

## شیوع خشونت محیط کار، نحوه مواجهه و پیامدهای آن در کارکنان فوریت‌های پزشکی: یک مطالعه توصیفی-مقطعی

نیما صادق‌زاده<sup>۱</sup>، یاسر مرادی<sup>۲\*</sup>، حسین جعفری‌زاده<sup>۳</sup>، وحید علی‌نژاد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۱۱/۱۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خشونت محل کار یکی از انواع خطرات شغلی است که به‌طور فزاینده‌ای در سراسر جهان در حال رشد می‌باشد. شیفت‌های طولانی، استرس‌های شدید، محیط‌های منزوی و کنترل نشده، تماس مستقیم با مددجویان مضطرب و ماهیت کاری، تماماً پرسنل فوریت‌های پزشکی را در معرض خطر روبرویی با انواع خشونت‌های محل کار قرار می‌دهد. این مطالعه باهدف تعیین شیوع خشونت محیط کار، نحوه مواجهه و پیامدهای آن در کارکنان فوریت‌های پزشکی استان آذربایجان غربی انجام شد.

**مواد و روش کار:** این مطالعه توصیفی-مقطعی در سال ۱۴۰۱ در استان آذربایجان غربی انجام شد. تعداد ۴۰۰ نفر از کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد خشونت محل کار در بخش بهداشت به‌صورت الکترونیکی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی مثل فراوانی مطلق، میانگین، انحراف معیار و میانگین درصدی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که ۶۱ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی در یک سال گذشته خشونت محل کار را تجربه کرده‌اند که ۵۴/۳ درصد خشونت کلامی، ۱۹/۳ درصد خشونت فیزیکی، ۱۸ درصد خشونت قومی و ۱۰ درصد خشونت جنسی بوده است. کارکنان فوریت‌های پزشکی در پاسخ به تمامی انواع خشونت‌های محل کار تجربه‌شده، غالباً مهاجم را به آرامش دعوت کرده و از نظر آنان علت عدم گزارش، بی‌فایده بودن گزارش‌دهی مشخص شد. همچنین اکثراً از نحوه رسیدگی به حوادث گزارش شده بسیار ناراضی بودند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی در معرض خشونت بالایی قرار دارند. لذا ضروری است زمینه‌های لازم برای کاهش و پیشگیری از خشونت محل کار و افزایش امنیت در این کارکنان از قبیل آموزش عموم مردم با حرفه فوریت‌های پزشکی و شرایط کاری پرتنش، تدوین سیستم گزارش‌دهی حوادث خشونت و رسیدگی به آن و تبیین سیستم‌های حمایتی از آسیب دیده‌گان فراهم گردد.

**کلیدواژه‌ها:** فوریت‌های پزشکی، اورژانس پیش بیمارستانی، خشونت محل کار

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره نهم، پیاپی ۱۵۸، آذر ۱۴۰۱، ص ۷۵۴-۷۴۱

آدرس مکاتبه: ارومیه، کیلومتر ۱۱ جاده سرو، پردیس نازلو، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. تلفن: ۰۹۱۴۳۸۷۶۲۳۴

Email: Yasermoradi1045@yahoo.com

### مقدمه

بهداشت جهانی (WHO) خشونت در محل کار را این‌گونه تعریف کرده است: حادثی که کارکنان در شرایط مربوط به کارشان از جمله رفت‌وآمد به محل کار، مورد سوء استفاده، تهدید یا تعرض قرار می‌گیرند و موجب ایجاد یک چالش در امنیت، رفاه زیستی و

خشونت محل کار (WPV<sup>۵</sup>) به هر حادثه یا موقعیتی گفته می‌شود که در آن شخصی در محیط کار و یا موقعیت‌های مربوط به آن مورد سوء استفاده، تهدید یا حمله قرار گیرد (۱-۳). سازمان

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> استادیار پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> مربی پرستاری، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

<sup>۴</sup> استادیار آمار زیستی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

<sup>۵</sup> Workplace Violence

خاورمیانه را گزارش کردند (۱۸، ۱۹). آمار جهانی نشان داده است که ۸۳٫۳ درصد تکنسین‌های فوریت پزشکی حداقل یک‌بار در سال خشونت محل کار را تجربه می‌کنند (۱). در سال ۲۰۱۶، در ایران ۸۴ درصد تکنسین‌های فوریت پزشکی حداقل یک‌بار در سال خشونت محل کار گزارش کرده‌اند (۲۰).

خشونت علیه پرسنل پرهنزینه بوده و به‌طور مستقیم در هزینه‌های درمانی و یا به‌طور غیرمستقیم جهت مراقبت‌های روانی کارکنان، غیبت از کار، کاهش بهره‌وری، ترک شغل، جبران کمبود کارکنان و شکایت‌های قانونی تأثیر می‌گذارد (۲۱، ۲۲). همچنین خشونت در محل کار موجب اثرات منفی بر روابط شخصی و کاری شده و می‌تواند در محیط کار باعث کاهش کیفیت مراقبت (۳)، کاهش رضایت شغلی و عملکرد پرسنل (۲۵-۲۳)، از دست دادن علاقه به کار و ترک حرفه (۱۶، ۲۵)، افت کیفیت مراقبت از بیماران (۲۵، ۲۶) و فرسودگی شغلی شده و بروز حوادث ناخواسته را به دنبال داشته و در نهایت ایمنی بیمار را به مخاطره بیندازد (۲۳). از طرفی دیگر مشخص شده است که خشونت محیط کار داخلی، با سطوح بالاتری از آشفتگی، تعاملات بین فردی ضعیف و تمایل به ترک شغل همراه می‌باشد (۱۳).

کارکنان فوریت‌های پزشکی، به‌عنوان جزء حیاتی از مراقبت‌های بهداشتی و سیستم‌های واکنش در بلایا، با بیماری‌هایی که نیاز به خدمات اورژانسی دارند، مواجه می‌شوند. کارکنان این حرفه با بیماران مختلف در موقعیت‌های متفاوت (مانند صحنه تصادف یا بلاهای طبیعی) ملاقات کرده و ملزم به ارائه خدمات پزشکی هستند. بنابراین، این کارکنان نمی‌توانند از کار در شرایط استرس‌زا اجتناب کنند و باید مراقبت‌های پزشکی فوری و کمک‌های اولیه پزشکی را در محل حادثه و در مسیر بازگشت به بیمارستان ارائه دهند. ارائه خدمات مناسب پیش بیمارستانی مستلزم ارتباط مؤثر بین کارکنان فوریت‌های پزشکی و بیماران و همراهان آن‌ها است. کارکنان فوریت‌های پزشکی به دلیل ماهیت شغلی که دارند در معرض خشونت توسط بیمار یا همراهانشان و حتی همکاران خود هستند. لذا باوجود اهمیت خشونت در محیط کار تکنسین‌های فوریت پزشکی و پیامدهای جبران‌ناپذیر آن (۳، ۱۶، ۲۶-۲۱)، آمار بالای بروز در سرتاسر جهان (۱، ۲، ۱۹-۱۵)، سطح رخداد بالای خشونت محیط کار ما بین تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی نسبت به سایر مشاغل (۱، ۸، ۲۷) و تحمیل هزینه‌های اضافی به سازمان و کارکنان (۲۱، ۲۲)، مطالعه حاضر باهدف تعیین شیوع خشونت محیط کار، نحوه مواجهه و پیامدهای آن در کارکنان فوریت‌های پزشکی استان آذربایجان غربی در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

سلامتی آن‌ها می‌شود (۴). این نوع خشونت یکی از نگرانی‌های مهم بهداشتی و مسائل مدیریتی محسوب شده که با ایجاد ناامنی در محل کار، بر عملکرد پرسنل بهداشتی و روابط حرفه‌ای آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۵).

