

مقاله‌ی پژوهشی

تبیین تجارب پرستاران از خشونت شغلی در بخش روان پزشکی: رویکرد پدیدارشناسی

خلاصه

مقدمه: خشونت علیه کارکنان بخش روان پزشکی یک تنش شغلی شناخته شده است. تجارب پرستاران از خشونت‌های شغلی، انعکاسی از احساسات و نگرش‌های آنان نسبت به خود، بیمار و چگونگی مراقبت را پیش روی قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه، تبیین تجارب پرستاران از خشونت شغلی در بخش‌های مجتمع روان پزشکی شهید بهشتی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹ بوده است.

روش کار: این یک مطالعه‌ی کیفی با رویکرد پدیدارشناسی است. شرکت‌کنندگان از جامعه‌ی پرستاران بر اساس معیارهای پذیرش با نمونه‌گیری هدف‌دار انتخاب شدند و تا حد اشباع اطلاعات، نمونه‌گیری ادامه یافت (۱۸ نفر). جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختار یافته انجام و بر روی نوار، ضبط و کلمه به کلمه بر روی کاغذ آورده شد و سپس تحلیل اطلاعات به روش کلایزی صورت گرفت.

یافته‌ها: اعمال خشونت اغلب از طرف بیمار و به علت خواسته‌های نابه‌جا و ماهیت بیماری وی بوده است. پرستاران تجربه‌ی خشونت کلامی را بیش از غیر کلامی و حداقل ۲-۳ بار خشونت فیزیکی را در طی یک سال قبل از جانب بیمار گزارش نمودند. در اکثر موارد خشونت، اولین واکنش پرستاران کوشش در آرام‌سازی بیمار با صحبت بوده، اغلب موثر نبوده و به فیکس نمودن بیمار منجر شده است. سایر نتایج در چهار مفهوم اصلی عدم حمایت کافی از کارکنان، ضعف مدیریت خطر، پیامدهای خشونت و گرایش‌های انسان‌دوستانه، استنتاج شد.

نتیجه‌گیری: تقویت رویکردهای مدیریتی به صورت جلسات منظم، رسیدگی به نارسایی‌ها، تشویق کارکنان و آموزش‌های ضمن خدمت با تأکید بر مدل‌های نقش به صورت عملگرا (نمایشی)، گزارش و پی‌گیری رخدادهای خشونت‌بار با برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی مناسب‌تر کاملاً احساس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بخش روان پزشکی، تجربه، پرستار، خشونت، حرفه‌ای، روان پرستاری

طاهره رمضان^۱

کارشناسی‌ارشد روان پرستاری، مربی
دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه
علوم پزشکی کرمان

طیبه فصیحی

دکترای آموزش بهداشت، عضو هیئت
علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی،
دانشگاه علوم پزشکی کرمان

معصومه منگلی

کارشناسی‌ارشد پرستاری، مربی
دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهر بابک

*مؤلف مسئول:

ایران، کرمان، مجتمع پردیس دانشگاه
علوم پزشکی کرمان، دانشکده‌ی
پرستاری و مامایی رازی

تلفن: ۰۳۴۱۳۲۰۵۲۲۰

t_ramezani@kmu.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۱/۳۱

تاریخ تایید: ۱۳۹۰/۸/۱۰

Original Article

Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach

Abstract

Introduction: Aggression behavior of psychiatric inpatient against psychiatric nurses is known problem job in wards. Then survey of nurses' experiences of occupational aggression is reflex of senses, thinks and their attitude toward self, patient, quality of care and predisposing problems, that it can be a way for the next programs of department. Therefore present study done with goal explanation nurses experiences of occupational aggression in the psychiatric wards of Shahid Beheshti Center in Kerman city at 2010.

Materials and Methods: This research is a qualitative study with phenomenology method. Participants were selected of community nurses bases acceptance criteria through purposeful sampling to limit data saturation (n=18) data gathering done by depth and semi-structural interviews and every interview was recorded on a tape, then data analysis was done by Cloaizzi method.

Results: Aggression behavior mostly occurred by patient and next by family patient, cause of aggression mostly was inappropriate expectations by patient and next nature of illness, the most of nurses experienced verbal aggression to nonverbal and they reported physical aggression with minimize limit 2-3 times in the one year ago. The time of aggression behavior occurred the first reaction by nurses was spoke with patients in order to prepare to relieve for their, and often not effect and leading to fixation of patient. and other results of research summarized in 4 core concepts: inadequate support nurses by managers of hospital, weakness of risk management by nurse, outcomes aggression in nurses and nurse attitude of love humanistic.

Conclusion: Attention to below subjects are necessary: reinforcement of approach management such as permanent meeting at hospital, survey of failures, encouragement nursing personnel, permanent education with emphasize on roll modeling, fallow up and report aggression situation, with the better of investigation and organization.

Keywords: Aggression, Experience, Nurse, Occupational, Psychiatric nursing, Psychiatric ward

*Tahereh Ramezani

M.Sc. in psychonursing,
Instructor of faculty of nursing
and midwifery, Kerman
University of Medical Sciences

Tayyebeh Fasihi

Ph.D. in health education,
Membership of scientific board of
faculty of nursing and midwifery,
Kerman University of Medical
Sciences

Masoumeh Mangali

M.Sc. in nursing, Instructor of
Islamic Azad University, Branch
of Shahr-e-Babak

*Corresponding Author:

Faculty of Razi nursing and
midwifery, Pardis Campus of
Kerman University of Medical
Sciences, Kerman, Iran
t_ramezani@kmu.ac.ir
Tel: +983413205220

Received: Apr. 20, 2011

Accepted: Nov. 01, 2011

Acknowledgement:

This study was reviewed and financially supported by the vice chancellor of Kerman University of Medical Sciences. Authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Ramezani T, Fasihi T, Mangali M. Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 13(4): 314-27.

مقدمه

پرستاران چهارچوب و اعضای کلیدی تیم روان‌پزشکی هستند که مسئولیت درمان شبانه‌روزی بیماران را به عهده دارند و از طریق مهارت‌های تخصصی خود، بیمار را به منظور سازگاری با شرایط موجود و کسب توانایی‌های قبلی مورد حمایت قرار داده و در این مورد همگام با برخورد و حل مشکلات و چالش‌های بخش روان‌پزشکی تجارب بسیاری کسب می‌نمایند (۱). عقیده بر این است که آنان در خلاء عمل نکرده بلکه به طور مداوم تحت تاثیر عوامل واقع در حیطه‌ی مراقبتی قرار می‌گیرند، به گونه‌ای که برخی از نویسندگان معتقدند محیط بخش روان‌پزشکی عملکرد روانی اجتماعی پرستاران را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲).

پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی همواره در فضای پر عظمت، حساس و گسترده‌ی حرفه‌ی خود با انتظارات و رفتارهای نامعقول بیمار، خانواده‌ی وی و چالش‌های حرفه‌ای ویژه دست و پنجه نرم می‌کنند. خصوصاً تهاجم، خشونت، خودکشی، وحشت و عدم همکاری بیماران بستری در واحد روان‌پزشکی نمونه‌هایی بارز از این چالش‌ها هستند که پرستاران با آن‌ها رو به رو می‌باشند (۳). در این مورد مطالعات نشان می‌دهند که بیشترین قربانیان رفتارهای پر خاشک‌گرانه و تهاجمی بیماران بستری در بخش روان‌پزشکی، پرستاران و کادر کمکی هستند (۴). در همین مقوله مک‌کینون^۱ معتقد است، پرستاران واحدهای روان‌پزشکی در معرض خطر خشونت‌های کلامی و فیزیکی فراوانی قرار دارند (۵). در مطالعه‌ی او کانل^۲ ۹۵ درصد از پرستاران مورد مطالعه، سابقه‌ی برخورد با خشونت‌های کلامی و ۸۰ درصد سابقه‌ی خشونت فیزیکی را در طی سال مورد تحقیق در بخش‌های روان‌پزشکی از جانب بیماران گزارش نمودند (۶). گزارش حاصل از پژوهش‌های انجام شده در بیمارستان‌های روان‌پزشکی شهر لندن، نشان داد که به طور متوسط دو حمله‌ی خشونت‌بار در هر هفته در هر بخش روی داده است که دو سوم از این خشونت‌ها متوجه کادر پرستاری بخش بوده است (۵). در ایران به منظور بررسی میزان مواجهه‌ی

