

رفتار با دانشجویان پزشکی در محیط‌های بالینی

حبیبه احمدی پور^{۱*}، رضا وفادار^۲

۱. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. پزشک عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

• دریافت مقاله: ۹۱/۸/۳۰ آخرین اصلاح مقاله: ۹۲/۲/۲۱ • پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۹

زمینه و هدف: مطالعات نشان داده‌اند که سوء رفتار با دانشجوی پزشکی به احتمال زیاد تأثیرات منفی قابل توجهی دارد. دانشجویانی که با رفتارهای آزار دهنده در محیط‌های آموزشی مواجه می‌شوند، در مقایسه با دانشجویانی که این رفتارها را تجربه نمی‌کنند، اضطراب، افسردگی، اشکال در یادگیری، فکر کردن به ترک تحصیل و مصرف الکل را بیشتر گزارش کرده‌اند. مطالعات دیگر نشان دادند که استرس همراه با تجربه رفتارهای آزار دهنده، تأثیر منفی در تصمیم‌گیری‌های شغلی دانشجویان در آینده دارد.

روش کار: این پژوهش، یک مطالعه مقطعی بود که توسط دفتر توسعه آموزشی دانشکده پزشکی کرمان انجام شد. تمامی دانشجویان پزشکی در مقطع بالینی به روش سرشماری انتخاب شدند. نظرات دانشجویان نسبت به رفتار با آن‌ها در محیط بالینی با استفاده از پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. اعتبار پرسش‌نامه توسط تعدادی از کارشناسان مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن در یک مطالعه پایلوت با استفاده از Cronbach's alpha برابر ۰/۶۷ تعیین شد.

یافته‌ها: در مجموع، ۱۶۸ پرسش‌نامه تکمیل گردید. ۹۳ درصد از پاسخ دهندگان گزارش کردند که در طول مقطع بالینی فعلی خود با رفتارهایی مواجه شده‌اند که برای آن‌ها آزار دهنده بوده است و یا فکر کردند که مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند. بیشترین سوء رفتار گزارش شده، سوء رفتار هیجانی-کلامی بود و بعد از آن به ترتیب، سوء رفتار آکادمیک، تبعیض جنسیتی و سوء رفتار فیزیکی بود. دستیاران پزشکی بیشترین گروهی بودند که به عنوان مرتکبین سوء رفتار گزارش شدند. شایع‌ترین پاسخ عاطفی به رفتارهای آزار دهنده، ناراحتی و عصبانیت بود.

نتیجه‌گیری: تجربه سوء رفتار با دانشجویان پزشکی در محیط‌های بالینی شایع است. به منظور بهبود محیط یادگیری، سیستم آموزشی نیازمند اقدام برای حل و فصل این مسأله جدی است.

کلید واژه‌ها: سوء رفتار، محیط بالینی، دانشجوی پزشکی

* نویسنده مسؤول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

• Email: habibehamadipour@gmail.com

• تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۲۱۶۶۰ • نمابر: ۰۳۴۱-۳۲۲۱۶۷۱

مقدمه

سوء رفتار یکی از مصادیق محرومیت از حقوق و شئون انسانی است که به شکل‌های غفلت، سلب اختیار، بهره‌برداری مالی، آزارهای روان شناختی و بدنی و طردشدگی رخ می‌دهد (۱). اشکال مختلف سوء رفتار در محیط‌های مختلف کاری از جمله مدارس (۲) و دانشگاه‌ها (۳-۶) گزارش شده است. Silver در خصوص احساس ملالت در دانشجویان پزشکی نسبت به محیط پر تنش دانشکده پزشکی اظهار نظر نمود. با این کار، او از کلمه «سوء رفتار» برای توصیف این که چگونه دانشجویان پزشکی مورد بد رفتاری قرار می‌گیرند، استفاده کرد، حالتی مشابه با آن چه که در کودک آزاری مشاهده می‌شود (۷). در آن زمان، هیچ اطلاعاتی در این خصوص موجود نبود، اما دو سال بعد، Silver و Rosenberg مقاله‌ای چاپ کردند که از امکان رخداد این پدیده حمایت می‌کرد (۸). مطالعات زیادی در خصوص بد رفتاری و آزار و اذیت دانشجویان پزشکی در سراسر جهان انجام شده است (۹-۱۵). دانشجویان پزشکی هر شکل از سوء رفتار را بیشتر از سایر دانشجویان گزارش کردند (۹). برآورد تجربه سوء رفتار با دانشجوی پزشکی بسته به تعریف آن از ۴۲ درصد (۱۰) تا ۹۱ درصد (۵) متغیر است. در مطالعه‌ای در ژاپن، فراوانی سوء رفتار با دانشجویان پزشکی، ۶۸/۵ درصد گزارش شد (۱۶). مطالعه مشابهی در پاکستان، فراوانی سوء رفتار با دانشجویان پزشکی را ۶۲/۵ درصد گزارش کرد (۱۷).

