیاتی در نظام سلامت دارند. سلامت روان آنان تاثیر مستقیمی بر عملکرد و تعهد آنها دارد. این مطالعه با هدف بررسی تجربه دستیاران پزشکی از احترام و شناسایی مصادیق بی‌احترامی در محیط بیمارستان انجام شد. روش کار: این پژوهش به شیوه کیفی و با استفاده از مصاحبه‌های عمیق فردی و جلسات گروه متمرکز انجام شد. داده‌ها از طریق ضبط صدا و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها جمع‌آوری و با روش تحلیل محتوای کیفی و نرم‌افزار MAXQDA تحلیل شدند. نتایج: یافته‌ها نشان داد که دستیاران پزشکی با چالش‌های متعددی از جمله بی‌عدالتی، توهین، قلدری و فشار کاری بیش از حد مواجه‌اند. مواردی نظیر خشونت کلامی، تحقیر، اجبار به انجام حجم بالا و کارهای خارج از وظیفه و نادیده‌گرفتن حقوق انسانی، از مصادیق بی‌احترامی عنوان شدند. این شرایط منجر به فرسودگی روانی، یأس، کاهش انگیزه و در برخی موارد مصرف داروهای روان‌پزشکی شده است.

نتیجه‌گیری: محیط کاری دستیاران در بسیاری از بیمارستان‌ها استرس‌زا و نامناسب است. بهبود این وضعیت مستلزم اصلاح ساختارهای مدیریتی، آموزشی و ترویج فرهنگ احترام در محیط‌های بالینی است. یافته‌ها نشان داد که محیط کار علاوه بر کاهش استرس و افزایش رضایت شغلی، به بهبود عملکرد حرفه‌ای دستیاران نیز کمک می‌کند.

واژگان کلیدی: احترام، محیط کار، دستیاران پزشکی، سلامت روان

مقدمه

احترام آمیز در محل کار باعث بهبود عملکرد افراد و افزایش میزان دستاوردهای فردی می‌شود و در نهایت موجب بهبود نتایج کلی سازمان خواهد شد. مهم‌تر آنکه انجام فعالیت در محیط کاری احترام آمیز عامل مهمی در بهبود سلامت روان افراد می‌باشد. محیط کاری نامناسب و بدرفتاری در طب مسأله‌ای تاریخی است که حدود یک قرن پیش برای اولین بار مطرح شد و در دهه ۸۰ میلادی بیشتر مورد توجه قرار گرفت. انواع مختلفی از رفتارهای منفی در محیط‌های

محیط کاری احترام آمیز فضایی است که در آن رعایت اصول حرفه‌ای کار توأم با یکپارچگی افراد صورت گیرد و شکل‌گیری روابط بین افراد و بازشناسی آنها به عنوان یک مهارت به کار گرفته شود (۱،۲). وجود یک ساختار احترام آمیز باعث کمک به ایجاد نوآوری در کار شده، گفت‌وگو بین افراد را تقویت می‌کند و فارغ از جایگاه‌های شغلی آنها، بر لزوم به کارگیری رفتارهای مناسب و درست توسط همه افراد تاکید می‌کند (۳،۴). ایجاد فضای

کفایت ندارند. در کشور ما نیز در فضای دستیاری و روانپزشکی پژوهشی در این زمینه در منابع به چشم نمی خورد. با توجه به اهمیت سلامت روان این گروه، اثر آن بر کارایی نظام درمان و بار بیماری وارده بر جامعه ضرورت چنین طرحی به وضوح احساس میشود. لذا در این پژوهش با مصاحبه عمیق با دستیاران روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، به بررسی تجربی دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط کار پرداختیم. مطالعه حاضر به صورت کیفی Qualitatively بود.

روش کار

در این مطالعه کیفی جامعه مورد پژوهش شامل دستیاران رشته های تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. این مطالعه یک مطالعه کیفی به روش تحلیل محتوا بود. در این مطالعه، با توجه به امکان استفاده از روش های جمع آوری اطلاعات متعدد، از مصاحبه عمیق فردی با مشارکت کنندگان و همچنین از روش مصاحبه عمیق در گروه های متمرکز استفاده شد. مصاحبه متمرکز گروهی روشی است که در گروه های مورد نظر در شرایط غیر رسمی انجام می شود تا پویایی گروه بر کیفیت و کمیت اطلاعات بیفزاید. در ابتدا لیستی از دستیاران تخصصی پزشکی تهیه شده و اهداف طرح از طریق ارسال پیامی برای افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه و اشتراک گذاری تجارب خود در رابطه با احترام در محیط کار را دارا باشند، تشریح شد. این افراد باید برای یک مصاحبه دو ساعته و مصاحبه های تکمیلی احتمالی در دسترس باشند. در یک مورد مصاحبه گروهی و دو مورد مصاحبه فردی اساتید راهنما حضور داشتند و مصاحبه ها را هدایت کردند. در حین سایر مصاحبه ها دو نفر تسهیلگر بودند که یک نفر سوالات باز را پرسیده و هدایت جلسه را بر عهده می گیرد و فرد دیگر احساسات و واکنش مصاحبه شونده را یادداشت می کرد. در نهایت، متن مصاحبه ها پیاده شد و در کنار دست نوشته های تسهیلگران با روش تحلیل محتوا متون کدگذاری شدند. کدگذاری توسط دو نفر مستقل

حرفه ای درمانی و آموزشی در تمامی سطوح از جمله دانشجویان پزشکی، استادان، رزیدنتها، پرستاران و سایر کادر درمان گزارش شده است که به اشکال قلدری، خشونت کلامی و فیزیکی، تعارض، خشونت افقی و فحاشی بروز می یابد. لازم به ذکر است مصادیق رفتارهای مورد نظر، تعریف افراد از آن و گزارش آن کاملاً وابسته به تفاوت های بین فرهنگی، بروز و میزان تحمل افراد به آنان، همچنین نحوه روبرویی با آن در محیطی مثل مراکز درمانی، سختی و حجم کار و روش های رهبری مدیران بستگی دارد (۱۰-۵).

