

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۲۹ شماره ۲ تابستان ۱۳۸۶ صفحات ۶۶-۶۱

ماهیت خشونت نسبت به پرستاران شاغل در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی

دکتر وحید زمانزاده: استادیار پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: zamanzadeh@tbzmed.ac.ir

نعمت اله سلیمان نژاد: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی و جراحی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
فرحناز عبدالله زاده: مربی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۵/۳/۲۳، پذیرش: ۸۵/۹/۱۳

چکیده

زمینه و اهداف: اگر چه هرکسی در بیمارستان می تواند در معرض حملات مختلف فیزیکی و تهدیدهای لفظی قرار گیرد اما پرستاران به علت تماس مستقیم با بیماران و همراهان در معرض بیشترین میزان تهاجم قرار دارند. با این حال تحقیقات کمی در مورد ماهیت خشونت نسبت به پرستاران به خصوص در ایران انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی بر روی ۴۶۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های استان آذربایجان شرقی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند انجام گرفت. در این مطالعه از پرسشنامه خشونت نسبت به کارکنان بهداشتی سازمان جهانی بهداشت به شکل تعدیل شده پس از روایی محتوایی و پایایی آزمون مجدد جهت جمع آوری داده ها استفاده شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد که بیشترین خشونت های اعمالی به پرستاران به ترتیب از نوع لفظی، فیزیکی و کمترین آنها از نوع نژادی و جنسی بوده است. اکثر مهاجمین از بستگان بیماران و عمده ترین اقدام پرستاران در واکنش به خشونت دعوت مهاجم به آرامش بوده است. گزارش موارد خشونت اندک و جهت پیشگیری از خشونت اقدامات انجام گرفته از سوی سازمان ها در سطح پایین بود.

نتیجه گیری: تفاوت چشمگیری در نتایج این مطالعه با سایر مطالعات مشاهده نمی شود. پیشنهاد می شود که با بکارگیری اقدامات پیشگیرانه مطابق نتایج پژوهش (برگزاری کارگاه بازآموزی، افزایش تعداد پرستاران و استواری امکانات امنیتی) و همچنین ابداع دستورالعملهایی برای گزارش موارد خشونت گامی هر چند کوچک در راه امنیت محل کار پرستاران و ارتقاء کیفیت مراقبتهای پرستاری برداشته شود.

کلید واژه ها: خشونت، محل کار، پرستاران

مقدمه

و تحقیر و ارباب و استهزاء و فحاشی)، خشونت نژادی (برخورد تهدید آمیز بعلت نژاد، رنگ، زبان، ملیت، مذهب، همکاری با اقلیت، محل تولد یا امکانات مالی یا هر وضعیت دیگر) و خشونت جنسی (هر گونه رفتار ناخواسته مربوط به جنسیت که در حکم حمله به شخص تلقی و باعث تهدید و توهین یا شرمندگی وی شود) (۳).

برای رسیدن به اهداف در این پژوهش از تعریف اخیر استفاده شده است. پژوهشگران افزایش میزان خشونت در بیمارستان ها را یکی از مشکلات عمده سلامتی دانسته و بر این باورند که این امر ناشی از افزایش خشونت در کل جامعه است (۴). اگر چه هرکسی در بیمارستان می تواند در معرض حملات مختلف فیزیکی و

خشونت در محل کار بخشی از خطرات شغلی محسوب (۱) و به صورت زیر تعریف می شود: اقدامات پرخاشگرانه شامل تهاجم فیزیکی به افراد یا تهدید به تهاجم در محل کار. تهاجم فیزیکی نیز به صورت حمله به طرف افراد با استفاده از دست و پا تا آدم ربایی و قتل و استفاده از سلاحهای سرد و گرم و همین طور تمایل به آسیب رساندن شامل تهدید لفظی، فیزیکی و نوشتاری تعریف می گردد (۲).

