

خشونت کلامی و فیزیکی علیه پرسنل مامایی در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰

مریم مدرس^۱، شبنم فیضی^{۲*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۱۱

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: شناخت خشونت در محل کار به‌خصوص در مراکز مامایی یکی از مشکلات جدی در سطح جهان است. بنابراین فراهم نمودن اطلاعات زمینه‌ای لازم برای برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب لازم است. این پژوهش باهدف تعیین میزان خشونت کلامی و فیزیکی در بیمارستان‌های دولتی ارائه دهنده خدمات مامایی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مواد و روش کار: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ۳۷۰ مامای شاغل در بیمارستان‌های دولتی از اسفند ۱۳۹۹ تا مرداد سال ۱۴۰۰ در شهر تهران انجام گرفت. پس از نمونه‌گیری ۲ مرحله‌ای خوشه‌ای در انتخاب بیمارستان‌ها در نهایت ۱۰ بیمارستان دولتی دارای بخش زنان و زایمان وارد مطالعه شدند و ماماها شاغل در بخش‌های زنان و زایمان به‌صورت در دسترس و بر اساس معیارهای ورود وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خشونت در محل کار رحمانی و همکاران که پایایی آن در این مطالعه نیز بررسی و تأیید شد، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و آزمون تی مستقل انجام شد.

یافته‌ها: در کل ۴۱/۴ درصد از ماماها خشونت کلامی و ۷/۳ درصد خشونت فیزیکی را طی ۱۲ ماه گذشته در محل کار خود گزارش کردند. خشونت اعمال شده، بیشتر از سوی بیماران و بعد همراهمان آن‌ها به ترتیب (۷۰/۴ درصد) و (۵۲/۹ درصد) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: خشونت کلامی غالب‌ترین خشونت است که توسط بیماران و همراهمان آن‌ها در محل کار مامایی انجام می‌شود. بنابراین، برقراری سیستم رسمی گزارش دهی خشونت و آموزش راهکارهای مقابله با خشونت شغلی از سوی مدیران ضروری است.

کلیدواژه‌ها: ماما، خشونت شغلی، خشونت کلامی، خشونت فیزیکی، خشونت محل کار

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره نهم، پیاپی ۱۵۸، آذر ۱۴۰۱، ص ۶۹۷-۷۰۸

آدرس مکاتبه: تهران، میدان توحید، دانشکده پرستاری و مامایی تهران تلفن: ۰۹۱۲۳۸۸۰۲۵۷

Email: ma_modars@yahoo.com

حال انجام وظیفه هستند تعریف شده و شامل انواع بد رفتاری کلامی^۳، زورگویی و قلدری^۴، حمله فیزیکی^۵، خودکشی^۶، فشارهای روانی، آزار و اذیت نژادی^۷ و جنسی^۸ می‌باشد (۲). خشونت محل کار به‌عنوان یکی از مخاطرات جدی شغلی در امریکا سالانه منجر به ۹۰۰ مرگ و ۱/۷ میلیون آسیب جدی غیر کشنده می‌گردد. به‌طوری که ۱۳ درصد کادر درمانی حداقل یک مرتبه اهانت را گزارش

مقدمه

خشونت در محل کار به‌عنوان یک مشکل جدی و نگران کننده در سطح جهان مطرح شده که توجه همگان را به خود جلب کرده است (۱). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، خشونت در محل کار به‌صورت اعمال پرخاشگرانه نسبت به افرادی که در محل کار در

^۱ دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات مراقبتی پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ Verbal Abuse

^۴ Bulling and Mobbing

^۵ Physical Attack

^۶ Suicide

^۷ Racial Harassment

^۸ Sexual Harassment

می‌باشد. بخش‌های زنان زایمان نیز یکی از بخش‌هایی هستند که خشونت علیه کادر درمان در آن‌ها صورت می‌گیرد (۱۶).

ماماها با زنان و همسران آن‌ها در اتاق‌های پر تنش‌زایمان کار می‌کنند و زایمان می‌تواند برای این گروه از کارکنان یک پدیده استرس‌زا باشد. بنابراین جای تعجب نیست که ماماها و حتی دانشجویان این گروه مورد سوء استفاده کلامی زنان و همسران و خانواده آن‌ها قرار بگیرند (۱۷). کار کردن در زمینه مراقبت‌های زنان و زایمان در بیمارستان‌ها حساسیت بیشتری داشته و بسیار مورد توجه است. این خشونت‌ها شامل رفتارهایی مثل سوء استفاده کلامی، تحقیر و ارباب می‌باشد که به‌عنوان انواعی از آزار و اذیت اخلاقی در محل کار شناخته می‌شوند (۱۸ و ۱۹). بویل و مک کنا^۳ (۲۰۱۶) در استرالیا خشونت کلامی در محل کار علیه ماماها را ۱۸ درصد و ایجاد رعب و وحشت را ۱۷ درصد گزارش نموده‌اند (۱۸). نجار و همکاران (۲۰۱۵) در خوزستان مطالعه‌ای انجام دادند که ۵۷/۵ درصد ماماها شاغل در بیمارستان جهت ارائه خدمات مامایی و زنان، در مراکز بهداشت و مطب‌های خصوصی خشونت کلامی را تجربه کردند که ۶۰ درصد این خشونت‌ها از سوی همراهان بیماران بوده است (۲۰). دریک مرور سیستماتیک در ایران، بیشترین شیوع خشونت مربوط به خشونت کلامی (۸۳/۳ درصد) و بیشترین منبع خشونت با فراوانی ۶۰ درصد همراهان بیماران بوده است (۲۱). به دلیل اهمیت این موضوع به‌عنوان یک مخاطره شغلی (۲)، استرس‌زا بودن زایمان (۱۷)، اثرات بد خشونت در محل کار بر کارکنان (۹) و فراوانی‌های متنوع خشونت فیزیکی (۴) و کلامی، بررسی موضوع و یافتن راهکارهای خلاقانه مبتنی بر نتایج مطالعه جهت پیشگیری و کنترل خشونت علیه کارکنان در محیط بالین مامایی ضروری می‌نماید (۲۱). لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین فراوانی خشونت کلامی و فیزیکی در بیمارستان‌های دولتی ارائه دهنده خدمات مامایی در سال ۱۴۰۰ در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جامعه پژوهش شامل کلیه ماماها شاغل در بیمارستان‌های دولتی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند. نمونه‌های این پژوهش ۳۷۰ ماما شاغل در بخش‌های لیبر، زایمان و پست‌پارتوم بودند. محیط پژوهش ۱۰ بیمارستان دولتی در شهر تهران شامل: بیمارستان شهدای تجریش، آیت الله طالقانی، رسول اکرم (ص)، میلاد، بهارلو، ولیعصر، ضیائیان، مهدیه، آرش و خاتم الانبیاء بود. علت انتخاب این بیمارستان‌ها به‌عنوان محیط پژوهش، وجود بخش‌های زنان زایمان