در مطالعات موجود به وضوح دیده میشود که مداخله فردی بعد از بروز در مقابل مداخلات آموزشی و در سطح سازمان مزایا و طرفداران کمتری دارد (۱۱-۱۶) که در همین راستا از اهداف کاربردی این تحقیق ایجاد راهبردی جامع جهت نحوه برخورد و بهبود احترام در محیط کاری در گروه مورد مطالعه است، تا در درازمدت به بهبود عملکرد افراد و افزایش کارایی نظام سلامت دست یابیم. مهم ترین هدف در نظام سلامت، حفاظت از سلامت انسان هاست. برای دستیابی به چنین هدف مهم و ارزشمندی ایجاد محیط کاری مناسب یک لازمه محسوب می شود. پزشکان در صورتی می توانند عملکرد مناسبی در جهت صیانت از سلامت افراد ارائه نمایند که خود از سطح سلامت روان مناسبی برخوردار باشند. محیط کاری پراسترس، مسایل اقتصادی و اجتماعی، افزایش فشار کاری و نیاز به دسترس پذیری و مسوولیت مداوم باعث افزایش ریسک مشکلات محیط کار می شود و برای پزشکان می تواند به عواقبی از جمله بی اخلاقی، اضطراب، افسردگی و از پا افتادن منجر شود (۱۷-۲۱) در نظام سلامت کشور ما، دستیاران تخصصی پزشکی جایگاه مهم و تاثیرگذاری دارند و همان طور که بیان شد سطح سلامت روان دستیاران به طور مستقیم بر نحوه عملکرد و میزان تعهد آنها تاثیر دارد. با وجود اهمیت خارج از توصیف این مساله مطالعات زیادی در این زمینه صورت نگرفته و مطالعات موجود برای توضیح مساله و پیشنهاد راهبرد جامع

پاراگراف‌های حاوی ابعاد مختلف که از طریق محتوا یا زمینه به هم مربوط باشند به عنوان واحدهای معنی در نظر گرفته می‌شوند. آنالیزها با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA 20 انجام شد.

نتایج

در این پژوهش موفق به انجام مصاحبه با ۲۵ دستیار بصورت گروهی و فردی شدیم که در مجموع ۱۸ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند. ۱۳ مصاحبه به صورت فردی و یک مصاحبه به صورت گروهی انجام شد. در حدود ۷۲٪ شرکت کنندگان دستیاران مونث بودند. میانگین سنی مصاحبه شونده‌ها ۳۰/۵ ± ۳/۱ سال بود. در مجموع مصاحبه‌ها شامل دستیاران ۱۰ رشته مختلف بود. در مجموع ۱۲ نفر دستیار رشته‌های مازور پزشکی (شامل ۴ نفر داخلی، ۳ نفر ارتوپدی، ۳ نفر جراحی زنان، ۲ نفر جراحی عمومی) و ۱۳ نفر دستیار رشته‌های مینور (شامل ۴ نفر قلب، ۲ نفر طب ورزشی، ۲ نفر رادیولوژی، ۲ نفر ENT، ۲ نفر روانپزشکی، ۱ نفر پزشکی هسته‌ای) بودند. ۳۲٪ دستیاران متأهل بودند که ۵ نفر از آنها دارای فرزند بودند و یک نفر تجربه بارداری و زایمان در حین دستیاری را داشت. فرد مطلقه در بین مصاحبه شونده‌ها نبود.

با بررسی دقیق مصاحبه‌های دستیاران عبارات کلیدی زیر به عنوان یک مضمون کلی از مصاحبه‌ها استخراج شد:

در بررسی مصادیق بی‌عدالتی، آموزش با ۱۵ مورد تکرار، با اختلاف بالاترین تکرار را دارد که نشان دهنده مشکلات سیستماتیک در نظام آموزشی است. فشار کاری غیرمنصفانه به عنوان دومین مشکل پرتکرار، احتمالاً به توزیع نامتوازن وظایف یا انتظارات فراتر از توان نیروها اشاره دارد. همچنین تبعیض‌های فردی با ۸ و جنسیتی با ۷ مورد تکرار از چالش‌هایی بودند که توسط دانشجویان ذکر شده بود (جدول ۱). در بحث مصادیق بی‌احترامی خشونت کلامی (۲۰ تکرار)، بی‌احترامی پرسنل (۱۱ تکرار) و ناسزا (۱۰ تکرار) جزء موارد پرتکرار بودند (جدول ۲). در بحث مصادیق رفتار قلدرانه، اجبار به کار خارج از وظیفه (۱۳ تکرار)، عدم نظارت (۹

انجام شد و سپس کدها و زیر طبقه‌ها مورد بررسی قرار گرفت و کدهای نهایی استخراج شد.

جمعیت هدف: جمعیت مورد مطالعه، شامل دستیاران تخصصی پزشکی کشور بود.

جامعه آماری: نمونه پژوهش شامل دستیاران رشته‌های تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

حجم نمونه: جامعه مورد پژوهش دستیاران تخصصی شاغل در بیمارستانهای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. مطابق روش اجرای مطالعات کیفی، حجم نمونه با روش اشباع داده‌ها مشخص شد بدین ترتیب که هرگاه در دو جلسه متوالی یافته جدیدی بدست نیاید مصاحبه متوقف می‌شود و ما به همین ترتیب عمل کردیم. به این معنا که هرگاه در یک جلسه مصاحبه هیچ داده جدیدی اضافه نشد و تمام داده‌ها تکراری بودند، یک جلسه مصاحبه دیگر برگزار شد، در صورت این‌که در جلسه بعدی نیز داده‌ها تماماً تکراری بودند این منزله‌ی اشباع داده‌ها بود.

شیوه نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت نمونه‌گیری هدفمند بود با بیشترین تنوع بود به این صورت که سعی شد که تنوع دستیاران از نظر رشته تحصیلی، سن، وضعیت تأهل و جنس رعایت در نظر گرفته شود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها: روش تجزیه و تحلیل اطلاعات این پژوهش از روش تحلیل محتوای کیفی گرانهم و لاندمن استفاده شد. پژوهش کیفی بر مبنای داده‌های حاصل از روایت‌ها و مشاهده‌ها، نیازمند درک و مشارکت بین پژوهشگر و مشارکت کنندگان است. یکی از موضوعات مهم در زمان انجام تحلیل محتوای انتخاب واحد تحلیل است. هرچند واحدهای متعددی برای تحلیل معرفی شده‌اند بهترین واحد کل مصاحبه و گزارش مشاهدات است. واحد معنی مجموعه‌ای از کلمات یا جملاتند که به معنای مشترکی مربوط هستند و به عنوان واحدهای محتوای یا واحدهای کدگذاری شناخته می‌شوند. در روش گرانهم و لاندمن (۲۰۰۴) کلمات، جملات و یا

تکرار) و نقض حقوق انسانی (تغذیه و استراحت و دستشویی) (۸ تکرار) جزء موارد پرتکرار بودند (جدول ۳). در بحث تجربه‌های دستیاران در پی مواجهه با تجارب نامطلوب دستیاری فشار روانی (۹ بار)، ناامیدی (۷ بار)، مصرف دارو و کاهش انگیزه (۶ بار) بود. در تحلیل مصاحبه دانشجویان دانشجویان تم‌های متفاوتی استخراج شده که در ادامه توضیح داده می‌شود. فرهنگ سازمانی نامناسب

- رقابت ناسالم:

اظهارات دانشجویان: ارسال صداهای ضبط شده گزارش کار توسط همکاران به جای فرد مسئول، برای زیر سوال بردن عملکرد.