در بسیاری از مطالعات خشونت محل کار به دو دسته فیزیکی و کلامی طبقه‌بندی شده‌اند (۹-۶). بر اساس سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران، انواع خشونت در محل کار شامل خشونت فیزیکی (استفاده از قدرت بدنی علیه شخص یا گروهی، از جمله ضرب و شتم)، خشونت کلامی (رفتارهایی مانند توهین، تحقیر، فریاد، فحاشی، زورگویی و دادوفریاد) و خشونت فرهنگی (هرگونه آزار و اذیت، تحقیر، تمسخر و ... به دلیل قومیت، نژاد، زبان، دین و محل تولد) است (۱، ۲). در برخی از مطالعات آزار جنسی نیز جز انواع خشونت‌های محیط کار محسوب می‌شود (۱۰، ۱۱). حسینی کیا و همکاران در سال ۲۰۱۷ خشونت‌های کلامی را بیشترین نوع خشونت در محل کار (۷۸٫۱ درصد) بیان کرده است (خشونت فیزیکی ۶۰٫۳ درصد و خشونت فرهنگی ۳۱٫۷ درصد) (۱). علاوه بر این خشونت محل کار در محیط درمانی به دو صورت داخلی (آغاز شده توسط همکاران و کارفرمایان) و خارجی (آغاز شده توسط بیماران و همراهان بیماران) نیز دیده می‌شود (۱۲). در مقایسه با خشونت خارجی که اغلب گاه‌به‌گاه و پراکنده رخ می‌دهد، خشونت داخلی بیشتر مزمن و سیستماتیک است (۱۳). همچنین در اکثر خشونت‌های غیر فیزیکی، همکاران و سایر کارکنان نقش اصلی را بر عهده دارند (۱۴). علی‌رغم این واقعیت که خشونت در همه محیط‌های کاری رخ می‌دهد، اما کارکنان بهداشتی بیشتر در معرض خشونت محیط کار قرار دارند (۱، ۲، ۷).

با توجه به ماهیت کار تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی که همیشه در معرض خطر رویارویی با خشونت بیماران یا همراهانشان هستند (۱)؛ تماس‌های حضوری مکرر با مددجویان (به‌طور کلی بیماران و شهروندان)، شیفت‌های طولانی و طاقت‌فرسا، استرس شدید در موارد اورژانسی (۱۲) و کار در محیط‌های منزوی و کنترل نشده، همگی می‌توانند موجب بروز سریع‌تر خشونت ناشی از محیط کار در این افراد بشوند (۲). خشونت در محیط کار یک مشکل جهانی بوده و شیوع آن به‌طور مداوم در حال افزایش است (۲، ۱۵، ۱۶). لئو<sup>۱</sup> و همکاران طی یک مطالعه مروری نشان دادند که شیوع خشونت محل کار بر علیه کارکنان بهداشتی و درمان در آمریکا، استرالیا، اروپا و آسیا بیشتر بوده و این شیوع در آسیا نسبت به اروپا به علت مسائل فرهنگی بیشتر است (۱۷). مطالعات دیگری نیز بالا بودن سطح خشونت علیه کارکنان بهداشتی و درمان را در کشورهای

<sup>۱</sup> Liu

## مواد و روش کار

این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف در بیشتر کشورها استفاده شده است. در ایران آقاجانلو و همکاران این پرسشنامه را در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای دانشجویان پرستاری ترجمه و روایی محتوا پرسشنامه را تأیید کردند. همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آزمون-آزمون مجدد تأیید شده بود (۳۰/۸۹) (۲۹). همچنین اسماعیل‌پور و همکاران این پرسشنامه را برای پرستاران بخش اورژانس ترجمه و استفاده کرده بودند. پایایی نسخه فارسی ابزار از طریق آزمون-آزمون مجدد تأیید شده است (۳۰/۸۶) (۳۰). پس از گردآوری داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ از نظر آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

محققین در تمام مراحل تحقیق اعم از بررسی متون، اجرا مطالعه و گزارش نهایی متعهد به رعایت اصول اخلاقی بیانیه هلسینکی بوده‌اند. قبل از نمونه‌گیری و انجام مطالعه مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه اخذ نمودند (۱) و تمامی واحدهای پژوهش بعد از دریافت توضیحات کامل در مورد مطالعه به صورت آنلاین رضایت آگاهانه را امضاء نمودند.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰۰ نفر از کارکنان فوریت پزشکی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی ارومیه شرکت کردند. میانگین سن کارکنان فوریت‌های پزشکی مورد پژوهش  $4/75 \pm 30/34$  بود. اکثریت آنان متأهل (۶۱/۴ درصد) بودند. بیشتر نمونه‌های مورد پژوهش دارای رشته تحصیلی فوریت (۷۰ درصد)، مدرک کاردانی (۴۴/۲ درصد)، وضعیت استخدامی رسمی (۳۰/۳ درصد) و سابقه کاری ۲ تا ۵ سال (۳۵/۸ درصد) بودند. متوسط ساعات کاری روزانه در ۷۱/۳ درصد از کارکنان فوریت‌های پزشکی کمتر از ۸ ساعت بود. اکثریت واحدهای پژوهش در پایگاه‌های شهری (۶۰/۳ درصد)، به صورت تمام‌وقت (۹۱/۵ درصد) گردشی (۸۸/۵ درصد)، مشغول به کار بوده و ۹۰/۵ درصد میزان درآمد خود را ناکافی بیان و ۶۳/۵ درصد در مشاغل دیگر فعالیت نمی‌کردند (جدول ۱).

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۴۰۱ در استان آذربایجان غربی انجام شد. در لیست اخذ شده از مرکز فوریت‌های پزشکی استان آذربایجان غربی در مجموع ۷۶۰ نفر از کارکنان عملیاتی در این مرکز مشغول به خدمت بودند. با توجه به حجم جامعه از جدول مورگان (۲۸) جهت تعیین حجم نمونه استفاده و حجم نمونه ۳۳۰ نفر برآورد گردید. در نهایت با احتساب ریزش ۲۰ درصدی، جامعه آماری حدوداً شامل ۴۰۰ نفر از کارکنان عملیاتی فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل داشتن حداقل مدرک تحصیلی کاردانی فوریت‌های پیش بیمارستانی و یا مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری و هوشبری و یا سایر رشته‌های علوم پزشکی، فعالیت تمام‌وقت یا پاره‌وقت در پایگاه‌های عملیاتی اورژانس شهری، جاده‌ای و هوایی، تمایل به شرکت در مطالعه و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، سابقه کاری حداقل ۶ ماهه در پایگاه‌های اورژانسی و دسترسی به تلفن همراه هوشمند و اینترنت بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل یک پرسش‌نامه دویخشی بود. بخش اول شامل ۱۵ سؤال دموگرافیک و اطلاعات شغلی مربوط به کارکنان بود. بخش دوم نیز پرسشنامه تعدیل‌شده خشونت محل کار در بخش بهداشت بود که توسط WHO، ICN<sup>۱</sup>، ILO<sup>۲</sup> و PSI<sup>۳</sup> طراحی شده بود. پرسشنامه خشونت محل کار در بخش سلامت دارای ۹ سؤال اصلی و ۳۹ سؤال وابسته به سؤالات اصلی (از قبیل دفعات مواجهه، عاملان خشونت، محل خشونت و ...) در چهار بخش می‌باشد (در کل ۴۷ سؤال). بخش اول خشونت فیزیکی با ۲ سؤال اصلی و ۱۱ سؤال وابسته، بخش دوم خشونت روانی (شامل سه زیرمجموعه خشونت کلامی، جنسی و آزار و اذیت قومیتی) ۶ سؤال اصلی و ۲۷ سؤال وابسته (هر زیرمجموعه ۲ سؤال اصلی و ۹ سؤال وابسته) و بخش سوم اقدامات سازمانی که دارای یک سؤال اصلی می‌باشد. سؤالات اصلی در دو بخش خشونت فیزیکی و خشونت روانی به صورت بلی و خیر امتیازبندی می‌شود.