کرده‌اند (۳) و میزان بروز خشونت منجر به آسیب علیه کادر درمانی، ۱/۹ در هر ۱۰۰ هزار ساعت کار گزارش شده است (۳). در مطالعه فلاحی خشک‌ناب و همکاران (۲۰۱۵) ۵۸۷۴ نفر از پزشکان و پرستاران و ماماها شاغل در مراکز درمانی ایران بررسی شدند که ۲۳/۵ درصد خشونت فیزیکی و حدود ۷۵ درصد نیز خشونت روانی و بیشترین منبع خشونت را همراهان بیمار (۵۶/۵ درصد) گزارش کردند (۴).

خشونت یکی از مصادیق جرم قلمداد شده و به راین اساس گلدستاین^۱ وقوع هر جرم را مستلزم سه عنصر مهاجم، قربانی و مکان وقوع ذکر نموده است که هر یک از این عناصر، وضعیت و ویژگی‌هایی دارد که تحقق آن‌ها امکان وقوع جرم را افزایش می‌دهد (۵). اداره امنیت و سلامت شغلی^۲ بیان می‌کند بر اساس نوع ارتباط مهاجم با قربانی خشونت، چهار نوع خشونت محل کار متمایز از هم وجود دارد. خشونت محل کار از نوع اول یک عمد جزایی است، به طوری که مهاجم هیچ دلیل قانونی برای حضور در محل کار پرسنل را نداشته است. نوع دوم خشونت محل کار زمانی بروز می‌کند که مددجو دلیل قانونی برای حضور در محل کار پرسنل را دارد، خشونت از نوع سوم می‌تواند خشونت همکار علیه همکار عنوان شود. در خشونت نوع چهارم یک ارتباط شخصی بین مهاجم و پرسنل وجود دارد (۶). بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها متداول‌ترین محل بروز خشونت هستند (۷) و بیشترین حملات نوع دوم خشونت هر ساله علیه کارکنان نظام مراقبت سلامت اعمال می‌گردد (۸). از طرفی خشونت شغلی می‌تواند تأثیر منفی بر شخصیت قربانی بگذارد، از جمله کاهش عزت نفس و منجر به افزایش ترک خدمت کارکنان (۹)، کاهش رضایت شغلی (۱۰)، ایجاد احساسات منفی مانند افسردگی و اضطراب گردد (۱۱). بیشتر اعمال خشونت آمیز شغلی به‌عنوان خشونت غیر فیزیکی و روانی طبقه‌بندی می‌شوند. برخی از قربانیان علائم اختلال استرس بعد از تروما^۲ را گزارش نموده‌اند (۱۲). غیبت از کار در نتیجه خشونت شغلی ایجاد شده، تبعات بدی برای مراقبت‌های بهداشتی به همراه دارد و همچنین کیفیت مراقبت از بیمار را به خطر می‌اندازد (۱۳). خشونت در محل کار نه تنها عواقب کوتاه مدت دارد، بلکه می‌تواند باعث صدمات طولانی مدت شود (۱۴ و ۱۵). به طوری که می‌تواند سبب آسیب‌های مالی مستقیم و غیرمستقیم به مؤسسات مراقبت سلامت شود (۱). خشونت علیه کادر درمان در قسمت‌های مختلف نظام سلامت صورت می‌گیرد که در این میان میزان خشونت اعمال شده علیه کادر درمان در بیمارستان‌ها به مراتب و به‌طور معنی‌داری بیشتر از دیگر قسمت‌ها

³ Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)

⁴ Boyle & MacKenna

¹ Goldstein

² Occupational Safety and Administration (OSHA)

تعیین اعتبار محتوای کیفی استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی گروه مامایی و سلامت باروری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه تهران داده شد و انظرات آن‌ها در اصلاح سؤالات استفاده شد. در نهایت میزان خشونت کلامی و فیزیکی به‌صورت فراوانی و درصد بیان شده است. اجرا به این صورت بود که پژوهشگر پس از طی مراحل قانونی و اخذ تأییدیه از کمیته اخلاق مشترک دانشکده پرستاری و مامایی و دانشکده توان‌بخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد IR.TUMS.FNM.REC.1399.135 و اخذ معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، به مسئولین بخش زنان و زایمان هر بیمارستان مراجعه نمود. سپس با توجه به ملاحظات اخلاقی درباره اهداف پژوهش توضیحات لازم به مسئولین بخش زنان و زایمان هر بیمارستان داده شد و مشارکت آنان جهت امضای فرم رضایت‌نامه جلب شد. سپس با توجه به معیارهای ورود به تعداد ماماها هر شیفت پرسشنامه‌ها توزیع شد. واحدهای پژوهش از طریق خودگزارشی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و پژوهشگر برای پاسخگویی به سؤالات آن‌ها در کنارشان حضور داشت و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات داده شد. همچنین پرسشنامه‌ها توسط مامای مسئول هر شیفت برای سه شیفت کاری به همراه شماره تلفن پژوهشگر در اختیار پرسنل قرار گرفت و فرصت یک هفته‌ای جهت تکمیل کردن پرسشنامه‌ها به آن‌هایی که فرصت بیشتر برای کامل کردن خواستند داده شد و در صورت هر گونه سؤال یا مشکل مجری پژوهش به‌صورت تلفنی هم پاسخگو بود. محقق در همان جا تعدادی را پس از تکمیل کارکنان جمع‌آوری نموده و جهت تکمیل ما بقی بعد از فرصت یک هفته‌ای در مراجعه مجدد و با هماهنگی با مسئول مربوطه، پرسشنامه‌های تکمیل شده تحویل گرفته شد. نمونه‌گیری از اسفند ۹۹ شروع و تا پایان مرداد ۱۴۰۰ به مدت ۶ ماه ادامه یافت.

