

مواجهه با خشونت شغلی در پرسنل بالینی بیمارستان‌های آموزشی درمانی تبریز

رنا غلامزاده نیکجو^۲ *لیلا صاحبی^۱

چکیده

هدف: خشونت شغلی یکی از مخاطرات جدی است که کارکنان بیمارستانها را تهدید می‌کند، به طوری که بیشترین فراوانی خشونت کاری در بیمارستانها رخ می‌دهد. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت خشونت شغلی در کارکنان بالینی بیمارستانهای تبریز بود. روش بررسی: یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی با شرکت ۴۰۰ نفر از کارکنان بالینی بیمارستانها (۱۳٪ حجم جمعیت) با استفاده از پرسشنامه ای نیمه ساختاری انجام شد. پس از خوشه بندی تخصصهای مختلف بیمارستانی در تبریز، به طور تصادفی حداقل یک خوشه از هر گروه انتخاب و در نهایت ۷ بیمارستان به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب گردید. روش نمونه گیری از هر خوشه به صورت طبقه بندی (بر اساس پست های مختلف) و نحوه انتخاب از هر گروه به روش آسان بود. داده‌ها از طریق مصاحبه رو در رو جمع آوری گردید. از آزمون رگرسیون لجستیک تک متغیره و چندگانه در برنامه SPSS نسخه ۱۶ جهت تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها: ۲۱ درصد از کارکنان بالینی در طی یکسال اخیر تجربه خشونت فیزیکی و ۶۴/۳ درصد تجربه خشونت کلامی داشتند و همبستگی قوی بین خشونت فیزیکی و کلامی وجود داشت ($P \leq 0/0001$ Kendall's tau -b=0/35). میزان گزارش دهی خشونت تنها ۲۳/۶ درصد بود. بیشترین دلایل عدم گزارش دهی به ترتیب اتفاق نیافتادن مورد قابل گزارش دهی با ۳۱/۹ درصد و سپس ترس از شناخته شدن به عنوان فرد مشکل ساز و بی صلاحیت با ۱۸/۹٪ بود. کارکنان مرد شانس مواجهه بیشتری با خشونت فیزیکی نسبت به زنان داشتند ($p < 0/009$ ، CI: 0/26-0/82). نتیجه گیری کلی: انجام اقداماتی از جمله برگزاری دوره های آموزشی چگونگی پیشگیری از خشونت و فرو نشانیدن خشم طرف مقابل و شفاف سازی حقوق و قوانین جهت گروه کارکنان و گیرندگان خدمت توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: خشونت شغلی، کارکنان بالینی بیمارستان، تبریز

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۰/۹/۱۹

^۱ همکار پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تبریز (NPMC) دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی مرکز تحقیقات سل و بیماریهای ریوی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۴۱۱-۳۳۷۸۰۹۳ Email: sahebileila@yahoo.com
^۲ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آذربایجان شرقی، ایران

مقدمه

خشونت شغلی به رخداد هایی اطلاق می گردد که به موجب آن افراد در موقعیت شغلی خود مورد سوء استفاده، سوء رفتار یا تهاجم قرار گیرند به طوری که سلامت، رفاه و بهداشت شان مورد تهدید قرار گیرد^(۱). سازمان جهانی بهداشت انواع خشونت را در چهار دسته خشونت فیزیکی، کلامی، نژادی و جنسی طبقه بندی نموده است. بر اساس مطالعات موجود خشونت علیه پرسنل پزشکی، مساله فراگیر و گسترده ای است که دامنه و فراوانی آن روبه افزایش است^(۲). شیوع خشونت به طور متوسط در کشورهای غربی ۴۴ درصد^(۳-۷) و در کشورهای آسیایی و ترکیه ۸۷ درصد بوده است^(۸-۱۳) این آمار می تواند احتمال پرخطر بودن شرایط را برای پرسنل بیمارستانها در آسیا و از جمله در ایران نشان دهد. متأسفانه اعمال خشونت عوارض متعدد فیزیکی و روان شناختی بر جای می گذارد که بطور خلاصه عبارتند از: جراحات فیزیکی، میگرن و سردردهای تنشی^(۱۴-۱۵) خشم، ترس، افسردگی^(۱۶)، اضطراب، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس و اعتقاد به توانایی های خود^(۱۴،۱۵،۱۷،۱۸،۱) اثرات نامطلوب بر کیفیت مراقبت از بیمار^(۲). گذشته از عوارض مختلف فردی، اختلالاتی همچون از دست دادن روز های کاری، محدودیت فعالیت یا کار، خاتمه اشتغال، تغییر شغل و حتی مرگ^(۸،۱) عوارض ناشی از خشونت علیه پرسنل، هزینه هنگفتی به سیستم های مراقبت های بهداشتی تحمیل می نماید که به هیچ عنوان قابل چشم پوشی نیست و در صورت عدم مدیریت و چاره اندیشی در این خصوص سازمان بی شک با کمبود نیرو و عدم علاقه در کارکنان بیمارستانها مواجه خواهد شد. همچنان که به گزارش دولت غرب استرالیا شمار پرستاران روند نزولی به خود گرفته است^(۱۸). تاکید همیشگی رعایت حقوق بیمار توسط پرسنل پزشکی و جای گرفتن عمیق آن در اذهان عمومی تصور حق همیشگی بیمار را در محیط های بهداشتی- درمانی ایجاد کرده است، در حالیکه باید توجه داشت که این حق باید به طور یکسان هم برای پرسنل و هم برای