- تحقیر و توهین:

اظهارات دانشجویان: تحقیر رزیدنت‌های سال سوم با جملاتی مانند "سال سه اتون چیزی بلد نیستید"

- فرهنگ سلسله مراتبی سختگیرانه:

اظهارات دانشجویان: انتظار سلام کردن اجباری از روز سوم به سال بالایی‌ها، بدون ایجاد رابطه طبیعی.

فشار کاری بیش از حد

- ساعات کاری طولانی و حجم بالای کار:

اظهارات دانشجویان: کشیک‌های ۱۱ شب تا ۴ صبح، همراه با انتظار پاسخگویی تلفنی حتی در زمان استراحت.

عدم حمایت سازمانی

- نبود سیستم حمایتی:

اظهارات دانشجویان: بیتفاوتی مدیریت به درخواستهای بهبود شرایط (مانند سیستم تهویه یا غذای مناسب)

حقوق ناچیز و عدم توجه به نیازها:

اظهارات دانشجویان: حقوق پایین رزیدنتها که حتی هزینه‌های رفت و آمد را پوشش نمیدهد.

مشکلات در ارتباطات بین فردی

- تنش با بیماران و همراهان: اظهارات دانشجویان: درگیری لفظی در اورژانس به دلیل کمبود وقت برای توضیح به بیماران.
- عدم مهارت‌های ارتباطی در تیم: اظهارات دانشجویان: قطع ارتباط با اینترنتها (کارآموزان) و رفتارهای غیرحرفه‌ای.

تاثیر بر سلامت روان

- اضطراب و بیخوابی:

اظهارات دانشجویان: تهدید به اخراج به دلیل غیبت برای مراقبت از کودک بیمار، یا محرومیت از خواب به دلیل نبود امکانات.

کاهش انگیزه و آموزش ناکافی:

اظهارات دانشجویان: رزیدنتها مجبورند خودآموزی کنند، زیرا اساتید نقش آموزشی موثری ندارند. اطلاعات بیشتر در جدول شماره ۴ ذکر شده است.

بحث

احترام در محیط‌های کاری، به‌ویژه در حوزه پزشکی که ارتباط انسانی و حساسیت‌های حرفه‌ای از اهمیت بالایی برخوردار است، نقشی محوری دارد. محیطی که بر پایه احترام متقابل بنا شده باشد، نه تنها به بهبود روابط بین کارکنان منجر می‌شود، بلکه می‌تواند کیفیت خدمات درمانی را نیز افزایش دهد. احترام در محیط کار به مجموعه‌ای از رفتارها، نگرش‌ها و باورهای اشاره دارد که ارزش‌ها و حقوق دیگران را به رسمیت می‌شناسد و در راستای تقویت تعاملات مثبت عمل می‌کند (۲۲، ۲۳).

در مطالعه حاضر که در دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد، مسائل پیرامونی خانواده و خارج بیمارستان دستیاران، مورد بحث و بررسی این مطالعه نبوده است. در مواردی که دستیاران به عنوان مصداق بی‌عدالتی ذکر کردند، بیشترین اشاره به بی‌عدالتی آموزشی بود. در پله بعدی نیز لود کاربالا و پس از آن مورد قضاوت نادرست قرار گرفتن بیشترین تکرار را داشتند. در ارتباط با توهین و بی‌احترامی، خشونت‌های کلامی پرتکرارترین نوع توهین بود که

و پشتیبانی اساتید خود را در مواجهه با مسائل های پیش آمده برای آنان چه در مقابل ارشد خود و چه در برابر پرسنل دریافت نمی کردند. در میان مصاحبه شوندگان یک مورد تجربه بارداری و زایمان حین دستیاری بود که بارداری برنامه ریزی نشده بوده است. این فرد نیز همایت کافی چه از اساتید و چه از ارشدین خود دریافت نکرده بود. امید است یافته های مطالعه حاضر، کمکی در جهت شناخت و شناسایی مشکلات موجود بوده تا در نهایت نسبت به اصلاح آن ها اقدامی صورت گیرد. در نهایت نتیجه گیری نهایی این بود که عوامل متعددی می توانند بر حفظ این احترام تأثیر بگذارند. عواملی مانند فرهنگ سازمانی، فشار کاری، حمایت یا عدم حمایت سازمانی، و مشکلات ارتباطی میان افراد از جمله مسائلی هستند که ممکن است محیط کاری را تحت الشعاع قرار دهند. این یافته ها با نتایج پژوهش های پیشین در زمینه اهمیت احترام در محیط های کاری پزشکی همخوانی دارد. برای مثال، پژوهش های انجام شده در سایر کشورها نشان داده اند که فرهنگ احترام در محیط های پزشکی می تواند به بهبود نتایج درمانی، کاهش خطاهای پزشکی، و افزایش رضایت شغلی کارکنان منجر شود (۲۴، ۲۶). رفتارهای غیرمحترمانه در محیط های کاری پزشکی تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی و عملکرد حرفه ای رزیدنت ها دارد. بر اساس یافته های این پژوهش، پیامدهای بی احترامی را می توان در سه سطح روانی، حرفه ای و سازمانی طبقه بندی کرد.

رفتارهای غیرمحترمانه به عنوان یکی از عوامل اصلی ایجاد استرس و اضطراب در رزیدنت ها شناسایی شده است. رزیدنت هایی که در معرض رفتارهای تحقیرآمیز یا انتقادات غیرمنصفانه قرار می گیرند، اغلب احساس بی ارزشی، خشم و ناکامی را تجربه می کنند. این وضعیت می تواند منجر به کاهش اعتماد به نفس، افزایش احتمال افسردگی و حتی بروز علائم فرسودگی شغلی شود. بی احترامی در محیط کار می تواند تأثیر مستقیمی بر عملکرد حرفه ای رزیدنت ها داشته باشد. کاهش تمرکز، افزایش خطاهای پزشکی و عدم توانایی در برقراری ارتباط مؤثر با بیماران از جمله پیامدهای این مسئله است (۲۷، ۲۸). این تأثیرات به ویژه در محیط های