سازمان جهانی بهداشت نیز خشونت را در چهار دسته طبقه بندی نموده است: خشونت فیزیکی (مشت زدن، لگد زدن، سیلی زدن، فریاد زدن، هل دادن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن و زخمی کردن) (با اشیاء تیز و برنده)، خشونت لفظی (رفتارهایی مانند توهین

شده در ایران ناچیز می‌باشد به طوریکه می‌توان گفت تاکنون مطالعه‌ای در این مورد صورت نگرفته و از سوی دیگر طبق گزارش اداره پرستاری استان آذربایجان شرقی، این استان در سال ۱۳۸۴ به لحاظ دارا بودن نزدیک به ۳۰۰۰ پرستار شاغل در ۲۹ بیمارستان دولتی و ۹ بیمارستان خصوصی یکی از قطب‌های مهم درمانی کشور محسوب می‌شود، لذا انجام پژوهشی برای مشخص کردن ماهیت و عوامل مستعد کننده خشونت نسبت به پرستاران ضروری است تا سیمای روشنی از این پدیده بدست آید. امید است نتایج حاصل از این پژوهش بتواند توجه مسئولین و برنامه ریزان پرستاری را به شناسایی خشونت به عنوان یکی از خطرات شغلی جلب کرده و اطلاعات مفیدی در اختیار آنان قرار دهد تا با کمک به برنامه ریزی برای پیشگیری از پدیده غیرقابل پذیرش خشونت گامی هر چند کوچک در ارتقاء کیفیت مراقبتهای پرستاری برداشته شود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی بوده و نمونه پژوهش، شامل ۴۶۸ نفر از پرستاران و بهیارانی است که در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی به شکل تمام وقت، پاره وقت و موقت شاغل بوده و حداقل یک سال سابقه کار در محل اشتغال فعلی را داشته‌اند. نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای انجام شد. ابتدا براساس مطالعه‌ای در لبنان ($p=0/4$)، حداقل حجم نمونه مقدماتی حدوداً ۳۸۱ نفر برآورد گردید، که در این مطالعه ۵۰۰ نفر در نظر گرفته شد. سپس از روی فهرست اسامی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استان، تعداد ۳۲ بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب شد. و متناسب با حجم نمونه پرسنل پرستاری شان تعداد ۵۰۰ عدد پرسشنامه در بین بیمارستان‌ها توزیع گردید. پس از توجیه رابطین سازمان نظام پرستاری (جمع آوری کنندگان داده‌ها) در مورد طرح و نحوه جمع آوری داده‌ها، در جلسه‌ای پرسشنامه‌ها در اختیار آنان قرار گرفت تا پس از انتخاب تصادفی از روی فهرست اسامی اقدام به پخش و جمع آوری پرسشنامه‌ها نمایند. تعداد ۳۲ نفر (۴/۶٪)، بدلائیل مختلف که عمده دلیل شان حجم کاری زیاد بود پرسشنامه‌ها را تکمیل نشده عودت دادند.

ابزار مخصوص گردآوری داده‌ها، با اندکی تغییرات در ابزار تهیه شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۳) برای جمع آوری اطلاعاتی از قبیل مشخصات فردی اجتماعی (مثل سن و سنوات خدمت و...)، وقوع انواع خشونت‌های فیزیکی، لفظی، جنسی، نژادی، عاملان خشونت، واکنش پرستاران و سازمان به خشونت، عوامل مستعد کننده و استراتژیهای موجود برای مقابله با خشونت مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که ابزار فوق تعداد و انواع خشونت را برای یک سال گذشته بررسی می‌نمود و ممکن است فردی بیش از یک نوع یا یک بار خشونت را در طول یک سال تجربه نماید. برای تعیین روایی این ابزار، از روایی محتوایی (توسط ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و

تهدیدهای لفظی قرار گیرد اما پرستاران به علت تماس مستقیم با بیماران و همراهان در معرض بیشترین تهاجم قرار دارند (۱،۲). منابع بسیاری در کشورهای اروپایی و آمریکایی (۵) و چند کشور آسیایی مانند تایلند، لبنان و کشور آفریقایی موزانیک و استرالیا (۹،۸،۷،۶) بر وجود خشونت نسبت به پرستاران اشاره دارند.