بیمار و بستگان وی وجود داشته باشد به طوری که بدون مواجهه با خشونت بتوانند در محیط با دیگران ارتباط داشته باشند و در صورت برخورد با هر نوع رفتار خشونت آمیز اقدام قانونی انجام دهند^(۱۹). در کشور های در حال توسعه، موضوع خشونت علیه پرسنل بالینی مراکز بهداشتی-درمانی به تازگی مورد توجه قرار گرفته است و شیوع آن نیز در این کشور ها بالاست. از سوی دیگر بدلیل نبود سیستم ثبت و گزارش دهی چنین وقایعی در ایران سابقه مطالعه در این رابطه بسیار محدود بوده است. هدف از این مطالعه بررسی وضعیت خشونت شغلی در بیمارستانهای آموزشی درمانی سطح شهر تبریز و نحوه مواجهه کارکنان با آن بود، باشد که اطلاعات حاصل بتواند ضمن تعیین وضعیت خشونت در پرسنل بالینی و عوامل مرتبط با آن گامی مثبت جهت پیشگیری از آن را به دنبال داشته باشد.

روش بررسی

در یک مطالعه مقطعی، از آذر ماه لغایت بهمن ماه ۱۳۸۸ از بین کارکنان بالینی بیمارستان های آموزشی با حداقل یک سال سابقه کاری ۴۰۰ نفر (۱۳٪ از حجم جمعیت) انتخاب شد. روش نمونه گیری بصورت طبقه ای- خوشه بندی بود و طبقات را بیمارستان ها بر حسب تخصصهای مختلف (از جمله بیمارستان های عمومی، زنان و کودکان، سوختگی، روانی، ارتوپدی، قلب و عروق و ...) تشکیل می دادند. بدین ترتیب پس از طبقه بندی تخصص های مختلف بیمارستانی، به طور تصادفی حداقل یک خوشه از هر طبقه انتخاب و در نهایت ۷ بیمارستان آموزشی- درمانی شهر تبریز به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب گردید، در نهایت به تناسب حجم جمعیت در هر بیمارستان با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، نمونه های مورد نیاز (شامل پرستار، بهیار، کودکیار، پرسنل اطاق عمل، پزشک، ماما) انتخاب شدند. ابزار مطالعه یک پرسشنامه ساختارمند و جمع آوری داده ها به روش مصاحبه رو در رو بود. جهت بررسی پایایی و

یافته‌ها

۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۸۴ نفر) در طول یکسال گذشته تحت خشونت فیزیکی و ۶۴/۲ درصد (۲۵۷ مورد) از پرسنل در طول یکسال گذشته تحت خشونت کلامی قرار گرفته بودند. شیوع مواجهه با خشونت فیزیکی در کارکنان مرد و شیوع خشونت کلامی در زنان بیشتر بود و نکته جالب اینکه با افزایش سن و سابقه کار شیوع خشونت (فیزیکی یا کلامی) نیز کاهش پیدا می‌کرد. بیشترین میزان خشونت (فیزیکی یا کلامی) مربوط به پرسنل قراردادی، شرکتی یا طرحی بوده است. از نظر خشونت فیزیکی بیشترین گروه آسیب پذیر بهیاران و کمک بهیاران و از نظر خشونت کلامی بیشترین گروه آسیب پذیر پرستاران بوده‌اند (جدول ۱).

