بررسی فراوانی خشونت علیه پرستاران و عوامل مرتبط با آن

دکتر ماشااله عقیلی نژاد: دانشیار و متخصص طب کار، دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران، ایران. drmaghilinejad@yahoo.com
دکتر مرضیه نجومی: استاد و متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.تهران، ایران. mnojomi@tums.ac.ir
***دکتر سید محمد سید مهدی:** دستیار طب کار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات طب کار ایران، تهران، ایران. (* مولف مسئول)
mseyedmehdi@gmail.com
این مقاله حاصل پایان نامه دکتر سیدمحمد سیدمهدی در مقطع دکتری تخصصی به راهنمایی دکتر ماشااله عقیلی نژاد و مشاوره دکتر مرضیه نجومی در سال ۱۳۹۰ که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است.

تاریخ دریافت:۸۹/۱۲/۲۵ تاریخ پذیرش:۹۰/۲/۱۸

چکیده

زمینه و هدف: خشونت روانی و جسمانی رو به گسترش در مراکز بهداشتی و درمانی به یک مشکل عمده برای پرستاران تبدیل شده است.هدف از انجام این مطالعه بررسی ابعاد خشونت علیه پرستارانو شناسایی عوامل موثر در آن بود.

روش کار: این پژوهش یک پژوهش مقطعی و از نوع توصیفی ـ تحلیلی بود. جامعه پژوهش کلیه پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. حجم نمونه ۱۰۷۰ نفر بود. شرایط ورود به مطالعه داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل یک سال سابقه کار بود.ابزار به کار برده شده برای گردآوری داده‌ها پرسش نامه NEXT بود. ابتدانسخه انگلیسی پرسش نامه تهیه و به فارسی برگردانده و اعتبار و ثبات درونی آن تعیین گردید (α کرونباخ :۰/۸۷).روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت چند مرحله ای بود. طبقه بندی بر حسب بیمارستان انجام گرفت و سپس در هر بیمارستان به صورت غیر احتمالی پرسش نامه‌ها به پرستاران جهت پرکردن داده شد.سپس با استفاده از نرم افزار SPSS 15 و با استفاده از آزمون های آماری کای دو و رگرسیون لوجستیک اطلاعات بدست آمده تحلیل شد.

یافته ها: شیوع خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان بر علیه شرکت‌کنندگان در مطالعه ۶۰/۳٪بود. به طور کلی سن، جنس، موقعیت شغلی، سابقه کار، تعداد بیماران، متوسط ساعت کاری در هفته، با خشونت روانی از سوی بیماران وهمراهان شان رابطه معنی داری نداشتند($p>0/05$)، ولی بخش، جدول کاری، مواجهه بودن با مزاحمت و اختلال در کار به طور کلی، پس از کنترل از نظر سایر عوامل معنی‌دار مطالعه در آنالیز رگرسیون با خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان ارتباط معنی‌داری داشتند($p<0/05$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی به نظر می‌رسد با توجه به نتایج این مطالعه، خشونت علیه پرستاران یک مشکل مهم و شایع باشد و مطالعات بیشتر جهت یافتن راهکارهایی برای کاهش آن با اولویت دادن به عوامل موثر در آن ,که در این مطالعه به دست آمده اند, ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه‌ها: خشونت، پرستاران، خشونت، علیه پرستاران

مقدمه

خشونت در هر فضایی از زندگی اجتماعی و در همه فرهنگ ها و نژادها شایع است. خشونت امروزه به عنوان یکی از موضوعات مربوط به سلامتی و ایمنی کاری افراد در نظر گرفته می‌شود[۱]. تعاریف مختلفی از خشونت وجود دارد. در یکی از این تعاریف خشونت به صورت رفتار فیزیکی، احساسی و جنسی که به افراد از نظر جسمانی و یا روانی آسیب بزند تعریف می‌شود[۱]. در مورد خشونت در محیط کار هم تعاریف متعددی وجود دارد. مثلا خشونت در محیط کار به مواردی گفته می‌شود که در آن فرد یا افراد در موقعیت‌های مرتبط با کارشان مورد آزار یا سوء استفاده واقع شوند[۲]. بررسی‌ها نشان می‌دهد که امروزه خشونت در بسیاری از محیط‌های کاری در حال افزایش است[۳-۶]. یکی از این محیط های کاری که در آنها خشونت در حال افزایش است محیط ها ی بهداشتی می‌باشد [۸،۷]. گربریچ خشونت مرتبط با کار را به صورت اعمال خشونت‌آمیز، شامل تهاجم فیزیکی و تهدید به تهاجم به سوی افراد شاغل یا در حال انجام

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

وظیفه‌شان تعریف می‌کند[۹]. خشونت در محیط‌های بهداشتی به صورت هرگونه رفتار تهدید آمیز، تهدید زبانی، تهاجم فیزیکی یا جنسی توسط یک بیمار، آشنایان بیمار یا هر فرد دیگری که برای پرسنل بهداشتی خطر داشته باشد تعریف می‌شود[۱۰].