از عوامل شناخته شده‌ای که حرفه پرستاری را مستعد می‌کند تا هدف خشونت قرار گیرند عبارتند از:

- عوامل انسانی شامل کمبود پرسنل، استفاده از پرسنل موقت و کم تجربه و داشتن مسئولیت در واحدهای مربوطه، کار نوبتی (تعویض نوبت کاری و شب کاری)، کمبود امکانات امنیتی و طراحی نامناسب محل کار، اتاقهای انتظار نامناسب، تماس فیزیکی نزدیک با بیماران و همراهان بیماران، حجم کار زیاد و انتظارات بیش از حد از پرستاران، در دسترس بودن محل کار و نداشتن محل کار اختصاصی، عدم کنترل رفت و آمد محل کار، دسترسی به سلاحهای گرم و سرد، سوء مصرف الکل و مواد (۱۰).

متأسفانه اعمال خشونت به پرستاران عوارض متعدد فیزیکی و روان شناختی بر جای می‌گذارد که به طور خلاصه عبارتند از: جراحات فیزیکی (کبودی مختصر تا شکستگیهای استخوان) و بیماری (میگرن و استفراغ و غیره)، خشم، ترس، افسردگی، اضطراب، احساس گناه، کاهش اعتماد به نفس و اعتقاد به توانایی‌های خود (۱۱). به طور کل خشونت ویران کننده بوده و آثار عمیق بر روی قربانی و مشاهده کنندگان برجای گذاشته و حتی ممکن است باعث عوارضی مانند اختلالات تشنج بعد از حادثه شود (۱۲). همچنین کاهش روحیه کاری، افزایش استرس شغلی، افزایش ترک شغل، کاهش اعتماد به مدیران و همکاران و ایجاد محیط کاری غیر دوستانه از نتایج منفی سازمانی خشونت بوده و تاثیر فراوان بر کارایی و موفقیت سازمان دارد (۱۳).

بدون شک خشونت و تهدید به خشونت از عوامل تشنج زای بزرگ برای پرستاران و از موانع ارائه خدمات موثر برای بیماران است زیرا اطمینان از امن بودن محل کار ضامن ارائه خدمات بوده و خشونت نسبت به پرستاران با ارائه خدمات موثر سازگار نیست. بدیهی است ترس پرستار از کسانی که از آنها مراقبت می‌کند با کاهش کیفیت مراقبت همراه خواهد بود (۱۴).

با توجه به آثار منفی پدیده خشونت بر کارایی پرستاران و کیفیت مراقبتهای پرستاری، سازمان جهانی بهداشت به همراه انجمن بین المللی پرستاران و سازمان بین المللی کار و خدمات بین المللی عمومی به منظور به حداقل رساندن شیوع خشونت و آثار منفی آن بر روی قربانیان و سازمانها، پژوهش در این زمینه را در اولویتهای پژوهشی خود قرار داده و بر این باورند که بررسی‌هایی که تاکنون برای نشان دادن سیمای خشونت در بخش سلامت انجام شده تنها قله کوه یخ را نمایان ساخته، بنابراین جمع آوری اطلاعات برای نشان دادن وسعت و ماهیت خشونت در محیط کار یکی از عناصر مهم برنامه جهانی برای کاهش خشونت در بخش سلامت است. از آنجایی که مطالعات انجام

دادند اما در همه انواع خشونت‌ها تعداد زیادی از مهاجمان بستگان بیماران بودند (جدول ۱).

حال در مقابل این خشونت‌ها واکنش عمدۀ پرستاران به ترتیب عبارت بودند از:

دعوت مهاجم به آرامش، گزارش خشونت‌ها به مافوق، دفاع از خود و درمیان گذاشتن با یکی از همکاران. همچنین ۸۱ نفر از آنان (۱۷/۹٪) اقدامی برای مقابله با خشونت انجام ندادند (جدول ۲).

از نظر پرستاران "مهم نبودن واقعه" عمدۀ ترین علت عدم انجام اقدامی برای مقابله با خشونت بود. اکثر پرستاران (۷۳/۴٪) اظهار کردند که درمحل کارشان دستورالعملی برای مقابله با خشونت وجود ندارد.

بیشتر پرستاران (۴۸/۵٪) اظهار کردند که بعد از گزارش موارد خشونت برای شناسایی علت خشونت‌ها از طرف مافوق اقدامی صورت نگرفته است. در (۵۰٪) موارد بعد از گزارش موارد اقدامات توسط مدیر خدمات پرستاری صورت گرفته است.