دانشجویان به انواع آن اشاره کردند که انواع تهدید، سرزنش، تحقیر، نفرین و تهمت در زیرمجموعه این گروه در نظر گرفته شده است. پس از آن بی احترامی پرسنل بود که به آن اشاره کردند و در رتبه سوم ناسزا قرار داشت که شامل فحش و الفاظ رکیک مستقیم می باشد. خشونت های رفتاری در رتبه چهارم و توهین و درگیری با مریض و همراه مریض در رتبه پنجم قرار گرفتند. در موارد مواجهه با رفتار قلدرانه، بیشترین مورد، اجبار به انجام کار خارج از وظیفه و به نوعی ایبوز شدن بوده که ۱۳ نفر آن را متذکر شدند و عدم نظارت و امکان گزارش این موارد نیز کنار آن ذکر می شد. در رتبه بعدی نقض حقوق انسانی و فردی دستیاران قرار داشت که شامل اخلال در استراحت کافی، تغذیه و همچنین جلوگیری از دستشویی رفتن آنان بوده است که ۸ نفر به آن اشاره کردند. از دستیاران پرسیده شد که مواجهه با این تجارب چه تأثیراتی روی وضعیت روحی و جسمی آنان گذاشته است که ۹ نفر فشار روانی بیش از حد ذکر کردند. ۷ نفر ذکر کردند که دچار یاس و ناامیدی هستند. شروع مصرف داروی روان پزشکی، بی انگیزگی و فکر کردن به انصراف نیز هرکدام ۶ بار تکرار شدند. افکار خودکشی را نیز ۲ نفر ذکر کردند. آنچه به کرات در نظرات دستیاران ذکر شد، عدم سیستم نظارتی، عدم دسترسی به محلی برای انتقاد و شکایت و انتقال اینگونه مسائل و حتی مورد قلدری و تهدید قرار گرفتن بخاطر گزارش مسائل دستیاران بود که منجر به ناامیدی از امکان اصلاح و حل مشکلات در آن ها شده است. دستیاران نارضایتی شغلی اساتید و انتقال خشم عمودی را نیز از ریشه مشکلات برشمردند. مسئله حقوق پایین و عدم تناسب دریافتی با حجم کار بسیار بالای آنان نیز موجب نارضایتی شغلی مضاعف آنان شده است. از دیگر علل نارضایتی شغلی دستیاران که حتی نوعی توهین و بی احترامی تلقی شده بود عدم فراهم کردن رفاه مناسب حداقلی در شان پزشکان و پذیرایی و مسائل تغذیه ای آنان بود. نبود آموزش مناسب و استاندارد و فراهم نبودن تجهیزات مناسب نیز از دیگر علل نارضایتی آنان بود. همچنین دستیاران توجه و همایت

حساس پزشکی که تصمیم‌گیری‌های حیاتی در لحظات کوتاه انجام می‌شود، پیامدهای جدی‌تری به همراه دارد. عوامل متعددی می‌توانند بر شکل‌گیری یا تقویت رفتارهای محترمانه و غیرمحترمانه در محیط کار تأثیرگذار باشند (۲۹-۳۱). برخی از این عوامل عبارت‌اند از: محیط‌های کاری که بر پایه ارزش‌هایی چون عدالت، شفافیت و همکاری بنا شده‌اند، رفتارهای محترمانه را تقویت می‌کنند. در مقابل، محیط‌هایی که به ساختارهای سلسله‌مراتبی و رقابت ناسالم متکی هستند، بیشتر در معرض بی‌احترامی قرار دارند. نقش سرپرستان و مدیران در ایجاد یا پیشگیری از رفتارهای غیرمحترمانه بسیار حیاتی است (۲۳، ۳۲).

نتایج این مطالعه نشان داد که تبعیض در وظایف و توزیع ناعادلانه کار بین دستیاران از جمله مشکلات اصلی در محیط‌های آموزشی پزشکی است. بسیاری از دستیاران به این نکته اشاره کردند که برخی افراد به دلیل ارتباطات شخصی یا ترجیحات اساتید، وظایف سبک‌تر یا فرصت‌های آموزشی بیشتری دریافت می‌کنند. این یافته با مطالعه Fnaiss و همکاران همخوانی دارد که نشان داد رزیدنت‌ها اغلب با تبعیض جنسیتی، نابرابری در فرصت‌های آموزشی، و توزیع غیرمنصفانه وظایف مواجه هستند (۳۳). از سوی دیگر، بی‌عدالتی در پرداخت‌ها نیز یکی دیگر از نگرانی‌های جدی دستیاران است Essien و همکاران گزارش کردند که بسیاری از رزیدنت‌ها معتقدند حقوق و مزایای آن‌ها تناسبی با حجم کاری و مسئولیت‌های آن‌ها ندارد. این مسئله باعث نارضایتی شغلی، کاهش انگیزه، و حتی تمایل به ترک این حرفه در برخی از دستیاران می‌شود (۳۴).

یکی از مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش، فشار کاری بالا و تعداد کشیک‌های بیش از حد قانونی است. این مسئله می‌تواند به خستگی شدید، کاهش تمرکز، افزایش خطاهای پزشکی و آسیب به سلامت جسمی و روانی رزیدنت‌ها منجر شود. مطابق با مطالعه Barger و همکاران، رزیدنت‌هایی که ساعات کاری طولانی‌تر از ۸۰ ساعت در

هفته دارند، دچار اختلال خواب، افزایش اضطراب و کاهش کارایی می‌شوند (۳۵). علاوه بر این، عدم تأمین نیروی کافی در بسیاری از بیمارستان‌ها منجر به افزایش بار کاری بر دوش دستیاران می‌شود. این موضوع با یافته‌های Raj مطابقت دارد که نشان داد کمبود نیرو در سیستم آموزشی پزشکی، باعث افزایش حجم کاری رزیدنت‌ها و در نتیجه کاهش کیفیت یادگیری و افزایش نارضایتی شغلی می‌شود (۳۶). فرهنگ سازمانی در محیط‌های آموزشی پزشکی نقش مهمی در تعیین سطح رضایت و سلامت روانی دستیاران دارد. در این مطالعه، بسیاری از دستیاران محیط کاری خود را به عنوان یک محیط ناسالم، پر از تعارض، بی‌احترامی و عدم حمایت توصیف کرده‌اند. این مسئله در مطالعات قبلی نیز تأیید شده است. برای مثال، Leisy and Ahmad بیان کردند که محیط‌های آموزشی که در آن‌ها رفتارهای قلدرانه، تبعیض و عدم حمایت از دستیاران رایج است، باعث افزایش استرس، اضطراب و کاهش عملکرد دستیاران می‌شود (۳۷).

بی‌احترامی از سوی اساتید، پرسنل و حتی بیماران، یکی از جنبه‌های منفی این فرهنگ سازمانی است. مطالعه Rosenstein and O'Daniel نشان داد که رفتارهای توهین‌آمیز و بی‌احترامی در محیط بیمارستان، تأثیر مستقیمی بر سلامت روانی پزشکان دارد و می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های پزشکی شود (۳۸).

