



A healer's rites of passage: An ethnographic study of residency challenges

Hamideh Shiri-Mohammadabad ¹

1. Assistant Professor, Faculty of Social Sciences, Yazd University, Yazd, Iran (Corresponding Author), E-mail: h.shiri@yazd.ac.ir

Article Info

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 2025-11-20

Received in revised form:
2026-01-26

Accepted: 2026-03-16

Published online: 2026-03-17

Keywords:

Teaching hospital, Healer,
Resident, Ethnography,
Passage rite

ABSTRACT

Purpose- The residency period is a transitional phase involving full-time education with definite working hours for residents. A critical point to note is that although a minimum number of shifts is specified for each resident, no maximum limit is defined for these shifts or for the resident's active presence in the hospital. Consequently, this period is regarded as a demanding stage characterized not only by psychological pressure and a heavy burden of responsibility, but also by numerous challenges that can negatively impact professional identity as well as the physical and mental health of the medical students. The present study aims to investigate the challenges and experiences of residents during their occupational transition in teaching hospitals.

Methodology- This research was conducted using an ethnographic approach. Data were collected through direct observation, participant observation, and deep, informal conversations in two teaching hospitals located in different districts in the city of Yazd during the years 2024-2025. Available sampling was employed in this study, and data collection continued until data saturation was reached. Subsequently, general narratives regarding the challenges residents encounter in their daily lives were presented using James Spradley's method. These were analyzed based on the three-stage approach of domain, taxonomic, and component analysis to reveal the hidden semantic layers of the phenomenon. To ensure the trustworthiness of the research findings, strategies such as long-term and repetitive engagement in the field, data collection through interviews and observations, as well as the designation of interview questions and extraction of codes during the progress of the work were utilized. Finally, Van Gennep and Turner's theory of rites of passage was employed to analyze the findings.

Findings- Based on narratives emerging from the residency experience, five domains were identified with themes such as experiencing recurrent sleeplessness, limitations in food access, coping with patient mortality, the lengthy path to becoming a physician, the high volume of academic tasks coupled with continuous assessment, and carrying heavy responsibilities in the hospital. In the taxonomic analysis, the identified domains and created themes were systematically arranged based on their semantic relationships, resulting in codes such as coping with academic burnout, role strain, suffering without lamentation, lack of nutritional and sleep hygiene, and the endless cycle of assessment and learning. Finally, in the component analysis stage, all identified domains and taxonomies were placed under the cultural sub-theme of the rites of passage of a healer.

Conclusion- Residents experience numerous difficulties throughout the residency period. These issues affect both the professional and personal performance of residents. While some of these difficulties, such as coping with patient death, the high volume of academic tasks, and the long years of study, are inseparable parts of the medical profession and responsibility, others are not considered intrinsic to the state of being a resident. These challenges require structural reforms in the medical education system to ensure that educational quality is maintained while establishing a work-life balance for residents.

Cite this article: Shiri, H. (2026). A healer's rite of passage: Medical residency transition. *Iranian Journal of Anthropological Research*, 15(2), 154-171. doi: [10.22059/ijar.2026.406673.459946](https://doi.org/10.22059/ijar.2026.406673.459946)



مناسک پاکشایی یک درمانگر: مطالعه مردم‌نگارانه چالش‌های دوران رزیدنتی

حمیده شیرینی محمدآباد^۱

۱. استادیار، گروه مردم‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران. (نویسنده مسئول) رایانامه: h.shiri@yazd.ac.ir

اطلاعات مقاله	چکیده
نوع مقاله: مقاله پژوهشی	هدف: دوران گذار رزیدنتی و تحصیل در این مقطع تحصیلی به صورت تمام وقت است و ساعات کاری مشخصی در این مسیر برای رزیدنت‌ها تعیین شده است. نکته حائز توجه این امر است که با وجود مشخص بودن حداقل کشیک‌های هر رزیدنت، هیچ حداکثری برای این کشیک‌ها و حضور فعال رزیدنت در بیمارستان تعریف نشده است. از این رو این دوران به عنوان مرحله‌ای دشوار نه تنها با فشار روانی و بار سنگین مسئولیت همراه است، بلکه رزیدنت را با چالش‌های زیادی روبه‌رو می‌سازد که می‌تواند بر هویت حرفه‌ای وی و سلامت جسمانی و روانی دانشجویان پزشکی اثر منفی بر جای گذارد. از این رو مطالعه حاضر به واکاوی چالش‌ها و تجربیات رزیدنت‌ها در دوران گذار شغلی در بیمارستان‌های آموزشی می‌پردازد.
تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۹	روش‌شناسی: این تحقیق به روشی مردم‌نگارانه انجام گرفت و داده‌ها از طریق مشاهده مستقیم، مشاهده همراه با مشارکت و گفتگو عمیق و غیررسمی در دو بیمارستان آموزشی واقع در مناطق مختلف شهر یزد در طول سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ گردآوری شد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده ادامه یافت. در ادامه روایت‌های کلی از چالش‌های موجود که رزیدنت‌ها در زیست روزمره خویش با آن روبه‌رو هستند با استفاده از روش جیمز اسپردلی ارائه گردید و براساس رویکرد سه مرحله‌ای تحلیل قلمرویی، گونه‌ای و مؤلفه‌ای تحلیل شد تا لایه‌های معنایی پنهان این پدیده آشکار شود. برای قابلیت اعتماد یافته‌های پژوهش نیز از استراتژی مشارکت بلند مدت و تکراری در میدان، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه و مشاهده و طراحی سوالات مصاحبه و استخراج کدها در جریان پیشرفت کار، استفاده شده است. در نهایت به منظور تحلیل یافته‌ها، نظریه مناسک پاکشایی یا گذار جنپ و ترنر استفاده گردید.
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۰۶	یافته‌ها: براساس روایت‌های برآمده از دوران رزیدنت بودگی؛ پنج قلمرو با مضامینی نظیر تجربه بی‌خوابی‌های مکرر، محدودیت‌های دسترسی به غذا، کنار آمدن با مرگ بیماران، مسیر طولانی پزشک شدن، حجم بالای مطالب درسی به همراه ارزیابی مستمر و به دوش کشیدن مسئولیت‌های سنگین در بیمارستان استخراج شد. در تحلیل گونه‌شناسی، قلمروهای شناسایی شده و مضامین خلق شده براساس رابطه معنایی که با یکدیگر دارند به شیوه نظام‌مند مرتب شدند و کدهایی چون؛ کنار آمدن با فرسایش تحصیلی، تنش نقش‌ها، رنج بدون شیون، فقدان بهداشت تغذیه و خواب و چرخه بی‌پایان ارزیابی و یادگیری خلق گردید. در نهایت در مرحله مولفه‌ای تمام قلمروها و گونه‌های شناسایی شده، زیرمضمون فرهنگی مناسک پاکشایی یک درمانگر قرار گرفتند.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۵	نتیجه‌گیری: رزیدنت‌ها در طول دوران رزیدنتی دشواری‌های زیادی را تجربه می‌کنند. این موارد عملکرد حرفه‌ای و شخصی رزیدنت‌ها را متأثر می‌سازد. برخی از این دشواری‌ها نظیر کنار آمدن با مرگ بیمار، حجم بالای مطالب درسی و سال‌های طولانی تحصیل جز جدایی‌ناپذیر حرفه و مسئولیت پزشکی است. اما بخشی از این چالش‌ها جز ذاتی دوران رزیدنت‌بودگی تلقی نمی‌شوند و نیازمند انجام اصلاحات ساختاری در نظام آموزش پزشکی هستند که هم کیفیت آموزشی حفظ گردد و هم بین کار و زندگی رزیدنت تعادل برقرار شود.
تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۲/۲۹	
کلیدواژه‌ها: بیمارستان آموزشی، درمانگر، رزیدنت، مردم‌نگاری، مناسک گذار	

استناددهی: شیرینی، حمیده. (۱۴۰۴). مناسک پاکشایی یک درمانگر، پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران، ۱۵ (۲)، ۱۵۴-۱۷۱.

doi: [10.22059/ijar.2026.406673.459946](https://doi.org/10.22059/ijar.2026.406673.459946)



ناشر: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران. © نویسندگان.

مقدمه

در ایران، آموزش رزیدنتی پس از یک دوره هفت ساله پزشکی عمومی آغاز می‌شود البته ورود به دوران رزیدنتی منوط به اتمام تعهد خدمت اجباری پزشکان عمومی است. دوره رزیدنتی، مرحله‌ای اساسی از آموزش یک پزشک است که آموخته‌های نظری کسب‌شده در دانشکده‌های پزشکی را تثبیت می‌کند و توسعه شایستگی‌های عملی، اخلاقی و انسانی ضروری برای پزشک شدن را ارتقا می‌دهد (فیورلی و پگو-فرناندز، ۲۰۲۵).