اطلاعات موجود در پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگر استخراج شده و با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور توصیف شرکت‌کنندگان در پژوهش از نظر متغیرهای دموگرافیک، از آمار توصیفی و از جمله فراوانی و درصد استفاده شد. متغیر سن به صورت گروه بندی شده و برحسب درصد بیان شد. متغیرهای وضعیت تأهل، سابقه کاری، نوع استخدامی، میزان تحصیلات و نوع بخش مربوطه به‌صورت فراوانی و درصد فراوانی گزارش شد. از سوی دیگر متغیر خشونت شغلی علاوه بر اینکه میانگین، میانه، انحراف معیار، دامنه تغییرات و حداقل و حداکثر آن محاسبه گردید، به‌صورت گروه‌بندی شده (پایین، متوسط و بالا) نیز توصیف گردیدند. سطح معنی‌داری آزمون فرضیه‌ها، $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

در آن‌ها بود. روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای بود، به این صورت که از ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز استان تهران، تمام بیمارستان‌های دولتی دارای بخش زنان و زایمان در نظر گرفته شدند. سپس با روش تصادفی ساده از نوع جدول اعداد تصادفی، ۲ بیمارستان از هر منطقه انتخاب شد. یعنی به هر بیمارستان دولتی در ۵ منطقه ذکر شده که بخش زنان و زایمان داشتند یک شماره داده شد. بعد با استفاده از جدول اعداد از هر منطقه ۲ شماره به تصادف انتخاب شدند و نمونه‌گیری به‌طور مستمر تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت. برای تعیین حجم نمونه لازم با توان آزمون ۸۰ درصد، به‌منظور برآورد فراوانی خشونت شغلی در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد $d = 0.05$ از مقداری گذاری در فرمول کوکران و با توجه به مقاله رحمانی و همکاران (۲۲) حجم نمونه لازم $n = 370$ نفر برآورد گردید.

معیارهای ورود به پژوهش شامل: تمایل جهت شرکت در پژوهش، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار مامایی، داشتن حداقل مدرک کاردانی مامایی بود. در صورت تکمیل ناقص پرسشنامه (عدم پاسخ ۲۰ درصد و بیشتر)، از مطالعه خارج می‌شدند و تا تکمیل شدن حجم نمونه، نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس، ادامه یافت. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک دارای متغیرهای سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت تحصیلی همسر، شغل همسر، محل ارائه خدمت، وضعیت استخدامی و نوبت کاری و پرسشنامه خشونت در محل کار رحمانی و همکاران (۲۲) بود. این پرسشنامه تحت عنوان بررسی خشونت محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی در استان آذربایجان شرقی در ایران (۲۲) تهیه، روا و پایا گردیده بود، استفاده شد. این پرسشنامه تجربه خشونت محل کار طی ۱۲ ماه گذشته، نوع خشونت، فرد مهاجم، محل اعمال خشونت، و عکس العمل نسبت به خشونت را مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه حاوی ۲۲ سؤال است که جهت تسریع و سهولت تکمیل پرسشنامه به‌صورت چند گزینه‌ای طراحی شده است. در این پرسشنامه ضمن آوردن تعریفی از خشونت فیزیکی و کلامی، ۱۲ سؤال پیرامون خشونت فیزیکی و ۱۰ سؤال پیرامون خشونت کلامی آورده شده است.

برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش باز آزمون استفاده شده بود. بدین‌صورت که پرسشنامه در یک فاصله دو هفته‌ای توسط ۲۵ نفر از پرسنل فوریت‌های پزشکی تکمیل گردید و ضریب همبستگی ۰/۸۱ محاسبه شد (۲۲). همچنین در مطالعه حاضر نیز جهت تعیین پایایی از روش همبستگی بین ۲ آزمون استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه به ۲۰ ماما داده شد و پس از تکمیل پرسشنامه مجدداً ۲ هفته بعد پرسشنامه به همان افراد داده شد و ضریب همبستگی بین دو آزمون ۰/۷۶ محاسبه گردید. جهت تعیین روایی از روش

یافته‌ها

متأهل بوده‌اند. اکثریت ماماهاى مورد پژوهش (۷۸/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۱۲/۴ درصد دارای مدرک کاردانی بوده‌اند. ۳۱/۶ درصد در اتاق زایمان و ۳۰/۸ درصد در بخش لیبر مشغول به کار بوده‌اند.

براساس نتایج جدول شماره (۱) بیشتر ماماهاى شرکت‌کننده (۵۶/۴ درصد) در مطالعه در رده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال بودند، میانگین سنی افراد مورد پژوهش در مطالعه 31.6 ± 5.7 سال بوده است. در کل، ۵۷/۳ درصد از ماماهاى مورد پژوهش مجرد و ۳۹/۲ درصد

جدول (۱): متغیرهای دموگرافیک ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰

درصد	فراوانی	مشخصات فردی و شغلی	
۳۲/۱۶	۱۱۹	۲۰-۲۹	سن
۵۶/۴۸	۲۰۹	۳۰-۳۹	
۱۱/۳۶	۴۲	۴۰ به بالا	
۱۰۰	۳۷۰	مجموع	
انحراف معیار \pm میانگین			
۳۲/۵ \pm ۸/۵ (۲۲-۵۱)		بیشینه - کمینه	
		متأهل	وضعیت تأهل
۳۹/۲	۱۴۵	متأهل	
۵۷/۳	۲۱۲	مجرد	
۲/۷	۱۰	مطلقه	
۰/۸	۳	بیوه	
۱۰۰	۳۷۰	کل	
		کاردانی	وضعیت تحصیلی
۱۲/۴	۴۶	کاردانی	
۷۸/۴	۲۹۰	کارشناسی	
۹/۲	۳۴	کارشناسی ارشد	
۱۰۰	۳۷۰	کل	
		کلینیک	محل خدمت
۱۰/۸	۴۰	کلینیک	
۳۱/۶	۱۱۷	اتاق زایمان	
۳۰/۸	۱۱۴	بخش لیبر	
۲۶/۸	۹۹	پست پارٹوم	
۱۰۰	۳۷۰	کل	
		رسمی	وضعیت استخدام
۲۳/۸	۸۸	رسمی	
۳۴/۳	۱۲۷	پیمانی	
۳۱/۹	۱۱۸	قراردادی	
۱۰	۳۷	طرحی	
۱۰۰	۳۷۰	کل	
		۱ تا ۱۰	سابقه کار (سال)
۶۹/۷	۲۵۸	۱ تا ۱۰	
۲۶/۵	۹۸	۲۰ تا ۳۰	
۳/۸	۱۴	۳۰ تا ۴۰	
۱۰۰	۳۷۰	کل	
		صبح	شیفت
۲۹/۵	۱۰۹	صبح	
۹/۲	۳۴	عصر	