جدول (۱): مشخصات دموگرافیک کیفی در کارکنان فوریت‌های پزشکی

متغیر	تعداد	درصد	
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵۴	۳۸/۶
	متأهل	۲۴۶	۶۱/۴
قومیت	فارس	۷	۱/۸
	ترک	۱۳۵	۳۳/۸
	کرد	۲۵۸	۶۴/۵

<sup>3</sup> Public Services International

<sup>1</sup> International Council of Nurses

<sup>2</sup> International Labour Office

۴۴/۲	۱۷۷	کاردانی	میزان تحصیلات
۵۳/۵	۲۱۴	کارشناسی	
۲	۸	کارشناسی ارشد	
۰/۳	۱	دکتری	
۷۵	۳۰۰	فوریت	رشته تحصیلی
۲۲/۵	۹۰	پرستاری	
۲/۳	۹	هوشبری	
۰/۲	۱	پزشکی	
۳۰/۳	۱۲۱	رسمی	وضعیت استخدامی
۲۱/۸	۸۷	پیمانی	
۱۴	۵۶	قراردادی	
۲۹/۳	۱۱۷	طرحی	
۴/۸	۱۹	شرکتی	
۲۳/۳	۹۳	کمتر از ۲ سال	سابقه کاری
۳۵/۸	۱۴۳	۲-۵ سال	
۱۴/۳	۵۷	۵-۱۰ سال	
۲۶/۸	۱۰۷	بیشتر از ۱۰ سال	
۶۰/۳	۲۴۱	شهری	پایگاه
۳۹	۱۵۶	جاده‌ای	
۰/۷	۳	هوایی	
۹۱/۵	۳۶۶	تمام‌وقت	نوع همکاری با سازمان
۸/۵	۳۴	پاره‌وقت	
۱۱/۵	۴۶	ثابت	نوع شیفت کاری
۸۸/۵	۳۵۴	گردشی	
۷۱/۳	۲۸۵	کمتر از ۸	متوسط زمان کاری روزانه (ساعت)
۲۸/۷	۱۱۵	بیشتر از ۱۲	
۹/۵	۳۸	کافی	میزان درآمد
۹۰/۵	۳۶۲	ناکافی	
۳۶/۵	۱۴۶	بله	فعالیت در مشاغل دیگر
۶۳/۵	۲۵۴	خیر	

درصد) خشونت قومیتی (۱۸ درصد) و خشونت جنسی (۲/۵ درصد) بود. از میان ۷۷ مورد خشونت فیزیکی تجربه‌شده، ۸ مورد (۱۰/۴ درصد) با سلاح بود (جدول ۲). از نظر زمان بروز خشونت‌های فیزیکی، ۷۰/۱ درصد از واحدهای تجربه‌دیده، روز حادثه را به یاد نمی‌آوردند و ۳۷ نفر (۴۸/۱ درصد) ساعت ۱۸ الی ۲۴ را زمان بروز خشونت فیزیکی را گزارش کردند (جدول ۳).

یافته‌های مطالعه نشان داد که ۲۴۴ نفر (۶۱ درصد) حداقل یک‌بار در سال خشونت محل کار را تجربه و ۲۴۶ نفر (۶۱/۵ درصد) شاهد خشونت محل کار بودند. یافته‌ها همچنین نشان داد که از میان انواع خشونت محل کار، بیشترین نوع خشونت تجربه‌شده به ترتیب از نوع خشونت کلامی (۵۴/۳ درصد)، خشونت فیزیکی (۱۹/۳

**جدول (۲): میزان شیوع خشونت محل کار در ۱۲ ماه گذشته**

انواع خشونت	تجربه خشونت در ۱۲ ماه گذشته		مشاهده خشونت محل کار	
	بله (درصد)	خیر (درصد)	بله (درصد)	خیر (درصد)
فیزیکی	۷۷ (۱۹/۳) *	۳۲۳ (۸۰/۷)	۲۴۴ (۶۱/۵)	۱۵۴ (۳۸/۵)
کلامی	۲۱۷ (۵۴/۳)	۱۸۳ (۴۵/۷)	۲۴۶ (۶۱/۵)	۱۵۴ (۳۸/۵)
جنسی	۱۰ (۲/۵)	۳۹۰ (۹۷/۵)	۲۱ (۵/۲)	۳۷۹ (۹۴/۸)
قومیتی	۷۲ (۱۸)	۳۲۸ (۸۲)	۶۱ (۱۵/۳)	۳۳۹ (۸۴/۷)

\* ۸ مورد (۱۰/۴ درصد) خشونت فیزیکی با سلاح و ۶۹ مورد (۸۹/۶ درصد) خشونت فیزیکی بدون سلاح

**جدول (۳): ویژگی‌های زمانی خشونت‌های فیزیکی رخ داده**

متغیر	فراوانی (درصد)		
روز بروز خشونت فیزیکی	شنبه	-	
	یکشنبه	۲ (۲/۶)	
	دوشنبه	۲ (۲/۶)	
	سه‌شنبه	۹ (۱۱/۷)	
	چهارشنبه	۶ (۷/۸)	
	پنج‌شنبه	-	
	جمعه	۴ (۵/۲)	
	به یاد نمی‌آورم	۵۴ (۷۰/۱)	
	ساعت بروز خشونت فیزیکی	ساعت ۷ الی ۱۳	۵ (۶/۵)
		ساعت ۱۳ الی ۱۸	۱۴ (۱۸/۲)
ساعت ۱۸ الی ۲۴		۳۷ (۴۸/۱)	
ساعت ۲۴ الی ۷		۱۰ (۱۳)	
به یاد نمی‌آورم		۱۱ (۱۴/۳)	

خشونت‌های کلامی (۴۲/۹ درصد) که در یک سال اخیر برای نمونه‌های پژوهش رخ داده بود، منزل بیمار بود. همچنین بیشترین محل بروز خشونت‌های جنسی (۸۰ درصد) و خشونت‌های قومیتی (۴۷/۲ درصد) در داخل پایگاه گزارش شده بود (جدول ۴). در پاسخ به خشونت‌های تجربه‌شده توسط کارکنان فوریت پزشکی، واکنش اکثریت کارکنان نسبت به خشونت فیزیکی (۳۱/۴ درصد)، کلامی (۲۹/۲ درصد) و جنسی (۲۵ درصد) دعوت مهاجم به آرامش بود؛ و در خشونت قومیتی غالباً کارکنان وانمود به عدم اتفاق خشونت را گزارش کردند (۱۸/۶ درصد) (جدول ۴). در تمامی انواع خشونت‌های محل کار تجربه‌شده توسط کارکنان فوریت پزشکی، علت اصلی عدم گزارش حادثه را تصور به بی‌فایده بود گزارش ذکر کرده بودند

۲۵ نفر (۶/۲۵ درصد) از نمونه‌های پژوهش حداقل یک‌بار در ماه خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند. همچنین ۸۹ نفر (۲۲/۲۵ درصد) حداقل یک‌بار در ماه خشونت کلامی، ۴ نفر (۱ درصد) حداقل یک‌بار در ماه خشونت جنسی و ۲۳ نفر (۵/۷۵ درصد) حداقل یک‌بار در هر فصل با خشونت قومیتی مواجهه پیدا کرده بودند (جدول ۴). بیشترین عاملین خشونت فیزیکی (۶۴/۱ درصد)، کلامی (۴۷/۵ درصد) و قومیتی (۲۴/۸ درصد) مربوط به بستگان بیمار بود. همچنین تحلیل داده‌ها نشان داد گرچه فراوانی خشونت جنسی در حداقل مقدار ممکن خود نسبت به سایرین می‌باشد، اما بیشترین عامل آن همکاران محل کار گزارش شد (۳۵/۷ درصد) (جدول ۴). بیشترین محل بروز خشونت‌های فیزیکی (۴۰/۳ درصد) و

(جدول ۴). به عقیده اکثریت واحدهای پژوهش، خشونت‌های محل کار تجربه‌شده قابل‌بیشگیری بوده و از سمتی هیچ حمایتی را از سمت کارفرما یا سرپرست پس از تجربه خشونت دریافت نکرده بودند (جدول ۴).