به نظر واحدهای مورد پژوهش از عمدۀ ترین عوامل مستعد کننده خشونت نبودن امکانات امنیتی به موقع، نسبت تعداد پرستاران به بیماران و نداشتن برنامه آموزشی بود (جدول ۳).

همچنین بیش از نیمی از پرستاران مورد پژوهش (۵۵/۸٪) اظهار کردند که هیچگونه اقدامی برای پیشگیری از خشونت در محل کارشان انجام نشده است (جدول ۴).

دانشگاه تبریز) استفاده شد. همچنین در این پژوهش جهت بررسی پایایی، از روش باز آزمایی در طی یک مطالعه مقدماتی بین ۱۰ نفر از پرستاران استفاده شد. ضریب همبستگی بین سئوالات بار اول و دوم که به فاصله زمانی یک هفته پر شده بود، ۰/۹۹ - ۰/۹۷ برآورد شد. دربخش کمی داده ها پس از جمع آوری و کد گذاری در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

مشخصات فردی اجتماعی واحدهای مورد پژوهش: در این مطالعه، میانگین سنی پرستاران ۳۵/۴۳ سال با انحراف معیار ۷/۹۷ بود، اکثراً (۶۵/۶٪) مؤنث و متأهل (۷۰/۳٪) بودند. تعداد ۳۴۶ نفر یعنی (۷۳/۹٪) رسمی و ۵۲ نفر (۱۱/۱٪) قراردادی و (۱۵٪) که ۷۰ نفر بودند طرحی و میانگین سابقه پرستاران ۷/۹۵ سال با انحراف معیار ۱۰/۱۵ بود. اکثراً (۸۸/۷٪) یعنی تعداد ۴۱۵ نفر دربخش دولتی و (۸۰/۱٪) به صورت تمام وقت و بقیه به صورت پاره وقت و موقت مشغول به کار بودند. بیشتر پرستاران (۶۸/۶٪) به صورت گردشی در شیفت‌ها کار می‌کردند و (۹۲/۸٪) آنان در تماس مستقیم با بیماران بودند.

خشونت لفظی بیشترین و خشونت جنسی کمترین نوع خشونت نسبت به پرستاران مورد پژوهش بود. اگرچه اکثر خشونت‌های لفظی و فیزیکی از طرف بیماران بود و بیشترین تعداد مهاجمان را در خشونت‌های نژادی و جنسی پزشکان و پرستاران تشکیل می

جدول ۱: انواع و منابع خشونت نسبت به پرستاران در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی ۱۳۸۴

انواع خشونت	خشونت فیزیکی		خشونت لفظی		خشونت جنسی		خشونت نژادی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
بلی	۲۱۶	۴۶/۲	۷۲/۱	۳۳/۶	۴۴	۹/۵	۹۵	۲۰/۷
موارد خیر	۲۵۲	۵۳/۸	۲۷/۹	۱۳۰	۴۱۷	۹۰/۵	۳۶۵	۷۹/۳
خشونت جمع	۴۶۸	۱۰۰	۴۶۶	۱۰۰	۴۶۱	۱۰۰	۴۶۰	۱۰۰
بی پاسخ	۰	۰	۰/۴	۲	۷	۱/۵	۸	۱/۷
بیماران	۸۶	۴۰/۲	۳۳/۱	۱۱۰	۴	۹/۸	۱۲	۱۳/۳
پزشک یا پرستار	۱۹	۸/۹	۲۰/۵	۶۸	۱۲	۲۹/۳	۳۴	۳۷/۸
سایر همکاران	۴	۱/۹	۳/۹	۱۳	۶	۱۴/۶	۶	۶/۷
بستگان بیمار	۹۳	۴۳/۵	۳۴/۳	۱۱۴	۱۲	۲۹/۳	۲۶	۲۸/۹
مدیر یا سوپروایزر	۷	۳/۳	۶/۶	۲۲	۵	۱۲/۲	۱۱	۱۲/۲
غیره	۵	۲/۳	۱/۵	۵	۲	۴/۹	۱	۱/۱
جمع	۲۱۴	۱۰۰	۳۳۲	۱۰۰	۴۱	۱۰۰	۹۰	۱۰۰
بی پاسخ	۲	۰/۹	۱/۲	۴	۳	۶/۸	۵	۵/۳

در بیانیه های بدون پاسخ، درصد معتبر منظور شده است.