خطر بروز خشونت در برخی از مشاغل از جمله پرستاری بیشتر است[۱۱]. مطالعات مختلف بیانگر شیوع بالای خشونت علیه پرسنل بیمارستانی می‌باشد[۱۲]. در یک بررسی نشان داده‌شدکه ۲۹٪ از پرستاران خشونت جسمانی و ۳۵٪ خشونت روانی را تجربه کرده‌اند[۱۳]. ویتینگتون و همکاران وی هم نتایج مشابهی بدست آورده‌اند[۱۴]. در یک بررسی دیگر، ۳۹/۹٪ از روان پزشکان مصاحبه شده گزارش کردند که قبلاً یک بار توسط بیماران شان مورد حمله قرار گرفته‌اند[۱۵]. ریسک بروز خشونت در پرسنل بهداشتی درمانی ۱۶ برابر بیش از سایر گروه‌های شغلی بخش خدماتی می‌باشد[۱۶]. بر طبق آمار اداره کار آمریکا، در سال ۱۹۹۹، ۲۶۳۷ خشونت غیرمرگ بار علیه پرسنل بهداشتی صورت گرفته است، که این میزان معادل ۸/۳ تهاجم به ازای هر ۱۰ هزار پرسنل بهداشتی می‌باشد. این میزان در مقابل ۲ مورد تهاجم به ازای هر ۱۰ هزار نفر پرسنل در سایر صنایع رقم قابل ملاحظه‌ای است[۱۷].

بروز خشونت در افراد شاغل به خصوص پرسنل بهداشتی با پیامدهایی برای خود فرد، سازمانی که در آن کار می‌کند و همین طور جامعه همراه است. پیامدهایی نظیر کاهش بهره‌وری، افزایش غیبت از کار، کاهش رقابت‌پذیری برای سازمان؛ بروز افسردگی، اختلالات سایکوسوماتیک و اختلال اضطراب پس از تروما (PTSD:Post trauma stress disorder) در خود فرد و تحمیل هزینه‌های درمانی و بازنشستگی زودتر از موعد به جامعه، که می‌توانند هزینه‌های قابل ملاحظه‌ای به فرد، سازمان وجامعه تحمیل کنند[۱۸]، تنها بخشی ازاین پیامدها می‌باشند. ارزیابی خسارات مستقیم این عواقب چندان مشکل نمی‌باشد ولی ارزیابی خسارات غیرمستقیم آن مشکل است[۱۹]. اگرچه خشونت علیه پرستاران یک مشکل شغلی مهم است ولی میزان خشونت علیه این گروه شغلی و ریسک فاکتورهای بالقوه آن تا حدود زیادی نامشخص می‌باشند[۹].

با توجه به شیوع و ابعاد این مشکل و همین طور عواقب وخیم و دراز مدت این مشکل به نظر می‌رسد بررسی و تحقیق بیشتر در مورد ابعاد مختلف این مشکل در جهت برنامه‌ریزی برای کاهش آن ضروری به نظر می‌رسد.

از آنجا که خشونت علیه پرستاران شایع و مرتبط با سلامتی و ایمنی کاری این حرفه و همین طور سلامتی بیماران می باشد و چون اطلاعات اندکی در مورد شیوع و عوامل مرتبط با آن در ایران وجود داردمحققان بر آن شدند مطالعه ای در این رابطه با هدف: ۱) تعیین شیوع و نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و۲) تعیین ارتباط خشونت اعمال شده علیه پرستاران با سن، جنس، سابقه کاری، موقعیت شغلی، تعداد بیماران، بخش کاری، و ساعت کار در هفته انجام دهند.

روش کار

این پژوهش یک پژوهش مقطعی و از نوع توصیفی ـ تحلیلی بود و در ۹ بیمارستان آموزشی و ۵ بیمارستان غیرآموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران که در غرب، مرکز و جنوب تهران قرار داشتند انجام شد. جامعه پژوهش کلیه پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند. در مجموع در این پژوهش ۱۰۷۰ نفر از پرستاران شاغل در ۱۴ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت داشتند. شرایط ورود به مطالعه, داشتن رضایت جهت شرکت در مطالعه و داشتن حداقل یک سال سابقه کار بود. ابتدا با تماس با محققین مطالعه , پرسش نامه انگلیسی مربوط به پژوهش یعنی Questionnaire NEXT studyبه زبان انگلیسی تهیه گردید[۲۰]. این پرسش نامه توسط یک پزشک فارسی زبان که به انگلیسی تسلط کامل داشت, به فارسی برگردانده شد. به دنبال آن پرسش نامه فارسی شده توسط یک فرد انگلیسی زبان که به فارسی تسلط کامل داشت ,مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. اعتبار پرسش نامه توسط دو کارشناس (یک متخصص پزشکی اجتماعی با رتبه علمی استاد و یک متخصص طب کاربا رتبه علمی دانشیار) تعیین شد. سپس این پرسش نامه جهت مطالعه پایلوت به ۳۰ نفر پرستار در بخش های مختلف یکی از بیمارستان‌ها داده شد و ازآن ها خواسته شد نظر خود را در مورد مفهوم و ساختار سئوالات در پرسش نامه قید کنند. ثبات درونی پرسش نامه توسط