روایی ابزار مورد استفاده در این مطالعه یک مطالعه مقدماتی روی ۲۷ نفر از کارکنان بالینی انجام شد. جهت تعیین روایی از نظرات متخصصین و جهت تعیین پایایی از برآورد همبستگی با استفاده از روش آزمون مجدد با فاصله ۱۴ روز استفاده شد که با ضریب همبستگی ۰/۹۸ تایید گردید پرسشنامه شامل دو بخش بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، شغل، میزان تحصیلات، رشته تحصیلی و سابقه کاری) و بخش دوم شامل سوالات اختصاصی جهت ارزیابی وضعیت خشونت شغلی پرسنل بالینی بود. سوالات اختصاصی به تعداد ۱۱ سوال و نوع پاسخ‌ها ترکیبی از انواع دو گزینه ای، چهار گزینه ای و باز بود. جهت تحلیل عوامل مرتبط با خشونت از آزمون رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند گانه و جهت بررسی همبستگی خشونت های فیزیکی و کلامی از آزمون تاو کندال توسط SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی خشونت‌های مختلف فیزیکی یا کلامی یا توأم پرسنل بر اساس متغیرهای دموگرافیکی

نام متغیر	نام	فراوانی کل (درصد)	خشونت فیزیکی فراوانی (درصد)	خشونت کلامی فراوانی (درصد)	خشونت فیزیکی و کلامی فراوانی (درصد)
جنسیت:	زن	۱۴۹ (۳۷/۲)	۳۹ (۶۶/۴)	۱۶۰ (۶۲/۳)	۳۷ (۴۵/۷)
	مرد	۲۵۱ (۶۲/۸)	۴۵ (۵۳/۶)	۹۷ (۳۷/۷)	۴۴ (۵۴/۳)
گروه سنی	۲۰-۳۰ سال	۱۳۸ (۳۴/۵)	۳۱ (۳۶/۹)	۹۷ (۳۷/۷)	۳۰ (۳۷/۰)
	۳۰-۴۰ سال	۱۵۴ (۳۸/۵)	۲۷ (۳۲/۱)	۹۹ (۳۸/۵)	۲۷ (۳۳/۳)
	بالای ۴۰ سال	۱۰۸ (۲۷/۰)	۲۶ (۳۱/۰)	۶۱ (۲۳/۷)	۲۴ (۲۹/۶)
تحصیلات	زیر دیپلم	۳۵ (۸/۸)	۱۳ (۱۵/۵)	۲۳ (۸/۹)	۱۳ (۱۶/۰)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۳۰ (۳۲/۵)	۳۴ (۴۰/۵)	۸۲ (۳۱/۹)	۳۳ (۴۰/۷)
	لیسانس	۱۷۵ (۴۳/۸)	۲۹ (۳۴/۵)	۱۱۸ (۴۵/۹)	۲۸ (۳/۶)
	فوق لیسانس و بالاتر	۶۰ (۱۵/۰)	۸ (۹/۵)	۳۴ (۱۳/۲)	۷ (۸/۶)
وضعیت استخدام	قراردادی	۱۶۷ (۴۲/۳)	۳۸ (۴۵/۲)	۱۱۰ (۴۳/۵)	۳۷ (۴۵/۷)
	پیمانی	۵۶ (۱۴/۲)	۱۱ (۱۳/۱)	۴۲ (۱۶/۶)	۱۱ (۱۳/۶)
	رسمی	۱۷۲ (۴۳/۵)	۳۵ (۴۱/۷)	۱۰۱ (۳۹/۹)	۳۳ (۴۰/۷)
پست	بیمار و کمک بهیار	۱۳۴ (۳۳/۵)	۴۴ (۵۲/۴)	۹۰ (۳۵/۰)	۴۳ (۵۳/۱)
	اتاق عمل و ماما	۳۵ (۸/۸)	۳ (۳/۶)	۱۶ (۶/۲)	۳ (۳/۷)
	پرستار	۱۷۲ (۴۳/۰)	۳۰ (۳۵/۷)	۱۱۸ (۴۵/۹)	۲۹ (۳۵/۸)
	پزشک عمومی	۵۹ (۱۴/۸)	۷ (۸/۳)	۳۳ (۱۲/۸)	۶ (۷/۴)
میزان سابقه	۱-۵ سال	۱۲۸ (۳۲/۰)	۲۶ (۳۱/۰)	۸۶ (۳۳/۵)	۲۶ (۳۲/۱)
	۶-۱۰ سال	۹۹ (۲۴/۸)	۲۳ (۲۷/۴)	۷۱ (۲۷/۶)	۲۲ (۲۷/۲)
	۱۱-۲۰ سال	۱۲۶ (۳۱/۵)	۲۵ (۲۹/۸)	۷۱ (۲۷/۶)	۲۳ (۲۸/۴)
	بالای ۲۰ سال	۴۷ (۱۱/۸)	۱۰ (۱۱/۹)	۲۹ (۱۱/۳)	۱۰ (۱۲/۳)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی موارد خشونت توسط گروه‌های مختلف