پرستاران با خشونت روانی در یک بیمارستان آموزشی شهر تهران، شیوع خشونت شغلی در میان پرستاران ۶۹ درصد برآورد گردید که ۲۶ درصد از آنان در طی یک سال گذشته، تجربه‌ی بدرفتاری کلامی و زورگویی را به طور توأم داشته‌اند (۷). تجربه‌ی خشونت‌های شغلی ممکن است احساساتی از قبیل خستگی مزمن، تندمزاجی، بی‌حوصلگی و خشم نسبت به بیماران، فقدان همدردی نسبت به بیمار و کناره‌گیری روانی یا فیزیکی از بیمار را برای پرستار به دنبال داشته باشد (۴). دین^۳ و همکاران، آمار مرگ و میر درمانگران و مراقبین این گونه بیماران را بسیار زیاد گزارش نموده و تاکید می‌نمایند که این خشونت‌ها ویرای درگیری عاطفی، پرستار را دچار صدمات جسمانی شدید می‌نماید و احتمال آسیب به دیگر بیماران و خسارات مالی زیاد نیز وجود دارد (۸). در این رابطه گزارش شده است که اعمال خشونت‌بار از جانب بیمار روانی می‌تواند عواقب زیان‌آوری مانند تنش و فشار شغلی، فرسودگی شغلی، فقدان قدرت و رضایت شغلی و کناره‌گیری از بیمار را در روان‌پرستاران ایجاد نماید (۵). برخی درک عمیق تجارب پرستاران را از ابعاد لازم و ضروری برای ارتقای صلاحیت‌های حرفه‌ای و تقویت قدرت تصمیم‌گیری بالینی و کاهش دادن مشکلات کاری آنان در این زمینه می‌دانند (۱). از آن جا که تجارب پرستاران از خشونت‌های شغلی در واحدهای روان‌پزشکی انعکاسی از احساسات، تفکرات و نگرش‌های آنان را نسبت به بیمار، بیماری روانی و مراقبت از بیماران پیش روی ما قرار می‌دهد، کشف این احساسات و بینش‌ها می‌تواند ابزاری مهم جهت ارزیابی و شناخت واکنش و پاسخ پرستاران نسبت به موقعیت‌ها و پدیده‌های گوناگون در محیط اطراف‌شان باشد و به عنوان نکات با ارزشی آنان را در کشف و حل مشکلات خود و بیماران یاری نماید (۹). شناسایی تجارب پرستاران در بخش روان‌پزشکی در چنین موقعیتی نشان خواهد داد که آنان چه دغدغه‌هایی دارند و در واقع با مطالعه‌ی عمیق این تجارب و روشن‌سازی زوایای آشکار و پنهان آن‌ها می‌توان به آسیب‌شناسی و تحلیل این تجارب پرداخت. با توجه به این واقعیت که تجارب و ادراکات پرستاران در اثر مواجهه‌ی

¹McKinnon

²O'Connell

³Dean

مداوم با موقعیت‌های دنیای واقعی شکل می‌گیرد، بیان احساسات و تجارب آنان در زمینه‌ی خشونت شغلی در بخش‌های روان‌پزشکی بسیار مهم و ضروری به نظر می‌رسد. با نظر به موارد ذکر شده و با وجود جستجوی پژوهشگران، پژوهش مشابه در ایران یافت نگردید تا مشخص شود این تجارب، ادراکات، نیازها و پاسخ‌های ناشی از آن در پرستاران فوق چگونه است. لذا در همین راستا پژوهش حاضر با هدف به تصویر کشاندن و عینی نمودن عناصر اصلی تجارب روان‌پرستاران از خشونت‌های شغلی در بخش‌های روان‌پزشکی به شناسایی و توصیف معانی منتج شده از آن پرداخته است.

روش کار

در این پژوهش با توجه به موضوع خاص مورد مطالعه‌ی پژوهشگر از روش کیفی پدیدارشناسی تفسیری^۱ بتر به منظور کسب اطلاعات غنی در مورد تجارب پرستاران از خشونت‌های محیط شغلی خود استفاده نموده است، در حقیقت پدیدارشناسی به روشن کردن ساختار یا جوهره‌ی تجربه‌ی زنده یک پدیده به منظور وحدت معنی و توصیف صحیح آن می‌پردازد. بر روش خود را به معنی شناخت افراد (یا پدیده‌های تجربه شده‌ی آنان) به وسیله‌ی شنیدن توصیفات ایشان در مورد دیدگاه فردی و ذهنی‌شان و با توضیحات لازم تا حد مقدور از پدیده یا افراد مورد نظر می‌داند (۱۰). در تحقیقات کیفی نمونه‌ها کسانی هستند که بتوانند بیشترین اطلاعات را در مورد پدیده‌ی مورد نظر ارائه دهند. این افراد باید به گونه‌ای از جامعه‌ی مورد پژوهش انتخاب شوند که قادر باشند اطلاعات غنی و کاملی در اختیار پژوهشگر قرار دهند (۱۰).

در این مطالعه پس از اخذ مجوز از مجتمع روان‌پزشکی شهید بهشتی کرمان پژوهشگران جهت گردآوری اطلاعات به این مرکز مراجعه نمودند و پس از انتخاب شرکت‌کنندگان از بین جامعه‌ی پرستاران بر اساس معیارهای پذیرش چون مدرک تحصیلی حداقل کاردانی، اشتغال حداقل یک سال در بخش روان‌پزشکی، داشتن آگاهی و تجربیات کافی در زمینه‌ی مورد مطالعه و توانایی کافی جهت شرکت در مصاحبه، بیان نظرات و احساسات، انتقال اطلاعات و عدم داشتن هر گونه مشکل یا

بیماری جسمی و روانی مشهود و موثر بر روند مصاحبه، نمونه‌ها انتخاب و پس از ارزیابی توضیحات لازم، مصاحبه‌ها انجام گردیدند. در تحقیقات کیفی، نمونه‌گیری مبتنی بر هدف بوده و تولید و جمع‌آوری داده‌ها تا زمانی که محقق احساس کند که یافته‌ی جدیدی (اشباع اطلاعات)^۲ به دست نمی‌آورد، ادامه می‌یابد. بنابراین تعیین تعداد شرکت‌کننده از قبل غیر ممکن خواهد بود (۱۰). نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف و اشباع اطلاعات تا ۱۶ نفر به طول انجامید و با تحلیل مصاحبه‌ی شرکت‌کننده‌ی شماره‌ی ۱۶ کد جدیدی حاصل نشد و نشان داده شد که اشباع کدها رخ داده است با این حال برای اطمینان دو مصاحبه‌ی اضافه هم انجام و در نهایت با ۱۸ مصاحبه جمع‌آوری داده‌ها به اتمام رسید (۷ مرد پرستار و ۱۱ زن پرستار). مصاحبه در مکانی که ضمن حفظ خلوتی و سکوت آن، بیشترین راحتی و رضایت شرکت‌کننده را فراهم می‌نمود انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها در طی تابستان ۱۳۸۹ انجام و به روش مصاحبه‌ی فردی نیمه‌ساختاریافته صورت گرفت و از ضبط صوت جهت کسب اطلاعات استفاده شد و در موارد عدم رضایت شرکت‌کننده از روش ثبت روی کاغذ استفاده گردید. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی که «خشونت شغلی از دیدگاه شما چه مفهومی دارد؟» و «تجربه‌ی شما از خشونت در محیط کاری خودتان چیست؟» شروع شد و در مواردی که شرکت‌کننده در توصیف تجربه‌ی خود دچار مشکل می‌شد و یا لازم بود که مصاحبه سیر تخصصی‌تری داشته باشد و یا مصاحبه‌شونده برای ذکر تجربه‌ی خود نیاز به کمک غیر مستقیم داشت، محقق سؤالات پی‌گیری را به منظور شفاف‌سازی مطرح نمود و تا زمانی که شرکت‌کننده، تجربه‌ی خود را کاملاً توصیف می‌نمود و دیگر شفاف‌سازی لازم نبود، مصاحبه پایان یافته تلقی می‌شد.