نتایج مطالعه Arja Rautio و همکاران نشان داد که حدود نیمی از دانشجویان نوعی از سوء رفتار از طرف کارکنان را در طی تحصیلات دانشگاهی خود را تجربه کرده بودند که شایع‌ترین انواع آن، به ترتیب تحقیر و اهانت (۴۰ درصد)، اظهارات منفی (۳۴ درصد)، فریاد زدن (۲۳ درصد)، آزار و اذیت جنسی و سایر اشکال بد رفتاری‌های جنسیتی (۱۷ درصد) و تعیین وظایف به عنوان مجازات (۱۳ درصد) بودند (۹). مطالعه Baldwin و همکاران نشان داد که دانشجویان پزشکی اغلب به اشکال مختلف مورد اذیت و آزار کلامی، از

جمله تحقیر و کوچک شمردن قرار دارند که به طور عمده توسط دستیاران و استادان اعمال می‌شود. دانشجویان همچنین بیان داشتند که اغلب آن‌ها با اظهار نظر منفی در مورد انتخاب حرفه پزشکی مواجه شدند (۱۸).

در مطالعه دیگری در آمریکا، دانشجویان بیان داشتند که بیشترین نوع سوء رفتار، تحقیر شدن در جمع بوده است. تهدید شدن به نمره ناهق و آسیب فیزیکی در رده‌های بعدی قرار داشت و در این مطالعه، میزان بالایی از سوء رفتار جنسی توسط دانشجویان گزارش شد. در این تحقیق نیز عاملین اصلی سوء رفتار، دستیاران و استادان بودند (۱۱).

سوء رفتار با دانشجویان به عنوان منبع اصلی استرس بیان شده است (۱۹). نسبت بالایی از دانشجویانی که تجربه بد رفتاری را دارند، از عواقب آسیب‌های روحی و روانی رنج می‌برند (۲۰، ۴). همچنین نشان داده شده است که تجربه سوء رفتار با عواقب شدید و دراز مدت با سلامت روان، از جمله افسردگی و خودکشی در پزشکان در ارتباط است (۲۲-۲۰، ۴).

در مطالعات Clark و همکاران (۲۳) و نیز Clark (۲۴) رفتارهایی مثل کوچک شمردن دانشجو، ترس از استاد و انتظار بی‌جای استاد از دانشجو به عنوان رفتارهای نامحترمانه مطرح شده است. بسیاری از دانشجویان به مشکل سوء استفاده استاد از قدرت خود اشاره داشتند که توجه به آن و یافتن راه حل‌هایی برای آن، می‌تواند روابط استاد و دانشجو را بهبود بخشد و محیط آموزشی سالمی ایجاد کند.

در مطالعه‌ای که با هدف بررسی رفتارهای نامحترمانه از دیدگاه استادان و دانشجویان انجام شد، با وجود این که رفتارهای توهین‌آمیز قابل توجه نبودند، اما به دلیل اثرات مخرب آن‌ها، پیشنهاد شده بود که اتخاذ راهکارهایی برای ایجاد محیط‌های مناسب یاددهی و یادگیری بسیار ضروری است (۲۵).