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

اندازه گیری α کرونباخ تعیین گردید(α=۸۷/.).کلیه این مراحل در مرکز تحقیقات طب کار ایران تایید و انجام شد. لازم به ذکر است که این نمونه ها از مطالعه اصلی خارج شدند.پرسش نامه حاوی سوالاتی در مورد مشخصات دموگرافیک (مثل سن، جنس،میزان تحصیلات، سابقه کار، بخش، سمت)، اطلاعاتی در مورد جدول کاری، شیفت کار بودن یا نبودن و تعداد شیفت ها، وهمین طور خشونت بود. خشونت علیه پرستاران با دو سوال سنجیده شد: آیادر یک سال گذشته شما در محل کار مورد۱)خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان شان و۲) خشونت جسمانی از سوی بیماران یا همراهان شان واقع شده اید. پنج گزینه برای هر سوال در نظر گرفته شد:هرگز، به ندرت، هرماه، هرهفته، روزانه. سپس برای تحلیل داده ها پاسخ ها در دو گروه طبقه بندی شد. کسانی که دو گزینه اول را انتخاب کرده بودند در گروه بندرت و کسانی که گزینه هر ماه یا بیشتر را انتخاب کرده بودند در گروه اغلب قرار داده شدند. جدول کاری با یک سوال سنجیده شد: کدامیک از گزینه های زیر به جدول کاری شما شبیه تر می‌باشد؟۱)کارمنظم روزانه دارم (یعنی از ۷ صبح الی ۴عصر).۲)ساعات کار نامنظم دارم و در یک شیفت کار نمی کنم. ۳) من فقط در شیفت های شب کار می کنم (یک شیفت) .۴) من فقط در شیفت های روز کار می کنم (یک شیفت).۵) من در دو شیفت کار می کنم، بدون شیفت های شب.۶)من در دو شیفت کار می کنم که در آن شیفت های شب هم هست.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش بصورت چند مرحله ای بود. طبقه بندی بر حسب بیمارستان انجام گرفت و سپس در هر بیمارستان بصورت غیراحتمالی پرسش نامه‌ها به پرستاران جهت پرکردن داده شد. ابتدا از بیمارستان های مورد نظر تعداد پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران هر بیمارستان پرسیده شد. سپس بین کل تعداد پرستاران همه بیمارستان ها و حجم نمونه مورد نظر نسبت گرفته شد و نسبت تعداد پرستارانی که در هر بیمازستان می بایست پرسش نامه را پر کنند به دست آمد. در هر بیمارستان به کلیه بخش‌هایی که با بیمار سر و کار داشتند مراجعه شد. سپس پرسش نامه ها به پرستارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند داده شد. در ضمن شرکت در مطالعه اجباری نبود و کلیه پرسش نامه ها بی‌نام بودند.

اطلاعات به دست آمده, با استفاده از روش های آماری توصیفی و استنباطی با نرم افزار آماری SPSSورژن ۱۵ مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفت. برای مقایسه برای متغیرهای کیفی از Chi-Square استفاده شد.برای بررسی دقیق تر ارتباط خشونت و متغیرهای مطالعه از آنالیز رگرسیون لوجستیک استفاده شد. در تمام آنالیزها سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۰۷۰ نفر از پرستاران شاغل در ۱۴ بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران شرکت داشتند. زمانی که خشونت روانی به دو گروه به

جدول ۱-تعداد و درصد شرکت کنندگان در مطالعه بر حسب بخش آن ها

	تعداد	درصد
واحد مراقبتهای ویژه	۲۲۵	۲۱
اتاق عمل	۷۸	۷/۳
اورژانس	۹۳	۸/۷
داخلی	۱۴۱	۱۳/۲
جراحی	۱۳۰	۱۲/۱
اطفال	۴۵	۴/۲
مامایی	۶۲	۵/۸
روانپزشکی	۱۰۴	۹/۷
انکولوژی	۱۷	۱/۶
توانبخشی	۶۷	۶/۷
سایر بخش ها	۱۰۸	۱۰/۱
مجموع	۱۰۷۰	۱۰۰

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

نـدرت و اغلـب تقسـیم شـد،به طـور کلـی ۶۰/۳٪ از ≤شرکت‌کننـدگان در مطالعـه از نظـر خشـونت روانـی از سوی بیماران/همراهان در یـک سـال گذشـته در گـروه اغلب قرار گرفتند. از نظر خشونت جسـمانی ۲/۶٪ افـراد در گروه اغلب قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کننـدگان در مطالعه ۳۴/۱۹ سال (با انحراف معیار ۸/۳۸ و محـدود ۵۹ ـ ۲۱ سال بود). شـرکت‌کننـدگان در مطالعـه شـامل ۹۱۶ زن (۸۵/۶٪) و ۱۵۴ مـرد (۱۴/۴٪) بودنـد.تعـداد و درصد شرکت کنندگان بر حسب بخش آنها در جـدول ۱ آورده شده است.

ساعت کـاری پرسـتاران در ایـن پـژوهش بـر حسـب متوسط تعداد ساعت در هفته به دو بخـش تقسـیم شـد. ۴۹۹ نفر (۴۶/۶٪) از پرسش‌شوندگان کمتر یا مساوی ۴۴ ساعت در هفته و ۵۷۱ نفر (۵۳/۴٪) بـیش از ۴۴ سـاعت در هفتـه کـار مـی‌کردنـد. میـانگین سـابقه‌کـاری شرکت‌کنندگان در مطالعه ۹/۵۴ سال (بـا انحـراف معیـار ۷/۶۳) و حداقل ۱ سال و حداکثر ۳۰ سال بود.