نام گروه	خشونت فیزیکی فراوانی (درصد)	میانگین فراوانی خشونت (انحراف معیار)	خشونت کلامی فراوانی (درصد)	میانگین فراوانی خشونت (انحراف معیار)
بیمار	۵۲/۶	۱/۲۵	۷۳/۶۷	۱/۹
همراه بیمار	۳۷/۱	۲/۰	۱۳۳/۱	۳/۲
همکار	۷/۲	۱/۶۷	۱۱۱/۰	۲/۹
سایر افراد	۱/۳	۳/۰	۱۳/۰۳	۱/۵

به منظور تحلیل عوامل دموگرافیکی مرتبط با خشونت (فیزیکی و کلامی) از آزمون رگرسیون لجیستیک تک متغیره و چندگانه استفاده شد. با انجام آزمون رگرسیون لجیستیک چندگانه در حضور متغیرهای سن، جنسیت، نوع پست و سطح تحصیلات، تنها جنسیت از نظر آماری معنی دار باقی ماند. به طوری که مردان نسبت به زنان شانس بیشتری داشتند که تحت خشونت فیزیکی قرار گیرند ($P \leq 0/009$) (جدول ۳).

با استفاده از آزمون تاو کندال جهت بررسی میزان همبستگی بین خشونت فیزیکی و کلامی در افراد این دو نوع خشونت به طور معنی داری به هم وابسته بودند ($P \leq 0/0001$ Kendall's tau -b, $\tau = 0/35$).

بیماران با ۵۲/۶ درصد موارد (۵۲ مورد) بیشترین گروه ایجاد کننده خشونت های فیزیکی و همراهان بیمار با ۳۱/۱ درصد (۱۳۳ مورد) بیشترین گروه ایجاد کننده خشونت های کلامی بین پرسنل بوده‌اند (جدول ۲). میزان گزارش دهی خشونت تنها ۲۳/۶ درصد (۶۱ مورد) بود و بیشترین دلیل عدم گزارش دهی اتفاق نیافتادن مورد قابل گزارش دهی با ۳۱/۹ درصد (۹۳ مورد) و سپس ترس از شناخته شدن به عنوان فرد مشکل ساز با ۱۸/۹ درصد (۵۵ مورد) بود. سایر عوامل به ترتیب دشوار بودن طی مراحل گزارش دهی با ۱۳/۴ درصد (۳۹ مورد)، زمان بر بودن گزارش دهی با ۱۰/۶۵ درصد (۳۱ مورد) و سپس بی اطلاعی از روش گزارش دهی با ۲۱ درصد (۷ مورد) بود.

جدول شماره ۳: توزیع عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی و کلامی در پرسنل بالینی بیمارستان‌های آموزشی تبریز با استفاده از آزمون رگرسیون لجیستیک چندگانه