رزیدنت‌ها گروهی هستند که اجزای اصلی شبکه روابط اجتماعی آن‌ها را بیمارستان، اساتید دانشگاه، بیماران و حتی دیگر رزیدنت‌ها تشکیل می‌دهند. رزیدنت‌ها از یک طرف در دوره تخصص مشغول یادگیری هستند و از طرف دیگر به مثابه نیروی کار اصلی بیمارستان‌های آموزشی به کار گرفته می‌شوند (شکیبا^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین دوره رزیدنتی برای پزشکان به مثابه نقطه عطفی تلقی می‌گردد که می‌تواند با مشکلات جسمی و روانی قابل توجهی همراه باشد (رحیمی و همکاران، ۲۰۲۴) زیرا آن‌ها در طول این دوره بحرانی با مسئولیت‌های سنگین، حجم کاری طاقت‌فرسا، شیفت‌های طولانی، حمایت ناکافی، کمبود خواب، نارضایتی و فرسودگی شغلی، افکار خودکشی، سوء مصرف مواد، خطای پزشکی، خستگی جسمی و حقوق نسبتاً کم دست و پنجه نرم می‌کنند (دی هرت^۳، ۲۰۲۰؛ لینزون^۴ و همکاران، ۲۰۱۳؛ سلطان‌زاده و همکاران، ۲۰۲۵؛ لاکلی^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). اهمیت توجه به این مسئله زمانی آشکار می‌گردد که به پیامدهای تداوم این وضعیت در بیمارستان‌های آموزشی اشاره گردید. به عنوان نمونه زیست‌سخت و توان‌فرسای رزیدنت‌ها به عدم‌تمایل دانشجویان و دانش‌آموختگان پزشکی به ادامه تحصیل و ورود به دوران رزیدنتی دامن زده و امروزه بنابر آمارهای سازمان نظام پزشکی کشور ایران از حدود ۸۵ هزار پزشک عمومی که شماره نظام پزشکی دارند، فقط حدود ۴۰ هزار نفر پروانه کار و طبابت گرفته‌اند و مابقی آن‌ها یا مهاجرت کردند و یا به حرفه‌ای دیگر روی آوردند. ۱۱ هزار دانش‌آموخته پزشکی نیز برای دریافت شماره نظام پزشکی به سازمان نظام پزشکی کشور مراجعه نکرده‌اند (ودادهیر و اشراقی، ۱۳۹۸). بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۷) نیز ایران از نظر تعداد مهاجرت پزشک رتبه هفتم جهان را دارد و تقریباً ۱۳۰۰۰ پزشک ایرانی به ۳۵ کشور عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۶ نقل مکان کرده‌اند که از سال ۲۰۰۰، ۴۰ درصد افزایش داشته است (مجیا، پیورکی و رویستون^۷، ۱۹۷۹؛ پرویزی و همکاران، ۲۰۲۵). طی سال‌های اخیر نیز رسانه‌ها بارها به مسائل دنیای رزیدنتی پرداختند و گزارش‌هایی از فشار روانی شدید بر رزیدنت‌ها، بهره‌کشی بیمارستان‌های آموزشی از آن‌ها و نبود حمایت‌های سازمانی ارائه کرده‌اند (نی‌ساز، ۱۴۰۳). اما متأسفانه نادیده پنداشتن چالش‌های این دوره انتقالی در ایران کاملاً مشهود به نظر می‌رسد و اهمیت توجه به این موضوع از سوی یک انسان‌شناس که ملزم به ارائه رفتاری مسئولانه نسبت به چالش‌ها و مسائل اجتماعی است، احساس می‌گردد. پس فهم دنیای رزیدنتی و چالش‌هایی که نمود آن را می‌توان در مهاجرت گسترده، تمایل به انصراف از تحصیل و حتی خودکشی یک نیروی متخصص دید، نقطه شروع خوبی برای رسیدن به هدفی است که در آن هم رزیدنت‌ها از آموزش مطلوب برخوردار باشند و هم شاهد بهبود کیفیت تجربیات کارآموزی آن‌ها باشیم.

¹ Fiorelli and Pêgo-Fernandes

² Shakiba

³ De Hert

⁴ Lebensohn

⁵ Lockley

⁶ OECD countries

⁷ Mejia, Pizurki & Royston

اگرچه برخی از مطالعات به بررسی عوامل مؤثر بر تمایل پزشکان به مهاجرت، فرسودگی شغلی، تحمل قلدوری‌های رزیدنت‌های سال بالایی و چالش‌های روانی آن‌ها پرداخته‌اند اما کمتر به فهم این موضوع توجه شده است که چگونه تجربه دانشجویان پزشکی به‌گونه‌ای رنج‌آور، در بستری آموزشی رقم می‌خورد و این دانشجویان که مسئولیت‌هایی نظیر ارزیابی بیمار، تشخیص، درمان و مراقبت‌های بعدی از بیمار را تحت نظارت اساتید و رزیدنت‌های سال‌های بالاتر برعهده دارند، چگونه در این مسیر به کنش‌ورزی و بیانگری می‌پردازند. علاوه بر این تعداد قابل توجهی از مطالعات به روش‌های کمی انجام شده و جای خالی یک مطالعه انسان‌شناسانه که سعی در واکاوی پدیده رزیدنت‌بودگی به عنوان یک دوره گذار را دارد، احساس می‌شود.

این پژوهش با استفاده از روش مردم‌نگاری بخشی از سازوکارهای زیست-سیاست معطوف به دوران دستیاری پزشکی در ایران را مورد مطالعه قرار داده است. سوال اساسی این نوشته آن است که رزیدنت‌ها چه داستان‌هایی را در مورد تجربیات خود از این دوران گذار روایت می‌کنند؟ و اینکه چه مضامین یا مقولات مشترکی در نتیجه‌ی داستان‌های رزیدنت‌ها پدیدار می‌شود؟.

پیشینه پژوهش

برای فهم چالش‌هایی ناظر بر فشار کاری و رنج‌های آموزشی رزیدنت‌ها از مفاهیم نظری مناسک گذار آرنولد ون جنپ و ویکتور ترنر استفاده شده است. زیرا از لنز نظریه ترنر و جنپ می‌توان ماهیت دوران گذاری را که یک رزیدنت در این مرحله تجربه می‌کند، بازنمایی کرد.

ترنر مناسک پاگشایی یا گذار را فرآیندی سه مرحله‌ای توصیف می‌کند که مشتمل بر مرحله جدایی، انتقال و ادغام مجدد است (ترنر، ۱۹۹۸). این مناسک به باور جنپ در لحظه‌های حساس زندگی انسان رخ می‌دهد و دقیقاً زمانی که کنشگر در حال گذار از یک وضعیت به وضعیت دیگر است، انجام می‌شود. مرحله جدایی یا گسست، مرحله‌ای است که طی آن فرد از موقعیت یا وضعیت قبلی خود جدا می‌شود. مرحله انتقالی یا گذار یعنی مرحله‌ای که فرد از حالت قبلی جدا شده اما هنوز به موقعیت جدید وارد نشده است و سرانجام در مرحله ادغام مجدد یا پیوند دوباره؛ فرد به موقعیت یا وضعیت ثانوی منتقل می‌شود و در آن مورد پذیرش قرار می‌گیرد (فکوهی، ۱۳۹۳: ۲۶۱). براساس نظر ویکتور ترنر، دوران رزیدنتی را می‌توان معادل مرحله انتقالی دانست. در این مرحله، دانشجوی پزشکی تنها با عبور از سختی‌ها و چالش‌های این دوران است که می‌تواند به عنوان یک پزشک متخصص طبابت کند.

از طرف دیگر آرنولد ون جنپ نشان داد که زندگی ما انسان‌ها با سرعتی یکنواخت به پیش نمی‌رود و تجربه انسانی از مراحل و بحران‌های زندگی مختلف تشکیل شده است، مرحله‌ای که در آن فرد نه یک چیز است و نه چیز دیگر، بلکه در مابین و میان قرار دارد. مناسک گذار در این مرحله به طور مشخصی حس ابهام، گیجی و عدم توازن را نشان می‌دهد و ممکن است لازم باشد افراد یا نو واردان لباس متحدالشکل بپوشند، بدن خود را نقاشی کنند، قواعد خاصی برای عمل یا سخن گفتنشان اعمال شود تا به عنوان افرادی متفاوت و ویژه مشخص شوند و آماده ورود به مرحله ادغام مجدد گردند. مرحله‌ای که طی آن فرد دوباره به جامعه می‌پیوندد ولی این بار با حالتی تغییر یافته (بوی، ۱۳۹۴: ۲۰۳-۲۰۴). بنابراین با استفاده از نظر جنپ، رزیدنت‌بودگی مرحله‌ای مابین دو چیز است. مرحله اول پزشک عمومی است و مرحله سوم پزشک متخصص است و فرد به منظور تبدیل شدن به یک متخصص ناگزیر است برای مدتی چند ساله در مرحله مابین یا انتقال (یعنی رزیدنتی) قرار گیرد. مرحله‌ای که از قواعد خاصی نظیر سپری کردن تجربه‌های بالینی، تحمل ساعت‌های کاری طولانی و مواجهه با چالش‌های آموزشی پیروی می‌کند.

در این زمینه برخی از پژوهش‌ها به چالش‌های دوران رزیدنت‌بودگی پرداخته‌اند. به عنوان نمونه در مطالعه‌ای امینی و همکاران (۲۰۲۴) بیان داشتند که پیامد تجربه قلدوری در محیط کار آثار منفی جبران‌ناپذیری نظیر افزایش استرس، فرسودگی شغلی و مشکلات

مرتبط به سلامت روان برای رزیدنت‌ها به بار خواهد آورد. در مطالعه دیگر نیز کولیر^۱ (۲۰۰۲) تأکید داشت که رزیدنت‌ها با فعالیت در محیط کاری پر استرس و تحت‌تأثیر رفتارهای غیرحرفه‌ای همکاران خود رفته‌رفته ارزش‌هایی نظیر همدلی و نوع‌دوستی را کنار می‌گذارند و به فردی بدبین، بی‌تفاوت و فرصت‌طلب تبدیل می‌شوند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که تمرکز عمده بر شناسایی پیامدهای دوره رزیدنتی بر کیفیت زندگی دستیاران پزشکی بوده بدون آنکه تجربیات آن‌ها در دوران رزیدنت‌بودگی مورد واکاوی قرار گیرند و یا بر روایت دستیاران پزشکی در این دوره تمرکز شود.

براساس برخی از مطالعات انجام شده نیز قلدوری در بین رزیدنت‌های پزشکی رابطه معناداری با کیفیت زندگی و سال‌چندمی بودن رزیدنت‌ها داشته (اسدپور و همکاران، ۲۰۲۵) و این دوران برخی از رزیدنت‌ها و فلوشیپ‌ها را به دلیل تجربه فرسودگی شغلی و ناراضی‌تی، استرس و کمبود بودجه در امریکا به ترک شغل واداشته است (فرهت^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). علاوه‌براین در مطالعه‌ای که خاقان^۳ و همکارانش (۲۰۲۳) انجام داده بودند به این نتیجه دست یافتند که دوران رزیدنتی با مشکلات زیادی اعم از آزار و اذیت در محل کار، تبعیض جنسیتی، توهین، ساعت کاری طاقت‌فرسا، زیرساخت‌های ضعیف برنامه‌های آموزشی و کمبود زمان برای استراحت، همراه است که این امر عملکرد حرفه‌ای رزیدنت‌ها را نیز متأثر می‌سازد. در پژوهش دیگر نیز حیدری، دادگرمقدم و ابراهیمی گروبی^۴ (۱۴۰۰) به چالش‌هایی نظیر گاردهای رزیدنتی و عدم‌احترام متقابل استاد به دانشجو، عدم‌تطابق آموزش تئوری و عملی، آزمون‌های غیراستاندارد و فقدان تسهیلات رفاهی در فضای دانشکده پزشکی مشهد، اشاره کردند. اما در این پژوهش‌ها یا روش کمی غالب بود و یا کمتر بر مفهوم رزیدنت‌بودگی و انجام یک مطالعه کیفی عمیق تأکید شده بود. از این‌رو پژوهش حاضر با تأکید بر روایت‌های مبتنی بر تجربه رزیدنت‌ها و چالش‌های رزیدنت‌بودگی با استفاده از چارچوب روش‌شناسی کیفی در تلاش است تا شکاف موجود در ادبیات پژوهشی موجود را پر کند.