بر اساس مصاحبه‌های صورت گرفته در مطالعه حاضر، یکی از موارد مهم تأثیرگذار بر احترام در محیط کار، فرهنگ سازمانی است. در مطالعه ای ادیب حق باقری و همکاران بیان کردند که ساختار سازمانی باید با دانش حرفه ای پرستاری سازگار باشد (۳۹). هنگامی که ساختارهای سازمانی نامناسبی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی وجود دارد، پرستاران نمی‌توانند از دانش حرفه ای به درستی استفاده کنند (۴۰). این انتظار منطقی است که شرایط کار اخلاقی اولیه در محیطی مطابق با استانداردهای سازمان یافته مراقبت برآورده شود.

مورد مذکور دیگر مشکلات در ارتباطات بین فردی و تأثیر آن بر احترام بود. روابط خوب با همکاران و کسب

دارای محدودیت‌هایی بود که باید در نظر گرفته شوند. در ادامه به چند مورد از این محدودیت‌ها اشاره می‌شود:

- ذهنیت‌گرایی (Subjectivity)

تحلیل داده‌های کیفی به شدت تحت تأثیر دیدگاه و تفسیر پژوهشگر قرار دارد. ممکن است پژوهشگر به طور ناخودآگاه بر نتایج تأثیر بگذارد، که می‌تواند منجر به تفسیرهای مغرضانه یا نادرست شود.

- نمونه‌گیری محدود

مطالعات کیفی حاضر شامل تعداد کمی از شرکت‌کنندگان بود که ممکن است تجربه یا دیدگاه‌های همه رزیدنت‌ها را به طور کامل نمایندگی نکند. این امر تعمیم‌پذیری نتایج به گروه‌های بزرگ‌تر را محدود می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که محیط کار رزیدنت‌ها در بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی، فشارآور است. این محیط نه تنها بر عملکرد حرفه‌ای آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد، بلکه سلامت روان و جسمی آن‌ها را نیز به خطر می‌اندازد. برای بهبود این شرایط، نیاز به اصلاحات اساسی در سیستم آموزشی، مدیریتی و حمایتی وجود دارد. رفتارهای محترمانه، علاوه بر کاهش استرس و افزایش رضایت شغلی، به بهبود عملکرد حرفه‌ای رزیدنت‌ها نیز کمک می‌کند. در مقابل، بی‌احترامی در محیط کار می‌تواند پیامدهای منفی گسترده‌ای در سطوح فردی و سازمانی ایجاد کند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بدینوسیله مراتب تشکر خود را از تمام افرادی که در پیمایش حاضر همکاری داشتند اعلام می‌دارند. این مطالعه مستخرج از پایان نامه مقطع دستیاری رشته روانپزشکی با کد اخلاق IR.IUMS.FMD.REC.1402.001 از دانشگاه پزشکی ایران است.

حمایت مناسب از طرف هم‌تایان دارای موقعیت برتر، با فرسودگی کمتر هم‌راه است. برای خانم‌ها نیز حمایت افراد سینیور (سالمند) در ابتدای کار حائز اهمیت است، اما با افزایش مسئولیت فرسودگی هیجانی در آن‌ها، به حضور بالینی، ارتباط با همکاران، سن بستگی دارد (۴۱). مشکلات ارتباطی از رایج‌ترین دلایل بروز بی‌احترامی در محیط‌های بیمارستانی هستند. این مشکلات می‌توانند ناشی از عوامل مختلف مانند سوءتفاهم نظیر نبود شفافیت در ارتباطات، اختلافات شخصیتی، تفاوت در سبک‌های ارتباطی و نگرش‌ها و فقدان مهارت‌های ارتباطی و نداشتن آموزش‌های لازم در زمینه برقراری ارتباط مؤثر باشد. ارتباط بین فردی یکی از عوامل کلیدی در ایجاد و حفظ احترام در محیط کار محسوب می‌شود. محیط‌های کاری که بر پایه تعاملات سازنده، شفافیت در ارتباطات و ایجاد اعتماد بین افراد بنا شده‌اند، تمایل بیشتری به حفظ و گسترش احترام میان اعضای تیم دارند. ارتباطات بین فردی مؤثر منجر به ایجاد اعتماد بین همکاران می‌شود. هنگامی که افراد در محیط کار به صورت شفاف و با صداقت با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند، حس همدلی و احترام متقابل تقویت می‌شود. بر اساس تحقیقات، اعتماد و همدلی در ارتباطات می‌تواند تأثیر مثبتی بر رفتارهای حمایتی و همکاری در تیم‌ها داشته باشد (۴۲). وجود ارتباطات باز و صادقانه به مدیریت بهتر تعارضات کمک می‌کند. هنگامی که افراد بتوانند مسائل را بدون ترس از قضاوت مطرح کنند، محیط کار به فضایی تبدیل می‌شود که احترام در آن حفظ می‌گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مهارت‌های ارتباطی در کاهش تنش‌ها و حفظ حرمت افراد در شرایط دشوار نقشی کلیدی دارند (۴۳).

مطالعه حاضر که به صورت کیفی به بررسی تجربیات رزیدنت‌ها درباره احترام در محیط کار پرداخت نتایج مفیدی را در مورد دیدگاه‌ها، تجربیات و احساسات رزیدنت‌ها در اختیار قرار داد. با این حال، این نوع مطالعه

جدول ۱- مصادیق بی عدالتی بر اساس مطالعه تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط

کاری

کد عبارت	عبارت	دفعات تکرار
۱۰۱	تبعیض جنسی	۷
۱۰۲	تبعیض فردی	۸
۱۰۳	آموزش	۱۵
۱۰۴	تقسیم کار	۷
۱۰۵	میزان همراهی و کمک	۳
۱۰۶	مرخصی	۳
۱۰۷	اختلاف شخصی	۴
۱۰۸	زیرآب زنی	۷
۱۰۹	بزرگنمایی	۳
۱۱۰	عدم تناسب تنبیه با عمل	۶
۱۱۱	نمره دهی	۱
۱۱۲	انتظار غیر منطقی	۵
۱۱۳	عدم ارتباط با دستیاران	۴
۱۱۴	قضاوت نادرست	۷
۱۱۵	برچسب زدن	۲
۱۱۶	عدم قدردانی	۱
۱۱۷	دریافتی نامتناسب با کار	۳
۱۱۸	لود (حجم) کار بالا	۹
۱۱۹	نبود نیروی کافی	۱
۱۲۰	تبعیض بین رشته ای	۲
۱۲۱	تغییر کردن و ثابت نبودن قوانین	۱
۱۲۲	اخراج از محیط	۲
۱۲۳	کشیک بیش از مقدار قانونی	۲
۱۲۴	نارضایتی شغلی اساتید و انتقال خشم به دستیاران	۲

جدول ۲- مصادیق بی احترامی بر اساس مطالعه تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط

کاری

کد عبارت	عبارت	دفعات تکرار
۲۰۱	ناسزا	۱۰
۲۰۲	کار نامتناسب	۵
۲۰۳	خشونت کلامی (تهدید، تهمت، سرزنش، تحقیر و نفرین)	۲۰
۲۰۴	خشونت رفتاری (داد زدن، پرت کردن و قطع تلفن)	۹
۲۰۵	بزرگنمایی	۸
۲۰۶	درگیری فیزیکی	۴
۲۰۷	عدم احترام به تایم استراحت	۲
۲۰۸	عدم رعایت حریم شخصی	۳
۲۰۹	عدم تناسب تنبیه با عمل	۴
۲۱۰	عدم صلاحیت اخلاقی و حرفه ای استاد	۳
۲۱۱	عدم همدلی	۵
۲۱۲	عدم صلاحیت علمی استاد	۰
۲۱۳	نادیده گرفته شدن	۲
۲۱۴	عدم رعایت سلسله مراتب	۲
۲۱۵	بی احترامی پرسنل	۱۱
۲۱۶	عدم آموزش مناسب	۵
۲۱۷	امکانات رفاهی نامناسب	۶
۲۱۸	استراحت نا کافی	۴
۲۱۹	تخریب دستیار جلوی بقیه	۴
۲۲۰	عدم حمایت دستیار در مقابل پرسنل	۵
۲۲۱	عدم قدردانی	۱
۲۲۲	نبود تجهیزات مناسب	۳
۲۲۳	حقوق پایین	۳
۲۲۴	توهین مریض و همراه مریض	۸
۲۲۵	برخورد بین رشته ای	۶
۲۲۶	بی مسولیتی سایرین	۳
۲۲۷	عدم دریافت احترام از سطح پایین تر و اینترنت	۲
۲۲۸	عدم پذیرایی مناسب	۵
۲۲۹	عدم تامین امنیت	۲
۲۳۰	بی احترامی اتندینگ (اساتید) به هم	۱
۲۳۱	نشناختن دستیاران توسط استاد	۳

جدول ۳- مصادیق رفتار قلدرانه بر اساس مطالعه تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط کاری

کد عبارت	عبارت	دفعات تکرار
۳۰۱	اجبار به کار خارج از وظیفه	۱۳
۳۰۲	درخواست غیرمتعارف	۲
۳۰۳	عدم درک و همدلی	۲
۳۰۴	نقض حقوق انسانی (تغذیه، استراحت و دسشویی)	۸
۳۰۵	عدم نظارت	۹
۳۰۶	عدم توجه به مسایل دستیاران	۶
۳۰۷	کشیک اضافه	۶
۳۰۸	آموزش ندادن	۷
۳۰۹	اجبار به پرداخت هزینه	۲
۳۱۰	سخت کردن شرایط فیزیکی	۲
۳۱۱	نگه داشتن تایم خارج از معمول	۴
۳۱۲	گیردادن به یکی	۴
۳۱۳	تخریب دستیار جلوی بقیه	۶
۳۱۴	عدم حق اعتراض	۳
۳۱۵	نمره (نمره ندادن و مشروط کردن)	۲
۳۱۶	تهدیدات دیگر	۱

جدول ۴- تجربه‌های دستیاران در پی مواجهه با تجارب نامطلوب دستکاری بر اساس مطالعه تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط کاری

کد عبارت	عبارت	دفعات تکرار
۴۰۱	مصرف دارو	۶
۴۰۲	افکار خودکشی	۲
۴۰۳	فشار روانی	۹
۴۰۴	بی خوابی	۱
۴۰۵	مراجعه برای مشاوره	۳
۴۰۶	کاهش اعتماد به نفس	۳
۴۰۷	احساس طرد شدن	۲
۴۰۸	کاهش انگیزه	۶
۴۰۹	افت کیفیت خدمت	۴
۴۱۰	ناامیدی	۷
۴۱۱	اندوه	۲
۴۱۲	قصد انصراف	۶
۴۱۳	احساس خشم	۱
۴۱۴	احساس ناامنی	۱
۴۱۵	اضطراب	۱
۴۱۶	اختلال خواب	۱
۴۱۷	فکر به انصراف	۱
۴۱۸	PTSD (اختلال استرس پس از سانحه)	۱
۴۱۹	احساس بی ارزشی	۲
۴۲۰	رو آوردن به سیگار	۴
۴۲۱	وسواس	۲

جدول ۵- تحلیل کدهای اصلی و الگوهای کلیدی در مطالعه تجربه دستیاران تخصصی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی ایران از احترام در محیط کاری

کد اصلی	کد فرعی	توصیف
فرهنگ سازمانی نامناسب	رقابت ناسالم	اون می‌رفت حرفای منو به صورت ویس برای اون اتند می‌فرستاد و نمی‌داشت من خودم ویس بفرستم که اون اتند بفهمه من مریضا رو دیدم.
	تحقیر و توهین	در مورنینگ‌های ما میان و سال ۳ ما رو تحقیر میکنن که سال ۳ تون چیزی بلد نیست
	عدم حمایت	هیچ وقت در موقعیت‌هایی که به مشکل می‌خوردم، اتندینگ‌ها هیچ حمایتی از من نکردند
	نبود مکانیزم‌های حمایتی	ما به رئیس بیمارستان نامه زدیم، هیچ کاری برای تهویه اونجا نکردن. بعد مثلاً به ما توی ظرف غذا نمیدادن و توی بشقاب غذا میدادن که توی هزینه صرفه جویی کنن
	فرهنگ سلسله مراتبی	در خصوص سال بالاها، اول که سال یک بودیم ۷، ۸ نفر از سال سه های الانمون، اول که نمیشناختیمشون و سلام نمیکردیم، توقع داشتن که ما از روز سوم سلام علیک کنیم باهاشون
	عدم توجه به سلامت روان	من الان توی سال ۴ احساس میکنم دچار وسواس شدم. و بچه های دیگه هم دچار مشکلات رفتاری دیگه شدن. اینه که به نظر من اساتیدو باید از نظر رفتار و اخلاق و صبر و حوصله و آموزش و ارزش فائل شدن برای انسانیت، غربالگری کنن
فشار کاری بیش از حد	ساعات کاری طولانی	بیشتر مشکل اینه که همراه مریض یا خود مریض توضیح می‌خوان ولی اورژانس شلوغه و همیشه برای همه مریضی به اندازه کافی وقت گذاشتن
	حجم بالای کار	یه سری فشار کاری و لوینگ و استرس کار و ایناست که من باز در جریان لولینگ رشته‌های دیگه نیستم
	عدم تعادل بین کار و زندگی شخصی	حتی وقتی تو خونه بودیم و کشیک نبودیم که میشد ۱۱ شب تا ۴ صبح پست کشیکمون، که میخوایم حموم بریم، غذا بخوریم و استراحت کنیم و بعد دوباره برگردیم. بعد با این وجود وقتی تو اون شرایط که کشیک نبودیم هم نباید گوشیمون سایلنت میبود. باید جواب میدادی. اگه جواب نمیدادی کشیک اضافه بود
عدم حمایت سازمانی	نبود حمایت کافی از سوی اساتید	ما حرفمونو هیچ جا نمیتونیم بزنینم. خود وزارتخونه این مدیر گروهو انتخاب کرده. خود مدیر گروه استاده رو انتخاب کرده. یعنی همه به هم وصلن. عملاً ما این وسط تنهایییم. واقعاً راهکاری نداریم
	عدم وجود سیستم‌های پاداش و تنبیه عادلانه	حالا یه سری جریمه‌هایی که هست دیگه، حالا کشیک اضافه، نمیدونم محرومیت از عمل و از اتاق عمل و اینجور اتفاقا که خیلی هم رایجه تو رشته ما
	عدم توجه به نیازهای رزیدنت‌ها	"کلا هم حقوقی که به ما میدن خیلی ناچیزه. هزینه رفت و آمد و اسنپ و این چیزا نیمشه. کلا شرایط نابسامانی داره. طوری که همه دارن میرن