مدت هر مصاحبه بین ۷۰-۴۵ دقیقه بود و محقق به منظور افزایش یکپارچگی داده‌ها شخصا مصاحبه‌ها را انجام داد. در پایان هر مصاحبه بلافاصله مطالب ضبط شده، کلمه به کلمه بر روی کاغذ برگردانده و مجدداً با مطالب ضبط شده مقایسه و در موارد ابهام دوباره به شرکت‌کننده‌ی مورد نظر مراجعه

^۲Data saturation

^۱Phenomenological Study

۳- معنای هر عبارت مهم توضیح داده شد (معانی به صورت کد به زبان پژوهشگر یادداشت شد). در این پژوهش تعداد ۲۳۲ کد استخراج شد که پس از حذف یا ادغام برخی از کدهای دقیقاً مشابه، ۵۶ کد باقی ماند. به عنوان مثال کد عدم پی‌گیری به این عبارت شرکت‌کننده تعلق گرفت: «وقتی بیمار پرخاشگر می‌شه امکان هر خطری وجود داره، ما تجارب زیادی از صدمات جسمی داریم اما مسئولین، قضیه رو دنبال نمی‌کنن.»

۴- کدهای مشابه به صورت دسته‌هایی سازمان‌دهی شد و یک توصیف عبارتی مختصر برای هر دسته انتخاب شد. به عنوان مثال کدهای مشابه با کد ذکر شده در بالا مثل عدم حضور به موقع مسئولین، عدم گوش دادن به خواسته‌ی کارکنان و ... تحت طبقه‌ی بی‌توجهی مسئولین نام گرفت.

۵- دسته‌هایی که از نظر معنایی در یک طبقه قرار می‌گرفتند با هم ادغام شدند. مثلاً دسته‌ی بی‌توجهی با دسته‌ی درک نامناسب مسئولین (کدهای عدم صمیمیت، عدم همدلی و ...) با هم ادغام و طبقه‌ی کناره‌گیری عاطفی مسئولین را تشکیل دادند.

۶- طبقات مشابه که دربرگیرنده‌ی یک مفهوم اصلی یا محوری پژوهش بود، با هم ادغام گردیدند که بیانگر ماهیت تجارب شرکت‌کنندگان در پژوهش بود (جدول ۱).

۷- در مرحله‌ی آخر از پرستاران شرکت‌کننده سؤال شد که آیا احساس می‌کنید که یافته‌های به دست آمده انعکاسی از تجربیات شما است یا نه (اعتبار بخشی مفاهیم) و به این ترتیب چهار مفهوم اصلی پژوهش حاضر، تأیید و تفسیر شد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش نیز رعایت شد. پس از کسب رضایت از مسئولین مجتمع، توضیحات لازم در مورد اهمیت و اهداف تحقیق داده شد و رضایت شرکت‌کنندگان جهت شرکت و ضبط مصاحبه‌ها اخذ گردید. شرکت‌کنندگان از انصراف در هر زمان از تحقیق آزاد بودند.

حفظ خلوتی و راحتی مکان مصاحبه، محرمانه بودن مشخصات و پاک شدن فایل مصاحبه‌ها و در صورت تمایل، اطلاع‌رسانی از نتایج کلی تحقیق به شرکت‌کنندگان از دیگر نکات اخلاقی این تحقیق بوده است.

می‌شد. پس از انجام مراحل اولیه‌ی تجزیه و تحلیل توسط دو محقق به طور جداگانه، به منظور اطمینان از صحت تفسیر مجدداً به شرکت‌کنندگان مراجعه و صحت مطالب و تفسیر بررسی و در صورت نیاز تغییر لازم داده می‌شد. در این پژوهش به منظور اعتماد و اعتبار علمی نتایج از روش گوبا و لینکلون^۱ استفاده شده است این دو محقق چهار معیار مقبولیت^۲، تاییدپذیری^۳، قابلیت اعتماد^۴ و قابلیت انتقال^۵ را برای قوام و استحکام داده‌های کیفی لازم دانسته‌اند (۱۰). محقق در این پژوهش جهت افزایش مقبولیت داده‌ها با تخصیص زمان کافی به شرکت‌کنندگان جهت مصاحبه و جلب اعتماد آنان، درگیری طولانی با داده‌های به دست آمده، بازبینی مصاحبه‌ها و توافق در مورد کدها و طبقات استخراج شده توسط گروه تحقیق و در صورت نیاز به رفع ابهام و صحت داده‌ها از نظرات شرکت‌کنندگان به این منظور استفاده نموده است. برای برآورد تاییدپذیری از نظر ناظرین استفاده شد. مصاحبه‌ها و کدها توسط دو نفر از همکاران باتجربه مورد بررسی قرار گرفت و جهت برآورد قابلیت اعتماد از یکی از همکاران خواسته شد که کدگذاری و طبقه‌بندی مجدد متن بعضی از مصاحبه‌ها را انجام و با کد و طبقات گروه تحقیق مقایسه و توافق لازم کسب گردید و جهت قابلیت انتقال سعی شد علاوه بر این که از هرگونه تعصب و سونگری درباره‌ی پدیده‌ی مورد پژوهش قبل و پس از مصاحبه اجتناب شود از شرکت‌کنندگانی استفاده شود که از نظر سن و جنس و سابقه و تجربه‌ی کار و شیفت کاری با یکدیگر متفاوت باشند. برای تحلیل داده‌ها از روش کلایزی^۶ (مرحله ۷) استفاده شد (۱۰).

۱- جهت هم‌احساس شدن با شرکت‌کننده همه‌ی مطالب هر مصاحبه به دقت خوانده شد.

۲- عبارات مهم به همان صورت (زبان شرکت‌کننده) استخراج شد.

¹Guba and Linckulon

²Credibility

³Confirmability

⁴Dependability

⁵Transferability

⁶Colaizzi

جدول ۱- طبقات اولیه و اصلی تجارب پرستاران از خشونت شغلی

طبقات اولیه	طبقات اصلی
کمبود الزامات حرفه‌ای	۱- عدم حمایت از پرستار
عدم همکاری گروه روان‌پزشکی	
تعدد وظایف و نقش‌ها	
بار کاری	
کناره‌گیری عاطفی مسئولین	
محیط نامناسب	
عدم احساس امنیت	
احساس نقص در توان مراقبتی	۲- ضعف مدیریت خطر
عدم آگاهی از تازه‌های علمی	ضعف آموزش مهارت حرفه‌ای
عدم موفقیت در ارتباط با بیمار	ضعف مدیریت خشم
کمبود آموزش عملی و عینی	
نا توانی در کنترل موقعیت	
درون‌ریزی خشم	
واکنش هیجانی فوری	
افسردگی	۳- پیامدهای خشونت در پرستار
اضطراب	واکنش عاطفی
احساس ترس و تهدید	واکنش رفتاری
مشاجرات خانوادگی	واکنش جسمی
برخوردهای لفظی با دیگران	کاهش احساس کفایت شخصی
آسیب جسمی	
استثمار حرفه‌ای	
نارضایتی از شغل	
کاهش احساس موفقیت حرفه‌ای	
درک بیمار و همکار	۴- تمایلات انسان‌دوستانه
پذیرش بیمار به عنوان یک انسان	
گذشت و فداکاری	

نتایج

۱۸ نفر در این پژوهش (۷ پرستار مرد و ۱۱ پرستار زن) با دامنه‌ی سنی ۲۶-۵۴ سال شرکت داشتند. به جز یک نفر از شرکت‌کنندگان زن با مدرک کاردانی سایر افراد مدرک کارشناسی داشته و دارای سابقه کار ۲۶-۳ سال در بخش روان‌پزشکی بودند.