**جدول (۴): تجربه خشونت محل کار در بین کارکنان فوریت‌های پزشکی**

انواع خشونت	فیزیکی فراوانی (درصد)	کلامی فراوانی (درصد)	جنسی فراوانی (درصد)	قومیتی فراوانی (درصد)
خیلی زیاد (هر روز)	۱۰ (۱۲/۹)	۱۵ (۶/۹)	۱ (۱۰)	۱۱ (۱۵/۳)
زیاد (هر هفته)	۲۰ (۲۶)	۳۲ (۱۴/۷)	۲ (۲۰)	۶ (۸/۳)
متوسط (هر ماه)	۲۵ (۳۲/۴)	۸۹ (۴۱)	۴ (۴۰)	۱۸ (۲۵)
کم (هر فصل)	۱۵ (۱۹/۵)	۴۸ (۲۲/۱)	۱ (۱۰)	۲۳ (۳۱/۹)
خیلی کم (هر سال)	۷ (۹/۲)	۳۳ (۱۵/۲)	۲ (۲۰)	۱۴ (۱۹/۴)
بیمار	۱۵ (۱۶/۳)	۲۸ (۸/۸)	۳ (۳۱/۴)	۶ (۵/۵)
بستگان بیمار	۵۹ (۶۴/۱)	۱۵۱ (۴۷/۵)	۲ (۱۴/۳)	۲۷ (۲۴/۸)
همکاران محل کار	۲ (۲/۲)	۳۱ (۹/۷)	۵ (۳۵/۷)	۲۶ (۲۳/۹)
همکاران خارج از واحد	۰ (۰)	۳۳ (۱۰/۴)	۰ (۰)	۲۲ (۲۰/۲)
مدیران	۲ (۲/۲)	۱۶ (۵)	۲ (۱۴/۳)	۱۴ (۱۲/۸)
افراد دیگر حاضر در صحنه یا محل حادثه	۱۴ (۱۵/۲)	۵۹ (۱۸/۶)	۲ (۱۴/۳)	۱۴ (۱۲/۸)
داخل پایگاه	۱۷ (۲۲/۱)	۵۸ (۲۶/۷)	۸ (۸۰)	۳۴ (۴۷/۲)
منزل بیمار	۳۱ (۴۰/۳)	۹۳ (۴۲/۹)	-	۱۷ (۲۳/۶)
بیرون (در مسیر)	۲۹ (۳۷/۷)	۶۶ (۳۰/۴)	۲ (۲۰)	۲۱ (۲۹/۲)
هیچ اقدامی نکردم	۱۴ (۱۱/۶)	۵۹ (۱۸/۵)	۲ (۲۵)	۲۰ (۱۷/۷)
وانمود کردم که اتفاقی نیفتاده است	۶ (۵)	۵۶ (۱۷/۶)	۱ (۱۲/۵)	۲۱ (۱۸/۶)
مهاجم را به آرامش دعوت نمودم	۳۸ (۳۱/۴)	۹۳ (۲۹/۲)	۲ (۲۵)	۱۸ (۱۵/۹)
سعی کردم از خودم دفاع کنم	۱۴ (۱۱/۶)	۳۰ (۹/۴)	-	۲۰ (۱۷/۷)
با دوستان و خانواده در میان گذاشتم	۲ (۱/۷)	۱۱ (۳/۴)	-	۵ (۴/۴)
در جستجوی مشاوره برآمدم	-	۷ (۲/۲)	۲ (۲۵)	-
با همکاران در میان گذاشتم	۸ (۶/۶)	۳۷ (۱۱/۶)	۱ (۲/۵)	۱۳ (۱۱/۵)
به یکی از کارکنان ارشدم گزارش دادم	۲۰ (۱۶/۵)	۱۵ (۴/۷)	-	۷ (۶/۲)
از سازمان کمک خواستم	۸ (۶/۶)	۵ (۱/۶)	-	۷ (۶/۲)
فرم حادثه در محل کار را تکمیل کردم	۳ (۲/۵)	۲ (۰/۶)	-	-
پیگرد قانونی کردم	۸ (۶/۶)	۴ (۱/۳)	-	-
چیز مهمی نبود	۲۱ (۲۶/۳)	۶۲ (۲۶/۶)	۲ (۲۰)	۶ (۷/۲)
احساس خجالت می‌کردم	-	۵ (۲/۱)	-	۳ (۳/۶)
خودم را مقصر می‌دانستم	۲ (۲/۵)	۳ (۱/۳)	-	۲ (۲/۴)

از عواقب آن می‌ترسیم	-	۱۵ (۶/۴)	۲ (۲۰)	۱۲ (۱۴/۵)
تصور می‌کردم گزارش بی‌فایده است	۵۳ (۶۶/۳)	۱۳۵ (۵۷/۹)	۳ (۳۰)	۵۷ (۶۸/۷)
نمی‌دانستم به چه کسی گزارش کنم	۴ (۵)	۱۳ (۵/۶)	۳ (۳۰)	۳ (۳/۶)
زمینه حمایتی مشاوره فراهم شده توسط کارفرمایان یا دیگر سرپرستان	-	۱۶ (۷/۴)	-	۳ (۴/۲)
فرصت صحبت یا گزارش آن	۱۰ (۱۳)	۱۴ (۶/۵)	۲ (۲۰)	۸ (۱۱/۱)
هرگونه حمایت و یا پشتیبانی	۷ (۹/۱)	۱۳ (۶)	۲ (۲۰)	۱ (۱/۴)
بدون حمایت	۶۰ (۷۷/۹)	۱۷۴ (۸۰/۲)	۶ (۶۰)	۶۰ (۸۳/۳)
آیا حادثه بله	۵۰ (۶۴/۹)	۱۲۴ (۵۷/۱)	۷ (۷۰)	۵۰ (۶۹/۴)
قابل پیشگیری خیر بود؟	۲۷ (۳۵/۱)	۹۳ (۴۲/۹)	۳ (۳۰)	۲۲ (۳۰/۶)

بهبود محیط (۱۱/۷ درصد) و تبیین پروتکل‌های مربوط به بیمار (۱۰/۸ درصد) بود؛ لازم به ذکر است ۱۳۱ نفر از کارکنان (۱۷ درصد) بیان کردند هیچ اقدامی جهت مقابله با بروز خشونت در محل کار برایشان صورت نگرفته است (جدول ۷).