مشکلات در ارتباطات بین فردی	عدم مهارت‌های ارتباطی موثر	با اینترن و استاجرا چی؟ استاجرا که نه ولی اینترنا رو مشکل زیاد داریم باهاشون. ... شب تا صبح گوشی رو خاموش کنن و جواب تلفن ندن توی ستینگ اورژانس پیش میاد که آدم با همراه مریض ممکنه درگیر بشه. درگیری‌های لفظی پیش میاد
	عدم احترام متقابل	جلوی مریض جیغ می‌زدن و می‌گفتن شما هیچی حالتون نیست
	تحقیر و توهین	در مورنینگ‌های ما میان و سال ۳ ما رو تحقیر میکنن که سال ۳ تون چیزی بلد نیست
	اضطراب	من بچه زیر یک ساله ام مریض شد و بیمارستان بستری شد و ۱۰ روز من نتونستم پیام و یعنی غیبت کردم و تمام اساتید دونه به دونه صبح تا ظهر به من زنگ می‌زدن و تهدیدم میکردم که باید بیای، میخوایم اخراجت کنیم
	بیخوابی	ما شبا جایی نداشتیم بخوابیم، شب تا صبح باید بخش میبودیم. بعضی موقع‌ها همین تختای راحتی که میخواستیم بخوابیم، خدمات میومد جمع میکرد، درو قفل میکرد.
تأثیر بر سلامت روان	کاهش انگیزه	یکی از رزیدنت‌ها عنوان کرده بود که آموزش که نداریم. نزدیک به صفره آموزشمون. هرچی که یاد میگیریم، باید خودمون تلاش کنیم یاد بگیریم اساتید چیز خاصی یاد نمیدن
	تهدید و قلدری	همیشه شاهد رفتارهای قلدری از طرف رزیدنت‌های بالاتر بودم، و هیچ‌گاه فرصتی برای دفاع از خود نداشتم
بی‌عدالتی	بی‌عدالتی آموزشی	یه سری موارد هست که مثلا کار با فدراسیون، کار با تیم‌ها، که این مثلا هماهنگی‌ها رو خود مدیر گروهمون باید انجام بده که اینا باز انجام نمیشه و عملا این فرصت هم از دست ما میره بی‌عدالتی بیشتر بی‌عدالتی آموزشیه به نظرم
	بی‌عدالتی در پرداخت	دیگه بی‌عدالتی دیگه ای که به نظرم میاد، بحث مالی قضیه هست. فکر کنم کمترین سطح حقوق برای رزیدنت هست دیگه از بین تمام پرسنل، حالا پرستار، کمک... ولی از نظر ساعت بزرگتر بیمارستان و اینها که حساب می‌کنم، به نظرم کمترین حقوق به ازای ساعت حضور و اینها که من در نظر می‌گیرم، برای رزیدنتها است.
	تبعیض و نابرابری در محیط کار	"تبعیض بین رزیدنت‌های سال‌های مختلف، به‌ویژه تفاوت رفتارها و برخوردها با رزیدنت‌های سال ۱ و سال ۲" "الزامی بودن عذرخواهی از جانب رزیدنت‌های سال پایین‌تر بدون اینکه تقصیری داشته باشند"
	توزیع ناعادلانه وظایف	بیشتر مسئولیت‌هایی که به من محول می‌شد، بدون در نظر گرفتن تجربه و توانایی‌ام بود
	تبعیض جنسیتی	مثلا سر ارتقا سوالا رو دارن یه سری یا. مثلا تو چک کردن، با اونا بیشتر چک می‌کنن. بیشتر کار بهشون میدن
عدم شفافیت در ارزیابی‌ها	عدم شفافیت در ارزیابی‌ها	از یکی خوششون میاد، نمره پایان بخششو خوب میدن. نمره پایان بخش که یه وقتا کم میدن. ولی عدم معرفی به ارتقا نداشتیم

References

1. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: An unnecessary and preventable cause of stress. *Jama*. 1984;251(6):739-42.
2. Baldwin Jr D, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *Western Journal of Medicine*. 1991; 155(2):140.
3. Richardson DA, Becker M, Frank RR, Sokol RJ. Assessing medical students' perceptions of mistreatment in their second and third years. *Academic Medicine*. 1997;72(8):728-30.
4. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC. A pilot study of medical student'abuse': student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *Jama*. 1990; 263(4):533-7.
5. Kassebaum DG, Cutler ER. On the culture of student abuse in medical school. *Academic medicine*. 1998; 73(11):1149-58.
6. Hartin P, Birks M, Lindsay D. Bullying in Nursing: Is it in the Eye of the Beholder? *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2019; 20(2):82-91.
7. Hawkins N, Jeong S, Smith T. New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International journal of nursing studies*. 2019; 93:41-54.
8. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SA. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. *Journal of advanced nursing*. 2019; 75(12):3195-209.
9. Westbrook J, Sunderland N, Atkinson V, Jones C, Braithwaite J. Endemic unprofessional behaviour in health care: the mandate for a change in approach. *Medical Journal of Australia*. 2018; 209(9):380-1.
10. Karatuna I, Jönsson S, Muhonen T. Workplace bullying in the nursing profession: A cross-cultural scoping review. *International journal of nursing studies*. 2020; 111:103628.
11. Meloni M, Austin M. Implementation and outcomes of a zero tolerance of bullying and harassment program. *Australian health review*. 2011; 35(1):92-4.
12. Hodgins M, MacCurtain S, Mannix-McNamara P. Workplace bullying and incivility: a systematic review of interventions. *International Journal of Workplace Health Management*. 2014;7(1):54-72.
13. Osatuke K, Moore SC, Ward C, Dyrenforth SR, Belton L. Civility, respect, engagement in the workforce (CREW) nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *The journal of applied behavioral science*. 2009;45 (3):384-410.
14. Leiter MP, Laschinger HKS, Day A, Oore DG. The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *Journal of applied psychology*. 2011; 96(6):1258.
15. Chipps EM, McRury M. The development of an educational intervention to address workplace bullying: A pilot study. *Journal for Nurses in Professional Development*. 2012;28(3):94-8.
16. Chesak SS, Bhagra A, Schroeder DR, Foy DA, Cutshall SM, Sood A. Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*. 2015; 15(1):38-44.
17. Arndt BG, Beasley JW, Watkinson MD, Temte JL, Tuan W-J, Sinsky CA, et al. Tethered to the EHR: primary care physician workload