تعریف کلی استنباط شده از خشونت شغلی از جانب شرکت‌کنندگان، هر گونه رفتار کلامی و غیر کلامی و فیزیکی که منجر به آسیب به پرستار، سایر بیماران و یا وسایل بخش شود، بوده است و همه بر این عقیده بودند که خشونت جزء جدایی‌ناپذیر کار در بخش روان‌پزشکی است. اعمال خشونت

در اکثر مواقع از طرف بیمار و سپس خانواده‌ی وی و به ندرت از جانب پرستار و پزشک اتفاق می‌افتد. غالباً علت خشونت به دلیل توقعات و خواسته‌های نا به‌جای بیمار و سپس به علت ماهیت بیماری وی بوده است. اکثر پرستاران، خشونت کلامی را بیش از غیر کلامی تجربه نموده‌اند، اما بیشتر شرکت‌کنندگان حداقل ۲-۳ بار تجربه‌ی خشونت فیزیکی را در طی یک سال قبل از جانب بیمار گزارش نمودند. اولین واکنش پرستاران در اکثر موارد منتج به خشونت، کوشش در آرام نمودن بیمار با صحبت کردن بوده است که در بیشتر موارد موثر واقع نشده و منجر به ثابت نمودن بیمار شده بود. از تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از شرکت‌کنندگان چهار مفهوم محوری عدم حمایت کافی، ضعف مدیریت خطر، پیامدهای خشونت و گرایش‌ات انسان‌دوستانه استخراج گردید.

۱- عدم حمایت کافی از کارکنان:

شرکت‌کنندگان، مشکلات تجربه شده‌ی پرستاری را به عنوان مهم‌ترین نماد اصلی در بروز، شدت و عدم کنترل موقعیت‌های خشونت‌زا مطرح نمودند و با وجود آگاهی از ماهیت اختلالات روانی و اولویت توجه و مراقبت از این گونه بیماران به کم‌توجهی مسئولین پرستاری و بیمارستان نسبت به مشکلات درون و برون‌بخشی نظیر عدم کفایت تعداد کارکنان، عدم کفایت ایمنی و امکانات در بخش، بالا بودن بار کاری بخش با توجه به تعداد زیاد بیماران، کم بودن شاغلین مرد در بخش‌های مربوطه، بی‌پناهی در مقابل مشکلات حقوقی و قانونی و عدم درک کارکنان در موقعیت فوق که سبب ایجاد و تکرار تجربه‌ی موقعیت‌های خشونت‌آمیز بخش می‌گردد، اشاره نموده و در این رابطه احساس شدید عدم امنیت در محیط کاری می‌نمودند.

مشکل اصلی تمامی کارکنان کمبود افراد و بار کاری زیاد بود که موجب اولویت انجام وظایف معمول نوشتاری، مدیریتی و درمانی بیمار شده و ارتباط با بیمار که نقشی مهم در شناخت نگرانی، پیشگویی تحریکات و آرام کردن وی دارد در حاشیه قرار گرفته بود.

نمونه‌ای از تجربه‌ی شرکت‌کنندگان به این گونه بیان شد:

چنین به نظر می‌رسید در شرایطی که مسئولین به حمایت روحی از کارکنان نمی‌پردازند خود آنان نیازهای روحی یکدیگر را درک و از خودشان جهت ارایه‌ی حمایت روحی به یکدیگر استفاده می‌نمودند.

۲- ضعف مدیریت خطر:

داده‌های حاصل از تجربه‌ی شرکت‌کنندگان مشخص نمود که پرستاران در موقعیت‌های خشونت‌آمیز بخش احساس می‌نمودند که توانایی کافی و کامل جهت کنترل اوضاع را نداشته و در این مقوله دو زیرمفهوم ضعف آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و ضعف مدیریت خشم از اظهارات آنان استنتاج شد.

- ضعف آموزش مهارت‌های حرفه‌ای کارکنان:

اکثریت شرکت‌کنندگان بیان نمودند در زمان وقوع خشونت برای برقراری ارتباط با بیمار، حمایت روحی وی و پاسخ به سوالات و برخورد با رفتارهای بیمار آماده نشده و عدم آموزش صحیح در این زمینه را موثر می‌دانستند.

«بیمار روانی با جسمی فرق می‌کند. این بیماران هر چیزی رو به خودشون می‌گیرن، آموزش دادن به شکل کلی‌گویی و تئوری تأثیری نداره. من باید بدونم در مقابل این رفتار بیمار چه کار کنم، چه حرفی درست نیست و ممکنه تأثیر منفی داشته باشه، لازمه که آموزش عینی و عملی بینم». «درسته که بخش گارد داره اما آن‌ها هم آموزش کافی ندیدند که در این موقعیت‌ها چطور بیمار رو کنترل کنند. شاید در مقابل یک بیمار خشن با صحبت دیگه نیازی به فیکس کردن نباشه، اما آن‌ها این مهارت رو ندارند حتی در فیکس کردن بیمار هم به طور علمی نمی‌دانند که چه کار باید بکنند».

در این رابطه چنین استنباط شد که کارکنان با توجه به ذهنیات شخصی در مقابل بیمار پرخاشگر واکنش نشان می‌دادند.

«در هر وضعیتی که بیمار پرخاشگر شده، من سعی کردم با توجه به تجربه‌ام و ذهنیات خودم چیزی بگم یا برم جلو و ریسک کنم و می‌گفتم یا منو می‌زنه و صدمه می‌بینم یا آرومش می‌کنم. با وحشت زیاد به امید خدا می‌رفتم جلو و نمی‌دانستم باید چه کار کنم».

- ضعف مدیریت خشم: اظهارات پرستاران مبین ناتوانی بیمار و آنان در پیشگیری از کنترل تکانه‌های خشم بوده است و

«این قدر فشار کار در بخش وجود دارد که متأسفانه فرصت لازم برای بررسی بیمار رو نداریم. شوک، ویزیت، آماده کردن دارو، پاسخ به تلفن و همراهی و...». «گاهی اوقات فقط زمان ویزیت پزشک یا دادن دارو و یا زمانی که بیمار خواسته‌ای داره و میاد ایستگاه پرستاری ما با اون ارتباط برقرار می‌کنیم. وقتشو نداریم، سرمون شلوغه. فکر کنید ۵ تا پرسنل و بیش از ۴۰ نفر بیمار. حالا اگر بیمار پرخاشگر هم بشه، مشکل صد چندان می‌شه».

مشکلات قانونی ارتباط یافته با درگیری بیمار با کارکنان و عدم حمایت مسئولین در قبال شکایات هم‌راهیان از دیگر مشغله‌های فکری شرکت‌کنندگان در شرایط فوق بوده است.

«در مواردی که حین درگیری مشکلی برای بیمار ایجاد بشه و همراهی شاکی باشه و به دادگاه برسه، خود ما باید از خودمون دفاع کنیم. هیچ‌گونه تعهدی مبنی بر امنیت شغلی برای پرستار وجود نداره، حتی در مواردی خارج از بیمارستان، همکار ما مورد تهدید و حمله بیمار قرار گرفته». «بیمار آژیته در بخش اورژانس زنان یک مشت با آخرین قدرت تو بینی من زد و من در جا سنکوپ کردم. تنها عکس‌العمل مسئولین پرستاری و بیمارستان این بود که خدا رو شکر منجر به آسیب شدید نشد. لازمه که حمایت عاطفی و حرفه‌ای از ما به عمل بیاد، قضاوت درست صورت بگیره و پشت پرسنل باشند».

پرستاران از رسیدگی به وقایع از سوی افراد مسئول اظهار نارضایتی نموده و معتقد بودند مدیران سیاست خاصی را جهت سلامت و امنیت کارکنان انجام نداده و به همین دلیل لزومی به گزارش‌دهی وقایع فوق در اکثر موارد نمی‌دیدند.