با توجه به این که سوء رفتار با دانشجویان به عنوان یک منبع اصلی از استرس بیان شده است و احتمال ایجاد

در محیط‌های بالینی بر اساس جنسیت)، مورد بررسی قرار گرفت. تجربه هر نوع سوء رفتار با پاسخ بلی و خیر توسط دانشجویان گزارش شد (این امکان وجود داشت که دانشجویان بیشتر از یک نوع سوء رفتار را گزارش نمایند).

در صورتی که رفتارهای آزار دهنده توسط شرکت کنندگان تجربه شده بود، از آنان خواسته می‌شد که بیان کنند چه افرادی باعث این سوء رفتار بوده‌اند (استادان، دستیاران، کارورزان، پرستاران، پرسنل بیمارستان، تکنسین‌های پزشکی، بیماران و یا همراهان بیماران) و واکنش آن‌ها نسبت به این سوء رفتار چگونه بوده است (خشام، برخورد جزئی، فراموش کردن رفتار آزار دهنده، کاهش اشتیاق برای یادگیری، ناراحتی و عصبانیت، افسردگی، ترس، اشتیاق بیشتر به یادگیری و فکر کردن به ترک تحصیل).

در این مطالعه، دانشجویان در پاسخگویی به سؤالات پرسش‌نامه آزاد بودند. پرسش‌نامه بدون نام و نام خانوادگی و در کمال رازداری و دور از دید محقق تکمیل شد و به دانشجویان هم اطمینان داده شد که از اطلاعات پرسش‌نامه فقط در جهت اهداف تحقیق استفاده خواهد شد. موضوع پژوهش نیز در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مطرح و مورد تصویب قرار گرفت. نتایج مطالعه با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های آماری Chi-square و Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۱۶۸ نفر دانشجویی که در این مطالعه شرکت کردند، ۸۷ نفر (۵۲ درصد) کارآموز، ۴۵ نفر (۲۷ درصد) کارورز و ۳۶ نفر (۲۱ درصد) دستیار بودند. ۹۱ نفر (۵۴ درصد) مذکر و ۷۷ نفر (۴۶ درصد) مؤنث، ۱۲۴ نفر (۷۴ درصد) مجرد و ۱۰۲ نفر (۶۱ درصد) بومی بودند (جدول ۱).

۱۵۶ نفر (۹۳ درصد) از شرکت کنندگان اظهار داشتند که در طول مقطع بالینی فعلی خود، با رفتارهایی مواجه شده‌اند که برای آن‌ها آزار دهنده بوده است و یا فکر کردند که مورد سوء

آسیب‌های روحی و روانی ناشی از آن از جمله افسردگی و اضطراب وجود دارد و از طرف دیگر وجود مطالعات محدود در این زمینه در ایران، این مطالعه با هدف بررسی فراوانی سوء رفتار با دانشجویان پزشکی در دوره بالینی و عوامل مرتبط با آن انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که توسط دفتر توسعه آموزشی دانشکده پزشکی کرمان اجرا شد. کلیه دانشجویان پزشکی مقطع بالینی (کارآموز، کارورز) و دستیاران پزشکی از طریق سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، یک پرسش‌نامه دو قسمتی بود که بخش اول آن حاوی اطلاعات فردی شامل سن، جنس، مدت زمان گذرانده شده توسط دانشجوی، وضعیت تأهل، بومی یا غیر بومی بودن بود و بخش دوم آن پرسش‌نامه‌ای بود که در پژوهشی مشابه (۱۶) مورد استفاده قرار گرفته بود. به منظور استفاده از آن، گویه‌های پرسش‌نامه پس از ترجمه، در چندین نوبت جهت تطبیق فرهنگی و همچنین تطبیق با نظام آموزشی جاری در دوره بالینی، مورد بازنگری قرار گرفت. رویی صوری و محتوایی پرسش‌نامه توسط استادان و صاحب‌نظران مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه با استفاده از مطالعه پایلوت ۰/۶۷ تعیین شد.