خشونت فیزیکی		خطای معیار β		OR	β	سطح معنی داری	حدود اطمینان ۹۵٪	نام متغیر
سن	-	۰/۰۰۳	۰/۰۱۷	-	-	۰/۸۶	-	
جنسیت	مرد	۱	-	-	-	۰/۲۶-۰/۸۲		
	زن	۰/۴۶	-	-	-	۰/۰۰۹		
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۱	-	-	-			
	دیپلم و فوق دیپلم	۰/۹۳	-	-	-	۰/۳۹-۲/۲		
	لیسانس	۰/۷۴	-	-	-	۰/۰۵-۱۰/۶۳		
	فوق لیسانس و بالاتر	۱/۱	-	-	-	۰/۰۲۴-۴/۴۵		
پست	بهبار و کمک بهبار	۱	-	-	-			
	بیهوشی- مامایی	۰/۲۷	-	-	-	۰/۰۷۳-۱/۰		
	پرستار	۰/۷۵	-	-	-	۰/۰۶-۹/۶		
	پزشک	۱/۱	-	-	-	۰/۳۴-۳/۳۴		

ادامه جدول شماره ۳: توزیع عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی و کلامی در پرسنل بالینی بیمارستان‌های آموزشی تبریز با استفاده از آزمون

رگرسیون لجیستیک چندگانه

خشونت کلامی		خطای معیار β		سطح معنی داری		حدود اطمینان ۹۵٪	
نام متغیر	OR	β					
سن	-	-۰/۲۷	۰/۰۳۶	۰/۹۸	-	-	-
سابقه کاری	۰	۰/۰۳۹	۰/۹۸	-	-	-	-
جنسیت	۱	-	-	۰/۲۷	۰/۹۳-۱/۱	-	-
	۰/۷۵	-	-	-	-	-	-
وضعیت قرار دادی- طرحی	۱	-	-	-	-	-	-
استخدام	۱/۶	-	-	۰/۲	۰/۷۷-۳/۴۵	-	-
	۱/۱	-	-	۰/۸۷	۵/۵-۲/۲۵	-	-
پست	۱	-	-	-	-	-	-
بهبار و کمک بهیار	۰/۴۲	-	-	۰/۰۳۵	۰/۱۹-۰/۹۴	-	-
بیهوشی- مامایی	۱/۱	-	-	۰/۸۳	۰/۲۷-۱/۲۷	-	-
پرستار	۰/۵۸	-	-	۰/۱۷	۰/۴۴-۱/۲۵	-	-
پزشک	-	-	-	-	-	-	-

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر شیوع خشونت فیزیکی و کلامی علیه پرسنل بالینی به ترتیب در طول یکسال گذشته ۲۱ درصد و ۶۴/۲ درصد بود. اعمال خشونت علیه پرسنل در مراکز بهداشتی درمانی یک مشکل جهانی بوده و بر اساس گزارش موسسه جرم شناسی استرالیا از نظر خشونت علیه پرسنل، سیستم های بهداشتی، پرخطرترین محیط کاری را شامل می شوند^(۱۶) اما این طور به نظر می رسد که شیوع خشونت شغلی در آسیا بیش از اروپا و آمریکا باشد کما اینکه شیوع خشونت علیه پرسنل بالینی در مطالعات مختلف بدین ترتیب بوده است: در بررسی ملی ۷ ایالت آمریکا بیش از ۳۰ درصد که در ۱۷ درصد موارد همراه با یورش بر پرسنل بوده است^(۳) در رزیدنهای اطفال بیمارستانهای آمریکا ۳۳ درصد^(۴) در کشورهای اسکانندیناوی به طور متوسط ۳۳/۶^(۶) و در مطالعه Crilly در استرالیا ۷۰ درصد^(۷) اما نتایج مطالعات انجام شده در ترکیه بدین ترتیب بود: در کارکنان بالینی شیوع خشونت فیزیکی و کلامی به ترتیب ۹۸/۵ درصد و ۱۹/۷ درصد^(۸) در پرستاران ترکیه حدود ۸۷ درصد^(۹) و در یک مطالعه دیگر در ترکیه ۶۸ درصد بود (۶۷ درصد تجربه خشونت