شرکت‌کنندگان در مطالعه از نظر سـنی بـه سـه گـروه تقسیم شدند: زیـر ۳۰سـال، ۴۴ ـ ۳۰ سـال و ۴۵ سـال. گروه زیر ۳۰ سال به عنوان گروه مرجـع در نظـر گرفتـه شد[۲۱]. بین خشونت روانی از طرف بیماران و یا همراهان شان و سن رابطه معنـی‌داری وجـود نداشـت (P>۰/۰۵). همین طور بین خشـونت جسـمانی از طـرف بیمـاران یـا همراهان شان و سـن رابطـه معنـی‌داری وجـود نداشـت (P> ۰/۰۵).

بین خشونت روانی از طرف بیماران و یا همراهان‌شـان و جنسیت رابطه‌ای یافت نشـد. (P>۰/۰۵، OR: ۱/۰۰۵، ۱/۴۲ ـ ۰/۷۱ : ۹۵٪ CI). همـین طـور بـین خشـونت جسمانی از طرف بیماران یـا همراهـان شـان و جنسـیت رابطـه معنـی‌داری یافـت نشـد (P>۰/۰۵، OR: ۰/۴۵، ۱/۹۲ ـ ۰/۱۱: ۹۵٪ CI). بررسی ارتبـاط میـان خشـونت روانی از سوی بیماران یا همراهان شـان و بخـش نشـان داد که بین این دو رابطـه معنـی‌داری وجـود دارد (۰/۰۵ >P) (جدول ۲).همـین طـور بـین خشـونت جسـمانی از سوی بیماران و یا همراهان شـان و بخـش هـم ارتبـاط معنی داری مشاهده شد (۰/۰۵ >P) (جدول۲).

جدول ۲ - فراوانی،درصد و P value خشونت روانی وجسمانی ازسوی بیماران و یا همراهان شان براساس بخش شرکت‌کنندگان در مطالعه

	خشونت روانی			P value	خشونت جسمانی			P value
	بندرت	اغلب			بندرت	اغلب		
	فراوانی(٪)	فراوانی(٪)	مجموع		فراوانی(٪)	فراوانی(٪)	مجموع	
واحدهای مراقبت ویژه	۱۱۸(۵۲/۴)	۱۰۷(۴۷/۶)	۲۲۵		۲۲۵(۱۰۰)	۰ (۰)	۲۲۵	
اتاق عمل	۲۶ (۳۳/۳)	۵۲ (۶۶/۷)	۷۸		۷۸ (۱۰۰)	(۰)۰	۷۸	
اورژانس	۲۸ (۳۰/۱)	۶۵ (۶۹/۹)	۹۳		۹۰ (۹۶/۸)	۳ (۳/۲)	۹۳	
داخلی	۳۲ (۲۲/۷)	۱۰۹(۷۷/۳)	۱۴۱		۱۳۹(۹۸/۶)	۲ (۱/۴)	۱۴۱	
جراحی	۳۴ (۲۶/۲)	۹۶ (۷۳/۸)	۱۳۰		۱۲۸(۹۸/۵)	۲ (۱/۵)	۱۳۰	
اطفال	۲۴ (۵۳/۳)	۲۱ (۴۶/۷)	۴۵		۴۳ (۹۵/۶)	۲ (۴/۴)	۴۵	
زنان و مامایی	۲۶ (۴۱/۹)	۳۶(۵۸/۱)	۶۲		۵۸ (۹۳/۵)	۴ (۶/۵)	۶۲	
روانپزشکی	۲۱ (۲۰/۴)	۸۲ (۷۹/۶)	۱۰۳		۹۰ (۸۷/۴)	۱۳ (۱۲/۶)	۱۰۳	
خون	۸ (۴۷/۱)	۹ (۵۲/۹)	۱۷		۱۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۱۷	
توانبخشی	۳۹ (۵۸/۲)	۲۸ (۴۱/۸)	۶۷		۶۷ (۱۰۰)	۰ (۰)	۶۷	
سایر	۳۲ (۲۹/۴)	۷۷ (۷۰/۶)	۱۰۹	/۰۰۱>	۱۰۷(۹۸/۲)	۲ (۱/۸)	۱۰۹	/۰۰۱>

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۳ - ارتباط متوسط ساعت کاری در هفته و خشونت جسمانی- روانی از طرف بیماران یا همراهان

		ساعت کاری			P Value	OR	CI 95%
		۴۴≥	۴۴<	مجموع			
خشونت روانی از طرف بیماران یا همراهان							
	بندرت	۱۸۵(٪۳۷/۱)	۲۴۰(٪۴۲/۰)	۴۹۹	۰/۰۵<	۰/۸۱	۰/۶۳-۱/۰۴
	اغلب	۳۱۴(٪۶۲/۹)	۳۳۱(٪۵۸/۰)	۵۷۱			
خشونت جسمانی از طرف بیماران یا همراهان							
	بندرت	۴۹۵(٪۹۹/۲)	۵۴۷(٪۹۵/۸)	۴۹۹	<۰/۰۰۱	۵/۴۳	۱/۸۷-۱۵/۷۵
	اغلب	۴(٪۰/۸)	۲۴(٪۴/۲)	۵۷۱			