بیشتر واحدهای مورد پژوهش که تجربه خشونت محل کار را داشتند، از نحوه رسیدگی به حادثه بسیار ناراضی بودند (جدول ۶). در میان اقدامات صورت گرفته از سوی سازمان جهت مقابله با بروز خشونت در محل کار، به ترتیب اقدامات امنیتی (۱۳/۴ درصد)،

#### جدول (۵): فراوانی آزرده‌خاطری قربانیان خشونت محل کار

علائم		پرهیز از فکر کردن یا خاطرات، افکار یا تصاویر صحبت کردن در مورد مکرر و آزاردهنده حمله حمله یا اجتناب از داشتن جمعی زیاد در انجام تمامی فعالیت‌ها احساسات مرتبط با آن			
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خشونت فیزیکی	اصلاً	۱۰ (۱۳)	۱۰ (۱۳)	۲۵ (۳۲/۵)	۱۰ (۱۳)
	کمی	۳۸ (۴۹/۴)	۵۴ (۷۰/۱)	۳۲ (۴۱/۶)	۳۲ (۴۱/۶)
	نسبتاً	-	-	-	-
	خیلی	۱۵ (۱۹/۵)	۱۳ (۱۶/۹)	۱۳ (۱۶/۹)	۱۳ (۱۶/۹)
خشونت کلامی	خیلی زیاد	۱۴ (۱۸/۲)	-	۷ (۹/۱)	۷ (۹/۱)
	اصلاً	۶۳ (۲۹)	۴۷ (۲۱/۷)	۷۶ (۳۵)	۶۳ (۲۹)
	کمی	۶۶ (۳۰/۴)	۸۷ (۴۰/۱)	۵۷ (۲۶/۳)	۶۶ (۳۰/۴)
	نسبتاً	۵۰ (۲۳)	۵۱ (۲۳/۵)	۴۸ (۲۲/۱)	۵۰ (۲۳)
خشونت جنسی	خیلی زیاد	۱۶ (۷/۴)	۸ (۳/۷)	۲۷ (۱۲/۴)	۱۶ (۷/۴)
	اصلاً	۵ (۵۰)	۶ (۶۰)	۹ (۹۰)	۵ (۵۰)
	کمی	۱ (۱۰)	۲ (۴۰)	۱ (۱۰)	۱ (۱۰)
	نسبتاً	۴ (۴۰)	۲ (۴۰)	-	۴ (۴۰)
	خیلی	-	-	-	-

	خیلی زیاد	-	-	-	-
اصلاً	۱۷ (۲۳/۶)	۱۵ (۲۰/۸)	۱۷ (۲۳/۶)	۲۵ (۳۴/۷)	۲۵ (۳۴/۷)
کمی	۲۱ (۲۹/۲)	۲۵ (۳۴/۷)	۲۴ (۳۳/۳)	۱۸ (۲۵)	۱۸ (۲۵)
نسبتاً	۲۵ (۳۴/۷)	۱۸ (۲۵)	۲۳ (۳۱/۹)	۲۱ (۲۹/۲)	۲۱ (۲۹/۲)
خیلی	۳ (۴/۲)	۷ (۹/۷)	۴ (۵/۶)	۴ (۵/۶)	۴ (۵/۶)
خیلی زیاد	۶ (۸/۳)	۷ (۹/۷)	۴ (۵/۶)	۴ (۵/۶)	۴ (۵/۶)

جدول (۶): سطح رضایت از نحوه رسیدگی به حادثه

	بسیار ناراضی	ناراضی	بدون نظر	راضی	بسیار راضی
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
خشونت فیزیکی	۴۳ (۵۵/۸)	۲۰ (۲۶)	۹ (۱۱/۷)	۳ (۳/۹)	۲ (۲/۶)
خشونت کلامی	۹۱ (۴۱/۹)	۵۶ (۲۵/۸)	۵۴ (۲۴/۹)	۶ (۲/۸)	۱۰ (۴/۵)
خشونت جنسی	۵ (۵/۰)	-	۴ (۴/۰)	-	۱ (۱/۰)
خشونت قومیتی	۴۱ (۵۶/۹)	۱۴ (۱۹/۴)	۱۴ (۱۹/۴)	۱ (۱/۴)	۲ (۲/۸)

جدول (۷): اقدامات صورت گرفته از سوی سازمان جهت مقابله با بروز خشونت در محل کار (فراوانی درصد)

اقدامات امنیتی	فراوانی (درصد)
۱. اقدامات امنیتی (مانند نگهبان، دزدگیر، تلفن‌های قابل حمل)	۱۰۳ (۱۳/۴)
۲. بهبود محیط (مانند روشنایی، سر و صدا، گرما، دسترسی به غذا، تمیزی، حریم خصوصی)	۹۰ (۱۱/۷)
۳. ایجاد محدودیت در دسترسی عموم مردم	۵۹ (۷/۷)
۴. غربالگری بیمار (برای ثبت و آگاهی از رفتارهای پرخطرانه قبلی)	۳۹ (۵/۱)
۵. پروتکل‌های مربوط به بیمار (مانند روش‌های کنترل و مهار، حمل و نقل، دارو، برنامه ریزی فعالیت‌ها، دسترسی به اطلاعات)	۸۳ (۱۰/۸)
۶. محدود کردن مبادله پول در محل کار (به‌عنوان مثال هزینه‌های بیمار)	۱۳ (۱/۷)
۷. افزایش تعداد کارکنان	۴۰ (۵/۲)
۸. کنترل ورود و خروج کارکنان (به‌ویژه برای مراقبت در منزل)	۵۵ (۷/۲)
۹. تهیه تجهیزات یا لباس مخصوص (به‌عنوان مثال یونیفرم یا عدم وجود یونیفرم)	۲۳ (۳)
۱۰. تغییر شیفت یا کاری (به‌عنوان مثال زمان کاری)	۳۷ (۴/۸)
۱۱. کاهش دوره‌های کار انفرادی	۶ (۰/۸)
۱۲. آموزش (به‌عنوان مثال آموزش در مورد خشونت در محل کار، راهبردهای مقابله، مهارت‌های ارتباطی، حل تعارض، دفاع شخصی)	۲۸ (۳/۶)
۱۳. سرمایه‌گذاری در توسعه منابع انسانی (آموزش برای پیشرفت شغلی، پاداش برای موفقیت، ارتقای محیط سالم)	۶۲ (۸/۱)
هیچ اقدامی صورت نگرفته است	۱۳۱ (۱۷)
سرمايه‌گذاري در توسعه منابع انساني	۲۸ (۳/۶)
آموزش	۶۲ (۸/۱)
کاهش دوره‌های کار انفرادی	۶ (۰/۸)
تغییر شیفت یا کاری	۳۷ (۴/۸)
تهیه تجهیزات یا لباس مخصوص	۲۳ (۳)
کنترل ورود و خروج کارکنان	۵۵ (۷/۲)
افزایش تعداد کارکنان	۴۰ (۵/۲)
محدود کردن مبادله پول در محل کار	۱۳ (۱/۷)
پروتکل‌های مربوط به بیمار	۸۳ (۱۰/۸)
غربالگری بیمار	۳۹ (۵/۱)
ایجاد محدودیت در دسترسی عموم مردم	۵۹ (۷/۷)
بهبود محیط	۹۰ (۱۱/۷)
اقدامات امنیتی	۱۰۳ (۱۳/۴)

۱. اقدامات امنیتی (مانند نگهبان، دزدگیر، تلفن‌های قابل حمل)
۲. بهبود محیط (مانند روشنایی، سر و صدا، گرما، دسترسی به غذا، تمیزی، حریم خصوصی)
۳. ایجاد محدودیت در دسترسی عموم مردم
۴. غربالگری بیمار (برای ثبت و آگاهی از رفتارهای پرخطرانه قبلی)
۵. پروتکل‌های مربوط به بیمار (مانند روش‌های کنترل و مهار، حمل و نقل، دارو، برنامه ریزی فعالیت‌ها، دسترسی به اطلاعات)
۶. محدود کردن مبادله پول در محل کار (به‌عنوان مثال هزینه‌های بیمار)
۷. افزایش تعداد کارکنان
۸. کنترل ورود و خروج کارکنان (به‌ویژه برای مراقبت در منزل)
۹. تهیه تجهیزات یا لباس مخصوص (به‌عنوان مثال یونیفرم یا عدم وجود یونیفرم)
۱۰. تغییر شیفت یا کاری (به‌عنوان مثال زمان کاری)
۱۱. کاهش دوره‌های کار انفرادی
۱۲. آموزش (به‌عنوان مثال آموزش در مورد خشونت در محل کار، راهبردهای مقابله، مهارت‌های ارتباطی، حل تعارض، دفاع شخصی)
۱۳. سرمایه‌گذاری در توسعه منابع انسانی (آموزش برای پیشرفت شغلی، پاداش برای موفقیت، ارتقای محیط سالم)



## بحث

بود (۳۳، ۴۸، ۴۹)؛ غالباً خشونت‌های در شیفت‌های عصر و شب و روزهای غیر تعطیل رخ داده بود. علت احتمالی این موضوع ممکن است وجود مأموریت‌های بیشتر در این ساعات، ترافیک خودرویی و تأخیر در حضور آمبولانس، خواب آلودگی و کاهش سرعت العمل پرسنل باشد.