«در بخش روان، پرسنل باید مرتب چهار طرفشون رو بپایند که اتفاقی نیفته. هر گونه خسارتی هم که پیش آمد مثل پارگی لباس و کفش، شکستن عینک و غیره، خودمون باید هزینه‌شو بدیم، حتی جراحات جزیی و کبودی و دررفتگی‌های کوچک را پرسنل تجربه می‌کنند و کسی از مسئولین نمی‌فهمند چون پی‌گیری نمی‌کنند ما هم گزارشی نمی‌دهیم». «وقتی می‌بینیم که بیمار زده انگشت همکارمونو ناکار کرده و نمی‌تونه کارشو انجام بده بقیه پرسنل کارهای اونو تقبل می‌کنند. چاره‌ای نیست باید به داد همدیگه برسیم. بهش پاس می‌دهیم بره خونه».

حداقل یک مورد جنگ و دعوا در بخش داریم، فشار خونم بالا می‌ره و پشت سرم درد میاد و قلبم درد می‌گیره». «زمانی که در این بخش شروع به کار کردم، فکر می‌کردم قوی هستم و این بیمارها نمی‌تونن روی من اثر بگذارند. اما حالا تحملم کم شده. خوابم چند ساله مشکل داره. اگر بیمار خطرناکی در بخش باشه تو خونه مرتب ذهنم مشغوله و شاید چند بار به بخش زنگ می‌زنم، درد کمر که دکتر گفته دیسکه دارم، چون برای فیکس کردن بیمار مجبوریم به گارد کمک کنیم. سردردهای شدید پیدا کردم، همیشه احساس خستگی می‌کنم.»

- بعد رفتاری: این بعد به دلیل تداخل ابعاد عاطفی روانی و جسمی که منجر به برخوردها و تظاهرات رفتاری منفی در شرکت‌کنندگان شده بود مشخص گردید و به صورت عدم تحمل در محیط کاری و خانوادگی با نشانگان تخلیه‌ی هیجانات عاطفی، مشاجرات خانوادگی و برخوردهای فردی در محیط کار با همکاران و مسئولین اظهار شده است.

«زمانی هم آگه با صحبت کردن بیمار آرام شد دوباره طولی نمی‌کشه شروع می‌کنه به داد و فریاد چون خواسته‌اش برطرف نشده دست ما هم باز نیست اعصابم به هم می‌ریزه تنها کاری که می‌کنم ناراحتیمو سر همکارم در میارم و بهانه‌جویی می‌کنم، دفتر و خودکارمو پرت می‌کنم و...»

«تو درگیری‌های بخش اون روز من تا آخرش خسته و کسلم و حوصله‌ی کاری و کسی رو ندارم. البته مقداری هم اخلاقم تند شده که این مشکلات رو خانواده باید تحمل کنن دیگه، بیچاره بچه‌های ما.»

- بعد کاهش احساس کفایت شخصی: بر اساس یافته‌های تجربی شرکت‌کنندگان این بعد به صورت کاهش احساس موفقیت در حرفه، نارضایتی از کار، احساس مبنی بر ناتوانی در کنترل بیمار، ناتوانی در قدرت تشخیص موقعیت، ناتوانی در غلبه بر مشکلات زمینه‌ای، احساس مورد اجحاف و استعمار قرارگرفتن و کاهش عملکرد شغلی ابراز گردید، شرکت‌کننده‌ای احساس عدم موفقیت کار را چنین توصیف نموده است: «با علاقه وارد این حرفه شدم اما به این نتیجه رسیدم چه کار اشتباهی کردم خصوصا در این بخش که کاری سخت و پراسترسه. فکر می‌کنم عمرم تلف شد وقتی بیمار از کوره

آموختن مهارت کنترل هیجان را در موقعیت‌های خشم‌برانگیز، لازم می‌دانستند تا به صورت سازگارانه واکنش نشان دهند. «گاهی اوقات کاسه‌ی صبرم سر میاد، نمی‌دانم چه کار کنم؟ حالا سر همکار، بیمار یا تو خونه سر همسر و بچه‌ام در میارم. خودمو نمی‌تونم کنترل کنم، خیلی هم دلم می‌خواد این کار رو بکنم، ولی نمی‌دانم چه کار کنم.»

«روانشناس باید تمام اوقات در بخش باشه و هر روز با بیماران صحبت کنه و بدونه کدام بیمار احتمال داره که پرخاشگر بشه، باید اون راه‌هایی رو پیشنهاد کنه به بیمار که هیجانات خودش رو بدون خطر برای دیگران خالی کنه، ما هم این طور راهنمایی‌هایی رو نیاز داریم.»

۳- پیامدهای خشونت در کارکنان:

در چهار زیرمفهوم منفی، مشکلات عاطفی روانی، جسمی، رفتاری و کاهش احساس کفایت شخصی ظهور نمود.

- بعد عاطفی روانی: بر اساس تحلیل اطلاعات این بعد، مسایلی بود که در نتیجه‌ی تجربیات منفی پرستار از مشکلات زمینه‌ای محیط کار و مشکلات فرهنگی و اجتماعی منتج گردیده بود و عواطف و روان آنان را تحت‌الشعاع قرار داده و به صورت احساسات شخصی ناشی از عدم کنترل بر شرایط حاصل از موقعیت خشونت‌زا ایجاد و منجر به واکنش‌هایی به صورت بی‌حوصلگی، ناامیدی، اشکال در تمرکز حواس، افسردگی، اضطراب، ترس از آسیب‌دیدگی از جانب بیمار و ترس از مورد بازخواست قرارگرفتن، اظهار گردید.

«وقتی بیمار پرخاشگر می‌شه، به هم می‌ریزم. ترس و دلهره تمام وجودمو می‌گیره، نکنه صدمه‌ای سر خودش یا من یا پرسنل یا وسایل بیاره. این وحشت و نگرانی همیشه با ما هست و یا حتی گاهی می‌رم تو خودم و یا تو خانه بی‌دلیل دلشوره دارم و نگران بخش هستم.»

- بعد جسمی: مشکلاتی در نتیجه‌ی ادامه‌ی مسایل عاطفی روانی، موجب تحلیل نیروی جسمانی پرستاران و بروز واکنش جسمی در آنان مانند احساس درد در نقاط مختلف بدن، خستگی، تشدید بیماری‌های قبلی و ... شده بود.

«نارسایی قلبی دارم. سر پا نباید زیاد واستم و استرس نباید داشته باشم. اما با این وضعیت بخش باید کار کنم، هر روز ما

هاج‌مایلت^۱ و همکاران بیان می‌دارند که خشونت در بخش روان‌پزشکی، یک مورد شناخته شده‌ی دایمی برای کارکنان مراقبت بهداشتی است که اغلب توسط بیمار و با وسعت کمتر توسط ملاقات‌کنندگان آنان صورت می‌گیرد (۲). در پژوهش دین و همکاران نیز ۹۷/۷ درصد پرستاران چنین اعتقادی داشتند و در حالی که ۹۰/۹ درصد آنان به طور دایم درگیر خشونت‌های غیر فیزیکی از جانب بیمار بودند، ۸۴/۸ درصد حداقل یک بار در سابقه‌ی کاری خود درگیری فیزیکی با بیمار را تجربه کرده بودند (۸). مهرابی به نقل از ساندر^۲ میزان آسیب‌های وارده به پرستاران شاغل در بخش روان‌پزشکی را در طی یک سال ۳۲-۱۴/۶ درصد گزارش نموده است. وی نیز به نقل از لویس و دن^۳ می‌نویسد که ۷۵ درصد پرستاران بخش روان‌پزشکی حداقل یک بار در طول خدمت خود با تهاجمات جسمی بیمار مواجه می‌شوند (۳). بر طبق پژوهش حاضر و گزارش پرستاران چنین به نظر می‌رسد میزان حداقل ۳-۲ مورد خشونت فیزیکی در سال، نسبت به گزارشات پژوهش‌های اخیر بسیار زیاد بوده که نیازمند توجه دست‌اندرکاران است.

از دیگر یافته‌های تحقیق استنباط چهار مفهوم اصلی عدم حمایت کافی، ضعف مدیریت خطر، پیامدهای خشونت و گرایشات انسان‌دوستانه بوده است. اطلاعات حاصل نشان داد پرستاران به کم‌توجهی مسئولین پرستاری و بیمارستان نسبت به مشکلات کاری اشاره نمودند. ریان^۴ و همکاران بیان می‌دارند که عوامل محیطی نظیر حجم بالای کار، شرایط کاری سخت، فشار کاری، افزایش روز به روز بیماران، عدم انطباق بیمار با پرستار و محدودیت محیط از جمله وضعیت‌های خشونت‌زایی است که بیماران را مستعد پرخاشگری می‌نماید و پرستار را با فشار کاری زیاد رو به رو و از نظر جسمی و روحی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۱۱). در این ارتباط مشکل اصلی تمامی افراد تاکید بر کمبود تعداد کارکنان و بار کاری زیاد بوده و با وجود آگاهی، انجام وظایف معمول نوشتاری، مدیریتی و درمانی بیمار برای آنان در اولویت بوده و ارتباط با

درمی‌ره و می‌گه و می‌زنه و می‌شکنه و من کاری نمی‌تونم بکنم ناراحت می‌شم». «گاهی دلم نمی‌خواد بیام. سرکار احساس می‌کنم تلاش من در محیط کار، بی‌فایده است. وقتی مشکلات رو برطرف نکنند این شرایط همیشه ادامه پیدا می‌کنه. با بازنشستگی هم موافقت نمی‌کنند یعنی زور می‌گن، احساس می‌کنم چاره‌ای نیست باید تحمل کنم». «در این بخش تنبیه و تشویق اصلاً مفهوم نداره، اگر کوشش کنیم بیماری رو که با داد و بیداد قصد کشتن خودش رو داره حتی با خطر انداختن خودمون به طریقی آرام کنیم و شیشه یا چاقو رو ازش بگیریم و جلوی بسیاری از عوارض حاصل رو بگیریم برای مسئولین بی‌اهمیت».

۴- تمایلات انسان‌دوستانه‌ی پرستار:

اکثر پرستاران در توصیف تجارب خود در موقعیت‌های خشونت‌زا دیدگاه مثبت نسبت به بیمار داشته و به صورت خصوصیتی فرعی چون باورهای اخلاقی، احترام و توجه و عدم سرزنش بیمار مشخص شد.

«ما بیمار را درک می‌کنیم. می‌دونیم که دست خودش نیست. محیط بخش هم یکنواخت و خسته‌کننده است. تنوعی ندارد، درها بسته و قفل زده است. بیمار خسته و بی‌قرار و عصبانی می‌شه اگه ما خودمون هم در این شرایط قرار بگیریم تحمل‌مون رو از دست می‌دیم، اما ما چه کار می‌تونیم بکنیم؟» «از نظر وجدانی می‌ترسم، اگر به بیمار روانی بی‌اعتنایی کنم احساس گناه می‌کنم. موردی بوده که بیمار منو هول داد و افتادم و صدمه دیدم، اما نه آن وقت و نه بعدا به روی بیمار نیاوردم».

«اخلاق و وجدان کاری باعث می‌شه که کارم رو خوب انجام بدم و معتقد به این هستم که بیمار روانی رو باید درک کرد نه این که ترک کرد. ما از بیمار روانی توقعی نداریم اگر چیزی بگه یا آسیبی بهمون برسونه، لازمه شرایط کاری ایمنی رو برامون درست کنند».

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، خشونت جزء جدایی‌ناپذیر کار در بخش روان‌پزشکی بوده و اعمال خشونت در اکثر مواقع از طرف بیمار و سپس خانواده‌ی وی صورت می‌گیرد.

¹Hatch Maillette

²Sandra

³Lewis and Den

⁴Ryan

هیچ گونه سیاست خاصی را در زمینه‌ی سلامت و ایمنی پرستاران بنا ننموده و به این علت گزارش‌دهی وقایع خشونت‌زا را بی‌فایده می‌دانستند (۷). در پژوهش مک‌کینون تنها ۱۹ درصد از پرستاران، وقایع را گزارش می‌نمودند و ۶۵/۱ درصد، تنها در موارد منجر به صدمات شدید گزارش می‌دادند.

مهم‌ترین دلیل ضعف گزارش‌دهی، عدم پی‌گیری و توجه به گزارش‌های ارسالی از جانب مسئولین بوده است (۵).

در تایید این مطلب پژوهش‌های دیگری نیز موجود می‌باشند (۶، ۹، ۱۶، ۱۷). داده‌ها نشان داده است که خود شرکت‌کنندگان نیازهای روحی یکدیگر را درک و از هم حمایت روحی می‌نمودند. فرای^۳ به این نکته اشاره نموده که پرستار مهم‌ترین منبع حمایت عاطفی جهت بیمار و سایر پرستاران در محیط‌های شغلی‌اش می‌باشد (۹) که به نظر می‌رسد خلاء حاصل از عدم ارضای این نیاز اساسی پرستاران در چنین موقعیتی به این طریق جبران می‌شده است. از دیگر داده‌های حاصل، ضعف آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و ضعف مدیریت خشم بوده است. ائین^۴ به نقل از والش^۵ نوشته است اگر چه مهارت‌های تکنیکی پرستاران قابل تردید نیست، توانایی‌های ارتباط آنان گاهی به حدی ضعیف است که پاسخ‌دهی به نیازهای منحصر به فرد هر بیمار را غیرممکن می‌سازد و در این صورت پرستاران نیاز به کسب دانش و مهارت در این خصوص می‌باشند. این نویسنده در جایی دیگر ذکر نموده است که بر طبق مدل شاگردی، مهارت‌های پیچیده از طریق مشاهده‌ی عملکرد الگوی نقش و هم‌چنین تمرین آن‌ها و دریافت بازخورد از سوی مربی رخ می‌دهد (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر ۸۵/۷ درصد از پرستاران با توجه به این که قبل از شروع به کار دوره‌های آموزش عملی را به منظور کنترل شرایط خشونت‌زا گذرانده بودند، این آموزش‌ها را کافی ندانسته و ۸۱ درصد آنان احساس عدم اطمینان به خود در مورد کنترل شرایط فوق را داشتند و نیاز به تداوم آموزش‌های عملی را در رشد حرفه‌ای خود مهم تلقی می‌نمودند (۵). در مطالعه‌ی آهنگرزاده ۷۶/۲ درصد از کارکنان پرستاری بخش روان‌پزشکی

بیمار در حاشیه قرار گرفته است. اعتقاد بر این است که کمبود تعداد کارکنان و بار کاری موجب شده است که وظایف تکنیکی در طول شیفت کاری، عملکرد پرستار را به جای نیازها و نگرانی‌های بیمار ساختار دهد و این امر سبب می‌گردد پرستار تنها در طی انجام مراقبت‌های تکنیکی به نیازهای عاطفی و اطلاعاتی بیمار توجه نماید (۱۲). این مطلب با نتایج پژوهش اون^۱ و همکاران همسو می‌باشد.

در پژوهش وی ۶۲ درصد از پرستاران تراکم کاری بخش را در عدم توانایی آنان جهت کنترل بخش و در نتیجه شیوع پرخاشگری بیماران موثر می‌دانستند و ۱۸ درصد از مشکلات جسمی حاصل شاکی بودند (۱۳). امروزه روتین‌محور بودن کار پرستاری به عنوان یک نقص جدی مطرح شده است که می‌تواند ناشی از کمبود تعداد کارکنان و حجم بالای کار باشد و تلاش همگان به منظور جایگزین نمودن آن با روش مبتنی بر بیمارمحوری و با تاکید بر حفظ تمامیت وجودی بیمار و نیازهای منحصر به فرد اوست (۱۴).

مشکلات قانونی حاصل از درگیری بیمار با کارکنان درمانی و عدم حمایت مسئولین از دیگر مشغله‌های فکری شرکت‌کنندگان بوده که در پژوهش تیمورزاده و همکاران نیز به آن اشاره گردیده است (۷). پاترسون^۲ در این مورد معتقد است حضور مدیران در کنار پرستار، آسایش و قدرت را برای پرستار به ارمغان می‌آورد. آنها تنها عنصر پویا در زندگی کاری پرستار هستند و حضور آنان جزیی بسیار مهم در فرآیند سازگاری با خشونت‌های شغلی است (۱۵).

مک‌کینون اظهار داشته است مدیران باید عمق عصبانیت، ترس و اضطراب پرستار را در این شرایط درک نموده و با پاسخ‌های همدلانه، احساسی مبنی بر درک شدن و مورد حمایت قرار گرفتن را در آنان ایجاد نمایند (۵).

پرستاران از رسیدگی به وقایع از سوی افراد مسئول اظهار نارضایتی نموده و به همین دلیل لزومی به گزارش‌دهی وقایع فوق را در اکثر موارد نمی‌دیدند. در مطالعه‌ی تیمورزاده و همکاران گزارش نمودند که در ۴۰ درصد موارد، مدیریت

³Fry⁴Aien⁵Walsh¹Owen²Paterson

روان‌پزشکی که با بیماران روانی آشفته و نامتعادل سر و کار دارند بیشتر در معرض مشکلات روانی عاطفی و جسمی قرار می‌گیرند (۱۸، ۱۷، ۱۰، ۵، ۱). از دیگر پیامدهای خشونت، برخوردها و تظاهرات رفتاری منفی است. خشونت شغلی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی در کارکنان پرستاری شود که بر اثر آن قوای فیزیکی و هیجانی فرد تحلیل رفته و موجب بروز نگرش‌ها و رفتارهای منفی فرد نسبت به خود و سایرین می‌شود (۱۸، ۲۳). در مطالعه‌ای که تجارب زنده‌ی پرستاران بخش روان‌پزشکی را در ارتباط با بیمار پرخاشگر منعکس ساخته است، آسیب‌های جسمی و روانی و هیجانی کارکنان بوده است که منجر به درخواست زودرس کناره‌گیری از شغل گردیده بود (۲۴). اگر چه آمار دقیقی از مشکلات رفتاری پرستاران در ایران در دست نیست، اما در مطالعه‌ای بر روی پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان آلبرتای کانادا انجام شد ۴۲ درصد از آنان، سابقه‌ی بروز رفتارهای پرخاشگرانه داشته‌اند و بیشترین هدف پرخاشگری آنان ابتدا بیمار و سپس همکاران و در سطح جدی خانواده‌ی آنان بوده که بیشتر به صورت کلامی ابراز گردیده است (۲۵).

شرکت‌کنندگان کاهش احساس کفایت شخصی را از دیگر تجارب منفی خود دانسته‌اند، مرکز^۴ احساس کفایت شخصی پرستار را به صورت احساس شایستگی، موفقیت و رضایت از حرفه، احساس توانایی و قدرت تشخیص و درک و افزایش عملکرد شغلی توصیف نموده است و اضافه می‌کند که از دست دادن علاقه به کار و بی‌زاری از کار به عنوان نتایج فقدان کنترل مزمن بر موفقیت کاری می‌باشد (۲۶). در پژوهش ویسی و همکاران، تنیدگی‌های شدید محیط کار پرستار با خشنودی شغلی وی ارتباط منفی معنی‌داری داشته است (۲۷). در مطالعه‌ی کیلفدر^۵ میزان کم کفایت شخصی در ۳۳/۱ درصد از پرستاران بخش روان‌پزشکی مشاهده شد (۲۸). در مطالعه‌ی طلایی، میانگین نمره‌ی کفایت شخصی پرستاران در محدوده‌ی پایین بوده است به طوری که میزان کم کفایت شخصی در ۶۲/۹ درصد از افراد مورد پژوهش مشاهده شد. وی معتقد است در

دوره‌های آموزش تخصصی را نگذرانده بودند (۱۸). از دیگر یافته‌ها چنین استنباط گردید که کارکنان با توجه به ذهنیات شخصی و همان گونه که خودشان فکر می‌کردند در مقابل بیمار پرخاشگر واکنش نشان می‌دادند.

در مطالعه‌ای به نقل از فرشاتر و استیکلی^۱ هوش عاطفی روی عملکردهای پرستاران اثر می‌گذارد، بنا بر این ناکافی بودن مهارت‌های لازم ارتباطی، سبب بهره‌گیری پرستار از احساسات فردی شده که نوعی هوش عاطفی محسوب می‌گردد (۱۲). اظهارات شرکت‌کنندگان مبین ناتوانی آنان در پیشگیری از وقوع عصبانیت و کنترل تکانه‌های خشم خود و بیمار بوده است. دلوکویو^۲ می‌نویسد آموزش مدیریت خشم جهت گسترش مهارت‌های مدیریتی خشم و کاهش آسیب‌پذیری افراد بهنجار و یا گروه ویژه‌ای از جمعیت بالینی قابل اجرا می‌باشد. وی می‌افزاید این روش بیشتر برای افرادی مناسب است که در زمینه‌ی مدیریت خشم از مهارت کافی برخوردار نبوده و در اثر برانگیختگی خشم و ابراز نامناسب آن (درون‌ریزی یا برون‌ریزی افراطی) به برخی از اختلالات بدنی یا رفتاری مبتلا شده یا آمادگی ابتلا به آن را پیدا کرده‌اند (۱۹). در تحقیق نویدی مشخص شد نزدیک به ۸۰ درصد نوجوانان و بزرگسالان شرکت‌کننده در دوره‌های آموزشی مهارت کنترل خشم (فراگیری حل مسئله، همدلی، جرأت‌ورزی و خودآرام سازی) را کسب و فراوانی و شدت برخوردهای ناشی از برون‌ریزی خشم از جمله رفتارهای ناسازگارانه در میان آن‌ها کاهش یافته است (۲۰). بر اساس تحلیل اطلاعات موقعیت‌های خشونت‌زا منجر به تحلیل قوای روانی جسمی در پرستاران شده بود. رفیعی و همکارانش به نقل از پوتر^۳ اشاره کرده‌اند که احساس محرومیت، افسردگی، اضطراب و شکایات جسمی مختصر، بخش‌های طبیعی از زندگی و کار هستند؛ اما افرادی که در چرخه‌ی فرسودگی شغلی گرفتار می‌شوند اغلب این احساسات منفی را به دفعات زیاده‌تر تجربه می‌نمایند تا وقتی که این نشانه‌ها در آنان مزمن شوند (۲۱). نتایج برخی از بررسی‌ها دال بر این ادعا است که پرستاران به ویژه کارکنان بخش

¹Freshwater and Sticky²Delvecchio³Potter⁴Mercer⁵Kilferdder

تامین منابع انسانی به گونه‌ای که بتواند فرصت لازم را جهت استراحت، کسب آرامش، ارتباط مناسب با بیمار و همراهیان، کاهش فشار کاری و کنترل نمودن شرایط بخش روان‌پزشکی را در چنین وضعیتی فراهم نماید یک اولویت محسوب می‌گردد. در این راستا برقراری جلسات منظم در بیمارستان، رسیدگی به نارسایی‌ها، تشویق کارکنان و آموزش‌های پیوسته‌ی ضمن خدمت با تأکید بر مدل‌های نقش به صورت عملگرا از پیشنهادات لازم می‌باشد.