۲۵/۴	۹۴	شب
۳۵/۹	۱۳۳	گردشی
۱۰۰	۳۷۰	کل

همچنین بیشتر ماماهاى مورد پژوهش (۳۴/۳ درصد) به صورت پیمانی مشغول به فعالیت بودند. ۳۵/۹ درصد در شیفت‌های گردشی و ۲۹/۵ درصد در شیفت صبح مشغول به کار بوده‌اند. ۶۹/۷ درصد از ماماهاى شرکت‌کننده مورد پژوهش دارای سابقه ۱ تا ۱۰ سال و ۲۶/۵ درصد سابقه ۱۰ تا ۲۰ سال داشته‌اند (جدول ۱). نتایج جدول شماره (۲) نیز نشان می‌دهد که ۱۵۳ نفر از ماماهاى مورد پژوهش معادل ۴۱/۴ درصد از کل شرکت‌کنندگان تجربه مواجهه با خشونت کلامی را داشته‌اند.

جدول (۲): تجربه خشونت کلامی و فیزیکی گزارش شده توسط ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰

نوع خشونت	بلی تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	کل تعداد (درصد)
خشونت کلامی	۱۵۳ (۴۱.۴)	۲۱۷ (۵۸.۶)	۳۷۰ (۱۰۰)
خشونت فیزیکی	۲۷ (۷.۳)	۳۴۳ (۹۲.۷)	۳۷۰ (۱۰۰)

همچنین ۲۷ نفر معادل ۷/۳ درصد از کل شرکت‌کنندگان نیز خشونت فیزیکی را تجربه نموده بودند (جدول ۲). بر اساس نتایج جدول شماره (۳) در بین ماماهاى که دچار خشونت کلامی شده بودند، ۸۷/۶ درصد اعلام کرده بودند هر ۱ تا ۶ ماه یک بار دچار خشونت کلامی شده‌اند.

جدول (۳): ویژگی خشونت کلامی اعمال شده علیه ماماهاى شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۰

نوع خشونت	تعداد	درصد
دفعات مواجهه	هفته‌ای یک بار	۱۱
	ماهی یک بار	۳۲
	۴ ماه یک بار	۶۰
	۶ ماه یک بار	۴۲
	سالی یک بار	۸
	کل	۱۵۳
نوع خشونت	توهین	۱۷
	تحقیر	۳۱
	ترس	۳۳
	تمسخر	۲
	فحاشی	۴۲
	قلدری	۲۵
	سلاح سرد	۳
کل	۱۵۳	
عامل خشونت	بیمار	۸۱
	همراه بیمار	۶۲

۲/۶۰	۴	ماما
۴	۶	کارمند بیمارستان
۱۰۰	۱۵۳	کل

بود (جدول ۳). براساس نتایج جدول شماره (۴) واکنش بیشتر ماماهايي که دچار خشونت کلامی شده بودند، به صورت دعوت به خودداری از خشونت (۳۰/۱ درصد) و وانمود کردن به اتفاق نیفتادن (۲۶/۱ درصد) بوده است.

همچنین بیشتر خشونت‌های کلامی انجام شده به صورت فحاشی (۲۷/۵ درصد)، ایجاد ترس (۲۱/۶ درصد)، تحقیر (۲۰/۳ درصد) و قلدری (۱۶/۲ درصد) بود. بیشتر خشونت‌های کلامی نیز در (۵۲/۹ درصد) موارد توسط خود بیمار به وجود آمده بود. از سوی دیگر ۴۴/۴ درصد از خشونت‌های کلامی در شیفت صبح رخ داده

جدول (۴): نحوه‌ی مواجهه با خشونت کلامی توسط ماماهايي شاغل در بیمارستان‌های دولتی تهران در سال ۱۴۰۰

درصد	تعداد	نحوه‌ی مواجهه با خشونت کلامی
۱۲/۴	۱۹	بدون عکس العمل
۲۶/۱	۴۰	وانمود کردم اتفاقی نیفتاده
۳۰/۱	۴۶	دعوت به خودداری از خشونت
۱۱/۱	۱۷	اطلاع به دوستان و خانواده
۶/۵	۱۰	اطلاع به همکار
۴	۶	اطلاع به سرپرست
۹/۸	۱۵	ترک موقعیت مکانی
۱۰۰	۱۵۳	کل
۳/۹	۶	بلی
۸۳/۷	۱۲۸	خیر
۱۲/۴	۱۹	نمی‌دانم
۱۰۰	۱۵۳	کل
۳/۴	۵	اهمیت نداشتن
۶/۸	۱۰	خجالت کشیدن
۵/۴	۸	احساس گناه
۴۹	۷۲	ترس از عواقب
۳۵/۴	۵۲	بی فایده بودن
۱۰۰	۱۴۷	کل

بودند. هم چنین در ۸۳/۷ درصد از خشونت‌های کلامی اتفاق افتاده علت یابی خشونت انجام نشده است (جدول ۴).

۴۹ درصد اعلام کرده بودند که به علت ترس از عواقب ناشی از گزارش خشونت، اقدام به گزارش آن نکرده‌اند و ۳۵/۴ درصد نیز علت عدم گزارش خود را بی فایده بودن گزارش خشونت عنوان کرده

جدول (۵): نحوه‌ی مواجهه با خشونت فیزیکی توسط ماماهايي شاغل در بیمارستان‌های دولتی تهران در سال ۱۴۰۰

درصد	تعداد	نحوه‌ی مواجهه با خشونت فیزیکی
۱۱/۱	۳	دفاع از خود
۳۷	۱۰	اطلاع به همکار

۲۲/۲	۶	اطلاع به سرپرست	
۱۸/۶	۵	ترک موقعیت مکانی	
۱۱/۱	۳	تکمیل فرم خشونت فیزیکی	
۱۰۰	۲۷	کل	
۵۵/۶	۱۵	بلی	
۴۴/۴	۱۲	خیر	انجام علت یابی خشونت
۱۰۰	۲۷	کل	
۸۰	۱۲	مدیر بیمارستان	
۲۰	۳	عوامل انتظامی	علت یابی توسط چه کسی؟
۱۰۰	۱۵	کل	
۴۲/۹	۳	عدم اطلاعات کافی	
۵۷/۱	۴	بی فایده بودن	علت عدم گزارش خشونت
۱۰۰	۷	کل	
۷۷/۸	۲۱	بلی	
۲۲/۲	۶	خیر	قابل پیشگیری بودن خشونت
۱۰۰	۲۷	کل	

ترس از عواقب ناشی از گزارش خشونت، اقدام به گزارش آن نکرده بودند.

در مطالعه مروری سمیر و همکاران (۲۰۱۲) باهدف بررسی خشونت شغلی در پرستاران و ماماها شاغل در بخش‌های زنان و زایمان بیمارستان‌های مصر خشونت کلامی ۷۲/۹ درصد و خشونت فیزیکی ۲۷/۲ درصد (۲)، گزارش شده بود. اما در مطالعه فلاحی خشک‌ناب و همکاران (۲۰۱۶) باهدف بررسی خشونت روانی در کادر بهداشت و درمان در بیمارستان‌های آموزشی ایران، فراوانی خشونت کلامی در ماماها شاغل در بیمارستان‌ها ۰/۴٪ و خشونت فیزیکی از سوی همکاران ۰/۸ درصد گزارش شده است (۴). به نظر می‌رسد فراوانی خشونت کلامی و فیزیکی در مصر هم راستا با مطالعه حاضر بوده است، هرچند که فراوانی خشونت در کارکنان بالینی لیبر و زایمان مطالعه حاضر از بیمارستان‌های مصر کمتر بوده است. در حالی که این میزان در مطالعه فلاحی خشک‌ناب بسیار کمتر از خشونت کلامی و فیزیکی در مطالعه حاضر بوده است. البته تعداد ماماها شاغل شرکت کننده در مطالعه فلاحی خشک‌ناب کم بوده است و به طبع آن فراوانی خشونت کلامی کمتر از سایر مطالعات مورد بررسی گزارش شده است.

باید اضافه نمود که علل خشونت متفاوت است، به طوری که نشان داده شده است که خشونت شغلی می‌تواند با عللی از جمله: نوع محیط کاری، کارکردن در بیمارستان‌های عمومی یا دولتی، وجود کارکنان در گروه سنی بالاتر (۲۳)، وجود تأثیرات خارجی که

واکنش بیشتر شرکت کنندگان نسبت به خشونت فیزیکی به صورت اطلاع به همکاران (۳۷ درصد) و اطلاع به سرپرست بخش ۲۲/۲ درصد بوده است. علت یابی انجام خشونت در ۵۵/۶ درصد از موارد انجام شده است که ۸۰ درصد از علت یابی های خشونت انجام شده توسط مدیر مجموعه بوده است. ۷ مورد از خشونت‌های فیزیکی انجام شده گزارش نشده‌اند که به علت عدم اطلاع کافی شرکت کنندگان و بی فایده دانستن گزارش توسط آن‌ها بوده است. خشونت‌های فیزیکی انجام شده در ۷۷/۸ درصد از موارد به نظر شرکت کنندگان در مطالعه قابل پیشگیری بوده است (جدول ۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه باهدف تعیین وضعیت خشونت کلامی و فیزیکی در بیمارستان‌های دولتی ارائه دهنده خدمات مامایی به زنان شهر تهران انجام شد. ماماها مورد بررسی، اکثراً با میانگین سنی 32.5 ± 3.8 سال، مجرد، با سابقه ۱ تا ۱۰ سال و وضعیت استخدامی عمده آن‌ها پیمانی بوده است. همچنین قسمت اعظم پرسنل مامایی تحت مطالعه در شیفت‌های گردشی به خصوص صبح بودند. فراوانی خشونت شغلی در محیط بالینی بخش‌های زنان و زایمان بالا بود و بیشترین میزان آن مربوط به خشونت کلامی و از سوی بیماران بود. به طوری که خشونت کلامی ۴۱/۴ درصد و خشونت فیزیکی ۷/۳ درصد را شامل می‌شد. واکنش اکثریت ماماها به دنبال خشونت اعمال شده به آنان، دعوت به خودداری از خشونت بود که به علت،

در مطالعه الکوراشی و همکاران (۲۰۱۶) میزان خشونت کلامی علیه پرستاران بیمارستان عربستان سعودی از سوی بیماران ۵۰/۹ درصد و از سوی همراهان بیمار ۴۷/۰ درصد گزارش شده بود (۲۸) که همه مشابه و همسو با مطالعه حاضر است.

اما در مطالعه سمیر و همکاران (۲۰۱۲) (۲)، مطالعه نجار و همکاران (۲۰۱۵) (۲۰) و در مطالعه امینی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۹) بیشترین فراوانی مربوط به خشونت کلامی ولی از جانب همراهان و بستگان بیمار بود که با مطالعه حاضر مشابه نبود. البته باید اضافه نمود که نمونه‌گیری مطالعه حاضر در اوج شرایط پاندمی کووید ۱۹ انجام شد و مادران مبتلا به بیماری کووید ۱۹ در بخش‌های مختلف مربوط به زنان و زایمان وجود داشتند و به دلیل اثرات استرس و عوارض روحی ناشی از این بیماری میزان خشونت کلامی اعمال شده از سوی بیماران در این مطالعه بیشتر از سایر مطالعات مورد بررسی گزارش شد.

همچنین در مطالعه‌ی نجار و همکاران (۲۰۱۶) فراوانی خشونت کلامی از سوی همکاران ۱۰ درصد (۲۰) و مطالعه پارک و همکاران (۲۰۱۴) در کره جنوبی، میزان خشونت کلامی تجربه شده توسط پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی بیمارستان از سوی همکاران ۱۰/۵ درصد (۲۷) گزارش شد. البته باید توجه نمود که بسیاری از خشونت‌های کلامی مورد توجه قرار نمی‌گیرند. همان طوری که اداره آمار امریکا صدماتی را که حداقل باعث یک روز غیبت از کار شود، ثبت می‌کند (۳۰). در نتیجه شیوع خشونت‌های غیرفیزیکی مانند پرخاشگری کلامی، رفتارهای تهدیدآمیز کمتر شناخته می‌شوند. چنین خشونت‌هایی که به شخص آسیب جدی وارد نمی‌کند به میزان قابل‌توجهی گزارش نمی‌شود (۳۰). در مطالعه سمیر و همکاران (۲۰۱۲) از مصر، فراوانی خشونت کلامی از سوی همکاران ماما (۲۵/۲ درصد) بالاتر از مطالعات مورد بررسی گزارش شده است (۲).