اکثر کارکنان فوریت‌های پزشکی که تجربه خشونت محل کار را داشتند، حین مواجهه، مهاجم را دعوت به آرامش کرده بودند؛ با این حال غالب پاسخ در خشونت‌های قومیتی، وانمود به عدم اتفاق خشونت بود. نتایج حاضر مشابه نتایج مطالعات وانگ و همکاران در سال ۲۰۱۹ و الحرثی و همکاران بود (۴۶، ۳). با این حال در مطالعات مشابه، خشونت قومیتی بیشتر مد نظر نبوده و خشونت نژادی در اولویت است؛ اما تفاوتی در نحوه پاسخ به این نوع خشونت در مطالعات وجود نداشته و پاسخ اول خشونت دیدگان وانمودی به عدم رخ داد آن است. به نظر می‌رسد علت این واکنش، آشنایی با ماهیت شغلی خود و انتظار دریافت خشونت از جانب بیماران و خانواده آنان به دلیل شرایط اضطراری حاکم و نبود آگاهی در رابطه علوم پزشکی در بیماران و اطرافیان آنان باشد (۵۰). همچنین به واسطه گذراندن دوره‌های آموزش بدو خدمت، پیش‌بینی این مسائل و یادگیری مهارت‌های ارتباطی، این افراد از ارائه واکنش نابجا در شرایط اورژانسی خودداری می‌کنند.

یافته‌های مطالعه نشان داد در تمامی ابعاد خشونت‌های محل کار تجربه شده در ۱۲ ماه اخیر، علت اصلی و عمده عدم گزارش آن را بی‌فایده بودن گزارش می‌پنداشتند. مطالعات مشابه داخلی نیز بی‌فایده بودن گزارش را عامل اصلی این کار بیان کرده بودند (۲۹، ۳۶، ۳۷، ۵۰). همچنین در مطالعه مروری سیستماتیک پورشیخیان و همکاران در سال ۲۰۱۶، در ۳۹ درصد از مطالعات بررسی شده، علت اصلی عدم گزارش را بی‌فایده بودن و ترس از قضاوت منفی بیان کرده بودند (۵۱). باتوجه به اینکه در مطالعه حاضر کارکنانی که خشونت محل کار را تجربه کرده بودند، در اکثر مواقع اذعان داشتند هیچ حمایتی از سوی کارفرما یا سرپرستان دریافت نکرده‌اند و از رسیدگی‌های صورت گرفته از سازمان بسیار ناراضی بودند؛ ممکن است این موارد از عواملی به وجود آمدن دیدگاه بی‌فایده بودن گزارش خشونت محل کار باشد. همچنین به نظر می‌رسد نبود سیستم گزارش دهی و رسیدگی با چارچوب مشخص و یا معیوب بودن این سیستم و ناکارآمدی در تجربه‌های قبلی، کارکنان خشونت دیده را از گزارش آن منع کرده باشد. از دیدگاه کارکنان فوریت‌های پزشکی حاضر در این مطالعه، بیشترین اقدامات

نتایج مطالعه حاضر نشان داد ۶۱ درصد کارکنان فوریت پزشکی در یک سال گذشته خشونت محل کار را تجربه کرده‌اند. بیشترین مقدار مربوط به خشونت کلامی (۵۴/۳ درصد) و کمترین مربوط به خشونت جنسی (۲/۵ درصد) بود. این یافته با نتایج مطالعه یداللهی و همکاران (۱۴۰۰)، امینی و همکاران (۱۳۹۸)، بارتلو و همکاران (۲۰۲۲)، و وانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹)، لیندکوئیست<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) و وانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۹) همسو بود (۳۶-۳۱). این نتیجه حاکی از بروز خشونت کلامی در سطح نسبتاً بالا علیه کارکنان فوریت پزشکی می‌باشد. کارکنان فوریت‌های پزشکی اغلب اولین درمانگرانی هستند که با بیماران و همراهان آن‌ها در موقعیت بحرانی مواجه می‌شوند. ماهیت کاری آنان باعث می‌شود بیشتر از سایر کارکنان درمانی با خشونت بیماران و همراهان آن‌ها روبرو گردند؛ بنابراین، به نظر می‌رسد شرایط پر از تنش، استرس و اضطراب برای بیمار و خانواده آن‌ها یکی از دلایل ایجاد خشونت باشد. همچنین در مطالعه حاضر بیشترین عامل خشونت بستگان بیمار بوده و در اکثر مواقع محل خشونت منزل بیمار گزارش شده بود که با نتایج مطالعه مقامی و همکاران، کوهستانی و همکاران و رحمانی و همکاران در یک راستا است (۳۹-۳۷). شواهد نشان داده‌اند که رایج‌ترین مرتکبین خشونت‌های محل کار، بیماران با اختلالات شناختی هستند (۴۲-۴۰). در اکثر موقع خانواده یا بستگان بیمار قبل از انجام مراقبت‌های لازم و ضروری، درخواست انتقال سریع بیمار به محیط بیمارستانی می‌کنند (۴۳). مدیریت بیماران و بستگان همچنان زده آنان با استفاده از تکنیک‌های تنش زدایی کلامی می‌تواند در اغلب اوقات بی‌قراری را کاهش داده و از بروز پرخاشگری پیشگیری کند (۴۴).

یافته‌های مطالعه نشان می‌داد ۱۰/۴ درصد خشونت‌های فیزیکی رخ داده همراه با اسلحه بوده است. در مطالعه سوزیراد<sup>۳</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۲ این میزان ۱۷ درصد گزارش شده بود (۴۵). با این حال در مطالعات الحرثی<sup>۴</sup> و همکاران در سال ۲۰۱۷ این میزان بسیار پایین و ۲ درصد ذکر شده است (۴۶). به نظر می‌رسد این میزان بالا به عوامل مختلفی از قبیل محیط مورد پژوهش، جنسیت حمله کننده، علت پرخاشگری، محل بروز حادثه (۴۷) و فرهنگ متفاوت جوامع مختلف بستگی داشته باشد. نتایج حاکی از آن بود ۵۴ درصد از افرادی که خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند، روز حادثه به یاد نمی‌داشتند ولی غالباً زمان بروز خشونت فیزیکی را ساعت ۱۸ الی ۲۴ ذکر کردند. نتایج مطالعه همسو با سایر مطالعات

<sup>3</sup> Suserud  
<sup>4</sup> Alharthy

<sup>1</sup> Lindquist  
<sup>2</sup> Wang

صورت گرفته جهت مقابله با خشونت محل کار به ترتیب برقراری اقدامات امنیتی (۱۳/۴)، بهبود شرایط محیط (۱۱/۷) و مشخص نمودن پروتکل‌های مربوط به حادثه و بیمار بود (۱۰/۸)؛ اما نکته قابل توجه در این مطالعه این بود که ۱۷ درصد بر این باور بودند که از سوی سازمان مربوط هیچ اقدامی در این زمینه صورت نگرفته است.