از ۱۰۷۰ شرکت‌کننده در مطالعه ۱۴۵ نفر کمک بهیار/بهیار، ۷۹۳ نفر پرستار و ۱۳۰ نفر سرپرستار/سوپروایزر بودند. بین گروه ها از نظر خشونت روانی از طرف بیماران یا همراهان شان از نظر آماری تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P>۰/۰۵). همین طور زمانی که سه گروه از نظر خشونت جسمانی از طرف بیماران یا همراهان شان مقایسه شدند باز هم رابطه معنی داری بین سه گروه مشاهده نگردید (P> ۰/۰۵). میانگین تعداد بیماران در هر شیفت ۲۱ نفر (با انحراف معیار ۱۶/۷) بود. حدود ۵۰٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه با بیش از ۱۷ بیمار در هر شیفت و حدود ۵۰٪ از آنها با کمتر از ۱۷ بیمار در هر شیفت سروکار داشتند. بین خشونت روانی از طرف بیماران یا همراهان شان و تعداد بیماران در یک شیفت کاری، رابطه وجود داشت. در گروه پاسخ‌دهندگانی که در یک شیفت کاری با بیش از ۱۷ بیمار سروکار داشتند خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان شان بطور معنی‌داری بالاتر از گروه کمتر یا مساوی ۱۷ بیمار بود (P< ۰/۰۰۱، OR : ۲/۰۲، ۲/۵۹ ـ ۱/۵۷: ٪۹۵ CI). ولی از نظر خشونت جسمانی از طرف بیماران یا همراهان شان و تعداد بیماران رابطه معنی‌داری یافت نشد (P>۰/۱، OR:۰/۸۶، ۱/۸۳-۰/۴۱: ٪۹۵ CI). متوسط ساعت کاری هفتگی شرکت‌کنندگان در مطالعه به دو گروه کمتر یا مساوی ۴۴ ساعت و ۴۵ ساعت و بیشتر تقسیم شد. ۴۹۹ نفر در گروه اول و ۵۷۱ نفر در گروه دوم قرار گرفتند. بین متوسط ساعت کار هفتگی و خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان شان رابطه معنی‌داری یافت نشد (P>۰/۰۵) ولی بین متوسط ساعت کار هفتگی و خشونت جسمانی از سوی بیماران یا همراهان شان رابطه معنی‌داری مشاهده شد (P< ۰/۰۰۱) (جدول ۳).

مزاحمت‌ها به طور کلی با یک سئوال سنجیده شد. من در شغلم با مزاحمت هاو مشکلات زیادی مواجه هستم. دو گزینه در مورد آن وجود داشت: ۱- صحیح،۲- غلط. بین خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان و مزاحمت رابطه معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۰۱). مشاهده شد که بین مزاحمت فراوان در محیط کار و خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان رابطه وجود داشت به طوری که در گروه دارای مزاحمت های فراوان، خشونت به طور معنی‌داری (P<۰/۰۰۱)، ۶/۱۱: OR و ۸/۴۴ ـ ۴/۲۵: ٪۹۵ CI) بالاتر بود. ولی خشونت جسمانی از سوی بیماران یا همراهان با مزاحمت ارتباط معنی‌داری نداشت (P>۰/۰۵، OR: ۰/۵۸، ۳۱/ــ ۰/۲۶: ٪۹۵ CI). شرکت‌کنندگان از نظر جدول کاری به ۶ گروه تقسیم شدند. بین جدول کاری و خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان ارتباط معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۱) به طوری که در کسانی که در جدول کاری نامنظم، تنها شیفت شب یا در شیفت های منظم که شیفت شب هم در آن بود کار می‌کردند خشونت روانی بطور معنی‌داری بالاتر از سایر گروه‌ها بودولی بین خشونت جسمانی و جدول کاری ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۴ - بررسی ارتباط متغیرهای معنی دار مطالعه با خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان با آنالیز رگرسیون

	P Value	OR	CI 95%
بخش			
مراقبتهای ویژه	–	۱	–
اتاق عمل	۰/۰۲>	۰/۴۸	۰/۲۶–۰/۹۰
اورژانس	۰/۰۰۱>	۳/۷۱	۲/۲۵–۶/۱۱
داخلی–جراحی	۰/۰۵<	۰/۸۰	۰/۳۷–۱/۷۱
اطفال	۰/۰۵<	۱/۶۵	۰/۸۱–۳/۵۹
مامایی–زنان	۰/۰۰۱>	۴/۰۱	۲/۱۰–۷/۶۴
روانپزشکی	۰/۰۰۵>	۱/۵۷	۱/۳۲–۱/۸۶
توانبخشی	۰/۰۰۱>	۳/۲۰	۱/۷۶–۵/۸۱
سایر	۰/۰۵>	۱/۲۳	۱/۰۳–۱/۵۶
تعداد بیماران			
۱۷≥	–	۱	–
۱۷<	۰/۰۵<	۰/۷۴	۰/۵۱–۱/۰۹
مزاحمت			
کم	–	۱	–
زیاد	۰/۰۰۵>	۳/۶۳	۲/۴۸–۵/۳۱
جدول کاری			
کار منظم روزانه	–	۱	–
کار نا منظم	۰/۰۵>	۲/۴۰	۱/۸۲–۳/۳۹
تنها شیفت روز	۰/۰۵<	۰/۹۵	۰/۴۱–۲/۲۱
تنها شیفت شب	۰/۰۵>	۱/۸۰	۱/۰۱–۳/۲۱
دو شیفت، با شب	۰/۰۵>	۲/۲۷	۱/۵۳–۴/۸۵
دو شیفت، بدون شب	۰/۰۵<	۰/۹۴	۰/۵۳–۱/۶۸