جدول ۲: توزیع واکنش پرستاران مورد پژوهش به خشونت در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی ۱۳۸۴

نوع واکنش	فراوانی	تعداد	درصد
مهاجم را به آرامش دعوت کردم		۱۴۶	۳۲/۲
اقدامی نکردم		۸۱	۱۷/۹
به مافوق خود گزارش کردم		۶۹	۱۵/۲
سعی کردم از خودم دفاع کنم		۳۹	۸/۶
بایکی از همکاران در میان گذاشتم		۳۲	۷/۱
وانمود کردم اتفاقی نیفتاده است		۲۸	۶/۲
نگهبانی را خبر کردم		۲۷	۶
بادوستان و خانواده در میان گذاشتم		۲۱	۴/۶
بی پاسخ		۱۵	۳/۲
در جستجوی مشاوره بر آمدم		۵	۱/۱
پیگرد قانونی کردم		۴	۰/۹
غیره		۱	۰/۲
درخواست غرامت کردم		۰	۰
از انجمن یا نظام پرستاری کمک خواستم		۰	۰
جمع		۴۵۳	۱۰۰

x در بیانیه های بدون پاسخ، درصد معتبر منظور شده است.

جدول ۳: توزیع فراوانی نظر پرستاران در مورد عوامل مستعد کننده خشونت در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی ۱۳۸۴

فراوانی عوامل مستعد کنند	بلی		خیر		جمع		بی پاسخ	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مصرف دارو والکل توسط بیماران	۷۹	۱۷/۳	۳۷۷	۸۲/۷	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
نسبت تعداد پرستاران به بیماران	۱۹۸	۴۳/۴	۲۵۸	۵۶/۶	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
کارکردن به مدت ۱۲ تا ۱۶ ساعت در شیفت	۱۲۸	۲۸/۱	۳۲۸	۷۱/۹	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
نبود امکانات امنیتی به موقع	۲۰۳	۴۴/۵	۲۵۳	۵۵/۶	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
مرگ بیماران	۶۷	۱۴/۷	۳۸۹	۸۵/۳	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
دردسترس بودن محل کار پرستاران	۸۹	۱۹/۵	۳۶۸	۸۰/۵	۴۵۷	۱۰۰	۱۱	۲/۴
نزدیکی محل کار به مناطقی که خشونت در آن مناطق به فراوانی مشاهده می شود	۶۱	۱۳/۳	۳۹۶	۸۶/۷	۴۵۷	۱۰۰	۱۱	۲/۴
درگیر بودن با افرادی که سابقه شرارت و خشونت دارند	۸۳	۱۸/۲	۳۷۳	۸۱/۸	۴۵۶	۱۰۰	۱۲	۲/۶
نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت	۱۹۴	۴۲/۵	۲۶۳	۵۷/۵	۴۵۷	۱۰۰	۱۱	۲/۴
غیره	۱۰	۲/۲	۴۴۷	۹۷/۸	۴۵۷	۱۰۰	۱۱	۲/۴

x در بیانیه های بدون پاسخ، درصد معتبر منظور شده است.

بحث

در لبنان ۰/۷ و ۱/۸ درصد، در تایلد ۴ و ۸ درصد، در بیمارستان‌های پرتغال ۸ و ۲/۲ درصد و در کشور افریقای جنوبی ۲۲/۵ و ۴/۷ درصد بوده است. که این تعداد موارد از موارد گزارش شده در این مطالعه کمتر می باشند (۱۹). پژوهش انجام شده در ترکیه نشان می دهد ۹۸/۵٪ از پرستاران مورد پژوهش در یک سال گذشته در معرض خشونت لفظی و ۱۹/۷ درصد آنان در معرض خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند (۱۴). در مطالعه دیگری نشان داده شده است که ۸۸ درصد از پرستاران مورد تهدید لفظی و ۷۴ درصد مورد حمله فیزیکی قرار گرفته اند (۱۲).