روش‌شناسی

در مطالعه حاضر با توجه به ماهیت و اهداف خاص آن، از میان رویکردهای روش‌شناختی مختلف از رویکرد کیفی و روش مردم‌نگاری بهره گرفتیم. مردم‌نگاری یکی از شناخته‌شده‌ترین رویکردهای پژوهش کیفی است. در این روش، با تجزیه و تحلیل انتقادی گزارش‌های دست اول از افراد مطلع، تلاش می‌شود تا تجربه زیسته آن‌ها از طریق گفتگوها، مکالمات و مشاهدات طولانی‌مدت از رویدادها و کارهای روزمره درک شود (قوتوشی^۵، ۲۰۲۴: ۳۲۶). با توجه به اینکه فهم و کشف تجربه رزیدنت‌ها جز با مشاهده طولانی‌مدت و حضور مستمر به دست نمی‌آید و گفتگو صرف از کفایت لازم برای فهم لایه‌های معنایی پنهان پدیده رزیدنت‌بودگی برخوردار نبود، از روش مردم‌نگاری استفاده گردید و حضور من در میدان نیز با درجات متفاوتی از مشارکت، از مشاهده‌گر صرف تا مشاهده همراه با مشارکت همراه شد.

انتخاب میدان تحقیق در روش مردم‌نگاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در واقع انتخاب میدان را می‌توان نقطه آغاز سفری دانست که مردم‌نگار را به سرزمینی کاملاً ناشناخته یا فضایی به ظاهر آشنا اما درک‌نشده هدایت می‌کند. همان‌طور که اووه فلیک

¹ Collier

² Farhat

³ Khaqan

⁴ Heidari, Dadgar Moghaddam & Ebrahimi Garoui

⁵ Qutoshi

اشاره می‌کند، انتخاب میدان اغلب ترکیبی از علایق نظری، فرصت‌های عملی و گاهی یک کنجکاوی شخصی و شهودی است که با طراحی کلی پژوهش و سوالات آن گره می‌خورد (فلیک، ۱۳۹۷). برای من انتخاب دو بیمارستان دولتی در یزد از همین نقطه آغاز شد، در این بیمارستان‌ها به دلیل حضور مشاوران فرهنگی اصلی، فرصت عملی خوبی برای تمرکز بر مفهوم رزیدنت‌بودگی برای من فراهم شد و امکان بازخوانی تجربیات افراد حول محور دوران رزیدنتی محقق گردید.

در اولین مراجعه به میدان نوعی نگرانی نسبت به پذیرفته نشدن از سوی رزیدنت‌ها وجود داشت اما در نهایت، من به واسطه ارتباط نزدیک با یکی از اتندهای بیمارستان صدوقی به چند رزیدنت معرفی شدم و با حضور در میدان و نشستن روی صندلی بخش‌های بیمارستان مطالعه خود را آغاز کردم.

در این مطالعه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده گردید و جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع داده ادامه یافت. علاوه بر این، دوازده مصاحبه فردی و دو مصاحبه گروهی (گروه‌های سه یا چهار نفره) در این میدان‌ها انجام شد. دو بیمارستان بیش از دیگر مراکز توسط پژوهشگر مورد بازدید مستمر قرار گرفتند و پژوهشگر از نیمه اول سال ۱۴۰۳ به مدت یکسال، یک تا دو روز در هفته از هشت صبح تا شش عصر در این دو بیمارستان حضور فعال داشته است.

دلیل انتخاب دو بیمارستان آموزشی به تفاوت در میزان همکاری اتندها و رزیدنت‌ها برای حضور محقق در بخش و دسترس‌پذیری بیشتر رزیدنت‌ها در بیمارستان رهنمون نسبت صدوقی بود. از این رو من تصمیم گرفتم از ظرفیت هر دو بیمارستان برای گردآوری داده‌ها استفاده نمایم و با وجود آنکه در روزهای آغازین، مطالعه خود را از بیمارستان صدوقی آغاز کرده بودم. همکاری اتندهای بیمارستان رهنمون را مساعدتر یافتم.

ابزارهای گردآوری داده در استراتژی پژوهشی مردم‌نگاری عبارت است از مشاهده مستقیم، مشاهده همراه با مشارکت، گفتگو عمیق و غیررسمی که پژوهشگر تلاش می‌کند تا موضوع پژوهش خود را تا حد امکان از منظر خود افراد مورد مطالعه درک کند (اسپردلی^۱، ۱۹۸۰). من نیز در کنار مشاهده مستقیم از گفتگو غیررسمی در جریان کار و وقفه‌های ناشی از حضور بیماران استفاده کردم.

در شروع گفتگو از تکنیک پرسش توصیفی کلی بهره گرفته شد. به عنوان نمونه؛ مدل زندگی رزیدنت‌ها چگونه است؟؛ یک روز معمولی یک رزیدنت چگونه می‌گذرد؟. پس از آن با سوالاتی مثل چالش‌های دوران رزیدنتی چیست؟؛ روایت رزیدنت‌ها از اختلالات به وجود آمده در زندگی روزمره‌شان متأثر از این دوران چگونه است؟ و چه مواردی برخلاف انتظار آن‌ها در دوران رزیدنتی بوده است؟؛ گفتگو بر موضوع پژوهش تمرکز کرد. این سوالات کمک کرد تا رزیدنت‌ها بتوانند تجربیات خود را روایت کنند. پس از آن با حضور مستمر در بیمارستان فرصت مناسب برای مشاهده دنیای رزیدنتی و چالش‌های آن‌ها برای من فراهم شد. در میدان بیمارستان سعی کردم با خوردن غذای رزیدنت‌ها، بودن در کنار رزیدنت‌ها در طول یک شیفت کامل و حضور در بیمارستان در شیفت شب؛ مشاهده همراه با مشارکت داشته باشم. در واقع تلاش کردم با حضور، دیدن، لمس کردن، شنیدن و زندگی در بین افراد مورد مطالعه به این درک برسیم که رنج آموزش پزشکی در دوره گذار رزیدنتی چگونه زیسته می‌شود. منظور از چگونگی زیسته شدن رنج‌های آموزش پزشکی عبارت است از فهم و مشاهده حیات پزشک شدن و تأثیر آن بر ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی رزیدنت‌ها.

علاوه‌براین برای شناخت چالش‌ها و دغدغه‌های رزیدنت‌ها، مصاحبه‌های غیررسمی نیز در خارج از بیمارستان انجام شد و ثبت مصاحبه‌ها و اسناد دیگر در این پژوهش نیز از طریق جمع‌آوری صداهای ضبط شده با اجازه افراد، عکاسی مجاز از محیط و تجهیزات انجام گرفت. نکات کلیدی مصاحبه نیز در دفترچه یادداشت نوشته می‌شد تا در مرحله پیاده‌سازی متن مورد توجه قرار گیرند و با توجه

^۱ Spradely

به آنکه در مردم‌نگاری تحلیل داده‌ها از جمع‌آوری داده‌ها جدا نیستند (همرسلی و اتکینسون^۱، ۲۰۰۷: ۱۵۸) بعد از انجام هر مصاحبه، متن مصاحبه‌های ضبط شده پیاده شد و یادداشت‌های موجود در دفترچه یادداشت تبدیل به متن گردید تا روایت برشی از زندگی مشارکت‌کنندگان نگاشته شود.

ابزار تحلیل داده‌ها نیز ساختن روایتی کلی از زیست روزمره رزیدنت‌ها بود که از روش تحلیل اسپردلی برای خلق آن استفاده شده است. اسپردلی برای تحلیل داده‌های مردم‌نگارانه یک رویکرد سه مرحله‌ای پیشنهاد می‌دهد که شامل تحلیل قلمروای^۲، تحلیل گونه‌ای^۳ و تحلیل مولفه‌ای^۴ است (اسپردلی^۵، ۱۹۸۰). براساس روش اسپردلی در مرحله آغازین؛ با کدگذاری روایت‌هایی که به رشته تحریر درآمدند، تحلیل قلمروای انجام شد و در مرحله بعد تحلیل گونه‌شناختی و مولفه‌ای صورت گرفت. لازم به ذکر است که برای تحلیل داده از نرم‌افزار مکس کیودا ۲۰۲۴ استفاده گردید.

جدول ۱. مراحل تحلیل داده به روش اسپردلی (۱۹۸۰)

تحلیل قلمروای	در تحلیل قلمروای ارائه توصیف یا روایتی کلی از صحنه یا آنچه که پژوهشگر در مورد آن می‌داند ضروری است. این مرحله جستجویی برای واکاوی یک عمل، صدا یا شی است که راهی مهم برای انتقال معنا تلقی می‌شود.
تحلیل گونه‌ای	دومین مرحله از تحلیل، تحلیل گونه‌ای است که به محقق در شناسایی مجموعه‌ای از طبقات که براساس رابطه معنایی واحد سازماندهی می‌شوند، کمک می‌کند. در این مرحله کدها به ابزای تبدیل می‌شوند که با آن می‌توان داستان‌های مردم‌نگارانه را به شیوه‌ای نظام‌مند مرتب کرد.
تحلیل مولفه‌ای	از این تحلیل برای کشف تفاوت بین طبقات شناسایی شده استفاده می‌شود.

در این پژوهش سعی گردید تمام ملاحظات اخلاقی رعایت شود. در این مسیر چند کار صورت گرفت: ۱- تمامی مصاحبه‌ها با میل و رضایت مصاحبه شونده‌گان، با تعیین زمان از سمت افراد و با کسب اجازه برای ضبط مصاحبه انجام گرفت؛ ۲- مشارکت‌کنندگان از موضوع و اهداف تحقیق آگاه شدند، ۳- سوالات مصاحبه به آنان نشان داده شد تا بدون دغدغه و با آرامش بتوانند پاسخ بدهند و ۴- صدا و اطلاعات‌شان به هیچ عنوان در اختیار شخص سومی قرار نخواهد گرفت. با توجه به اینکه اعتباریابی و ارزشیابی یافته‌ها همواره از اصلی‌ترین دغدغه‌های پژوهشگران کیفی و مردم‌نگاران است. سعی گردید تا از مهم‌ترین معیارهای اعتباریابی در پژوهش مردم‌نگاری نظیر مشاهده طولانی مدت و تکراری در میدان، جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه و مشاهده و طراحی سوالات مصاحبه و استخراج کدها در جریان پیشرفت کار، استفاده شود (کرسول، ۱۳۹۱).