جهت ارزیابی دقیق تر و حذف عوامل مخدوش‌کننده ارتباط عوامل معنی‌دار با بروز خشونت روانی از طرف بیماران یا همراهان، این عوامل یک بار دیگر با آنالیز رگرسیون بررسی شدند. در این آنالیز متغیر وابسته خشونت روانی علیه پرستاران از طرف بیماران یا همراهان و متغیرهای مستقل بخش کاری، مزاحمت به طور کلی، جدول کاری، و تعداد بیماران بود. نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که بین بخش کاری، مزاحمت بطور کلی، جدول کاری، و خشونت روانی از سوی بیماران یا همراهان ارتباط معنی‌دار وجود دارد ولی با تعداد بیماران، ارتباط معنی‌داری ندارد (P>۰/۰۵). در مورد بخش ها بخش مراقبت ویژه به عنوان بخش مرجع و در مورد جدول کاری، «کار منظم روزانه» به عنوان مرجع در نظر گرفته شد (جدول ۴).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه ۱۰۷۰ پرستار و بهیار شرکت نمودند. به طور کلی۶۰/۳٪ از شرکت‌کنندگان در مطالعه ازنظر خشونت روانی سوی بیماران/همراهان، در گروه اغلب قرار گرفتند. این یافته از نتایج مطالعه ای[۲۰]که خشونت زبانی در طی ۶ ماه را ۸۷/۴٪ گزارش کرده بودند کمتر بود.

همین طور از نظر خشونت جسمانی در مطالعه ما تنها ۲/۶٪ افراد در گروه اغلب قرار گرفتند. در مقایسه با تحقیق دیگری که در طی یک دوره ۶ ماهه ۲۷/۶٪ خشونت جسمانی گزارش شده بود بسیار کمتر بود. علت کمتر بودن این مقادیر در مطالعه ما، می‌تواند به دلیل تفاوت تقسیم‌بندی افراد از نظر خشونت باشد. همین طور در مطالعه‌ای دیگری[۲۱]میزان خشونت مکرر (روانی و جسمانی) از سوی بیماران/همراهان ۲۲٪ گزارش شد. در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

سایر تحقیقات هم آمار خشونت از سوی بیماران/همراهان متفاوت گزارش شده است[۶، ۹، ۱۱ و ۲۱-۲۶]. از نظر سن شرکت‌کنندگان به سه گروه تقسیم شدند. بین سه گروه از نظر خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. البته در گروه مساوی با بالای ۴۵ سال خشونت اندکی کمتر از ۲ گروه دیگر بود ولی معنی‌دار نبود.در برخی از مطالعات بین سن و خشونت از سوی بیماران رابطه‌ای مشاهده نشده است [۲۷]. ولی در برخی مطالعات دیگر[۲۰، ۲۸] در پرستاران جوان خشونت از سوی بیماران/همراهان بالاتر بوده است. همین طور بین دو جنس در این مطالعه از نظر خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید. در سایر مطالعات[۲۰، ۲۱، ۲۵] در مردان خشونت از سوی بیماران/همراهان بیش تر از زنان بود. در برخی مطالعات دیگر[۲۷] همانند مطالعه ما بین جنس و میزان بروز خشونت رابطه‌ای یافت نشده است.علت این تفاوت نتایج در مطالعات مختلف می تواند تفاوت های فرهنگی موجود در جوامع مختلف باشد.

بین موقعیت شغلی (پرستار/سرپرستار/بهیار) و خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان در مطالعه ما رابطه معنی‌داری مشاهده نشد (P>/۰۵). در برخی مطالعات دیگر [۲۰،۲۵]هم بین موقعیت شغلی و خشونت رابطه‌ای یافت نشده است.

در مطالعه حاضر بین سابقه کار و خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان رابطه‌ای مشاهده نگردید. در تحقیقی دیگر[۲۷]نیز بین سابقه کار و خشونت رابطه‌ای مشاهده نگردید. ولی در برخی[۲۵] با کاهش سابقه کار میزان خشونت افزایش داشت.

در مطالعه ما بین بخش شرکت‌کنندگان و میزان خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان و همین طور خشونت جسمانی از سوی بیماران/همراهان رابطه یافت شد بطوری که در بخشهای اورژانس و روانپزشکی، خشونت روانی و جسمانی بطور معنی‌داری بالاتر از سایر بخش ها بود. در مطالعات دیگر هم بالاتر بودن خشونت در برخی بخش‌های بیمارستانی مثل روانپزشکی و اورژانس نشان داده شده است[۲۰]. در بخشهایی نظیر بخشهای مراقبتهای ویژه (NICU, PICU, CCU, ICU)، و اتاق عمل که بخش های تخصصی محسوب می‌شوند، پرستاران تخصصی بیش تر شاغل هستند و این موضوع می تواند توجیه کننده‌ی کم تر بودن خشونت در این بخش ها باشد.

تعداد بیمارانی که شرکت‌کنندگان با آن ها در طول یک شیفت کاری سروکار داشتند با میزان بروز خشونت روانی به تنهایی رابطه معنی‌داری داشت (P<۰/۰۵). اما زمانی که این متغیر همراه سایر متغیرهای معنی‌دار در آنالیز رگرسیون گذاشته شد، معنی‌دار نشد.

جدول کاری ومواجه بودن با مزاحمت و اختلال در کار به طور کلی پس از کنترل از نظر سایر عوامل معنی‌دار مطالعه در آنالیز رگرسیون با خشونت روانی از سوی بیماران/همراهان ارتباط معنی‌داری داشتند(جدول ۴). درتحقیق دیگری نیز[۲۲] مزاحمت به طور کلی و جدول کاری همانند مطالعه ما با میزان بروز خشونت رابطه معنی‌داری داشتند.

در مطالعه دیگری[۲۰] ساعت کاری پرستاران به طور متوسط به کم تر از ۳۵ ساعت در هفته و بیش تر یا مساوی ۳۵ ساعت در هفته تقسیم شد و بین ساعت کاری و میزان بروز خشونت علیه شرکت‌کنندگان در مطالعه رابطه معنی‌داری یافت شد. در مطالعه ما تنها کم تر از ۲٪ از پرستاران ساعت کاری کم تر از ۳۵ ساعت داشتند و اغلب شرکت‌کنندگان بیش از ۳۵ ساعت کار می‌کردند. در مطالعه ما ساعت کاری پرستاران به ≥ ۴۴ ساعت و بالاتر از ۴۴ ساعت تقسیم شد. بین ساعت کار هفتگی و خشونت علیه شرکت کنندگان رابطه معنی‌داری مشاهده نگردید. در تحقیقی[۲۱] ساعت کاری به صورت ماهانه و به کم تر از ۱۷۶، ۲۵۰ ـ ۱۷۷ و ۵۲۰ ـ ۲۵۰ ساعت درمان تقسیم شد. در آن مطالعه بین ساعت کاری ماهانه و خشونت زبانی و همین طور جسمانی رابطه معنی‌داری یافت شد. به نظر می رسد علت تفاوت نتایج بدست آمده تفاوت تقسیم بندی از نظر تعداد ساعات و همین طور تفاوت تعریف خشونت می باشد.

در مجموع در این مطالعه شیوع خشونت روانی وجسمانی از سوی بیماران و همراهان شان علیه پرستاران/ بهیاران و برخی از عوامل مرتبط با آن در ۱۴ بیمارستان تهران مورد بررسی قرار گرفت. اغلب شرکت‌کنندگان در مطالعه در طی ۱ سال گذشته خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان شان را تجربه کرده بودند.

این مطالعه محدودیت هایی هم داشت: ۱) در ایران تفاوت های جمعیتی و فرهنگی زیادی در نقاط مختلف کشور وجود دارد ولی این مطالعه تنها در جنوب،مرکز و

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

غرب تهران انجام گردید. به همین علت نتایج ما ممکن است نمایان گر مشکل در کل ایران نباشد.۲)همین طور به دلیل نوع مطالعه و ابزار گردآوری داده‌ها امکان بروز خطای یادآوری از سوی شرکت‌کنندگان در مطالعه وجود داشت و به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات پرستارانی که مایل به شرکت در مطالعه نبودند احتمال بروز خطای انتخاب را نمی توان کاملا رد نمود.

به طور کلی با توجه به نتایج این مطالعه، خشونت علیه پرستاران یک مشکل مهم و شایع می باشد و مطالعات بیش تر در این زمینه جهت یافتن راهکارهایی برای کاهش آن می تواند از نظر فردی، اجتماعی و اقتصادی اثرات بسیار سودمندی داشته باشد. با توجه به نتایج ما به نظر می رسد جهت کاهش خشونت علیه پرستاران یک برنامه جامع سیستم ایمنی با اولویت دادن به بخش های دارای خشونت بالاتر و همین طور متغیرهای قابل تغییری نظیر جدول کاری ضروری می باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می دانند از مدیریت و پرستارانی که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تشکر و سپاسگزاری نمایند.

فهرست منابع

1.Celebiog A, Akpinar R, Kucukog S, EnginR. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: Their emotions and behaviors. Nurse Educ Today.2010.30:687–691.

2.WarshawLJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies Occup Environ Med.1996.38: 993–1005.

3. Warchol G. Workplace Violence.1992–1996.Bureau of Justice Statistics, WashingtonDC.1998.

4. Tobin TJ. Organizational determinants of violence in the workplace. Aggress Violent Behav.2001.6 (1:91–102.

5. Hoel H. Sparks K. Cooper C L. The Cost of Violence/Stress at Work and the Benefits of a Violence/Stress-Free Working Environment. International Labour Organisation. Geneva. 2001.