نتایج دیگر مطالعه نشان داد که مدیران ارشد در مواردی اندک از خشونت علیه کارکنان پرستاری مطلع می‌شوند و پرستاران نیز از برنامه‌های آنان جهت کاهش خشونت شغلی آگاهی ندارند. این مطلب، ضرورت توجه فوری به مسئله در سطح مدیریتی، بیمارستان، دانشگاه، همین طور وزارت بهداشت و درمان را مشخص می‌نماید تا در راستای تامین امنیت روانی جسمی و شغلی پرستاران کوشش لازم صورت گیرد. ضمن آن که توصیه می‌شود در طی یک مطالعه‌ی کیفی، دیدگاه‌های ارایه‌کنندگان و مدیران بهداشتی در این مورد بررسی گردد. از سویی حضور رو در روی محقق به هنگام مصاحبه‌های انجام شده و احتمال بروز واکنش‌های هیجانی در شرکت‌کننده یکی از محدودیت‌های این پژوهش بوده است که تلاش شد با توضیحات کامل و فراهم آوردن محیط خلوت و آرام، این مورد، کنترل گردد. هم‌چنین با توجه به این که نتایج حاصل از پژوهش حاضر به صورت کیفی است، تعمیم آن به جامعه، ضعیف‌تر از نتایج یک تحقیق کمی است، لذا پیشنهاد می‌شود در این زمینه پژوهشی مشابه در قالب تحقیقی کمی انجام شود.

مجموع، کفایت شخصی کارکنان بیمارستانی نسبت به اغلب مطالعات جهانی نامناسب است که به نارضایتی از کار و عدم احترام کافی به آن‌ها اشاره دارد (۲۹). تعداد زیادی از پرستاران در توصیف تجارب خود در موقعیت‌های خشونت‌زا دیدگاه مثبت به بیمار داشته که به صورت احساسات و نگرش‌های اخلاقی و نوع‌دوستی نسبت به بیمار روانی ابراز گردید. بر خلاف پژوهش رفیعی و همکاران که در آن پرستاران بخش سوختگی با اهمیت ندادن به مسایل بیمار، عدم همدردی و دوری‌گزینی از آنان در واقع در صدد بودند که به نوعی تنیدگی خود را کاهش دهند (۲۱). در پژوهش حاضر با توجه به تنیدگی‌های شدید بخش روان‌پزشکی، نگرش شرکت‌کنندگان مثبت و به صورت درک انسانی و توجهات عاطفی متجلی شد، پژوهش‌های دیگری نیز مغایر با نتیجه‌ی فوق در دست می‌باشد که پرستاران دلسردی و کاهش ارتباط با بیماران روانی را گزارش نمودند (۲۴، ۱۳). شاید یافته‌ی فوق در پژوهش حاضر به دلیل حقانیتی است که شرکت‌کنندگان برای بیماران روانی قایل بودند. در این مورد آمده است که گاهی پرستاران در بخش روان‌پزشکی، قربانی تحقق آرمان‌های درمانی و روند درمان بیماران می‌شوند و بدون آن که بخواهند، به اجبار در منازعه‌ها قرار می‌گیرند که گاه منجر به صدمات جسمی در ایشان می‌گردد. روان‌پرستار در این گستره تنها خود را مکلف به تلاش برای کنترل وضعیت بیمار و تسکین آلام وی و نه مقابله با بیمار می‌داند (۳).

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، توجه به مشکلات اجتماعی و زمینه‌ای محیط کار پرستاران حایز اهمیت می‌باشد و تأکید بر

References

1. Stuart GW, Laraia MT. Principles and practices of psychiatric nursing. 3rd ed. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005: 238.
2. Hatch-Maillette MA, Scalora MJ, Bader SM, Bomstein BH. A gender-based incidence study of workplace violence in psychiatric and forensic settings. *Violence Vict* 2007; 22(4): 449-63.
3. Mehrabi T, Fanian N, Ghazavi Z, Zargham A. [Nurses experiences regarding working in the psychiatric wards and its physical outcomes]. [cited 2007]. Available from: URL; http://www.aftab.ae/articles/health_thrappy/medical_science. (Persian)

4. McCarthy P. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 1985; 10: 305-10.
5. McKinnon B, Cross W. Occupational violence and assault in mental health nursing: A scoping project for a Victorian mental health service. *Int J Mental Health Nurs* 2008; 17: 9-17.
6. O'Connell BI, Young J. Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward setting and high dependency areas. *J Clin Nurs* 2000; 9(4): 602-10.
7. Teimoorzadeh E, Rashidian A, Arba M, Akbari Sari A. [The measure of nurses facing with aggression in the uneducation hospital in the Tehran city]. *Journal of health collage and institute health research* 2009; 7(2): 41-9. (Persian)
8. Dean AJ, Gibbon P, McDermott BT, Davidson T. Exposure to aggression and the impact on staff in a child and adolescent inpatient unit. *Arch Psychiatr Nurs* 2010; 24(1): 15-26.
9. Fry AJ, Oriordan D, Turner M. Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *Int J Mental Health Nurs* 2002; 11(2): 112-20.
10. Polit Denise F, Tatano Beck C. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2008: 48, 64, 73.
11. Ryan T, Hills B, Webb L. Nurse staffing levels and budgeted expenditure in acute mental health wards: A benchmarking study. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2004; 11: 73-81.
12. Aien F, Alhani F, Mohammadi E, Kazemnejad A. [Marinating the interpersonal relationship: Nurses and patients experiences of communication in pediatric wards]. *Journal of Iranian nursing research* 2008; 3(8,9): 71-82. (Persian)
13. Owen C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric nurse. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1452-7.
14. Nikbakht Nasrabadi AR, Parsa Yakta Z, Emami A. [A qualitative phenomenological comparison on Iranian and Swedish nurses' experiences]. *Haiat journal* 2004; 10(22): 23-31. (Persian)
15. Paterson B, Leadbetter D, Bowie V. Supporting nursing staff exposed to violence at work. *Int J Nurs Stud* 1999; 36(6): 479-86.
16. Nolan P, Soares J, Dallander J, Thomsen S, Arenetz B. A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 419-26.
17. Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. An exploratory investigation in to the nursing management of aggression in acute psychiatric setting. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2001; 8: 74-84.
18. Ahangarzadeh S, Shams SH, Saghizadeh M. [Survey of job stressors and coping strategies on nurses in psychiatric and general centers in Urmia]. *Journal of nursing midwifery collage in Urmia* 2008; 6(21): 1-8. (Persian)
19. Del Vecchio T, O'leary K. Effectiveness of treatment for special anger problems: A meta analysis review. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 15-24.
20. Naveedy A. [The efficacy of anger management training on adjustment skills of high school male students in Tehran]. *Journal of psychiatric and clinical psychology* 2008; 14(4): 394-403. (Persian)
21. Rafiee F, Haghdoost Oskouie SF, Yadvar Nikravesh M. [Responses of nursing staff to burnout in burn centers of Tehran]. *Journal of Iranian Nursing* 2006; 19(48): 7-24. (Persian)
22. Yosefi R, Namdari K, Adhamian E. [Comparison of depression and occupational stress at nurses of psychiatric and non psychiatric wards and worker group]. *Journal of nursing midwifery collage in Urmia* 2006; 4(2): 76-85. (Persian)
23. Hashemzadeh I, Orangi M, Bahredar MG. [Occupational stress and its related with mental health in worker of hospitals Shiraz city]. *Journal of Andeesheh va Raftar* 2001; 6(2,3): 56-60. (Persian)
24. Henk N, Len B, Nico O, Gerard J. Psychiatric nurses experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav J* 2005; 31: 217-27.
25. Hesketh KL, Duncan SM, Estabrooks CA, Reamer MA, Giovannetti P, Hyndman K, et al. Working violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy* 2003; 63: 311-21.
26. Mercer Ray M. The dark side of the job: Violence in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2007; 33(3): 257-61.
27. Veisi M, Atef V, Kazem M, Rezai M. The effect of occupational stress on mental health and satisfaction. *Journal of Andeesheh va Raftar* 2001; 22(23): 13-22. (Persian)
28. Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34: 383-96.

29. Talaei A, Mokhber N, Mohammadnejad M, Samari AA. [Burnout and its related factors in staffs of university hospital in Mashhad]. Journal of Semnan University of Medical Sciences 2008; 3(27): 237-45. (Persian)