از طرفی در مطالعه حسین آبادی و همکاران در سال (۲۰۱۳) باهدف بررسی خشونت شغلی علیه پرستاران بیمارستان‌های آموزشی خرم آباد، میزان خشونت فیزیکی از سوی همکاران ۵/۸ درصد گزارش شده است و خشونت فیزیکی از سوی بیماران و همراهان آن‌ها بسیار کمتر از این است (۳۱). در مطالعه پارک و همکاران (۲۰۱۵) از بررسی خشونت در بیمارستان‌های دانشگاهی کره جنوبی، میزان خشونت فیزیکی از سوی همکاران ۱/۸ درصد گزارش شده است (۲۷). البته همان طور که بیان شد، در مطالعه حاضر موارد کمی از خشونت کلامی و فیزیکی از سوی همکاران گزارش شد. دلیل عدم مشابهت در مطالعات مختلف می‌تواند تفاوت در نوع و حجم نمونه مطالعات ذکر شده و یا وجود اختلافات فرهنگی بین کشورها (۱۸ و ۲۶) باشد.

متمركز بر محیط بیمارستان هستند مانند: پر سر و صدا بودن محیط کار، کمبود پرسنل (۲)، ارتباط ضعیف بین کارکنان، عدم آموزش کافی، پشتیبانی مدیریتی ضعیف، بیماری‌های روانی (۱۶) در ارتباط باشد. بنابراین با توجه به تأثیر عوامل مختلف بیرونی و درونی محیط کار، فراوانی‌های متفاوتی از خشونت در محل‌های کار بالینی گزارش شده است که با مطالعه حاضر متفاوت است.

از طرفی نشان داده شده افرادی که خشونت روانی را تجربه می‌کنند، ۷ برابر بیشتر قربانی خشونت جسمی یا فیزیکی می‌شوند (۱۹) و یا در اثر ترس، ممکن است افراد دچار باورها و تصمیمات غلط و غیر منطقی در آن شرایط شوند (۲۴). همچنین اختلال در برنامه‌های روزمره و برنامه کاری به علت تغییر شرایط، می‌تواند منجر به خراب شدن روابط مثبت و ایجاد خشونت گردد (۲۵). البته وجود این موارد به علت این که پژوهش در شرایط کووید ۱۹ انجام شد، غیر محتمل نمی‌باشد. در مطالعه بویل و همکاران (۲۰۱۶) باهدف بررسی خشونت شغلی در دانشجویان مامایی دانشگاه موناخ استرالیا، خشونت فیزیکی صفر گزارش شده است (۱۸) که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. البته در مطالعه بویل افراد شرکت کننده دانشجویان سال چهارم مامایی بودند که هنوز در محیط کار استخدام نشده بودند. در حالی که در مطالعه حاضر ماماها شاغل و در شرایط متفاوت مورد بررسی قرار گرفتند.

با توجه به اینکه خشونت در محل کار نه تنها عواقب کوتاه مدت دارد، بلکه می‌تواند باعث صدمات طولانی مدت نیز شود (۱۴)، لازم است در مورد دانشجویان حساسیت بیشتری به عمل بیاید. البته کاپر و همکاران (۲۰۲۰) در یک مرور سیستماتیک باهدف بررسی خشونت دربالین درباره دانشجویان مامایی به این نتیجه رسیدند که خشونت به میزان بالایی به صورت قلدری در محل کار به این دانشجویان اعمال شده که می‌تواند آینده حرفه‌ای آن‌ها را در معرض خطر قرار دهد و از برنامه ریزان و سیاست‌گذاران خواسته بودند که در این مورد مداخلات لازم پیشگیرانه را انجام دهند (۲۶). به نظر می‌رسد حتی سال‌های خدمت و سن کارکنان (۲۳) در متفاوت شدن این فراوانی‌ها می‌تواند نقش داشته باشد. البته زمانی که فراوانی خشونت‌های فیزیکی افزایش پیدا می‌کند، باید سعی نمود که اقدامات پیشگیری به سرعت انجام شود و با مداخله جدی مدیران از ادامه تعارضات در محیط کار جلوگیری شود (۲۶). نتایج مطالعه حاضر نشان داد که فراوانی خشونت کلامی از سوی بیماران زیاد بوده است و بعد از آن از سوی همراهان و بستگان بیماران در کمتر از نیمی از موارد اعمال خشونت کلامی صورت گرفته است. در مطالعه پارک و همکاران (۲۰۱۵) میزان خشونت کلامی تجربه شده توسط پرستاران شاغل در بخش‌های عمومی بیمارستان از سوی بیماران ۶۲/۳ درصد و همراهان بیمار ۶۰/۲ درصد گزارش شده بود (۲۷).

بیمارستان‌های استرالیا، باید فرد در محیط کار احساس راحتی کند و اگر خشونت پیش بیاید، در صورتی که قادر باشد، خودش موقعیت را مدیریت کند و در غیر اینصورت سریعاً به همکار یا فرد توانمندی که قادر به حل مشکل باشد و یا مدیر مسئول اطلاع دهد (۲۶). الشاوش^۱ و همکاران (۲۰۲۱) نیز در مورد خشونت به دانشجویان پرستاری، برنامه‌های حمایتی مربیان و جلسات آموزش تاب‌آوری برای فارغ‌التحصیلان جدید و کمک به ایجاد محیط‌های بالینی ایمن و سالم را پیشنهاد کردند (۳۵). از محدودیت‌های این پژوهش وجود شرایط پاندمی کرونا در زمان انجام پژوهش بود. بسیاری از زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های محل مطالعه حاضر، خودشان و یا یکی از اعضای خانواده آنان درگیر بیماری کووید ۱۹ شده بودند. البته همین شرایط در مورد خود ماماها هم وجود داشت که باعث شده بود آن‌ها برای مراقبت از بیماران خود، علاوه بر لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی و حفظ احترام به همکاران، برای پیشگیری از سخت تر شدن اوضاع، در شرایط پیش آمده همراه با استرس بیشتری به وظایف خود در بیمارستان‌ها عمل می‌نمودند.