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش رنج‌های ناشی از آموزش پزشکی در تجربه رزیدنت‌های مورد مطالعه به عنوان شکلی از مناسک پاکشایی یک درمانگر بازنمایی می‌شود.

¹ Hammersley & Atkinson

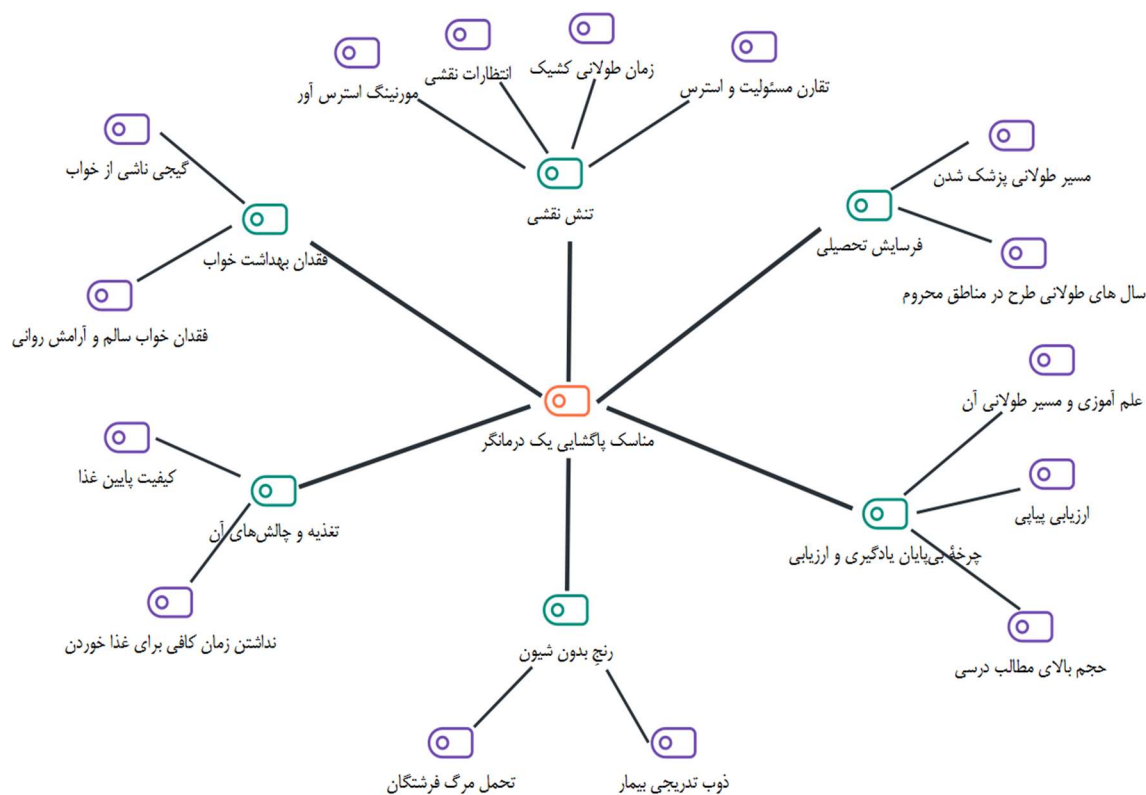
² Domain Analysis

³ Taxonomic Analysis

⁴ Componential Analysis

⁵ Spradely

تحلیل یافته‌های میدانی پژوهش نشان می‌دهد که مناسک پاگشایی در دوران رزیدنت‌بودگی نتیجه ارتباط میان تجربه رزیدنت‌بودگی با مضامینی نظیر رنج بدون شیون، تنش نقشی، فرسایش تحصیلی، تغذیه و چالش‌های آن، فقدان بهداشت خواب و چرخه بی‌پایان ارزیابی و یادگیری است.



شکل ۱. خروجی مکس کیودا از تحلیل رزیدنت‌بودگی

رنج بدون شیون

از سال ۱۳۹۷ رفته رفته مهاجرت پزشکان شدت گرفت و روزی نبود که شاهد کوچ بی بازگشت دوستانم در رشته پزشکی نباشم. این رویه همراه با خبرهای ناخوشایند در ارتباط با مرگ نابهنگام درمانگران در دوران آموزش پزشکی؛ من را بیش از پیش به واکاوی رنج‌هایی که آموزش پزشکی بر پیکر زیستی و اجتماعی درمانگران دانشجو تحمیل می‌کند، علاقه‌مند ساخت.

چهارشنبه ۲۵ آبان ساعت ۱۰ صبح وارد بیمارستان شدم و برای دیدار با دکتر فاطمه به سوی پلویون (محل استراحت رزیدنت‌ها) رفتم. من برای اولین بار با فاطمه در خارج از بیمارستان دیدار داشتم. محل ملاقاتمان را در کافی‌شاپی نزدیک به محل سکونت فاطمه انتخاب کردیم، زیرا وی به تازگی از بیمارستان برگشته بود و به قول خودش از زمان استراحت و خواب خویش برای دیدار با من زده بود بنابراین می‌خواستم کمترین زحمت را برایش ایجاد کنم. فاطمه دختر مهربان و صبوری بود یا زیست دانشجویی وی در رشته سخت و پرمسئولیت زنان و زایمان او را تبدیل به دختری صبور ساخته بود. یک ساعتی بود که من در پلویون منتظر فاطمه

بودم اما ظاهراً او در بخش گیر افتاده بود و باید بیشتر از این دیدار با فاطمه صبوری می‌کردم. در پیاپیون چهار تخت برای استراحت رزیدنت‌ها قرار داده شده بود و از دو پنجره کوچک اتاق، نور خورشید به فضا گرما می‌بخشید. یک رزیدنت مشغول استراحت بود و من سعی می‌کردم آرامش وی را به هم نزنم.

بالاخره فاطمه با ۴۵ دقیقه تأخیر آمد اما با حالی گرفته و از چهره‌اش خستگی می‌بارید؛ گویی مرگ یک جنین که چند صبحی دیگر پا به این دنیا می‌گذاشت، او را آزده خاطر کرده بود.

از نگاه همگان مرگ رویدادی تلخ و سخت تلقی اما عامه مردم بر این گمانند که؛ «از دست دادن» برای کادر درمان امری بدیهی تلقی می‌شود و گاهی آن‌ها را افرادی بی‌تفاوت نسبت به سرنوشت بیماران تلقی می‌کنند. این تصور از پزشکان ناشی از تلاش این قشر در کنترل عواطف و احساسات خود در برخورد با موقعیت‌های سخت است و تلخی از دست دادن یک انسان یا مرگ او، قابل انکار نیست. همچنین برخی از، از دست دادن‌ها، نظیر مرگ فرشتگان (کودکان) به مثابه تلخ‌ترین تجربه آموزشی رزیدنت‌ها در اذهانشان تا ابد باقی بماند.

فاطمه در این باره می‌گوید: «یه طنزی وجود داره که می‌گن، پزشکا اون لحظه‌ای رو که به خانواده بیمار میگن؛ متاسفم. کاری از دست بر ما بر نیومد را خیلی دوست دارن. اما واقعیت چیز دیگه‌ست» و ادامه می‌دهد: «تلخ‌ترین متاسفم کاری من، برای گفتن مرگ جنین ۳۶ هفته‌ای بود به پدرش، درست لحظه‌ای که باباش به صورتم زل زده بود که بینه چی می‌خوام بگم. مرگ جنینی که شکلش، چشماش، لباش، پاهاش، اسمش، لباس‌هاش، اصلاً همه چیزش معلوم شده بود و خانواده برای آمدنش لحظه شماری می‌کردن».

حتی به یاد دارم در روز هفتم ورود خویش به میدان مورد مطالعه‌ام، یک بیمار که بر اثر تصادف به اورژانس منتقل شده بود، فوت شد. همراهانش به شدت گریه می‌کردند و صدای آن‌ها بیمارستان را پر کرده بود. تحمل دیدن گریه‌ها و شنیدن شیون مادر فرد فوت شده برایم بسیار دشوار بود و سعی کردم برای دقایقی هم شده که به حیاط بیمارستان برم و نفسی تازه کنم. در پایان شیفت پزشک اورژانس، از وی سوال کردم: «مرگ و از دست دادن یک بیمار برایتان عادی شده؟».

او که پزشک جافته‌ای به نظر می‌رسید در جواب گفت: «هیچ وقت عادی نمیشه! هنوز صداهای همراهان بیماران توی گوشمه، بهتر بگم که با گذشت زمان فقط تحملش آسون‌تر میشه ولی عادی هرگز!». با جواب این پزشک به فکر فرو رفتم که، اگر مرگ بیمار می‌تواند یک پزشک با سابقه را این چنین اندوهگین کند، اثر مرگ یک بیمار که مسئولیت آن بر عهده یک رزیدنت بوده چه بسا می‌تواند برای وی به مراتب سخت‌تر باشد.

مرگ از نگاه مری داگلاس نیز امری ناهنجار تلقی می‌شود (بوی، ۱۳۹۳) و بشر در برابر آن خود را ناتوان می‌یابد. اما سخت‌تر از آن، بودن در کنار بیماری است که لحظه به لحظه به نقطه پایانی حیات خویش نزدیک می‌شود و علم پزشکی قادر به بهبودی وی نیست. همچنین در کنار همراهان بیمار، این پزشکان هستند که از ذوب تدریجی بیمار خویش رنج می‌برند.

به عنوان نمونه همین دو ماه پیش، زمانی که روی صندلی‌های بخش مشغول صحبت با زهرا بودم، زهرا گفت: «یه شبایی دلم می‌خواد بشینم بالای سر مریض زار بزنم چون دیدن دختر سی ساله‌ای با کنسر تیروئید و متاستاز که دیگه امیدی به خوب شدنش نیست؛ خیلی سخت». زهرا به عنوان یک اینترن به تازگی دوران کارآموزی خویش را آغاز کرده و به گفته خودش هنوز که هنوز درد و رنج بیماران برایش عادی نشده و زمانی که رویکرد پزشکی - زیستی در درمان بیماری کارگشا نیست می‌توان استیصال را در چهره وی نظاره کرد.

علاوه بر این، چند روز پیش که گرم صحبت با دکتر سروش بودم از دوران آغازین رزیدنتی خویش خاطره‌ای بازگو کرد. سروش می‌گفت: «حدودای ساعت ده صبح بود که پیچ شدم اورژانس، یه بچه ۵ ساله‌ای را آورده بودند که دستش توی چرخ گوشت گیر کرده بود»، سروش اذعان داشت که: «مواجهه با اتفاقات اینچنینی چقدر برای وی سخت بوده و او از این تفکر گله‌مند بود که چرا عموم مردم فکر می‌کنن که حتی اگه اونا تحمل دیدن صحنه دلخراشی را ندارن، یک پزشک باید تحمل دیدن اون صحنه‌ها را داشته باشه؟». در ادامه هم با چهره‌ای اخم‌آلود بیان کرد: «برای ما رزیدنت‌های پزشکی هم دیدن صحنه‌های دلخراش خیلی سخت. کاش مردم فکر نمی‌کردن ما چون همش توی بیمارستانیم و عادت داریم، متأثر نمیشیم». دقایقی سکوت بین من و دکتر سروش حاکم شد. اما دوست داشتم بدونم چه بالایی سر بچه آمده. از این رو سکوت را شکستم و پرسیدم، «بچه چی شد؟».

طبق گفته سروش بچه راهی اتاق عمل شده و دست وی را از چرخ گوشت جدا کردند ولی دست کودک آسیب جدی دیده بوده. وی در حالی که لبخند تلخی به لب داشت، ادامه داد و گفت: «سخت‌ترین لحظه، زمانی بود که باید به مادر و پدر بچه اعلام می‌کردیم، کودک آن‌ها دست خود را از دست داده است».

با توجه به نظر شپرهیوز^۱ در میدان‌هایی که رنج جز جدایی‌ناپذیر آن است، ساختن و کنار آمدن با رنج نوعی انتخاب عقلانی تلقی می‌شود (مقصودی و چاووشی، ۱۳۹۶). در میدانی نظیر بیمارستان هم که مأمّن افراد آسیب دیده جسمانی است. رنج و درد، بی‌پایان است و در حین تجربه رزیدنت‌بودگی کنار آمدن با رنج بیماران آن هم بدون شیون و ادامه دادن به وظایف پزشکی امری بسیار دشوار تلقی می‌شود و حتی برای روزها می‌تواند رزیدنت را به لحاظ روحی درگیر کند. اما فاطمه، سروش و زهرا با وجود آنکه شریک رنج بیماران شده بودند، برای حفظ بهزستی خود سعی در کنترل این وضعیت داشتند.

تنش نقشی

حرفه پزشکی به عنوان یکی از مهم‌ترین حرفه‌ها همواره با بار مسئولیت سنگینی همراه است. بار مسئولیتی که با تجربه بالای استرس و گم شدن دستیاران پزشکی در میان انباشتی از مسائل توأم است. دستیاران پزشکی ناچار به تحمل ساعت‌های طولانی حضور در بیمارستان‌های آموزشی هستند. محمد یکی از رزیدنت‌های قلب اظهار می‌داشت که: «الان چهارمین باری است که پرستاران به دلیل اتمام زمان کاری جابه‌جا شدند و شیفت خود را به نفرات بعدی تحویل دادند، اما ما از دیروز صبح همچنان در بیمارستان حضور داریم و با وجود خستگی فراوان و حضور بر بالین بیماران مختلف، مجبوریم در بیمارستان به فعالیت خود ادامه دهیم».

علاوه بر این، نمی‌توان نادیده گرفت که هر جایگاهی حامل انتظارات نقشی است که انتظار می‌رود دارندگان آن در برآورده ساختن آن اهتمام بورزند. از این رو برای آنکه سازمان نظام پزشکی به این اطمینان برسد که رزیدنت‌ها صلاحیت دارند تا به عنوان یک متخصص طبابت کنند یا خیر؛ آن‌ها را برای گذراندن طرحی یک ماهه به مناطق محروم می‌فرستند.

به عنوان مثال یکی از اطلاع‌رسان‌های من به نام فاطمه به من اطلاع داد که برای گذراندن طرحی یک ماهه به یکی از روستاهای استان خراسان رضوی اعزام می‌شود. کنجکاو شدم بیشتر در مورد این طرح یک ماهه بدانم از این رو از فاطمه سوال کردم: «برای چی؟».

فاطمه لب به سخن گشود و شروع به توضیح دادن کرد: «ببین، قبل از فارغ‌التحصیلی، رزیدنت سال چهارم را برای گذراندن طرحی یک ماهه به منطقه‌ای محروم می‌فرستند تا مشخص بشه شایستگی طبابت به عنوان یک متخصص را داره یا نه».

^۱ Scheper-Hughes

ده روزی از رفتن فاطمه گذشته بود که تصمیم گرفتیم از طریق یک تماس تصویری حال او را جویا شوم. فاطمه بیان داشت که بدون استراحتی از صبح بین درمانگاه، اتاق زایمان، اتاق عمل، آی سی یو و اورژانس در رفت آمده بوده و بدون وقفه دارد مریض می‌بیند. بیمارانی با وضعیت‌های مختلف، به عنوان نمونه یکی به دلیل مسمومیت دارویی در دوران بارداری مراجعه کرده و یکی زمان زایمانش فرا رسیده، کیس هماتوم و چک‌آپ و غیره هم ویزیت کرده است و اظهار خستگی مفرط می‌کرد. زیر چشمان فاطمه از بی‌خوابی کبود شده بود و از سر خستگی دستش را بر روی پیشانی‌اش قرار داده و با من صحبت می‌کرد. فاطمه می‌گفت: «منو فرستادن یه مرکز آموزشی که تنها بیمارستان این شهر. این بیمارستان ۷ تا رزیدنت زنان می‌خواد و من دارم تنهایی این حجم از کار را مدیریت می‌کنم و از صبح اینقدر گزارش نوشتم، نسخه نوشتم و دوندگی داشتم دست و پاهام درد گرفته». ولی بار شدن مسئولیت‌های مختلف بر رزیدنت‌ها صرفاً مختص رزیدنت‌های زنان و زایمان نیست و دیگر تخصص‌ها نیز از فشار کاری بالا گله‌مند هستند. امری که می‌تواند بر کیفیت ارائه خدمت بر بیمار نیز اثر منفی بگذارد.

همچنین یک ماهی بود که مطالعه میدانی خود را بر رزیدنت‌ها و رنج‌های آموزش پزشکی آغاز کرده بودم که با سروناز آشنا شدم. سروناز رزیدنت داخلی بود و آنچه نظر من را برای مطالعه وی جلب کرد، بارداری او در دوران رزیدنتی بود. دکتر سروناز در ماه چهارم بارداری به سر می‌برد و عنوان می‌کرد برخی روزها به دلیل سرگیجه و فشار کار زیاد از ادامه حضور در بیمارستان مستاصل می‌شود و قادر به ادامه دادن نیست و تمام وظایف او بر دوش سایر رزیدنت‌ها می‌افتد که این امر خود موجب برخورد بد سایر رزیدنت‌ها با وی شده بود. با وجود این او هم از فشار کاری بالا اظهار ناراحتی می‌کرد: «دیشب کشیک ۱۳۵ام من بود و جوری از شدت شلوغی و مواجهه با کیس‌های متفاوت استرس کشیدم که دلم می‌خواست همون رزیدنت سال یک باقی بمونم چون مدیریت این همه مریض و استرس و مسئولیتش خیلی سخت بود».

این روایت‌ها ناظر بر وجود تنش‌های ناشی است که یک رزیدنت تجربه می‌کند. بنابر نظر واکر و آوانت^۱ (۲۰۰۵) نیز تنش‌های ناشی در شرایطی بروز می‌کند که فرد دچار احساس ناراحتی ناشی از افزایش بار مسئولیت در محیط کار، مشکل خواب، احساس خستگی و استرس می‌شود.

فرسایش تحصیلی

در یک روز بهاری به دیدار دکتر محمد رفتم، از پرستار سوال کردم کسی داخل اتاق آقای دکتر هست؟. بعد از اطمینان از نبود هیچ بیماری در اتاق را کوبیدم و بعد از شنیدن بفرمایید، وارد اتاق شدم. دکتر محمد پشت میز نشسته بود و مشغول نوشتن گزارش عمل بود. کمی موهایش نامرتب بود و سر حال نمی‌آمد. دلیل گرفته بودنش را جویا شدم، وی از یک طرف از حجم بالای مسئولیت گله‌مند بود و از طرف دیگر احساس می‌کرد تا سر منزل مقصود راه زیادی در پیش دارد. محمد می‌گفت: «سال‌های آموزش پزشکی خیلی طولانیه. مثلاً هفت سال پزشکی عمومی می‌خونی بعد دو سال میری طرح که میشه نه سال، بعد میشینی یک یا دو سال برای آزمون تخصص می‌خونی. قبول که شدی چهار سال می‌خونی برای متخصص شدن. تازه دو سال هم باید بری طرح تخصص و دیگه چیزی از دوران جوونی باقی نمی‌مونه». از پاسخش متوجه شدم، گرفتگی وی برآمده از فرسایش ناشی از سال‌های طولانی تحصیل است و گفتگو با دکتر محمد، مراحل سه‌گانه مناسب گذار وان جنپ را برایم تداعی کرد.

^۱ Walker & Avant

بنابر تبیین جنپ زندگی انسانی از مراحل و بحران‌های مختلفی تشکیل شده است (بوی، ۱۳۹۳: ۲۰۲). دورانی که تغییر غیرقابل بازگشتی در زندگی فرد ایجاد می‌کند و توأم با سختی و بحران است. در این مرحله از گذار، رزیدنت‌ها برای ورود به مرحله دیگری از زندگی‌شان یعنی تبدیل به پزشکی ماهر شدن، آماده می‌شوند. این مرحله گونه‌ای از مناسک را داراست که ویژه خودش است. مناسکی نظیر حضور در مورنینگ، سپری کردن سال‌های طولانی درس و گذراندن طرح طولانی دو ساله در مناطق محروم است. روایت‌هایی که رزیدنت‌ها از چالش‌های آموزش پزشکی خود بیان می‌کردند، نشانگر این ادعاست که این مرحله گذار سرشار از رنج است. با دکتر سروش، یکی از رزیدنت‌های جراحی، که روبه‌رو می‌شوید شدت این زندگی سخت را می‌توان در کلامش مشاهده کرد. «من از زمانی که پزشکی قبول شدم حدود ۱۱ سال می‌گذره، اما همچنان درگیر درس». همچنین زهرا، یک اینترن ۲۵ ساله بیان کرد «مورنینگ خیلی استرس‌آور و باید برای کیس‌های شب قبل؛ اسلاید آماده کنیم و با آمادگی حاضر بشیم. شده برخی مواقع توی مورنینگ بد عمل کردم و جلوی همه سنگ روی یخ شدم». این روایت‌ها ناظر بر بروز نشانه‌های فرسودگی تحصیلی نظیر خستگی ناشی از سال‌های طولانی زیست دانشجویی و استرس بالای تحصیل در رشته پزشکی است. بنابر دیدگاه فرودنبرگر^۱ نیز فرسودگی یعنی خسته شدن از صرف وقت و انرژی است (ادیب و همکاران، ۱۳۹۶) و رزیدنت‌ها از اختصاص دادن سال‌های طولانی زندگی‌شان به درس خواندن و طرح رفتن خسته شدند.

تغذیه و چالش‌های آن

غذا در کنار اکسیژن (هوا)، آب و خاک در زمره مهم‌ترین منابع طبیعی تلقی می‌شود و نقشی حیاتی در زندگی انسان دارد. مردم هرروز با غذا سروکار دارند و عادت‌ها و الگوهای غذایی آن‌ها تحت‌تأثیر عوامل مختلفی نظیر عوامل محیطی، اجتماعی و روانی قرار می‌گیرد (ودادهیر و همکاران، ۱۳۹۵) و عادت غذایی رزیدنت‌ها نیز متأثر از محیط بیمارستان و شرایط شغلی آن‌ها قرار دارد. به یاد می‌آورم، در یک شب تابستانی زمانی که در حال ترک بیمارستان بودم و از کنار میز پذیرش شماره ۸ عبور می‌کردم صدایی توجهم را به خود جلب کرد که می‌گفت: «از صبح اصلاً وقت نکردم نهار و شامی بخوریم...». سرم را به سمت میز شماره ۸ چرخاندم، دختری استخوانی با روپوشی سفید رنگ، پشت میز پذیرش نشسته بود و مشغول چک کردن نوار قلب بود. در یک دستش خودکار و در دست دیگری یک کیک بود که گاز میزد و به کارش ادامه می‌داد. همان‌جا سوالی در ذهنم نقش بست و از خود پرسیدم «چرا نباید یک رزیدنت زمان کافی برای خوردن نهار داشته باشد؟». اما بعدها طی واکاوی‌هایی که انجام دادم به این مهم دست یافتم که گاهی رزیدنت‌ها زمان کافی برای خوردن نهار و شامی پیدا نمی‌کنند و با توجه به حجم بالای مسئولیت‌هایی که دارند، روز کاری خود را با خوردن کیک و چای یا بیسکویت می‌گذرانند.

همچنین با توجه به اهمیت بُعد فیزیولوژیک غذا، تصمیم گرفتم مراجعه‌ای به ساختمان غذاخوری رزیدنت‌ها داشته باشم و از نزدیک کیفیت، طعم و عطر غذایی که رزیدنت‌ها می‌خورند را، حس کنم. ساعت نزدیک ۱۴ روز دوشنبه است، امروز با دکتر علی به غذاخوری رزیدنت‌ها رفتم. غذا چلو مرغ بود و چون قدری دیر آمده بودیم، از زمان خوردن غذا گذشته بود و غذا خوری خلوت به نظر می‌آمد. در غذاخوری بوی غذای مامان‌پز به مشام نمی‌رسید و بیشتر بویی شبیه آب کلرزده را در فضا احساس می‌کردم.

به همراه دکتر علی از لابه‌لای میزها گذاشتیم تا به محل گرفتن غذا رسیدیم. دو آقا مسئول سرو غذا بودند. یکی برنج را درون ظرف‌های فلزی می‌ریخت و نفر بعدی مرغ را جای مخصوص آن می‌گذاشت. آشپزی که مسئول دادن مرغ بود، خم شد و یکی از

^۱ Freudenberger

ران‌های مرغ را از دیگی بزرگ که بر روی یک پایه سفید رنگ قرار داشت، برداشت. مرغ‌ها به ته دیگ چسبیده بودند و چیزی از آن‌ها باقی نمانده بود و می‌شد از لابه‌لای آن‌ها قسمت سینه را از ران مرغ تفکیک کرد. با توجه به اینکه من از ران مرغ بیزارم سریع گفتم: «آقا لطفاً سینه بدید؛ یه سینه اون گوشه هست».

آشپز مسئول، که مردی چاق با موهای جوگندمی بود. چهره خود را در هم کشید و گفت: «چه فرقی می‌کنه، بیا اینم سینه». به نظر می‌رسد مقداری اعصابش خرد است.

ظرف غذا را برداشتم و به سمت قفسه قاشق-چنگال‌ها رفتم. قاشق و چنگال‌ها در هم و برهم، بدون کاور پلاستیکی‌ای روی هم سوار شده بودند. به خودم گفتم یعنی دست چند نفر این قاشق‌ها را لمس کرده...

سعی کردم وسواس به خرج ندهم بنابراین قاشق و چنگال‌های زیرین را بیرون کشیدم و کنار غذا قرار دادم. آن لحظه فکر می‌کردم اگر از قاشق‌های زیرین استفاده کنم، لابد تمیزتر هستند. اما دکتر علی وسواسی به خرج نداد و در کسری از ثانیه دیدم که قاشق-چنگال به دست، منتظر من ایستاده.

با دکتر علی یک میز را برای غذا خوردن انتخاب کردیم. دکتر مشغول خوردن شد و من هم با قاشق برنج را برانداز کردم. دانه دانه بود اما عطری نداشت. به قول مامان‌ها، ری (بلندی) زیادی هم نکرده بود.

قدری از گوشت مرغ را کندم و به همراه برنج مشغول خوردن شدم. به نظرم بیشتر یک غذای شکم پر کن برای ادامه بقا به نظر می‌رسید و نه غذا به مثابه امری لذت‌بخش، چون عصر و طعم دلپذیری نداشت. در کنار غذا نیز یک برش لیمو ترش قرار داده بودند که خوردن مرغ را قابل تحمل می‌کرد. رفته رفته به بخش میانی بافت سینه رسیدم، گوشت در ابتدا نرم به نظر می‌رسید اما هر چه جلوتر می‌رفتم بافت خام و صورتی رنگ گوشت خود را نمایان می‌ساخت. در اینجا بود که فرصت پیش آمده را غنیمت شمردم و از دکتر علی پرسیدم، کیفیت غذاها چطوره؟

دکتر بی‌درنگ توضیح داد: «خوب نیست، خیلی وقت‌ها غذای مریض متفاوت و بهتر از غذای پرسنل چون کنار غذای بیمار سوپ و ماست و این جور چیزا هست ولی ما رنگشم نمیبینیم».

درست می‌گفت در کنار سرو غذا خبری از سوپ یا نوشیدنی نبود، درواقع تنها نوشیدنی موجود آب بود که باید خود فرد تا انتهای سالن می‌رفت و از پارچ‌های آبی که در آخر سالن تعبیه کرده بودند، آب می‌نوشید.

فقدان بهداشت خواب

از دیگر چالش‌هایی که رزیدنت‌ها با آن روبه‌رو هستند فقدان بهداشت خواب است این در شرایطی است که نه تنها خواب شاخص مهمی در حفظ سلامت روانی و جسمانی رزیدنت تلقی می‌شود، بلکه خواب ناکافی توانایی فکر کردن و قدرت تمرکز وی را تضعیف نموده و عملکرد شغلی و آموزشی رزیدنت را خدشه‌دار می‌سازد (چگینی و همکاران، ۱۳۹۵).

مینا رزیدنت طب اورژانس است و در ارتباط با این موضوع توضیح می‌دهد که «متأسفانه دانشجویهای پزشکی که بلاگرن دید درستی به بچه‌ها نمیدن. اکثراً دارن از لایف استایل شیک و تجملاتی پزشکی میگن. ولی ماها نه تغذیه درست داریم. نه بهداشت خواب و نه آرامش روانی».

در واقع رزیدنت‌ها با توجه به کشیک‌های شبانه و حجم گسترده مسئولیت‌های آموزشی و شغلی همراه با استرس، بیشتر در معرض مشکلات خواب قرار دارند و نداشتن کیفیت خواب، خواب با استرس و نداشتن زمان برای خواب کافی بارها در جملات

رزیدنت‌ها تکرار می‌شد. مهرداد نیز در این مورد بیان کرد که: «دیشب کشیک بودم، دیدم اورژانس خلوت رفتیم دو ساعت توی پویون بخوابیم اما یک ساعت نگذشته بود که صدام زدن و گفتن؛ دکتر بیا مریض اومده. اون لحظه خیلی گیج بودم. اما باید میرفتم اورژانس».

گویی یکی از عاداتی که رزیدنت‌ها ناگزیر به درونی کردن آن در طی مناسک گذار می‌شوند؛ تقویت تحمل بی‌خوابی است. آنگونه که من دریافتیم رزیدنت‌ها به ویژه در برخی از رشته‌های پزشکی ناچارند برای هر ساعت از شبانه روز آمادگی پذیرش و رسیدگی به بیمار را داشته باشند و رزیدنت‌های بخش زنان، طب اورژانس و قلب رشته‌هایی از این دست تلقی می‌شدند زیرا حتی با مراجعه بیمار در طول شب، به دلیل حساسیت موضوع نمی‌شد از پذیرش بیمار صرف نظر کرد و حضور پزشک ضرورت داشت. مضمونی که در بطن این روایت‌ها قرار دارد، وجود عارضه فقدان بهداشت خواب در رزیدنت‌ها است. اتفاقی که براساس دیدگاه اسپیلمن تحت‌تأثیر عوامل شغلی و تحصیلی افراد قرار دارد (طاهری و همکاران، ۱۳۹۸) و از جدی‌ترین علل وقوع خطاهای پزشکی تلقی می‌شود.

چرخه بی‌پایان یادگیری و ارزیابی

امروز ۴ تیر ماه سال ۱۴۰۴، ساعت ۱۵:۱۷ دقیقه وارد کتابخانه دانشگاه شدم، از پله‌ها پایین رفتم و خود را به سالن مطالعه رساندم. در سالن مطالعه ۱۱ نفر مشغول مطالعه بودند. به آرامی قدم بر می‌داشتم تا سکوت حاکم بر سالن مطالعه را نشکنم. معمولاً با نزدیک شدن به امتحانات ماهیانه رزیدنت‌ها، سالن مطالعه شلوغ‌تر می‌شود. سعی کردم میز مطالعه‌ای را انتخاب کنم که نزدیک به میز مطالعه چند رزیدنت باشد و من دید خوبی نسبت به کتابی که در حال مطالعه آن هستند، داشته باشم.

یکی از آن‌ها که دختری لاغر اندام بود، غرق در مطالعه کتاب درماتولوژی بود. کتابی با جلد مشکی-قرمز که حجم آن نیز زیاد بود. در سمت چپ من نیز دختری چهار زانو روی صندلی نشسته بود و با هایلاپتر زرد رنگ خود روی برخی از مطالب فصل ۲۸ کتاب خود با عنوان "ضایعات ملانوسینیک خوش خیم"، خط می‌کشید. حجم کتاب و جزوه‌هایی را که بر روی میز می‌دیدم بالا بود؛ درست همانگونه که پیش از آن وصفش را از خود رزیدنت‌ها شنیده بودم.

طی جستجویی که انجام دادم، توانستم به لیست امتحانات ماهانه رزیدنت‌ها در رشته‌های مختلف نیز دست پیدا کنم و متوجه شدم در هر ماه، یک روز به امتحان اختصاص می‌یابد و ضرورت دارد تا دانشجویان با آمادگی کامل در این امتحانات شرکت کنند. بنابراین دانشجویان در کنار کشیک‌های مستمر لازم است زمانی را به مطالعه و مرور مطالب آموزشی اختصاص دهند، دورانی که با توجه به حجم بالای منابع امتحانی و کشیک‌ها، شرایط را برای رزیدنت سخت می‌ساخت. در این زمینه دکتر امیرعلی توضیح می‌دهد که «حجم مطالب درسی خیلی زیاد، یادمه وقتی اینترن بودم بعد از پایان بخش کودکان باید خودمون و برای امتحان آماده می‌کردیم و مطالب امتحان چیزی حدود ۶۰۰ صفحه بود».

برخی از رزیدنت‌ها هم چرخه بی‌پایان امتحانات را آزاردهنده می‌یافتند و بیان می‌کردند بهترین سال‌های زندگی‌شان به سپری کردن امتحانات مختلف و درس خواندن گذشته است. در این جا نقل قولی از دکتر سروش ارائه می‌گردد: «دانشجویان پزشکی همیشه امتحان دارن یعنی هر دو هفته یکبار امتحان داریم و گذروندن اینهمه امتحان و کشیک با هم خیلی سخت و برخی مواقع واقعا کم میاریم». بنابراین براساس مشاهدات میدانی پژوهشگر، یکی دیگر از اجزای اصلی این مناسک گذار، سپری کردن دوران آموزش عملی و تئوری به صورت همزمان است و براساس تحقیقات انجام شده نیز تعداد مریضی که یک رزیدنت طی کشیک‌های

بیمارستان می‌بیند و آموزشی که طی این دوران سپری می‌کند بر عملکرد بهتر وی در امتحانات ماهانه دستیاری نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (میزونو^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

رزیدنت‌هایی که در مرحله پانزدهمی به سر می‌برند لازم است پیش از اینکه به منزله یک پزشک متخصص بازسازی شوند، چالش‌های زیادی از جمله سال‌های طولانی تحصیل، امتحانات و ارزیابی‌های مستمر، بی‌خوابی و مسئولیت سنگین در برابر بیماران را سپری نمایند. همچنین دانشجویان پزشکی اغلب لازم است با چالش‌های تغذیه‌ای نظیر نداشتن زمان کافی برای خوردن یک وعده غذایی کنار آمده و روحیه مواجهه با مرگ و از دست دادن بیمار را در خود تقویت کنند. این فرآیند تقریباً چهار سال به طول می‌انجامد و بعد از آن پزشک، مجوز طبابت به عنوان یک متخصص را به دست می‌آورد.

مرور ادبیات حوزه گذار نشان می‌دهد که در این حوزه، تجربه رزیدنت‌بودگی به طور عمده با مفهوم انتقال پیوند خورده است. در واقع با نگاه به میدان بیمارستان از لنز ترنر و جنپ می‌توان دوران رزیدنتی را معادل مرحله جدایی قرار داد که همراه با الگوی تشریفاتی طولانی است. طی این مناسک، روال معمول زندگی یک رزیدنت دستخوش تغییرات اساسی قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه رزیدنت ناچار به حضور طولانی مدت در بیمارستان است و برای مدت زمان این حضور هیچ حداکثری تعریف نشده است. این وضعیت فشار کاری طاقت‌فرسایی را برای رزیدنت ایجاد می‌کند، به گونه‌ای که مک‌دونالد (۲۰۱۸) اظهار می‌دارد که در این دوران نه تنها عوامل خطری نظیر فرسودگی شغلی، کاهش خواب و انزوا رزیدنت‌های پزشکی را تهدید می‌کند بلکه آن‌ها در معرض افسردگی و افکار خودکشی نیز قرار می‌گیرند. اما با این حال اگر رزیدنت‌ها بتوانند با موفقیت این دوران را پشت سر بگذارند، وارد مرحله الحاق (یعنی پزشک متخصص) می‌شوند.

لازم به ذکر است که یافته‌های این پژوهش ابعاد متفاوتی از چالش‌های دوران رزیدنتی را نمایان می‌سازد که با برخی از پژوهش‌های انجام شده همراستا است و به آن‌ها پرداخته خواهد شد.

به عنوان نمونه مطالعه‌ای که توسط قرباغی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) انجام شده بود نشان داد که شیفت‌های طولانی و طاقت‌فرسا که گاهی اوقات شامل کار در بیمارستان به مدت ۷۲ ساعت بدون استراحت است، یک تراژدی محض تلقی می‌شود. علاوه‌براین پژوهشی که توسط پراساد و آرورا^۳ (۲۰۲۴) بر مسئله شیفت‌های طولانی در دوران رزیدنتی تمرکز داشت، به نقش شیفت‌های طولانی بر کمبود خواب رزیدنت و به دنبال آن کاهش هوشیاری وی و افزایش خطای پزشکی تأکید کرد. این یافته‌ها ناظر بر وجود نوعی تنش نقشی است که رزیدنت‌ها در این مقطع تحصیلی ناگزیر به تحمل آن هستند که براساس نظر واکر و آوانت^۴ (۲۰۰۵) بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر منفی خواهد داشت.

علاوه‌براین فقدان بهداشت خواب و چالش‌های مرتبط با تغذیه از دیگر مصائبی است که رزیدنت‌ها با آن روبه‌رو هستند و شواهد متعددی این یافته را همراهی می‌کنند، برای مثال جمیل سوقیا و همکاران (۲۰۲۵) ادعان داشتند که که ۶۷/۷ درصد از رزیدنت‌های پزشکی از کیفیت خواب پایین رنج می‌برند و ۴۶ درصد در این دوران علائم افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین اسکمین^۵ و

¹ Mizuno

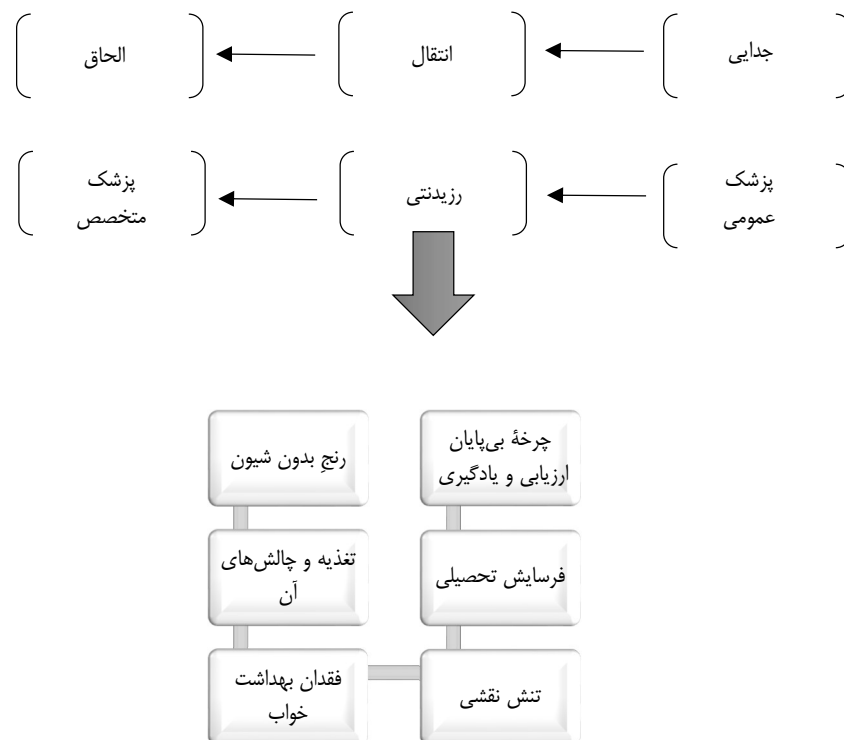
² Gharebaghi

³ Prasad & Arora

⁴ Walker & Avant

⁵ Skemiene

همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که بیشتر دانشجویان پزشکی تغذیه متعادلی ندارند و مقادیر کافی چربی گیاهی، ماهی، میوه و سبزیجات مصرف نمی‌کنند. در واقع به دلیل اینکه پزشکان در طول تحصیل مجبورند عمده ساعات خود را به کار در بیمارستان یا درس خواندن اختصاص بدهند و فرصتی برای زندگی کردن ندارند. بنابراین برخی از آن‌ها نه تنها مجبور می‌شوند فعالیت‌های مورد علاقه خود را کنار بگذارند و زندگی‌شان را یکسره وقف تحصیل کنند (کاظمی، ۱۴۰۱). بلکه در بیشتر مواقع زمان کافی برای خوردن غذا پیدا نمی‌کنند و حتی از داشتن یک خواب با کیفیت محروم هستند.



شکل ۲. مدل مفهومی تجربه رزیدنت‌بودگی و مناسک گذار آن

اما در کنار این روایت‌ها لازم است به این مهم پرداخته شود که چه بخشی از این تجربیات جز ذاتی حرفه پزشکی است و چه بخشی از این چالش‌ها جنبه ساختاری داشته و اصلاح ساختاری مناسبی را می‌طلبد که هم کیفیت آموزشی حفظ گردد و هم تعادل بین زندگی و کار دستیاران پزشکی برقرار گردد.

با واکاوی تجربه رزیدنت‌بودگی می‌توان به این مهم پی برد که دانشجویان پزشکی به دلیل اینکه با جان بیمار، قدرت تشخیص درست بیماری و ارائه مسیر درمانی مناسب با شرایط بیمار سروکار دارند، مواجهه آن‌ها با چالش‌هایی نظیر مرگ بیمار، ضرورت خواندن کتب درسی مختلف و سال‌های طولانی تحصیل جز ضروری مسیر پزشک شدن آن‌ها است. اما بخشی از این چالش‌ها نظیر نداشتن زمان کافی برای خوابیدن و غذا خوردن و مواجهه با تنش‌های نقش‌های توان‌فرسا جز ذاتی دوران رزیدنت‌بودگی تلقی نمی‌شوند و نیازمند انجام اصلاحات ساختاری در نظام آموزش پزشکی هستند که هم کیفیت آموزشی حفظ گردد و هم بین کار و زندگی رزیدنت تعادل برقرار شود.

منابع

- ادیب، یوسف؛ اسکندر، فتحی‌آذر و دستوری، رامین (۱۳۹۶). تبیین تجربه فرسودگی تحصیلی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۶(۱): ۳۵-۴۸.
- بوی، فیونا. (۱۳۹۴). مقدمه‌ای بر انسان‌شناسی دین. ترجمه مهرداد عربستانی، تهران: نشر افکار.
- چگینی، علیرضا؛ قلعه‌بندی، میرفرهاد و علوی، کاوه (۱۳۹۵). کیفیت خواب در دستیاران تخصصی پزشکی و ارتباط آن با سلامت عمومی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲(۱): ۵۰-۵۷.
- طاهری پریسا؛ خدابخشی، حوریه؛ اعتماد، کورش و محمدی، مریم (۱۳۹۸). تأثیر آموزش بهداشت خواب، بر کیفیت خواب و سلامت عمومی زنان سالمند دارای اختلال خواب در شهر بیرجند در سال ۱۳۹۵. *سالمند: مجله سالمندی ایران*، ۱۴(۲): ۲۴۸-۲۵۹.
- فکوهی، ناصر. (۱۳۹۳). تاریخ اندیشه و نظریه‌های انسان‌شناسی. تهران: نشر نی.
- فلیک، اووه. (۱۳۹۷). درآمدی بر تحقیق کیفی. ترجمه هادی جلیلی، تهران: نشر نی.
- کاظمی، سیمین (۱۴۰۱). چرا پزشکان مهاجرت می‌کنند؟ دیدگاه‌ها و تجربیات دانشجویان پزشکی دوره کارورزی. *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، ۱۷(۳۳): ۳۶۳-۳۳۵.
- کرسول، جان. (۱۳۹۱) پویای کیفیت و طرح پژوهش انتخاب از میان پنج رویکرد (روایت پژوهی، پدیدارشناسی، نظریه داده بنیاد، قوم نگاری، مطالعه موردی). ترجمه حسن دانایی فرد، حسین کاظمی. تهران: صفار.
- مقصودی، منیژه و چاووشی، سید محمد (۱۳۹۶). نانسی شپرهیوز و موقعیت بدن در عصر جهانی شدن. *پژوهش‌های انسان‌شناسی ایران*، ۷(۲): ۷۰-۵۱.
- نی‌ساز، محمدصالح (۱۴۰۳). مسائل کاری دوره دستیاری تخصصی پزشکی: واکاوی زیست‌جهان و پیچیدگی‌های ساختاری-سازمانی دوره رزیدنتی. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه تهران.
- ودادهیر، ابوعلی و اشراقی، سمیه (۱۳۹۸). گرایش به مهاجرت به خارج در جامعه پزشکی ایران: مطالعه کیفی. *پژوهش و برنامه‌ریزی در آموزش عالی*، ۲۵(۲): ۴۲-۲۳.
- ودادهیر، ابوعلی؛ امیدوار، نسیرین؛ رفیع‌فر، جلال‌الدین و جوان محجوب دوست، سارا (۱۳۹۵). مطالعه قومنگارانه غذاهای محلی در شهرستان فومن: پژوهشی در مردم‌شناسی غذا و تغذیه. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۹(۴): ۱۳۸-۱۰۷.
- Amini, M. J., Shafiee, A., Mirhoseini, M. S., Mohammaditabar, M., Salehi, S. A., Abdarian, Gh., Sadeghi, D., Tajvidi, M., Bakhtiyari, M., & Bahadorimonfared, A. (2024). Prevalence of depression and anxiety in orthopedic residents: a systematic review and meta-analysis. *BMC medical education*, 24(1), 1261.
- Assadpour, N., Alazmani-Noodeh, F., Baniyaghoobi, F., Shafiei Kisomi, Z., Bahrami, M., Ghasemnegad, S. M., & Ranjbar, H. (2025). Factors influencing quality of professional life and perceived bullying among medical residents in Iran. *BMC Medical Education*, 25(1), 217. (in Persian)
- Collier, V.U., McCue, J.D., Markus, A.C., et al. (2002). Stress in Medical Residency: Status Quo after a Decade of Reform?. *Annals of Internal Medicine*, 136, 384-390.
- De Hert, S. (2020). Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local and regional anesthesia*, (13), 171-183.
- Farhat, K., Obradovic, A., Siebert, A., Tun, H. N., Noch, E. K., & Kwan, J. M. (2025). Evaluating factors impacting early career physician-scientists' decisions to continue research careers in the United States of America. *BMC medical education*, 25(1), 564.
- Fiorelli, A. I., & Pêgo-Fernandes, P. M. (2025). Medical Residency—where we are and future challenges. *Sao Paulo Medical Journal*, 143(4), e20251434.
- Gharebaghi, R., Heidary, F., & Pourezat, A. A. (2022). Serial deaths of young trainee physicians in Iran during COVID-19 pandemic; messages to policy makers. *Frontiers in health services*, 2, 1-6. (in Persian)

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2019). *Ethnography: Principles in practice*. New York: Routledge.
- Heidari, A. A., Dadgar Moghaddam, M., & Ebrahimi Garoui, H. (2021). Challenges of general medical education (extern and intern) in school of medicine, Mashhad University of Medical Sciences. *Horizon of Medical Education Development*, 12(3), 35-49. (in Persian)
- Khaqan, H. A., Jabran, A., Rehman, H. A. U., Nawaz, A., Hassan, L., Haider, M. A., Zia, M. U., & Fauzan, A. (2023). Grievances of Post Graduate Residents in Their Training: An Observational and Cross-sectional Study. *Journal of Scientific Research and Reports*, 29(10), 29-34.
- Lebensohn, P., Dodds, S., Benn, R., Brooks, A. J., & Birch, M. (2013). Resident wellness behaviors. *Fam Med*, 45(8), 541-549.
- Lockley, S. W., Cronin, J. W., Evans, E. E., Cade, B. E., Lee, C. J., Landrigan, C. P., Rothschild, J. M., Katz, J. T., Lilly, C. M., Stone, P. H., & Aeschbach, D. (2004). Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *New England Journal of Medicine*, 351(18), 1829-1837.
- McDonald, W. G., Martin, M., & Salzberg, L. D. (2018). From Medical Student to Medical Resident: Graduate Medical Education and Mental Health in the United States. In C. Smith (Ed.), *Exploring the Pressures of Medical Education from a Mental Health and Wellness Perspective* (pp. 145-169). IGI Global Scientific Publishing.
- Mejia, A., Pizurki, H., & Royston, E. (1979). *Physician and nurse migration. Analysis and policy implications. Report of a WHO Study* (pp. xiv+-476).
- Mizuno, A., Tsugawa, Y., Shimizu, T., Nishizaki, Y., Okubo, T., Tanoue, Y., Konishi, R., Shiojiri, T., & Tokuda, Y. (2016). The impact of the hospital volume on the performance of residents on the general medicine in-training examination: a multicenter study in Japan. *Internal Medicine*, 55(12), 1553-1558.
- Parvizi, F., Salehi, A., Seghatoleslam, A., Kia, M., & Pope, M. (2025). Factors affecting the migration intention in medical students in Shiraz; south of Iran: a cross sectional study. *BMC Medical Education*, 25(1), 1-8. (in Persian)
- Prasad, B., & Arora, V. M. (2024). Sleep and Wellness in Residency-Embracing the Shift. *JAMA Network Open*, 7(10), 1-3.
- Qutoshi, S. B. (2024). Ethnography: A Method of Research and Genera of Writing for Informing, Reforming and Transforming Lives. *Journal of education and educational development*, 11(2), 323-331.
- Rahimi, B., Nemati, A., Tadayon, B., Samadpour, M., & Biglarkhani, A. (2024). Challenges and solutions of medical residency: the example of Iran. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1-10. (in Persian)
- Shakiba, S., Sharifi, A., Hashemi, F., Mazinani, Z., Sorouri, M., Reza, A., Safarpou, E.S., Soltani, F., Merat, S., Ghanbari10, R., & Poustchi11, H. (2025). Exploring the Prevalence of Burnout in Medical Residents: Socio-Demographic and Job Characteristics as Predictors in Iran. *The Indonesian Journal of Occupational Safety and Health*, 14(1), 23-33. (in Persian)
- Skemiene, L., Ustinaviciene, R., Piesine, L., & Radišauskas, R. (2007). Peculiarities of medical students' nutrition. *Medicina*, 43(2), 45-52.
- Soltanizadeh, A., Okhovati, M., Shafian, S., Ilaghi, M., Behjati, Y., Karamoozian, A., Rezazadeh, H., & Bahaadinbeigy, K. (2025). Residency training or migration: a multi-centric study exploring the willingness to migrate among medical residents in Iran. *BMC Medical Education*, 25(1), 362. (in Persian)
- Soqia, J., Alameer, M. B., Yakoub-Agha, L., Zerez, N., Hanbli, A., Al-shafie, M., Mohamad, L., Samaan, J., Hamdan, D., Almouselli, A. and Wazzan, M.H. (2025). Challenges of poor sleep quality and mental health issues among Syrian medical residents in 22 major hospitals across Syria. *Journal of Sleep Research*, 34(4), e14469
- Spradely, P. J. (1980). *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Turner, V. W. (1998). Liminalität und Communitas. In *Ritualtheorien: Ein einführendes Handbuch* (pp. 251-262). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. Appleton-centurycrofts: Norwalk.