لفظی، ۱۶ درصد تجربه خشونت فیزیکی و ۳ درصد تجربه خشونت جنسی^(۱۰) در مطالعه انجام شده در عراق ۹۱ درصد کارکنان تجربه خشونت فیزیکی، کلامی یا جنسی در طی یکسال گذشته داشتند^(۱۱) در مطالعه ادیب و همکاران در کویت نیز ۷ درصد کارکنان تجربه خشونت فیزیکی داشتند و ۹۱ درصد از کارکنان ضمن داشتن خشونت فیزیکی، خشونت کلامی را نیز تجربه کرده بودند^(۱۲) اما در مطالعه ای که در ایران، انجام شده بود، ۸۷/۴ درصد از کارکنان بیمارستانها در طی ۶ ماه گذشته خشونت کلامی و ۲۷/۶ درصد خشونت فیزیکی را تجربه نموده بودند^(۱۳). با مقایسه مطالعه حاضر با کشورهای همسایه از نظر وضعیت خشونت شغلی، به نظر می رسد خشونت شغلی در ایران در حد متوسطی باشد^(۸-۱۲) بیشترین میزان خشونت فیزیکی توسط بیمار و بیشترین میزان خشونت کلامی توسط همراهان بیمار صورت گرفته بود که در تعدادی دیگر از مطالعات نتایج مشابهی کسب شده است^(۱۸-۲۳،۹).

در این مطالعه میزان گزارش دهی خشونت تنها ۲۳/۶ درصد (۶۱ مورد) بود. در مطالعه انجام شده در ایران میزان گزارش دهی خشونت کلامی و فیزیکی به ترتیب ۳۵/۹ و

خدمت نیست. بین متغیرهای دیگر و خشونت فیزیکی یا کلامی رابطه آماری معنی داری حفظ نشد. همبستگی بالا بین خشونت فیزیکی و کلامی علیه پرسنل بالینی بیمارستان‌ها در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حداقل همیشه قبل یا همزمان با خشونت فیزیکی خشونت کلامی هم وجود داشته است. و چه بسا اگر کنترل به موقع صورت گیرد حداقل از خشونت فیزیکی پیشگیری گردد. به گزارش OSHA (Occupational Safety and Health Administration) آموزشهای لازم از جمله روش های ایجاد آرامش و رفع تنش با استفاده از تکنیکهای آرام کننده و ابراز آگاهی از احساس طرف مقابل و تاثیر آن در وی، مثلا ابراز جملاتی از قبیل "من میتوانم استرسی که در صدای شماست را بشنوم" یا اینکه "من می بینم که شما چقدر عصبانی هستید" می تواند در آرام کردن شخص مقابل بسیار سودمند باشد زیرا طرف مقابل اطمینان حاصل می کند که دیده می شود و مورد اهمیت قرار گرفته است^(۳) از دیدگاه Fernandes و همکاران نیز بهترین اقدام جهت پیشگیری از اعمال خشونت حفظ صداقت، صراحت و وجدان کاری است و به اعتقاد وی در هنگام ایجاد تنش بهترین کار پرهیز از تماس چشمی و فیزیکی با فردی است که دارای اضطراب و استرس است^(۱۷).

شیوع بالای خشونت علیه پرسنل و عوارض ناشی از آن، هزینه هنگفتی به سیستم های مراقبت های بهداشتی تحمیل می نماید که به هیچ عنوان قابل چشم پوشی نیست و در صورت عدم مدیریت و چاره اندیشی بی شک این سیستم با کمبود نیرو و عدم علاقه در کارکنان بیمارستانها به علت عدم ایمنی شغلی و اختلالات روانی بالا مواجه خواهد شد. لزوم اجرای دوره های خاص آموزش در فرو نشانیدن خشونت های احتمالی و مدیریت رفتارهای خود و طرف مقابل به خصوص در گروه کاری پرخطر مثل بهیاران و کمک بهیاران، کاملا مشخص است. زیرا ایجاد خشونت به خصوص خشونت فیزیکی معمولا با ایجاد حساسیت در فرد مهاجم صورت می گیرد و می توان

۴۹/۹ درصد بود^(۱۳) اما در اکثریت مطالعات مشابه میزان گزارش دهی بسیار پایین بود^(۱۹-۲۳). در مطالعه انجام شده توسط Senuzun در ترکیه نیز ۸۳/۵ درصد از خشونت ها بدون گزارش بودند و بسیاری از موارد گزارش شده (۶۳/۷ درصد) هم پیگیری های قانونی نداشته اند^(۸). Gerberich میزان گزارش دهی خشونت های شغلی توسط پرسنل بالینی را بسیار پایین گزارش کرده است طوریکه میزان گزارش دهی خشونت های فیزیکی تنها ۱۵ درصد بوده است. بر اساس گزارش آنها میزان گزارش دهی در مطالعات دیگر حتی پایین تر و در حدود ۲/۳٪ می باشد^(۲۴) در همخوانی با نتایج تعدادی از مطالعات مشابه^(۲۵-۲۷) بیشترین دلایل عدم گزارش دهی، اتفاق نیافتادن مورد قابل گزارش دهی (۳۲٪) و سپس ترس از شناخته شدن به عنوان فرد مشکل ساز (۱۹٪) بود اما در مطالعه ای دیگر مهم ترین دلیل عدم گزارش دهی، این بود که کارکنان اعتقاد داشتند گزارش دهی هیچ پیگیری قانونی را به دنبال ندارد^(۸) بر اساس برآوردهای Gerberich، اعمال خشونت در پرسنل اثرات منفی زیادی را در بردارد، اما هنگامی که این سوال از خود پرسنل پرسیده می شود آنها فکر می کنند گزارش دهی بیش از اندازه وقت گیر بوده و گزارش تفاوت چندانی بر حال آنها نمی کند^(۲۴). در مطالعه حاضر شیوع خشونت کلامی علیه زنان و خشونت فیزیکی علیه مردان بیشتر بود در تعدادی دیگر از مطالعات نیز زنان نسبت به مردان خشونت فیزیکی کمتری را تجربه کرده بودند^(۱۹،۱) در مدل رگرسیون لوجیستیک چندگانه مردان در مقایسه با زنان شانس خشونت فیزیکی بالاتری داشتند همچنین بهیاران و کمک بهیاران در مقایسه با گروه بیهوشی و مامایی شانس بیشتری داشتند تا تحت خشونت فیزیکی و کلامی قرار گیرند (هر چند این همبستگی معنی دار نبود) در این مورد لازم به ذکر است، بهیاران و کمک بهیاران بیشترین ارتباط نزدیک را با بیماران و همراهان آنها و گروههای بیهوشی کمترین ارتباط را دارند، همچنین عدم داشتن تحصیلات دانشگاهی نیز بی تاثیر در چگونگی رفتار بهیاران و متقابلا رعایت ادب در گیرندگان

جمله خصوصیات شخصیتی یا روانی یا مشکلات خانوادگی در پرسنل بود. همچنین به نظر می‌رسد در یک مطالعه کارآزمایی بتوان با پیاده سازی برنامه های مختلف آموزشی و اجرایی در پیشگیری از وقوع خشونت‌های شغلی خدمت بزرگی به سیستم بهداشتی- درمانی نمود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بدین وسیله از همکاریهای مدیریت و کادر بالینی بیمارستانها و پشتیبانی مالی مرکز تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز کمال تشکر و قدردانی دارد.

گفت که اعمال خشونت معمولاً یک طرفه نیست، چه بسا موقعیت شغلی کارکنان در وقوع خشونت شغلی تعیین کننده باشد بنابراین ایجاد سیستم های قانونی مشخص در رابطه با رسیدگی به خشونت در محل کار، جدی گرفتن هر گونه اعمال خشونت و رفع آن در همان شیفت، ایجاد مراکز جهت پذیرش مسئولیت و پیگیری سریعتر و عملی تر گزارش های خشونت علیه پرسنل، اجرای برنامه های آموزشی مستمر نگهداران امنیتی بیمارستان، جهت ارتقاء سطح توانمندی آنان و تجهیز بیمارستان ها با امکانات به میزان کافی، لازم به نظر می‌رسد. از محدودیت های مطالعه حاضر عدم امکان بررسی نقش برخی عوامل پیش زمینه در رخداد خشونت شغلی از