در این مطالعه جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه خود گزارش‌دهی استفاده شده بود که ممکن است برخی افراد از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده و یا پاسخ صحیح نداده باشند. اگرچه این پرسشنامه توسط افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند تکمیل شد؛ اما تعداد زیاد پرسش‌های پرسشنامه‌ها به طولانی شدن زمان اجرای آن انجامید که ممکن است بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت کنندگان تاثیرگذار بوده است. علاوه بر این پرسشنامه‌ها به صورت الکترونیکی در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت؛ لذا عدم همکاری برخی از نمونه‌ها جهت تکمیل پرسشنامه به دلیل الکترونیکی بودن پرسشنامه‌ها و نبود اعتماد به لینک‌های ارسالی وجود داشت که سعی شد با ارائه توضیحات لازم در مورد میزان اهمیت موضوع و فواید آن و ارائه مدارک شناسایی، همکاری و اعتماد آن‌ها جلب گردد. پرسش در مورد ویژگی‌های رویدادهای خشونت‌آمیز و علل احتمالی مرتبط از کارکنان فوریت پزشکی در طول ۱۲ ماه اخیر نیز ممکن است مشمول سوگیری یادآوری شده باشد. همچنین این مطالعه در استان آذربایجان غربی صورت گرفته است که به دلیل تفاوت در وضعیت جغرافیایی، فرهنگ و ... از نظر تعمیم‌پذیری به سایر استان‌های کشور محدود می‌باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگری در راستای بررسی بیشتر و مفهومی‌تر علت بی‌فایده بودن گزارش از دید کارکنان فوریت‌های پزشکی، شناسایی عوامل اثر گذار بر بروز خشونت محل کار و اثرات این نوع خشونت بر سلامت روان کارکنان فوریت‌های پزشکی در کوتاه و دراز مدت به دنبال شیوع بالای آن صورت گیرد.

## نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد خشونت محل کار علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی استان آذربایجان غربی، به‌ویژه نوع

کلامی آن شیوع بسیار بالایی دارد. شایع‌ترین محل بروز خشونت در منزل بیمار و مهم‌ترین عامل آن بستگان بیمار است. غالب کارکنان فوریت‌های پزشکی پس از دریافت خشونت محل کار، فرد مهاجم را به آرامش دعوت کردند. در تمامی انواع خشونت‌های محل کار رخ داده (فیزیکی و روانی)، اکثریت کارکنان فوریت‌های پزشکی بی‌فایده بودن گزارش خشونت را بیان نموده و از دیدگاه آنان قابل‌پیشگیری بود. همچنین در بیشتر خشونت‌های محل کار رخ داده هیچ حمایتی از سرپرست یا کارفرمای خود دریافت نکرده و از نحوه و میزان رسیدگی به حادثه بسیار ناراضی بودند. از نظر غالب کارکنان نیز هیچ اقدامی از سمت سازمان جهت کاهش و مقابله با بروز خشونت محل کار صورت نگرفته است. امید است مسئولین مربوطه در مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی در راستای افزایش امنیت و ایجاد محیط کاری ایده‌آل، زمینه‌های لازم و ضروری برای آموزش عموم مردم با حرفه فوریت‌های پزشکی و شرایط کار این قشر زحمتکش در محیط‌های پر تنش را فراهم نمایند؛ همچنین با تدوین سیستم گزارش‌دهی و رسیدگی نظام‌مند به حوادث خشونت محل کار رخ داده، برگزاری دوره‌های آموزشی روش‌های پیشگیری از بروز و مقابله با خشونت محل کار برای کارکنان فوریت پزشکی، شناسایی عوامل مؤثر بر خشونت و تبیین پروتکل‌های سازمانی در جهت کنترل و کاهش خشونت محل کار قدم برداشته و زمینه‌های حمایتی لازم برای این کارکنان تدارک دیده شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری با کد اخلاق IR.UMSU.REC.1401.121 است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه، معاونت امور درمان، مرکز حوادث و فوریت‌های پزشکی استان آذربایجان غربی و تمامی افرادی که در این مطالعه حضور داشتند، تشکر و قدردانی نماید.

## تعارض منافع

هیچگونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش انجام شده حاضر وجود نداشت.

## References:

- Hosseiniakia SH, Zarei S, Najafi Kalyani M, Tahamtan S. A Cross-Sectional Multicenter Study of Workplace Violence against Prehospital Emergency
- Medical Technicians. Emerg Med Int 2018;2018:7835676.
- Sheikhbardsiri H, Afshar PJ, Baniasadi H, Farokhzadian J. Workplace Violence Against Prehospital Paramedic Personnel (City and Road)

- and Factors Related to This Type of Violence in Iran. *J Interpers Violence* 2020;886260520967127.
3. Wang P-Y, Fang P-H, Wu C-L, Hsu H-C, Lin C-H. Workplace violence in Asian emergency medical services: a pilot study. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(20):3936.
  4. World Health Organization. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector: the training manual. Geneva International Labour Organization; 2005.
  5. Dalvand S, Ghanei Gheshlagh R, Najafi F, Zahednezhad H, Sayehmiri K. The prevalence of workplace violence against Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *Shiraz EMed J* 2018;19(9).
  6. Choi SH, Lee H. Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *J Nurs Manag* 2017;25(7):508-18.
  7. Lindquist B, Koval K, Mahadevan A, Gennosa C, Leggio W, Niknam K, et al. Workplace violence among prehospital care providers in India: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9(11):e033404.
  8. Murray RM, Davis AL, Shepler LJ, Moore-Merrell L, Troup WJ, Allen JA, et al. A systematic review of workplace violence against emergency medical services responders. *New Solut* 2020;29(4):487-503.
  9. Shi L, Wang L, Jia X, Li Z, Mu H, Liu X, et al. Prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder among Chinese healthcare workers exposed to physical violence: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2017;7(7):e016810.
  10. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. *J Occup Health* 2021;63(1):e12226-e.
  11. Bordignon M, Monteiro MI. Analysis of workplace violence against nursing professionals and possibilities for prevention. *Rev Gaucha Enferm* 2021;42:e20190406.
  12. van Reemst L, Fischer TF. Experiencing external workplace violence: Differences in indicators between three types of emergency responders. *J Int Viol* 2019;34(9):1864-89.
  13. Pien LC, Cheng Y, Cheng WJ. Internal Workplace Violence From Colleagues Is More Strongly Associated With Poor Health Outcomes In Nurses Than Violence From Patients And Families. *J Adv Nurs* 2019;75(4):793-800.
  14. Niu S-F, Shu-Fen K, Tsai H-T, Ching-Chiu K, Traynor V, Chou K-R. Prevalence Of Workplace Violent Episodes Experienced By Nurses In Acute Psychiatric Settings. *PLoS One* 2019;14(1):e0211183.
  15. Dehghan-Chaloshtari S, Ghodousi A. Factors and characteristics of workplace violence against nurses: a study in Iran. *J Interpers Viol* 2020;35(1-2):496-509.
  16. Jeong IY, Kim JS. The relationship between intention to leave the hospital and coping methods of emergency nurses after workplace violence. *J Clin Nurs* 2018;27(7-8):1692-701.
  17. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019;76(12):927-37.
  18. Alhusain F, Aloqalaa M, Alrusayyis D, Alshehri K, Wazzan S, Alwelyee N, et al. Workplace violence against healthcare providers in emergency departments in Saudi Arabia. *Saudi J Emerg Med* 2020;1(1):5-14.
  19. Al-Maskari S, Al-Busaidi I, Al-Maskari M. Workplace violence against emergency department nurses in Oman: a cross-sectional multi-institutional study. *Int Nurs Rev* 2020;67(2):249-57.
  20. Afkhamzadeh A, Azadi N-A, Farahmandian Z, Mohamadi-Bolbanabad A. Prevalence of Workplace Violence of Emergency Medical Staff and Relevant Factors in Sanandaj, Iran in 2016. *Sci J Nurs Midwifery Paramed Fac* 2018;4(1):71-80.