یافته های این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه از نظر وجود خشونت‌های فیزیکی، لفظی، جنسی و نژادی نسبت به پرستاران سازگار است (۱۸-۱۴). در پژوهشهایی که با هدایت سازمان جهانی بهداشت در بعضی از کشورها انجام شده است مشخص شده که ۵/۶۱ درصد از پرستاران در استرالیا، ۵۰ درصد از پرستاران در بلغارستان، ۷۴ درصد از پرستاران در پرتغال، ۶۲ درصد از پرستاران در برزیل و ۵۸ درصد از پرستاران شاغل در افریقای جنوبی قربانی انواع خشونت‌ها بوده اند. از نظر فراوانی انواع مختلف خشونت‌ها نیز نتایج بدست آمده از سایر پژوهشها نشان می دهد که خشونت نژادی و جنسی در کشور بلغارستان به ترتیب ۲/۲ و ۰/۸ درصد،

جدول ۴: توزیع فراوانی نظر پرستاران در مورد وجود امکانات ضد خشونت در محل کار در بیمارستان‌های استان آذربایجان شرقی ۱۳۸۴

فراوانی اقدامات ضد خشونت		بلی		خیر		جمع		بی پاسخ	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
امکانات امنیتی مانند زرده و تلفن همراه	۴۵	۹/۸	۴۱۶	۹۰/۲	۴۶۱	۱۰۰	۷	۱/۵	
ارتقاء کیفیت محیط کار	۵۲	۱۱/۳	۴۰۸	۸۸/۷	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
محدود کردن دسترسی عموم	۶۰	۱۳	۴۰۰	۸۷	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
غربالگری بیماران با سابقه خشونت	۴۷	۱۰/۲	۴۱۳	۸۹/۸	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
وجود دستورالعملها برای اطلاع عموم	۵۵	۱۲	۴۰۵	۸۸	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
افزایش تعداد پرسنل	۵۹	۱۲/۸	۴۰۱	۸۷/۲	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
لباسهای مخصوص	۴۳	۹/۳	۴۱۷	۹۰/۷	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
تغییر شیفتهای کاری و مدت زمان کار	۳۳	۷/۲	۴۲۷	۹۲/۸	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
کاهش مدت زمان کارهای انفرادی	۲۴	۵/۱	۴۳۶	۹۳/۲	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
آموزش روشهای مقابله با خشونت	۲۷	۵/۹	۴۳۳	۹۴/۱	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
توسعه منابع انسانی (آموزش مراقبت پرستاری و بهداشت و...)	۴۳	۹/۳	۴۱۷	۹۰/۷	۴۶۰	۱۰۰	۸	۱/۷	
هیچکدام از موارد بالا	۲۶۱	۵۶/۵	۲۰۱	۴۳/۵	۴۶۲	۱۰۰	۶	۱/۳	
غیره	۸	۱/۷	۴۶۰	۹۸/۳	۴۶۸	۱۰۰	-	-	

x در بیانیه های بدون پاسخ، درصد معتبر منظور شده است.

باشد. از طرفی ویژگیهای اجتماعی و فرهنگی پرستاران موجب می گردد برداشتهای مختلفی از خشونت داشته باشند. بنابراین براساس درک پرستاران از خشونت پاسخ آنان نیز متفاوت خواهد بود (۲۲). گزارش نکردن خشونتها و در نتیجه کمبود اطلاعات در این زمینه از مشکلات اساسی در اجرای برنامه های کاهش موارد خشونتها است. همچنین موجود نبودن دستورالعمل برای گزارش موارد خشونت و یا پیچیده و وقت گیر بودن فرایند گزارش از عوامل دیگر کمبود اطلاعات درباره خشونتها است. به هر حال عدم گزارش موارد خشونت موجب می شود اقدام مناسبی برای مقابله با آن صورت نگیرد (۲۱ و ۲۲).

از عوامل مستعد کننده خشونت در این مطالعه می توان به کم بودن تعداد پرستاران نسبت به بیماران، نبودن امکانات امنیتی به موقع و نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت اشاره کرد که با نتایج سایر پژوهشها سازگار است. در پژوهش Enuzun ۹۰/۹٪ از پرستاران براین باور بودند که آموزش مداوم برای مقابله با خشونت ضروری است (۱۵).

کمبود پرسنل پرستاری و امنیتی مخصوصاً در اوقات ملاقات و صرف غذا، همراه با هجوم تعداد زیاد مراجعه کننده گان از عوامل اصلی شروع خشونت در بیمارستان است. از دیگر عوامل مستعد کننده خشونت عدم بکارگیری اقدامات پیشگیرانه شامل بکارگیری امکانات امنیتی و آموزش پرسنل برای مقابله با خشونتها می باشد. پژوهشها نشان می دهد که وقتی ۶۰ درصد پرسنل یک بخش دوره آموزش مقابله با خشونتها را گذرانده باشند تعداد موارد خشونت در آن بخش در مقایسه با بخشهای دیگر به یک سوم کاهش پیدا کرده است (۶).

در نهایت پرستاران شرکت کننده در پژوهش، انجام اقدامات زیر را برای پیشگیری و اداره خشونت مؤثر می دانستند: افزایش

در مطالعات مذکور مشابه پژوهش حاضر اکثر مهاجمان در انواع خشونتها بستگان بیماران بودند. همچنین Nabb در سال ۲۰۰۰ طی گزارشی اعلام کرد ۵۹ درصد از پرستاران مورد پژوهش وی تجربه تهدید و بدرفتاری از طرف بستگان بیماران را در سال گذشته داشته اند (۲۰). مقررات مخصوص بیمارستان ها مانند محدود کردن ساعات ملاقات، انتظار طولانی برای دریافت خدمات، نگرانی بستگان در مورد وضعیت بیمار، دردسترس نبودن پرسنل اداری مانند مسئولین ترخیص و پذیرش و گاهی اوقات اختلالات روانی و سوء مصرف مواد توسط بستگان بیماران موجب می گردد که پرستاران در معرض خشونت توسط بستگان بیماران قرار گیرند (۱۲).

ارتباط حرفه ای نزدیک بین پرستاران و پزشکان و وجود روابط بین پرستاران باعث می شود برخوردهایی بین ایشان پیش آید، به همین دلیل بعد از بستگان بیماران پزشکان و پرستاران محل کار بیشترین تعداد مهاجمان را به خود اختصاص می دهند. بر اساس گزارش Oconnell بیشترین خشونت های لفظی به ترتیب توسط پزشکان (۴۲/۸٪) و مدیران (۳۲/۷٪) و همکاران شامل پرستاران و سایر همکاران (۳۰/۱٪) اعمال می شد (۱۴). عمده ترین علت وقوع خشونتها بین پرسنل درمانی کمبود مهارت بالینی پرسنل می باشد شاید به همین دلیل اکثر خشونتها نسبت به پرستاران تازه کار اتفاق می افتد (۲۱).

همچنین مشابه پژوهشهای دیگر از نظر پرستاران، عمده ترین علل عدم گزارش موارد خشونت توسط پرستاران، "بی فایده بودن گزارش" و "مهم نشمردن یا پذیرش خشونت به عنوان قسمتی از شغل" بود (۱۲، ۲۲، ۱۸ و ۲۳). ویژگی خاص محیط کار پرستاران و نوع ارباب رجوع هایی که به آنان مراجعه می کنند باعث شده است که از نظر پرستاران گزارش موارد خشونت ضرورتی نداشته

یک فرایند روشن به طور فعال موارد گزارش شده را پی گیری و اقدامات لازم را جهت پیشگیری و حمایت از پرستاران انجام دهند تا پرستاران نیز مانند همه کارکنان جامعه از حق امنیت شغلی بهره مند گردند. برگزاری کارگاههای آموزشی مقابله با خشونت، افزایش تعداد پرستاران و امکانات امنیتی از عوامل مهم در پیشگیری از موارد خشونت خواهد بود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایتهای مادی و علمی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و همکاری رابطین محترم سازمان نظام پرستاری تبریز صورت گرفته است، لذا لازم می دانیم از زحمات این عزیزان تشکر و قدردانی نمائیم