در این پرسش‌نامه، سوء رفتار در ۴ حیطه سوء رفتار هیجانی - کلامی (فریاد زدن، تحقیر شدن در راند بخش و یا کنفرانس‌ها، تندخویی و بی‌ادبی، فحش و ناسزا)، سوء رفتار فیزیکی (تهدید شدن به آسیب فیزیکی و یا در معرض آسیب فیزیکی قرار گرفتن) و سوء رفتار آکادمیک (تعیین وظایف به عنوان مجازات مثل کشیک اضافه، تهدید شدن با نمره بد ناهق، تهدید غیر منصفانه به پاس نشدن در دوره، اظهار نظر منفی در مورد دانشجوی به عنوان یک پزشک و یا ادامه رشته پزشکی توسط دانشجوی) و تبعیض جنسیتی (تعیین وظایف در محیط‌های بالینی بر اساس جنسیت دانشجوی، ارزشیابی دانشجوی

رفتار قرار گرفته‌اند. جدول ۲ فراوانی سوء رفتار را به تفکیک مقطع بالینی و نوع سوء رفتار، نشان می‌دهد.

جدول ۱. توزیع فراوانی سوء رفتار در دانشجویان پزشکی مقطع بالینی به تفکیک مقطع و نوع سوء رفتار

P-value	دستیار تعداد (درصد)	کارورز تعداد (درصد)	کارآموز تعداد (درصد)	
۰/۱۹	۳۰ (۸۶)	۴۱ (۹۳)	۷۰ (۸۱)	سوء رفتار هیجانی - کلامی
۰/۰۱	۱۱ (۳۱)	۱۰ (۲۳)	۹ (۱۰)	سوء رفتار فیزیکی
۰/۴۶	۲۲ (۶۳)	۳۴ (۷۶)	۶۰ (۶۹)	سوء رفتار آکادمیک
*۰/۰۲	۱۱ (۳۲)	۲۶ (۵۹)	۵۰ (۵۸)	تبعیض جنسیتی

جدول ۲. توزیع فراوانی سوء رفتار در دانشجویان پزشکی مقطع بالینی به تفکیک خصوصیات دموگرافیک و نوع سوء رفتار

نوع سوء رفتار	سوء رفتار هیجانی - کلامی تعداد (درصد)	سوء رفتار فیزیکی تعداد (درصد)	سوء رفتار آکادمیک تعداد (درصد)	تبعیض جنسیتی تعداد (درصد)
جنسیت	مذکر	۱۹ (۲۱)	۶۷ (۷۴)	۵۷ (۶۵)
	مؤنث	۶۱ (۷۹)	۱۱ (۱۴)	۳۰ (۴۰)
	P-value	۰/۰۳۴	۰/۲۳۰	۰/۱۳۰
وضعیت تأهل	مجرد	۱۰۳ (۸۵)	۲۰ (۱۶)	۶۷ (۵۵)
	متاهل	۳۸ (۸۶)	۱۰ (۲۳)	۲۰ (۴۶)
	P-value	۰/۸۴۰	۰/۳۰۰	۰/۸۶۰
وضعیت سکونت	بومی	۸۶ (۸۵)	۱۹ (۱۹)	۵۵ (۵۵)
	غیر بومی	۵۴ (۸۷)	۱۱ (۱۸)	۳۱ (۵۰)
	P-value	۰/۷۳۰	۰/۸۸۰	۰/۶۰۰

بیماران، کارآموزان و سایر پرسنل (به ترتیب با ۶۳/۰، ۱۵/۰، ۱۳/۰، ۹/۰، ۹/۰ و ۹/۰ درصد) بود.

بیشترین واکنش هیجانی به سوء رفتار هیجانی - کلامی، احساس ناراحتی و عصبانیت (۴۸/۰ درصد) بیان شد و بعد از آن، خشم، فراموش کردن رفتار آزار دهنده، کاهش اشتیاق برای یادگیری، برخورد جزئی، احساس افسردگی، فکر کردن به ترک تحصیل، ترس و اشتیاق بیشتر به یادگیری (به ترتیب با ۴۷/۰، ۲۸/۰، ۲۴/۰، ۲۱/۶ و ۲۱/۰ درصد) بود.