- assessment using EHR event log data and time-motion observations. *The Annals of Family Medicine*. 2017; 15(5):419-26.
18. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of physician time in ambulatory practice: a time and motion study in 4 specialties. *Annals of internal medicine*. 2016;165(11):753-60.
 19. Navarro-Carrillo G, Beltrán-Morillas AM, Valor-Segura I, Expósito F. The pernicious effects of malicious versus benign envy: perceived injustice, emotional hostility and counterproductive behaviors in the workplace. *The Spanish journal of psychology*. 2018;21:E41.
 20. Shapiro J, Whittemore A, Tsen LC. Instituting a culture of professionalism: the establishment of a center for professionalism and peer support. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2014; 40(4):168-AP1.
 21. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*. 2002; 136(5):358-67.
 22. Oyediran OV. *A Qualitative Study on Improving Respect in the Workplace and Employee Satisfaction*: Northcentral University; 2021.
 23. LaMar RA. *Empowerment: building trust and respect in the workplace*: Ball State University; 2010.
 24. Williams ES, Manwell LB, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health care management review*. 2007;32(3): 203-12.
 25. Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, Cox J, Guither C. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American journal of infection control*. 2002;30(2):93-106.
 26. Al-Surimi K, Almuhayshir A, Ghailan KY, Shaheen NA. Impact of patient safety culture on job satisfaction and intention to leave among healthcare workers: evidence from middle east context. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2022:2435-51.
 27. Lewis C. The impact of interprofessional incivility on medical performance, service and patient care: a systematic review. *Future Healthcare Journal*. 2023; 10(1):69-77.
 28. Rosenstein AH, Naylor B. Incidence and impact of physician and nurse disruptive behaviors in the emergency department. *The Journal of emergency medicine*. 2012; 43 (1):139-48.
 29. Leape LL, Shore MF, Dienstag JL, Mayer RJ, Edgman-Levitan S, Meyer GS, et al. Perspective: a culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Academic medicine*. 2012; 87(7):853-8.
 30. Walsh BM, Lee J, Jensen JM, McGonagle AK, Samnani A-K. Positive leader behaviors and workplace incivility: The mediating role of perceived norms for respect. *Journal of business and psychology*. 2018; 33:495-508.
 31. Wolf R. Respect and disrespect in international politics: the significance of status recognition. *International Theory*. 2011;3(1):105-42.
 32. Henrikson M. Respect in the workplace: Tips and tools for creating an environment of respect. *Nursing for Women's Health*. 2008;12(4): 332-6.

33. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: A systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*. 2014;89(5):817-27.
34. Essien EA, Ukoaka BM, Daniel FM, Okobru G, Adam TW. Prevalence and correlates of medical student mistreatment in Nigeria: A narrative review. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(15):e37747.
35. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(2):12. 34-5.
36. Raj KS. Well-being in residency: a systematic review. *Journal of graduate medical education*. 2016; 8(5):674-84.
37. Leisy HB, Ahmad M. Altering workplace attitudes for resident education (AWARE): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC medical education*. 2016;16: 1-10.
38. Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008;3.71-464:(8)4.
39. Adib Hagbaghery M, Salsali M, Ahmadi F. A qualitative study of Iranian nurses' understanding and experiences of professional power. *Human resources for Health*. 2004;2:1-14.
40. Nasrabadi AN, Emami A, Yekta ZP. Nursing experience in Iran. *International Journal of Nursing Practice (Wiley-Blackwell)*. 2003;9(2).
41. Richter A, Kostova P, Harth V, Wegner R. Children, care, career—a cross-sectional study on the risk of burnout among German hospital physicians at different career stages. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2014;9:1-9.
42. Gibb JR. Defensive communication. *Journal of communication*. 1961;11(3):141-8.
43. Shell GR. Bargaining styles and negotiation: The Thomas-Kilmann conflict mode instrument in negotiation training. *Negotiation journal*. 2001;17(2):155-74.

The Experience of Medical Residents at Iran University of Medical Sciences Regarding Respect in the Workplace: A Qualitative Study

Hadi Kasbkar¹, Maryam Rasoulia^{*2}

1- Ph.D. Psychiatrist, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- Ph.D. Professor, Mental Health Research Center, School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: rasoulia.m@gmail.com

Received: Mar 21, 2025

Accepted: Mar 29, 2025

ABSTRACT

Background and Aim: Medical residents play a pivotal role in the healthcare system of a country. Their mental health directly influences their professional performance and commitment. This study aimed to explore medical residents' experiences of respect in the workplace and identify instances of disrespect within hospital environments.

Materials and Methods: This was a qualitative study in which data were collected using in-depth individual interviews and focus group discussions. Data were recorded, transcribed and analyzed through content analysis and coding-categorization methods. Qualitative content analysis was performed using the MAXQDA software (Version 20).

Results: The findings revealed that medical residents face numerous challenges, including injustice, verbal abuse, bullying and excessive workload. Educational inequity, overwhelming workloads, and unfair evaluations were identified as manifestations of injustice. Verbal violence, disrespect from the staff, and offensive language exemplified instances of disrespect. Coercion to perform tasks beyond their responsibilities and violations of human rights were categorized as bullying behaviors. These conditions have led to psychological stress, frustration, reduction of incentive and in some cases the use of psychiatric medications, and diminished motivation among residents.

Conclusion: The findings indicate that the working environments for medical residents in many hospitals and educational centers are stressful and unsuitable. Reforms in educational, managerial and support systems are urgently needed to improve these conditions. Respectful behavior not only reduces stress and enhances job satisfaction but it also contributes to the professional development of residents.

Keywords: Respect, Workplace, Medical Residents, Mental Health

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.