References

1. Foly M. caring for those who care: A tribute to nurse and their safety, 2004, <http://www.nursing-world.org/ojin/topic25/>. (Accessed Des 2005).
2. National Institute for Occupational safety and health. Violence occupational hazards in hospitals, 2002. <http://www.cdc.gov/niosh/workplaceviolence.htm>. (Accessed Des 2005).
3. Tomas j. Aggression and violence in health care professions. *journal of advanced nursing* 2002; **31**(2): 452-460.
4. Amiran Nursing Association, 2001. Health and safety survey, 2001. <http://www.nursingworld.org/surveys/hs Survey>. (Accessed Sep 2005).
5. Bonnie R. *Occupational and Enviromental Health nursing*. 2 ed. Philadelphia, sunders, 2000; **703**.
6. Mc phaul K; lipscom J. workplace violence in healt care: Rrecognized but not regulated, 2004, <http://www.nursingworld.org/ojin/topic 25/tpc 25> (Accessed Des 2005).
7. John B.sullivan J. *Clinical environmental health and toxic exposure*, 2 ed.lippincott, Philadelphia, 1999; 611-612.
8. Occupational safety and health administration: Guideline for preventing workplace violence for health care and social service workers. 2004. <http://www.osh.org> (Accessed Sep 2005).
9. cary L, Naomi S. workplace violence in the health sector: state of the art, 2003, <http://www.icn.ch/sewworkplace/wp violence SAP>(Accessed Oct 2005).
10. International Council of Nurses, 2003. <http://www.icn.ch / sewwork place>
11. john W. How prevalent is violence toward nurses working in general hospitals in the UK? *journal of advanced nursing* 2002; **39**(3): 230-240.
12. Deborah D. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of

تعداد پرستاران، حضور به موقع نیروهای انتظامی، فرهنگ سازی و آموزش عمومی برای شناخت پرستار و حیطه وظایف پرستاران. گفته می شود توقع زیاد مراجعان از پرستاران به علت کمبود اطلاعات از حیطه وظایف پرستاران باشد. بیماران و بستگان شان تصور می کنند چون پرستاران همیشه در دسترس هستند، موظفند همه نیازهای آنان را برآورده نمایند(۲۰).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که خشونت لفظی و فیزیکی در محل کار پرستاران به تعداد زیاد وجود داشته و برای مقابله با آن اقدامات زیادی لازم است. ابلاغ دستورالعمل هایی برای گزارش همه موارد خشونت، حتی موارد خیلی کوچک، به کلیه پرستاران برای جمع آوری اطلاعات ضروری است. مدیران نیز باید براساس

- registered nurses in a regional medical center. *journal of emergency nursing* 2002; **28**(1): 11-17.
13. International Council of Nurses. Abuse and violence against nursing personnel, 2000. <http://www.icn.ch/ps violence 00>(Accessed Oct 2005).
14. Oconnell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing* 2000; **9**(4): 602-610.
15. Enuzun ergun F, Karadakovan A. Violence toward nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review* 2005; **52**: 154-160.
16. Annette R. Verbal Abuse: A Problem for pediatric Nurses. *Pediatric Nurshng* 2005; **31**: 271-279.
17. Carroll V. Workplace violence affects one-third of nurses, 1998, <http://www. Nursing World /workplace violence>(Accessed Nov 2005).
18. Erickson J, Williams-Evans S. Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing* 2000; **26**(3): 210-215.
19. Martino V. workplace violence in the health sector: Country case studies, 2003, <http://www.icn.ch/workplace/wp> (Accessed Oct 2005).
20. Nabb D. Visitors violence: the serious effects of aggression on nurses and others. *Nursing Standard* 2000; **14** (23): 36-38.
21. Farrell G. Aggression in clinical setting: nurses views- a follow-up study. *Journal of Advanced Nursing* 1999; **29**(3): 532-541.
22. Ferns T, Chojnacka I. Reporting incidents of violence and aggression towards NHS staff. *Nursing Standard* 2005; **19** (38): 51-56.
23. Taylor D, Student preparation in managing violence and aggression. *Nursing Standard* 2000; **14**(30): 39-41.