فهرست منابع

1. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs*. 2000 Feb;31(2):452-60.
2. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs J*. 2010; 35 (5):177-84.
3. Carroll V. Preventing violence in the healthcare workplace. *Ala Nurse*. 2004 Mar-May;31(1):23.
4. Judy K, Veselik J. Workplace violence: a survey of paediatric residents. *Occup Med (Lond)*. 2009 Oct;59(7):472-5.
5. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, Gordon JA, Magid DJ, Kaushal R, et al. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *Acad Emerg Med*. 2008 Dec;15(12):1268-74.
6. Hogh A, Sharipova M, Borg V. Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one-year follow-up study. *Scand J Public Health*. 2008 Sep;36(7):706-12.
7. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs*. 2004 Apr;12(2):67-73.
8. Senuzun Ergun F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev*. 2005 Jun;52(2):154-60.
9. Uzun O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(1):81-5.
10. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med (Lond)*. 2008 Aug;58(5):361-6.
11. AbuAlRub RF, Khalifa MF, Habbib MB. Workplace violence among Iraqi hospital nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(3):281-8.
12. Adib SM, Al-Shatti AK, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(4):469-78.
13. Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Mirzabeigi G. Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. *Asian Nurs Res*. 2008;2(3):184-93.
14. Sahebi L, Vahidi R, Ayatollahi T. Mental health status of hospital staffs in Iran. *Res J Biol Sci*. 2008;2(7):743-8.
15. Ayatollahi S M T, Sahebi L, Borhani Haghighi V. Epidemiologic and clinical characteristics of migraine and tension-type headaches among hospitals staffs of Shiraz (Iran). *Acta Medica Iranica*. 2009;47(2):115-120.

16. Azizi F, Janghorbani M, Hatami H.[Epidemiology and control of common disorders in Iran]. Tehran, khosravi.2002.Persian
17. Fernandes C, Raboud J, Christenson J, et al. The effect of education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*. 2002; 39 (1), 47–55.
18. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line. *Accid Emerg Nurs*. 2006;14(4):245-9.
19. McPhaul KM, Lipscomb JA .Workplace Violence in Health Care: Recognized but not Regulated *J Ame Nurs Assoc*.2004;9(3):121-136.
20. Jones J, Lyneham J. Violence: part of the job for Australian nurses? *Aust J Adv Nurs*. 2000 Dec-2001 Feb;18(2):27-32.
21. Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Int J Nurs Stud*. 2005 Sep;42(7):773-8.
22. -Merchant JA, Lundell JA. Workplace Violence Intervention Research Workshop, April 5-7, 2000, Washington, DC. Background, rationale, and summary. *Am J Prev Med*. 2001 Feb;20(2):135-40.
23. -Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs*. 2000 Dec-2001 Feb;18(2):8-17.
24. -Gerberich SG, Church TR, McGovern PM,et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495–503.
25. -May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs*. 2002 Feb;28(1):11-7.
26. -Ferns T, Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nurs Stand*. 2005 Jun 1-7;19(38):51-6.
27. -Erickson L, Williams-Evans SA. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *J Emerg Nurs*. 2000 Jun;26(3):210-5.

Workplace Violence against Clinical Workers in Tabriz Educational Hospitals

*Sahebi L. MSc¹ Gholamzadeh Nikkjoo R. MSc²

Abstract

Background & Aims: Workplace violence is one of the most complex and dangerous occupational hazards facing nurses working in today's health care environment and it has been noted that workplace violence most frequently occurs in hospitals. The purpose of this study was to assess the situation of workplace violence committed against healthcare workers in Tabriz.

Materials & Methods: It was a descriptive, cross-sectional study. Clinical personnel (n 400) of Tabriz educational hospitals (%13 of study population) were recruited by cluster sampling of hospitals, and randomly selection of one cluster in each group (seven hospitals were selected) considering their position. Data was collected using a questionnaire through face-to-face interviews and analyzed by logistic regression using SPSS-PC (v.16).

Results: Twenty-one percent and 64.3 percent of workers reported experiencing physical and verbal workplace violence during the last year respectively. The frequency of reported violence was %23.6. There was a strong correlation between physical and verbal violence ($p<0.001$). Avoidance of reporting violence was occurred because of shrug violence off (%31.9) or to be known as an offending or problematic person (%18.9). Men had more chance to confront with violence than women (CI: 0.26-0.82, $p<0.009$).

Conclusion: Performing some measures such as educational courses about prevention of violence, repression of the opponent's anger explanation of rules and regulations for workers and clients are recommended.

Key words: Workplace Accident, Hospital Medical Staff, Tabriz

Received: 19 Sep 2011

Accepted: 10 Dec 2011

¹ Research assistant, Research Center of Health Service Management, and Doctoral candidate of Epidemiology in Research Center for Tuberculosis and Lung Diseases, Tabriz University of Medical Sciences, East Azerbaijan, Iran (*Corresponding author). Tel: +98-411-3378093 Email: sahebileila@yahoo.com

² MS in Health Service Management, Tabriz University of Medical Sciences, East Azerbaijan, Iran