با توجه به افزایش خشونت کلامی و همچنین خشونت فیزیکی در درجه بعدی برای ماماها در بیمارستان‌های دولتی ارائه دهنده خدمات مامایی به‌خصوص از سوی بیماران و بعد همراهان آنان، پیشنهاد می‌شود، مدیران بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، همچنین مدیران مامایی و سیاست‌گذاران نظام سلامت، خشونت محل کار را جدی‌تر در نظر بگیرند. همچنین با استفاده از نتایج این تحقیق، اقدامات مداخله‌ای جهت کاهش خشونت محیط بالین اعم از افزایش تعداد پرسنل، آموزش‌های عمومی در خصوص مدیریت خشم و آموزش تعهد حرفه‌ای و مهارت‌های مقابله با خشونت اجرا نمایند تا در راستای بهبود کیفیت خدمات مامایی گام مهمی بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی به پیامدهای خشونت محل کار و اثرات دراز مدت آن بر سلامتی شاغلین بیمارستان توجه بیشتری شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی مصوب در دانشکده پرستاری و مامایی تهران است که در کمیته اخلاق این دانشکده با کد شماره IR.TUMS.FNM.REC.1399.135 ثبت گردید. از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران که حمایت مالی این طرح را بر عهده داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

از طرفی در مطالعه حاضر اکثر ماماها به دنبال علت یابی خشونت نبودند و همچنین واکنش اغلب آن‌ها دعوت به خودداری از خشونت بود. در مطالعه رحیمی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۲)، طالبی و همکاران (۱۳۹۳) نیز دعوت به آرامش در بین همراهان و بیماران مهاجم صورت گرفته است (۳۳). بالاخره به تدریج با عدم گزارش دهی و عدم پیگیری خشونت، به دلیل اعتقاد به بی نتیجه بودن آن، بی‌تفاوتی مدیران، عدم وجود سیستم گزارش دهی خشونت و نگرانی از وقوع مجدد خشونت، ناراضی‌پرسی پرسنل از محل کار، رشد خواهد کرد (۶). پر کار بودن محل کار، وجود شرایط پراسترس و نوع بیمارستان از نظر دولتی یا خصوصی بودن، عواملی هستند که بر خشونت و نحوه برخورد افراد اثر گذار است (۱۶). البته ارتقای مهارت‌های ارتباطی کارکنان درمانی نقش مهمی در کاهش خشونت بخصوص در بین همکاران می‌تواند داشته باشد (۳۲).

در مطالعه حاضر هرچند که خشونت فیزیکی کم بود و در اکثر موارد مدیران در صورت اطلاع از وقوع خشونت فیزیکی با علت یابی رسیدگی نمودند و اکثریت ماماها عقیده داشتند که خشونت فیزیکی قابل پیشگیری است. اما در مطالعه صلواتی و همکاران (۲۰۱۵)، خشونت فیزیکی بسیار بیشتر (۴۳ درصد) گزارش شد. به طوری که نزدیک به یک چهارم از پرستاران اقدام به ترک خدمت و یا مرخصی نموده بودند و حداکثر کار انجام شده از طرف مدیران، تغییر شیفت و نوبت کاری گزارش شده است (۳۴). البته نقش ارتباط اختلاف فرهنگی و آب و هوای متفاوت درمیزان فراوانی و نوع خشونت (۲۶) و محرومیت احتمالی بیمارستان محل پژوهش را از نظر امکانات، شرایط اقتصادی-اجتماعی و جغرافیایی در غیر همسویی نتایج با مطالعه حاضر نمی‌توان نادیده گرفت. شپیرو و همکاران (۲۰۱۷) نتیجه‌گیری نمودند که اکثر دانشجویان مامایی به هنگام خشونت اعمال شده در محیط بالین، اولین کاری که کرده بودند به صورت غیر رسمی به دوست یا همکار یا سوپروایزور خود اطلاع داده بودند. درحالی که در بعضی از آنان که بی توجهی کرده و اطلاع نداده بودند، خشونت موجب علائم استرس پس از حادثه و رفتارهای اجتنابی در آنان شده بود (۱۵). بنابراین همکاران با ارتباط حرفه‌ای مناسب با یکدیگر می‌توانند در مقابله با خشونت به هم کمک نمایند. از پیامدهای خشونت محل کار، رنج و نگرانی از آینده حرفه‌ای است. به طوری که خشونت محل کار در محیط‌های بالینی توانسته باعث رنج دانشجویان مامایی شده و حتی آن‌ها را از علاقه به ادامه حرفه مامایی در آینده باز دارد (۱۵). به همین دلیل کاپر و همکاران (۲۰۲۰) پیشنهاد کردند که طبق راهنمای بالینی کار ایمن در

¹ Alshawush K, Hallett N, Bradbury-Jones C.J

References:

1. Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, et al. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ Open* 2017;7(6):e013105.
2. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *East Mediterr Health J* 2012;18 (3), 198-204.
3. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future directions. *J Emerg Med* 2012;43(3):523-31.
4. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Najafi F, Ghazanfari N, Tamizi Z, Ahmadvand H. Psychological violence in the health care settings in Iran: A cross-sectional study. *Nurs Midwifery Stud* 2015;4(1):e24320
5. Ahmadi S, Derafshan M. The relationship between cultural capital and problem solving skills among students. *Socio-Cultural Research J Rahbord* 2013;2(4)serial 9:135. (Persian) http://rahbordfarhangi.csr.ir/article_123247.html
6. (OSHA) OSAHA. Guidelines for Preventing Workplace Violence for Healthcare and Social Service Workers. In: Labor USDo, editor. 2008.
7. Esmacili R, Lameh Jouybar A, Violence against Emergency Nurses and some related factors. *Clin Exc* 2020;9(4):34-44 (Persian).
8. Kuehn BM. Violence in health care settings on rise. *JAMA* 2010;304(5):511-2.
9. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *J Occup Organ Psychol* 2010;83(4):955-79.
10. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. *Workplace Health Saf* 2015;63(5):200-10.
11. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: An integrated model. *Anxiety Stress Coping* 2011;24(5):499-513.
12. Pouwer F, Kupper N, Adriaanse MC. Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Discov Med* 2010;9(45):112-8.
13. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Nurses' experience of adjusting to workplace violence: A theory of adaptation. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(3):186-94.
14. Kivimaki M, Virtanen M, Kawachi I, Nyberg ST, Alfredsson L, Batty GD, et al. Long working hours, socioeconomic status, and the risk of incident type 2 diabetes: a meta-analysis of published and unpublished data from 222 120 individuals. *lancet Diabetes Endocrinol* 2015;3(1):27-34.
15. Shapiro J., J Boyle M., McKenna L., Midwifery student reactions to workplace violence, *Women Birth* 2017;31(1):e67-71.
16. de Sousa LS, Oliveira RM, Ferreira Brito YC, Cavalcante Fernandes BK, Montesuma FG, Melo Dodt RC. workplace violence in the hospital obstetrics. *J Nurs UFPE Online* 2018;12(10):2794-802
17. Shea T, Sheehan C, Donohue R, Cooper B, De Cieri H. Occupational violence and aggression experienced by nursing and caring professionals. *J Nurs Scholarsh* 2017;49(2):236-43.
18. Boyle M, McKenna L. Paramedic and midwifery student exposure to workplace violence during clinical placements in Australia—A pilot study. *Int J Med Educ* 2016;7:393.
19. McKenna L, Boyle M. Midwifery student exposure to workplace violence in clinical settings: An exploratory study. *Nurse Educ Pract* 2016;17:123-7.