بیشترین واکنش هیجانی به سوء رفتار فیزیکی، خشم (۵۶/۰ درصد) بیان شد و بعد از آن به ترتیب، احساس ناراحتی و عصبانیت، کاهش اشتیاق برای یادگیری، برخورد جزئی، فکر

بیشترین میزان سوء رفتار هیجانی - کلامی از طرف دستیاران (۵۶/۰ درصد) و بعد از آن استادان، پرستاران، بیماران، همراهان بیماران و سایر پرسنل (به ترتیب با ۴۷/۰، ۲۸/۰، ۲۴/۰، ۲۱/۶ و ۲۱/۰ درصد) بود.

بیشترین میزان سوء رفتار فیزیکی از طرف همراهی بیماران (۸۳/۰ درصد) و بعد از آن بیماران، دستیاران و استادان (به ترتیب با ۲۰/۰، ۲۰/۰، ۲۰/۰ و ۲۰/۰ درصد) بود.

بیشترین میزان سوء رفتار آکادمیک از طرف دستیاران (۷۴/۰ درصد) و بعد از آن استادان (۵۰/۵ درصد) بود.

بیشترین میزان تبعیض جنسیتی از طرف استادان (۶۶/۰ درصد) و بعد از آن دستیاران، بیماران، پرستاران، همراهان

همکاران (۲۵) این فراوانی را ۶۲/۵ درصد گزارش کردند. بر اساس مطالعات قبلی، تجربه سوء رفتار با دانشجوی پزشکی بسته به تعریف آن از ۴۲ درصد (۱۰) تا ۹۱ درصد (۲۱) متغیر است. علت بیشتر بودن فراوانی سوء رفتار در مطالعه حاضر، ممکن است به دلیل تعاریف متفاوت از سوء رفتار در فرهنگ‌های مختلف و یا تعبیر متفاوت دانشجویان از نحوه رفتار با آن‌ها در محیط بالینی باشد. مطالعه Arja Rautio و همکاران نشان داد که دانشجویان پزشکی بیشترین میزان سوء رفتار را تجربه می‌کنند (۹).

از نظر تجربه کلی سوء رفتار در مطالعه حاضر، بین دانشجویان مؤنث و مذکر تفاوت معنی‌دار از نظر آماری وجود نداشت. در صورتی که دانشجویان مذکر، سوء رفتار هیجانی-کلامی و تبعیض جنسیتی را بیشتر از دانشجویان مؤنث گزارش کردند. در انواع دیگر سوء رفتار بین دانشجویان مؤنث و مذکر، تفاوت معنی‌دار از نظر آماری وجود نداشت. در مطالعه مشابه، فراوانی سوء رفتار هیجانی-کلامی، فیزیکی و آکادمیک بین دانشجویان مؤنث و مذکر اختلافی نداشت؛ در صورتی که سوء رفتار جنسی و تبعیض جنسیتی در دانشجویان مؤنث بیشتر از دانشجویان مذکر گزارش شد. بیشترین نوع سوء رفتاری که در مطالعه حاضر گزارش شد، سوء رفتار هیجانی-کلامی بود که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۶).

از نظر تجربه کلی سوء رفتار بین کارآموزان، کارورزان و دستیاران، تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. در بین انواع سوء رفتار، نوع فیزیکی در دستیاران بیشتر و تبعیض جنسیتی در آن‌ها کمتر از کارآموزان و کارورزان گزارش شده است. دلیل بیشتر بودن سوء رفتار فیزیکی در دستیاران، ممکن است برخورد بیشتر آن‌ها با بیمار و همراهی بیمار و همچنین مسؤلیت بیشتر آن‌ها در قبال بیماران باشد.

در مطالعه حاضر، هر چه طول مدت گذرانده شده در مقطع دستیاری، بیشتر می‌شد، سوء رفتار هیجانی-کلامی کمتر گزارش می‌شد که دلیل این موضوع، شاید کسب تجربه بیشتر در زمینه مهارت‌های ارتباطی باشد.

کردن به ترک تحصیل، فراموش کردن رفتار آزار دهنده، ترس، اشتیاق بیشتر به یادگیری و احساس افسردگی (به ترتیب با ۵۰/۰، ۲۶/۶، ۲۳/۰، ۲۳/۰، ۳/۳، ۱۳/۳، ۱۶/۶ و ۲/۰ درصد) بود.

بیشترین واکنش هیجانی به سوء رفتار آکادمیک، احساس ناراحتی و عصبانیت (۴۲/۵ درصد) بیان شد و بعد از آن، به ترتیب، فراموش کردن رفتار آزار دهنده، خشم، کاهش اشتیاق برای یادگیری، احساس افسردگی، برخورد جزیبی، فکر کردن به ترک تحصیل، ترس، اشتیاق بیشتر به یادگیری (به ترتیب با ۳۲/۰، ۲۸/۳، ۲۱/۰، ۱۳/۰، ۵/۶، ۹/۴، ۹/۵ و ۴/۰ درصد) بود.

بیشترین واکنش هیجانی به تبعیض جنسیتی، فراموش کردن رفتار آزار دهنده (۳۸/۰ درصد) بیان شد و بعد از آن به ترتیب، احساس ناراحتی و عصبانیت، خشم، کاهش اشتیاق برای یادگیری، برخورد جزیبی، احساس افسردگی، فکر کردن به ترک تحصیل، اشتیاق بیشتر به یادگیری (به ترتیب با ۳۶/۰، ۲۳/۰، ۲/۳، ۴/۶، ۸/۰، ۴/۶، ۶، ۳، ۰، ۲، ۱، ۲، ۱ درصد) بود.

بین فراوانی انواع سوء رفتار با مدت دوره گذرانده شده در مقطع کارآموزی و کارورزی ارتباط معنی‌دار از نظر آماری وجود نداشت ($P > 0.050$).

بین فراوانی سوء رفتار هیجانی-کلامی با مدت دوره گذرانده شده در مقطع دستیاری، ارتباط معکوس معنی‌دار از نظر آماری وجود داشت ($r = -0.42$, $P = 0.012$). بین فراوانی انواع دیگر سوء رفتار با مدت دوره گذرانده شده در مقطع دستیاری، ارتباط معنی‌دار از نظر آماری وجود نداشت ($P > 0.050$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی سوء رفتار با دانشجویان شرکت کننده در مطالعه ۹۳/۰ درصد می‌باشد که نسبت به مطالعات مشابه بیشتر است. مطالعه Shizuko Nagata-Kobayashi و همکاران (۱۶) فراوانی سوء رفتار با دانشجویان پزشکی را ۶۸/۵ درصد و مطالعه ثناگو و

بین بد رفتاری با دانشجوی پزشکی را با بد رفتاری در دوران کودکی بیان کردند؛ به این صورت که استنادی که در دوران دانشجویی مورد سوء رفتار قرار گرفته‌اند، در آینده با احتمال بیشتر در مورد دانشجویان خود مرتکب این گونه رفتارها می‌شوند (۲۶). برای شکستن این زنجیره معیوب، سیستم آموزشی باید از بروز هر گونه سوء رفتار پیشگیری کنند، حقوق دانشجویان را مورد توجه قرار دهند و محیط‌های آموزشی دلسرد کننده را به محیط‌های مشوق یادگیری تبدیل نمایند (۱۶).

نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر نشان داد که تجربه رفتارهای آزار دهنده با دانشجویان پزشکی در محیط بالینی شایع است. با توجه به این که رسالت اصلی دانشگاه‌ها پژوهش، تدریس و یادگیری است و محیط آموزشی نه تنها برای آموزش، بلکه برای ایجاد نگرش مثبت دانشجویان نسبت به هویت حرفه‌ای خود و یادگیری همیشگی بسیار اهمیت دارد، تجربه رفتارهای آزار دهنده در این محیط، می‌تواند منجر به آسیب‌های روحی و روانی مثل افسردگی و اضطراب در دانشجویان گردد. بنابراین، سیستم آموزشی به منظور بهبود محیط یادگیری، نیاز به اقدامات پیشگیرانه جهت حل این مشکل جدی دارد.

محدودیت‌ها:

سوء رفتار یک تجربه ذهنی است و افراد ممکن است تعبیر متفاوتی از این گونه رفتارها داشته باشند. رفتاری که برای یک فرد آزار دهنده محسوب می‌شود، ممکن است برای دیگری رفتار عادی تلقی شود.

از طرف دیگر، با توجه به این که شرکت در مطالعه اختیاری بود، ممکن است شرکت کنندگان در مطالعه معرف تمام دانشجویان مقطع بالینی (کارآموزان، کارورزان و دستیاران) نباشند و یا دانشجویانی که سوء رفتار را بیشتر تجربه کرده‌اند، تمایل بیشتری به شرکت در مطالعه داشته باشند.

دستیاران در سوء رفتارهای هیجانی- کلامی و آکادمیک به عنوان بیشترین افرادی که باعث سوء رفتار بودند، گزارش شدند. این امر، شاید به این دلیل باشد که دوره دستکاری یکی از دوره‌های آموزشی پر استرس است که نتیجه آن می‌تواند منجر به تحریک پذیری بیش از حد معمول آن‌ها، عصبانیت و انتقال آن به کارآموزان و کارورزانی شود که از لحاظ موقعیت آکادمیک، در سطح پایین‌تری از دستیاران قرار دارند.

همراهان بیماران به عنوان بیشترین مرتکبین سوء رفتار فیزیکی، گزارش شدند. این موضوع، می‌تواند لزوم آموزش مهارت‌های ارتباطی (بیمار، همراه بیمار و غیره) را برای دانشجویان بالینی خاطر نشان سازد.

احساس ناراحتی و عصبانیت، بیشترین و اشتیاق بیشتر به یادگیری، کمترین واکنش هیجانی نسبت به انواع سوء رفتار گزارش شد.

مطالعات مختلف نشان داده‌اند که سوء رفتار با دانشجوی پزشکی، تأثیرات منفی روی سلامت و عملکرد وی دارد (۲۱، ۲۰، ۸، ۷). نتایج مطالعه حاضر نیز حاکی از این تأثیرات می‌باشد. ۸۳ نفر از دانشجویان گزارش کردند که به دلیل مواجهه با انواع سوء رفتار، اشتیاق برای یادگیری در آن‌ها کاهش یافته است. ۲۹ نفر نیز به ترک تحصیل فکر کردند.

اگر بد رفتاری با دانشجویان در یک واحد آکادمیک شایع باشد، موفقیت آن واحد در انجام وظایف اصلی خود که شامل پژوهش، آموزش و یادگیری است، مورد تهدید قرار می‌گیرد. پس یک سیستم آموزشی، می‌بایست توانایی خود برای ایجاد یک محیط امن یادگیری را مورد ارزیابی قرار دهد (۹).

بیشتر دانشجویان پزشکی، استادان خود را به عنوان الگو در محیط‌های حرفه‌ای آینده می‌دانند. نگرش بدبینانه استادان نسبت به دانشجویان، کارکنان بیمارستان، بیماران و حتی خود حرفه پزشکی، ممکن است نگرش منفی نسبت به حرفه و شغل پزشکی را در ذهن دانشجویان القا کند (۱۶).

Kluft نشان داد که بد رفتاری با دانشجوی پزشکی می‌تواند در آینده منجر به بد رفتاری وی با بیمار گردد. شباهت

سیاسگزاری

آن، همچنین از دانشجویان و دستیاران پزشکی جهت همکاری در اجرای طرح، تشکر و قدردانی می‌گردد.

بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

جهت تصویب طرح پژوهشی به شماره ۹۰/۹۳ و تأمین بودجه

ten United States schools. *Western Journal of Medicine* 1991;155(2): 140-5.

References:

- Heravi Karimoei M. Frequency of elder abuse within family in members of Senior Social Clubs in Tehran City. *Iranian Journal of Ageing* 2012; 6(22): 37-50. [In Persian]
- Borg MG. The extent and nature of bullying among primary and secondary schoolchildren. *Educational Research* 1999; 41(2):137-53.
- Richman JA, Rospenda KM, Nawyn SJ, et al. Sexual harassment and generalized workplace abuse among university employees: Prevalence and mental health correlates. *American Journal of Public Health* 1999; 89(3):358-63.
- Larsson C, Hensing G, Allbeck P. Sexual and gender-related harassment in medical education and research training: results from a Swedish survey. *Medical Education* 2003, 37(1):39-50.
- Maida AM, Vasquez A, Herskovic V, et al. A report on student abuse during medical training. *Medical Teacher* 2003; 25(5):497-501.
- White GE. Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a university medical school in Australia. *Medical Education* 2000; 34(12):980-6.
- Silver HK. Medical students and medical school. *The Journal of the American Medical Association* 1982; 247(3):309-10.
- Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse: An unnecessary and preventable cause of stress. *The Journal of the American Medical Association* 1984; 251(6):739-42.
- Arja Rautio, Sunnari V, Nuutinen M, et al. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Medical Education* 2005, 5:36
- Frank E, Carrera JS, Stratton T, et al. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ* 2006; 333: 682.
- Baldwin DC, Daugherty SR, Eckenfels EJ. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of
- Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Isr J Med Sci* 1996; 32(3-4): 229-38 .
- Mangus RS, Hawkins CE, Miller MJ. Prevalence of harassment and discrimination among 1996 medical school graduates: a survey of eight US schools. *The Journal of the American Medical Association* 1998; 280(9): 851-3.
- Uhari M, Kokkonen J, Nuutinen M, et al. Medical student abuse: an international phenomenon. *The Journal of the American Medical Association* 1994; 271(13): 1049-51.
- Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE, et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Academic Medicine* 2002; 77(12): 1226-34.
- Shizuko Nagata-Kobayashi, Miho Sekimoto, Hiroshi Koyama, et al. Medical Student Abuse During Clinical Clerkships in Japan, *Journal of General Internal Medicine* 2006; 21(3):212-8.
- Sana Shoukat, Anis M, Danesh K, et al. Prevalence of Mistreatment or Belittlement among Medical Students – A Cross Sectional Survey at a Private Medical School in Karachi, Pakistan 2010 ;5(10):13429.
- Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Eckenfels EJ, et al. The experience of mistreatment and abuse among medical students. *Research Medical Education* 1988; 27:80-4.
- Daugherty SR, Baldwin DC Jr, Rowley BD. Learning, satisfaction and mistreatment during medical internship: A national survey of working conditions. *Survey of Anesthesiology* 1998; 43(1):1194-9.
- Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, et al. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *The Journal of the American Medical Association* 1992; 267(5):692-4.
- Sheehan KH, Sheehan DV, White K, et al. A pilot study of medical student "abuse". *The*

- Journal of The American Medical Association 1990; 263(4):533-7.
22. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among US women physicians. American Journal of Psychiatry 1999 156(12): 1887-94.
 23. Clark CM, Springer PJ. Thoughts on incivility: Student and faculty perceptions of uncivil behavior in nursing education. Nursing Education Perspectives 2007; 28 (2): 93-7 .
 24. Clark C. Student perspectives on faculty incivility in nursing education: An application of the concept of rankism. Nursing Outlook 2008; 56 (1): 4-8 .
 25. Sanagoo A, Joibari L, Mohammadi Z. A Glance at Students and Faculty Members Perceptions of Uncivil Behavior in Educational Settings. Strides In Development of Medical Education 2010; 7(2):127-33. [In Persian]
 26. Kluff RP. The physician as perpetrator of abuse. Primary Care 1993;20(2): 459-80.