6. Merecz D, Rymaszewska J, Moscicka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. Violence at the workplace- a questionnaire survey of nurses. Eur Psychiatry. 2006.21:442-451.

7. Sands N. An ABC approach to assessing the risk of violence at triage. Aust Emer Nurs J.200710:107—109.

8. Keely, B.R. Recognition and prevention of hospital violence Dimens Crit Care Nurs, 200221(6:236–241.

9. Gerberich SG. Church TR. Mc Govern PM.Hansen HE. Nachreiner NM. Geisser MS. et al. An epidemiological study of magnitude and consequences of work related violence. The Minnesota Nurses' Study. Occ Environ Med.2004.61:495-503.

10. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action Accid Emerg Nurs19997:8–12.

11. Nachreimer NM. Gerberich SG. Mc Govern PM. Church TR. Hansen HE. Geisser MS.et al. Relation between policies and work related assault: Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med.2005.62: 675-681.

12. Rosenstock L, Cullen M, Brodkin CA, Redlich CA. Textbook of clinical occupational and environmental medicine.2nded. New York:Elsevier;2005.P. 256.

13. Arnetz JE. Arnetz BB. Petterson IL.Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses. Work Stress.1996. 10 (2): 119–127.

14. Whittington RW. Shuttleworth S. Hill L. Violence to staff in a general hospital setting.JAN.1996. 24: 326–38.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

healthcare facilities in Kuwait. Int J Nurs Stud.2002. 39: 469–478.
26. Lin YH. Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. Int J Nurs Stud.2005. 42: 773–778.
27. Erkol H.Gokdogan M. Erkol Z. Boz B. Aggression and violence towards health care providers – A problem in Turkey? J Forensic Leg Med.2007.9:423–428.
28. Tang J.Chen C.Zhang Z.Wang L. Incidence and Related Factors of Violence in Emergency Departments—A Study of Nurses in Southern Taiwan. J Formos Med Assoc.2007. 106(9):748–758.
15. Guy JD.Brown CK.PoelstraPL. ..Who gets attacked? A national survey of patient violence directed at psychologists in clinical practice. Profess Psychol. Research and Practice.1990. 21: 493–495.
16. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev.2001. 48: 129–130.
17. Privitera M. Weisman R. Cerulli C. Tu X. GromanA. Violence toward mental health staff and safety in the work .environ Occu Med.2005. 55: 480-486.
18. Steffgen G. Physical violence at the workplace: Consequences on health and measures of prevention. Revue européenne de psychologie appliqué.2008.58:285-295.
19. Brakel SJ. Legal liability and workplace violence. J Am Acad Psychiatry Law.1998.26:553–562.
21. Shoghi M. Sanjari M. Shirazi F. Heidari S. Salemi S. Mirzabeigi G. Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. Asian Nursing Research.2008. 2(3):184-193.
20. Estryn-Behar M.Van Der Heijden B. Camerino D.Fry C.Le Nezet O. Conway P. Hasselhorn HM. Violence risks in nursing-Results from the European NEXT study. Occup Med.2008. 58:107-114.
22. Whelan T. The escalating trend of violence toward nurses. J Emerg-Nurs.2008.34:130-3.
23. Franz S. Zeh A. Schablon A. Kuhnert S. Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. BMC Health Serv Res.2010. 10:51.
24. AyranciUViolence: Recognition, Management and Prevention. J Emerg Med.2005. 28(3):361–365.
25. Adib S.Al-Shatti A.Kamal S. El-Gerges N. Al-Raqem M. Violence against nurses in

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]

Original Article

Study of prevalence of violence against nurses and related factors

Mashallah Aghilinejad, MD. Associate Professor of Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Maghilinejad@yahoo.com
Marzieh Nojomi, MD. Professor of Community Medicine, Fellowship of Clinical Epidemiology, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. mnojomi@tums.ac.ir
***Seyed Mohammad Seyed Mehdi, MD.** Resident of Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author).mseyedmehdi@gmail.com.

Abstract

Background: The risk of violence is higher in some occupations, including nursing. Also, violence is becoming more prevalent in health care settings. The first step for reducing violence is recognition of its potential risk factors. The aim of present study was assessment of violence against nurses and related risk factors in Iran.

Methods: In this descriptive-analytical and cross-sectional study Persian version of NEXT questionnaire was used. Sampling method was multistep sampling. Stratification was performed based on the hospital and then in each hospital questionnaires was given to nurses non-randomly. 1070 nurses working in 14 TUMS (Tehran University of medical sciences) hospitals were included in the study.

Results: Psychological violence from patients and their relatives against nurses included in the study was 60.3%. There was no significant relationship between age, sex, professional position, work experience, patients numbers who worked with participants in a single shift and average weekly work hours and psychological violence from patients and their relatives ($P<0.05$), but participants ward, work schedule, and work disturbances, had a significant relationship with psychological violence from patients/relatives.

Conclusion: Based on this study, violence against nurses is a common and important problem and further studies aimed to reduce that, with regard to risk factors achieved in this study, is essential.

Keywords: Violence, nurses, violence against nurses.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-29]