20. Najar S, Alipour MM, Afshary P, Hagigie E. Review the amount of verbal violence against midwives and its related factors in midwife of Khuzestan province. *Int J Bioassays* 2015; 4(7):4134-8
21. Hadizadeh Z, Irani m, Sharifi N, Larki M. Investigation of Workplace Violence Against Midwives: A Systematic Review. *Navidno J Med Sci* 2019;21(68):50-61. (Persian)
22. Rahmani A, Allahbakhshian A, Dadashzade A, Namadar H, Akbari M. Assesing workplace violence toward EMS' personnel in prehospital settings of East Azarbaijan province. *Iran J Forensic Med* 2009;15(2-s54):100-7. (Persian).
23. Demir D, Rodwell J. Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses. *J Nurs Scholarsh* 2012;44(4):376-84.
24. Dong L, Hu S, Gao J, discovering drugs to treat coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Drug Disco Ther* 2020; 14(1): 58–60. <https://doi.org/10.5582/ddt.2020.01012>.
25. Leili Salehi, Mitra Rahimzadeh, Elham Molaei, Hamideh Zaheri, Sara Esmaelzadeh-Saeieh, The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain Behav* 2020;10(11): e01835. [Available from <https://doi.org/10.1002/brb3.1835>]
26. Capper T, Muurlink O, Williamson M. Midwifery students' experiences of bullying and workplace violence: A systematic review. *Midwifery* 2020; 90:102819. doi: 10.1016/j.midw.2020.102819. Epub 2020 Aug 14.
27. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(1):87-95.
28. Alkorashy HAE, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev* 2016;63(2):226-32.
29. Amini R, Mohammadi N, Karaji F, Tapak L. Frequency of the Type of Workplace Violence Against Hamadan Medical Emergency Technicians and Its Relationship with Individual and Occupational Variables, 2018. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2020; 27 (6):381-393. (Persian)
30. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Luborsky M, Upfal MJ, Russell J, et al. Underreporting of workplace violence: comparison of self-report and actual documentation of hospital incidents. *Workplace health Saf* 2015;63(5):200-10.
31. HosseinAbadi R, Biranvand S, Anbari K, Heidari H. Workplace violence against nurses working in Khorramabad educational hospitals and their Confronting behaviors in violent events.. *Nurs Midwifery J* 2013;11(5). (Persian)
32. Rahimi A, Arsalani N, Fallahi-Khoshknab M, Biglarian A. The effect of communication skills training on violence against nurses in the hospitals affiliated to the social security organization in Isfahan province. *Iran J Nurs Res* 2019;14(2):44-51. (Persian)
33. Talebi S, Shahrabadi H, Safari E. Verbal and physical violence against nurses in Sabzevar hospitals in 2014. *J Educ Ethics Nurse* 2014;3(2):29-35.
34. Salavati, daraie, tabesh, aradoei, salavati. Workplace violence against nurses in Ahvaz educational hospitals. *Nurs Midwifery J* 2015; 12 (11):1018-27.
35. Alshawush K, Hallett N, Bradbury-Jones C.J, The impact of transition programs on workplace bullying, violence, stress and resilience for students and new graduate nurses: A scoping review. *J Clin Nurs* 2022;31(17-18):2398-417. doi: 10.1111/jocn.16124. Online ahead of print.

VERBAL AND PHYSICAL VIOLENCE AGAINST MIDWIFES WORKING IN PUBLIC HOSPITALS OF TEHRAN IN 2021

Maryam Modarres¹, Shabnam Feyzi^{2*}

Received: 04 February, 2022; Accepted: 31 January, 2023

Abstract

Background & Aims: Recognizing workplace violence, especially in midwifery centers, is one of the serious issues worldwide. So, providing background information on violence against midwives is necessary for proper planning and policy-making. This study aimed to determine the status of verbal and physical violence against midwives working in public hospitals in Tehran in 2021.

Methods & Materials: This cross-sectional study was performed on 370 midwives working in public hospitals from February 2021 to July 2021 in Tehran. After 2-stage cluster sampling in selection of the hospitals, ten teaching hospitals with obstetrics and gynecology wards were included in the study and midwives working in the obstetrics and gynecology wards were included based on convenience sampling and according to the inclusion criteria. The data was collected using the workplace violence questionnaire of Rahmani and colleagues which its reliability and validity were also evaluated and confirmed in this study. Data were analyzed in SPSS software version 22 using an independent t-test.

Results: Overall, 41.4 percent of midwives reported experiencing verbal violence and 7.3 percent reported physical violence at work in the last 12 months. Physical and verbal violence were mostly committed by patients (70.4 percent) and then by their companions (52.9 percent), respectively.

Conclusion: Verbal violence is the most dominant violence perpetrated by patients and their companions in midwifery workplaces. Therefore, establishing a formal violence reporting system and teaching how to deal with occupational violence by hospital officials is essential.

Keywords: Midwife, Occupational Violence, Physical Violence, Verbal Violence, Workplace Violence

Address: Midwifery and Reproductive Health Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: +989123880257

Email: ma_modars@yahoo.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Associate Professor, Medical Education, Midwifery and Reproductive Health Department, researcher of Nursing & Midwifery Care Research Center, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Master graduate of Midwifery and Reproductive Health Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author)