21. Adedokun M. Workplace Violence in the Healthcare Sector. A review of the Literature. Malmö, Sweden: Malmö University; 2020.
22. Acquadro Maran D. Workplace violence: Prevalence, risk factors and preventive measures across the globe. *J Health Soc Sci* 2020;5(1):013-22.
23. Liu J, Zheng J, Liu K, Liu X, Wu Y, Wang J, et al. Workplace violence against nurses, job satisfaction, burnout, and patient safety in Chinese hospitals. *Nurs Outlook* 2019;67(5):558-66.
24. Li N, Zhang L, Xiao G, Chen J, Lu Q. The relationship between workplace violence, job satisfaction and turnover intention in emergency nurses. *Int Emerg Nurs* 2019;45:50-5.
25. Hassankhani H, Parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2018;39:20-5.
26. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. *J Clin Nurs* 2018;27(1-2):e116-e28.
27. Maguire BJ, O'Neill BJ. Emergency medical service personnel's risk from violence while serving the community. *Am J Public Health* 2017;107(11):1770-5.
28. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas* 1970;30(3):607-10.
29. Aghjanloo A, Harririan H, Ghafurifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences. *Iran J Nurs Res* 2010;5(17):46-54.
30. Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev* 2011;58(1):130-7.
31. Wang PY, Fang PH, Wu CL, Hsu HC, Lin CH. Workplace Violence in Asian Emergency Medical Services: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16(20).
32. Lindquist B, Koval K, Mahadevan A, Gennosa C, Leggio W, Niknam K, et al. Workplace violence among prehospital care providers in India: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9(11):e033404.
33. Alireza B, Peyman S, Mahdi R, Pirhossein K, Parisa H-S, Maryam B. Frequency and types of workplace violence against emergency medical technicians: a cross-sectional study in Tehran, Iran. *Front Emerg Med* 2022;6(4).
34. Bozorgi F, Laali A, Khademloo M, Ehteshami S, Assadi T, Pashaie SM, et al. Incidence and Risk Factors of Workplace Violence against Pre Hospital Staffs in Mazandaran; North of Iran. *Int J Med Invest* 2018;7(4):15-20.
35. 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):381-93.
36. Yadollahi S, Heydarpoor S, Fereidooni M. Prevalence of Workplace Violence of Emergency Medical Staff and Relevant Factors in Chaharmahal-Bakhtyari Province in 2020. *Paramed Sci Milit Health* 2022;16(4):35-42.
37. Maghami M, Aghababaeian H, Saadati M. Evaluation of Physical Violence against Emergency Personnel at Work in 2013. *Sadra Med J* 2014;2(4):379-88.
38. Rahmani A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari M, Elahbakhshiyani A. Assessing workplace violence toward EMS' personnel in prehospital settings of East Azerbaijan Province. *Iran J Forensic Med* 2009;15(2):100-7.
39. Koohestani HR, Baghcheghi N, Rezaei K, Abedi A, Seraji A, Zand S. Occupational Violence in Nursing Students in Arak, Iran. *Iran J Epidemiol* 2011;7(2):44-50.

40. Rosenthal LJ, Byerly A, Taylor AD, Martinovich Z. Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Toward Healthcare Workers. *Psychosomatics* 2018;59(6):584-90.
41. Chiou S-T, Chiang J-H, Huang N, Wu C-H, Chien L-Y. Health issues among nurses in Taiwanese hospitals: National survey. *Int J Nurs Stud* 2013;50(10):1377-84.
42. Bigham BL, Jensen JL, Tavares W, Drennan IR, Saleem H, Dainty KN, et al. Paramedic self-reported exposure to violence in the emergency medical services (EMS) workplace: a mixed-methods cross-sectional survey. *Prehosp Emerg Care* 2014;18(4):489-94.
43. Maguire BJ, O'Meara P, O'Neill BJ, Brightwell R. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *Am J Ind Med* 2018;61(2):167-80.
44. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4(4):Cd009922.
45. Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs* 2002;10(3):127-35.
46. Alharthy N, Mutairi M, Alsahli A, Alshehri A, Almatrafi A, Mahah A, et al. Workplace violence among emergency medical services workers in Riyadh, Saudi Arabia. *J Hospital Admin* 2017;6:26.
47. Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli PL, Borelli P, Bonaudo M, et al. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):215.
48. Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *Am J Ind Med* 2012;55(11):1000-8.
49. Shields M, Wilkins K. Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Rep* 2009;20(2):7.
50. Sheikh-Bardsiri H, Eskandarzadeh S, Aminizadeh M, Sarhadi M, Khademipour G, Mousavi M. The Frequency of Violence in Workplace against Emergency Care Personnel in Kerman, Iran, and the Factors Affecting the Occurrence. *J Manag Med Inf Sch* 2013;1(2):117-1.
51. Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res* 2016;5(1):e28734.

## PREVALENCE OF WORKPLACE VIOLENCE, THE WAYS OF ENCOUNTER AND ITS CONSEQUENCES ON EMERGENCY MEDICAL STAFF: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Nima Sadeghzadeh<sup>1</sup>, Yaser Moradi<sup>2\*</sup>, Hossein Jafarizadeh<sup>3</sup>, Vahid Alinejad<sup>4</sup>

Received: 19 September, 2022; Accepted: 07 February, 2023

### Abstract

**Background & Aims:** Workplace violence is one of the occupational hazards that are increasingly growing worldwide. Long shifts, intense stress, isolated and uncontrolled environments, direct contact with anxious patients, and the nature of work, all put emergency medical staff at risk of workplace violence. This study was conducted to determine the prevalence of workplace violence, the ways of encounter it and its consequences on emergency medical staff of West Azerbaijan province, Iran.

**Materials & Methods:** This descriptive cross-sectional study was conducted in West Azerbaijan province, Iran .in 2022. Four hundred medical emergency staff were enrolled in the study through convenience sampling method. The data were collected using a standard electronic questionnaire about workplace violence in the health department. The collected data were analyzed using IBM SPSS Statistics, version 26. Descriptive statistics (absolute frequency, mean, standard deviation, and Average percentage) were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that 61% of emergency medical staff had experienced workplace violence in the past year, which was 54.3% verbal violence, 19.3% physical violence, 18% ethnic violence, and 10% sexual violence. In response to all types of workplace violence experienced, emergency medical staff often invited the attacker to calm down, and the reason for not reporting the incident from their viewpoint was the futility of reporting. Also, most were very dissatisfied with how the reported incidents were handled.

**Conclusion:** Emergency medical staff are exposed to high levels of violence. Therefore, it is necessary to have the essential fields to reduce and prevent violence in the workplace and increase the security of these employees, such as training the general public in the profession of emergency medicine and stressful working conditions, developing a system for reporting and handling violent incidents, and explanation of the support systems for the victims should be provided.

**Keywords:** Emergency Medical Staff, Pre-Hospital Emergency, Workplace Violence

**Address:** Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

**Tel:** +989143876234

**Email:** Yasermoradi1045@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.

<sup>1</sup> MSc student in psychiatric nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor of Nursing, Patient Safety Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Nursing Instructor, Patient Safety Research Center, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor of Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran