

## Evaluation of Physical Violence against Emergency Personnel at Work in 2013

Maghami M<sup>1</sup>, Aghababaeian H<sup>2\*</sup>, Saadati M<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Student of Anesthesiology, Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

<sup>2</sup> Master of Science in Nursing, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

<sup>3</sup> Student of Anesthesiology, Student Research Committee, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran

### Abstract

**Background:** Due to the special nature of their job and exposure to stressful situations, medical emergency personnel are more prone to physical violence compared to other medical staff. This study aimed to investigate physical violence against emergency personnel in the north of Khuzestan province.

**Methods:** This cross-sectional, descriptive study was conducted on 144 emergency personnel in north of Khuzestan province through census in 2013. The data were gathered using a questionnaire which consisted of three parts, namely physical violence experience, response to violence, and its causes. Then, the data were entered into the SPSS statistical software (v. 16) and analyzed using descriptive and inferential statistics.

**Results:** The results showed that about 34.7% of the staff had experienced physical violence, 85.7% of which had occurred at the accident scene and 41.7% had been committed by the patients. A significant relationship was found between the violence performed against the emergency personnel and work shifts ( $P=0.01$ ) and the location of emergency missions ( $P=0.001$ ). Moreover, from the personnel's point of view, the most common cause of violence was low public awareness towards the medical staff's duties and the most common response to violence was inviting the offender to relax.

**Conclusion:** Considering the high rate of physical violence against the emergency staff, retraining programs are recommended to be held in order to train the necessary actions to minimize workplace violence and maximize the personnel's effective performance when exposed to violence.

**Keywords:** Physical violence, Medical emergency

Sadra Med Sci J 2014; 2(4): 379-388

Received: Nov. 11th, 2013

Accepted: Sep. 14th, 2014

\* Corresponding Author: **Aghababaeian H.** Department of Emergency Medicine and Nursing, Dezful University of Medical Sciences, Dezful, Iran, hamidrezaaghababaeian@yahoo.com

مجله علمی علوم پزشکی صدرا

دوره ۲، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۳، صفحات ۳۷۹ تا ۳۸۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۰۶/۲۳ تاریخ دریافت: ۹۲/۰۸/۲۰

مقاله پژوهشی

(Original Article)

## بررسی خشونت فیزیکی در محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی در سال ۱۳۹۲

مهرداد مقامی<sup>۱</sup>، حمیدرضا آقابابائیان<sup>۲\*</sup>، مزده سعادت<sup>۳</sup><sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی هوشبری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران<sup>۲</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی هوشبری، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران

## چکیده

**مقدمه:** پرسنل فوریت‌های پزشکی به دلیل ماهیت خاص شغل و قرارگیری در موقعیت‌های پرتنش، نسبت به دیگر پرسنل بخش درمان در معرض خشونت فیزیکی محل بیشتری قرار دارند. این پژوهش با هدف بررسی خشونت فیزیکی محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی شمال استان خوزستان صورت پذیرفت.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش به صورت مقطعی-توصیفی و به روش سرشماری بر روی تعداد ۱۴۴ پرسنل فوریت پزشکی شمال استان خوزستان در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. اطلاعات، با استفاده از پرسشنامه تجربه خشونت فیزیکی و واکنش به خشونت و علل آن جمع‌آوری شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS ۱۸ و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد ۳۴/۷ درصد پرسنل خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند که ۸۵/۷ درصد خشونت‌ها در صحنه حادثه اتفاق افتاده بود. همچنین ۴۱/۷ درصد آن‌ها توسط خود بیماران به انجام رسیده بود. بین خشونت اعمال شده علیه پرسنل با شیفت کاری پرسنل ( $P=0/01$ ) و محل ماموریت‌های اورژانسی ( $P=0/01$ ) ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت. به علاوه، شایعترین علت خشونت از نظر پرسنل، کمبود آگاهی مردم نسبت به وظایف فوریت‌های پزشکی بود و بیشترین واکنش در مقابل خشونت، دعوت کردن مهاجم به آرامش بود.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان بالای خشونت فیزیکی علیه پرسنل فوریت‌ها، می‌توان تدوین برنامه‌های بازآموزی جهت آموزش اقدامات لازم برای به حداقل رساندن خشونت محل کار و به حداکثر رساندن عملکرد موثر پرسنل در هنگام مواجهه با آن را پیشنهاد کرد. به علاوه آموزش مردم از طریق رسانه‌های جمعی پیشنهاد می‌گردد.

**واژگان کلیدی:** خشونت فیزیکی، فوریت‌های پزشکی

\* نویسنده مسئول: حمیدرضا آقابابائیان، کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی دزفول، دزفول، ایران. hamidrezaaghababaeian@yahoo.com

## مقدمه

یکی از محرک های تنش زا برای انسان، نوع شغل و شرایط کاری وی می باشد و خشونت در محل کار بخشی از خطرات مشاغل محسوب می گردد(۱). خشونت عبارتست از یک الگوی رفتاری که از طریق توسل به ایجاد ترس، تهدید، رفتار زیان آور و آزار دهنده به منظور اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می شود(۲) که به موجب آن افراد در موقعیت شغلی خود مورد سوء استفاده، سوء رفتار یا تهاجم قرار گیرند به طوری که سلامت، رفاه و بهداشت شان مورد تهدید قرار گیرد(۳). خشونت زمانی روی می دهد که تعادل بین تکانه ها و کنترل درونی در هم می شکند. هر گونه شرایطی که افزایش تکانه های پرخاشگری را در زمینه کاهش کنترل فراهم نماید ممکن است منجر به بروز خشونت شود. سازمان بهداشت جهانی خشونت را به چهار دسته تقسیم می نماید که شامل ۱- خشونت فیزیکی، ۲- خشونت لفظی، ۳- خشونت نژادی و ۴- خشونت جنسی می باشد(۴، ۵).

خشونت امروزه به عنوان یکی از موضوعات مربوط به سلامتی و ایمنی کاری افراد در نظر گرفته می شود(۶). بر اساس گزارش سازمان بین المللی کار شیوع خشونت در دهه اخیر افزایش یافته است و از میان تمام گروه های کاری و حرفه ای، پرسنل سازمان های ارائه کننده خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین قربانیان خشونت های شغلی محسوب می شوند، به طوری که خطر مواجهه با خشونت های شغلی علیه آنان ۱۶ برابر سایر کارکنان خدماتی است(۷). نتایج مطالعات متعددی نیز تاییدی بر میزان بالای خشونت شغلی علیه پرسنل و مراقبین بهداشت و سلامت بود(۸).

خشونت در محیط کار می تواند تاثیرات سوئی بر سلامت جسمی، روانی، شناختی و عاطفی فرد بگذارد و منجر به خستگی مزمن، تند مزاجی، بی حوصلگی و خشم نسبت به بیماران، فقدان همدردی نسبت به بیمار و کناره گیری روانی یا فیزیکی از بیمار، مراقبت ضعیف و ناکافی از بیمار، افزایش فشار شغلی، کاهش روزهای کار، کاهش کارایی،

دست کشیدن از کار، انتقال به شغل دیگر، لزوم درمان طبی و یا حتی مرگ شود. منابع اصلی این خشونت ها می تواند بیماران، خانواده و یا دوستان آن ها و سایر همکاران باشد(۹-۱۱) و به عواملی چون استرس بیماران از بیماری، زمان انتظار طولانی، کمبود پرسنل، تغییر شیفت و تعویض پرسنل، انتظارات بالای آن ها و عدم آموزش پرسنل در شناخت و مدیریت بیماران خشن و تحریک شده که تشدید کننده تهدیدها و خشونت ها علیه پرسنل و مراقبین بهداشتی می باشد بستگی دارد(۱۲). با وجود اینکه تمامی پرسنل درمانی در معرض خشونت محل کار قرار دارند، اما پرسنل فوریت های پزشکی به دلیل ماهیت خاص شغل و قرار گیری در موقعیت های پرتنش با بیماران، بیشتر در معرض خشونت فیزیکی قرار دارند(۱۳). خشونت فیزیکی عبارت است از نیروی فیزیکی در مقابل فرد یا گروهی دیگر که نتیجه اش آسیب فیزیکی، جنسی و روانی است و شامل تازیانه زدن، مشت و لگد زدن، سیلی زدن، چاقوکشی و تیراندازی هل دادن، گاز گرفتن، نیشگون گرفتن، زخمی کردن و امثال اینها می باشد(۱۴).

سرویس درمانی اورژانس پیش بیمارستانی بخش مهمی از سیستم ارائه خدمات بهداشتی است، چون امروزه، عموماً اولین برخورد با بیماران بحرانی به وسیله اورژانس پیش بیمارستانی صورت می گیرد(۱۵، ۱۶) و با توجه به شرایط کاری و ضرورت دقت و سرعت عمل تکنسین های فوریت های پزشکی در نجات جان انسان ها، اهمیت رضایت شغلی در این حرفه دو چندان به نظر می رسد(۱۷). خشونت شغلی به عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش کیفیت زندگی کاری می گذارد و تأثیر شگرفی بر رضایت شغلی، کیفیت مراقبت از بیماران، رضایت مندی بیماران، بهره وری و کارایی دارد(۱۸) و از آنجا که درک رفتار و شناسایی دلایل بروز آن در تکنسین های فوریت پزشکی در حین انجام فرآیند ارائه خدمت، باعث ایفای صحیح تر نقش و وظایف آنها در ارائه خدمات مطلوب و اثر بخش شده و در نهایت بهبود عملکرد سازمان را باعث خواهد شد، این پژوهش با هدف بررسی بررسی خشونت فیزیکی محل کار

علیه پرسنل فوریت های پزشکی شمال استان خوزستان صورت گرفت.

### مواد و روش

این پژوهش به صورت مقطعی-توصیفی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت. از میان ۲۳۹ نفر جامعه مورد پژوهش، بر اساس جدول حجم نمونه مورگان ۱۴۴ نفر پرسنل فوریت‌های اورژانس پیش بیمارستانی واقع در شمال استان خوزستان و وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اهواز و دانشگاه علوم پزشکی دزفول بصورت تصادفی ساده انتخاب و وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌های این مطالعه پرسشنامه‌ای بود که پس از بررسی و مطالعه سایر پژوهش‌ها در این رابطه مثل پژوهش رحمانی و همکاران تحت عنوان بررسی خشونت محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی در استان آذربایجان شرقی در ایران و سایر مطالعات و تحقیقات کتابخانه‌ای تهیه و تدوین شده بود (۱۹). این پرسشنامه شامل سه قسمت می‌باشد. قسمت اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک یا فردی- اجتماعی شرکت‌کنندگان در این پژوهش است و سوالاتی برای بدست آوردن اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، سابقه کار و نوع وضعیت استخدامی، رده سنی بیشتر بیماران و جنس آن‌ها، تعداد افرادی که ماموریت‌های اورژانسی حضور دارند، تعداد ماموریت هفتگی بود و اینکه این ماموریت‌ها بیشتر در چه مکان‌هایی است را شامل می‌شد. قسمت دوم این پرسشنامه خشونت فیزیکی را شامل می‌شد و سابقه رویارویی با خشونت در ۱۲ ماه گذشته، نحوه و مکان اعمال خشونت، وجود و یا عدم وجود سلاح خاص در خشونت، ایجاد آسیب جدی به دنبال اعمال خشونت و اینکه از جانب چه کسی خشونت انجام شده است، پرسیده شد. برای تفهیم بهتر پرسنل از خشونت مورد نظر، در پرسشنامه تعریفی در مورد خشونت مربوطه ذکر شد. قسمت سوم، مربوط به واکنش پرسنل نسبت به خشونت، علت این واکنش پرسنل، عوامل موثر بر اعمال خشونت

علیه پرسنل و وجود و یا عدم وجود دوره‌های آموزشی در مورد کنترل خشونت بود. در پایان نیز در سوالی از پرسنل خواسته شد که چنانچه راهکار پیشنهادی جهت پیشگیری از خشونت محل کار دارند آن را بیان نمایند. روایی محتوایی پرسشنامه پس از بررسی پرسشنامه توسط ۸ نفر از اعضای هیئت علمی گروه فوریت های پزشکی مورد تصحیح و تغییر واقع شد و نظرات ایشان در پرسشنامه اعمال شد. برای تعیین پایایی نیز از تست آزمون-باز آزمون استفاده شد بطوری که پرسشنامه به ۱۵ نفر از پرسنل فوریت با فاصله ۱۰ روز بصورت آزمون پس آزمون داده شد و نتایج بعد از آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بطوریکه ضریب همبستگی بین نمرات کل پرسشنامه در دفعه اول و دوم برابر ۰/۸۰ به دست آمد، و بدین ترتیب پایایی پرسشنامه نیز تایید گردید. زمان اتفاق افتادن این خشونت‌ها نیز در هنگام شیفت کاری پرسنل، چه در پایگاه اورژانس پیش بیمارستانی و چه هنگام ماموریت خارج از پایگاه تعریف شد. معیار ورود برای شرکت کنندگان در این پژوهش داشتن رضایت آگاهانه، داشتن سابقه کار حداقل یک سال در اورژانس پیش بیمارستانی، داشتن حداقل مدرک کاردانی، و حضور در عرصه و تماس مداوم و مستقیم با بیمار بود. معیار خروج از پژوهش نیز بر نکردن کامل پرسشنامه در نظر گرفته شد. پژوهشگران پس از دریافت معرفی نامه برای جمع‌آوری داده‌ها به واحد های مورد پژوهش مراجعه کردند. در جهت رعایت نکات و ملاحظات اخلاقی هدف از انجام این پژوهش برای شرکت کنندگان در این پژوهش توضیح داده شد و به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه خواهند ماند و شرکت در پژوهش آزادانه می‌باشد. داده‌ها توسط نرم SPSS نسخه ۱۶ ارزیابی شدند. جهت برآورد فراوانی و شیوع و بروز و نوع خشونت در محل کار و همچنین بر آورد داده‌های دموگرافیک و آنها از آزمون‌های توصیفی ( جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار) استفاده گردید و همچنین جهت بررسی بین تجربه خشونت فیزیکی و ارتباط آن با داده‌های دموگرافیک از

خشونت‌های فیزیکی در شیفت کاری عصر، ۲۲ درصد در شب و ۲۰ درصد نیز در هنگام شیفت کاری صبح اعمال شده بود که بین شیفت کاری ظهر و خشونت انجام شده علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی ارتباط آماری معنادار وجود داشت ( $P=0/01$ ). از نظر محل اعمال خشونت علیه پرسنل، ۸۶ درصد این خشونت‌ها در جاده و در هنگام ماموریت‌های اورژانسی جاده ای رخ داده بود که از نظر آماری معنادار بود ( $P=0/001$ ). همچنین بین خشونت اعمال شده کلامی از سوی بیماران و جنسیت آن‌ها رابطه آماری معناداری وجود داشت و بیماران مذکر نسبت به مونث خشونت بیشتری اعمال کرده بودند ( $P=0/002$ ). از نظر واکنش در مقابل اعمال خشونت‌های انجام شده علیه آن‌ها، ۶۵/۲ درصد از پرسنل فرد مهاجم را به آرامش دعوت کردند (جدول ۱).

جدول ۱. واکنش پرسنل فوریت‌های پزشکی به اعمال خشونت علیه آن‌ها

نوع واکنش از سوی پرسنل فوریت‌های پزشکی	فراوانی	درصد فراوانی
مهاجم را به آرامش دعوت کردم	۹۴	۶۵/۲
به مافوق خود گزارش کردم	۱۵	۱۰/۳
اقدامی انجام ندادم	۷	۵
با همکاران فوریت در میان گذاشتم	۷	۵
در جستجوی مشاوره بر آمدم	۷	۵
وانمود کردم اتفاقی نیفتاده است	۷	۵
از خودم در مقابل مهاجم دفاع کردم	۷	۵

حدود ۶۰ درصد شرکت‌کنندگان در این مطالعه، خشونت اعمال شده علیه خود را چیز مهمی نمی‌دانستند و علت گزارش نکردن خشونت را به همین دلیل می‌دانستند. از علل دیگر گزارش نکردن خشونت، ۲۰ درصد تصور می‌کردند که گزارش خشونت بدون فایده می‌باشد، ۱۰ درصد از عواقب منفی آن می‌ترسیدند و ۱۰ درصد نیز خود را در خشونت صورت گرفته علیه آن‌ها مقصر می‌دانستند

آزمون‌های استنباطی (آزمون‌های کای اسکور و فیشر) استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن  $32/9 \pm 4/16$  و سابقه کاری در بخش فوریت‌های پزشکی (اورژانس پیش بیمارستانی)  $5/9 \pm 2/25$  بود. ۹۰ درصد شرکت‌کنندگان در پژوهش متاهل و ۱۰ درصد نیز مجرد بودند و تمامی آن‌ها بصورت تمام وقت و سازماندهی کاری شیفت برگردان در بخش فوریت‌های پزشکی مشغول به کار بودند و ۹۰ درصد بصورت قراردادی و ۱۰ درصد بصورت پرسنل طرحی استخدام بودند و در برخورد مستقیم با بیماران و هر دو جنس مونث و مذکر بودند و در ماموریت‌های اورژانسی به صورت دو نفره حضور داشتند. ۶۰/۸ درصد آن‌ها با بیماران از تمامی سنین در برخورد بودند، همچنین ۳۴/۲ درصد با بزرگسالان و ۵ درصد هم با سالمندان بیشتر از بیماران با سنین دیگر در ارتباط بودند. میانگین تعداد ماموریت هفتگی برای پرسنل،  $6/25 \pm 3/56$  است و محل‌هایی که بیشترین تعداد فوریت‌های پزشکی در آن‌جا رخ داده بود، بترتیب: در جاده (۶۰٪)، اماکن عمومی (۲۵٪)، خیابان (۱۰٪) و داخل منازل (۵٪) بود.

در ۱۲ ماه گذشته ۳۴/۷ درصد پرسنل مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند که ۵۷/۱ درصد از این خشونت‌ها مربوط به خشونت هل دادن، ۲۸/۶ درصد مربوط به خشونت مشت زدن و ۱۴/۳ درصد مربوط به نیشگون گرفتن پرسنل فوریت‌های پزشکی بود. محل‌هایی که خشونت فیزیکی علیه پرسنل فوریت پزشکی صورت گرفته بود، بترتیب ۸۵/۷ درصد در صحنه حادثه و ۱۴/۳ درصد در بیمارستان بود. ضمن این که کلیه خشونت‌های فیزیکی، بدون وسیله و یا سلاح خاصی صورت گرفته بود و منجر به آسیب جدی فیزیکی نشده بود و اعمال خشونت بترتیب از جانب خود بیمار (۴۱/۶٪)، خانواده بیمار (۲۹/۲٪)، حاضرین در صحنه حادثه (۱۴/۶٪) و همکاران فوریت (۱۴/۶٪) بود. حدود ۵۸ درصد

فیزیکی قرار گرفته بودند و شایع‌ترین خشونت و محل آن مربوط به خشونت هل دادن و محل و صحنه حادثه بود که از این نظر مشابه پژوهش رحمانی و همکاران بود که در مورد خشونت فیزیکی محل کار پرسنل فوریت‌های پزشکی آذربایجان شرقی در ایران بود (۱۹). در مطالعه حاضر بیشترین خشونت فیزیکی از جانب خود بیمار بود که همسو با پژوهش‌های آقاجانلو و همکاران و کوهستانی و همکاران بود که در ایران به انجام رسیده بودند (۲۱، ۲۲). همچنین در پژوهش حاضر، پژوهش رحمانی و همکاران در ایران (۱۹) و پژوهش بویل (Boyle) و همکاران در استرالیا (۲۳) که هر دو مورد اعمال خشونت علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی بود، خشونت فیزیکی نسبت به پژوهش‌هایی که در مورد خشونت در دیگر مراقبین بهداشتی و پرستاران انجام گردیده بود در میزان بیشتری اعمال شده بود. از جمله این پژوهش‌ها، پژوهش مگناویتا (Magnavita) در ایتالیا بود که ۱۰ درصد کارکنان یک مرکز بهداشتی درمانی خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند (۲۴). پژوهش ال گیلانی (El-Gilany) و همکاران در عربستان، ۷/۹ درصد مراقبین بهداشتی خشونت فیزیکی را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده بودند (۲۵). پژوهش کیتانه و همدان (Kitaneh, Hamdan) در فلسطین نیز ۲۰/۸ درصد پرستاران مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند (۲۶). همچنین پژوهش عباس (Abbas) و همکاران در مصر نشان داد که ۹/۳ درصد پرستاران خشونت فیزیکی را تجربه کرده بودند و شیوع خشونت در مردان بیشتر از زنان بود (۲۷). در پژوهش آکسو و اکسان (Aksu, Aksan) در ترکیه نیز گویای آن بود که خشونت فیزیکی در مردان بیشتر از زنان رخ داده بود (۲۸). همین موضوع می‌تواند علت افزایش خشونت فیزیکی علیه پرسنل نسبت به دیگر مراقبین بهداشتی باشد، چراکه پرسنل فوریت‌های پزشکی فقط از جنسیت مرد بودند. البته می‌تواند ناشی از تعداد برخورد مستقیم با بیمار، تعداد افراد کم تیم درمانی اورژانس و همچنین ازدحام جمعیت در صحنه حادثه نیز باشد.

ضمن این که ۸۰ درصد از پرسنل فوریت‌های پزشکی اذعان داشتند که در محل کار خود هیچ دست‌ورالعملی برای گزارش موارد خشونت وجود ندارد. در مورد علل خشونت علیه پرسنل، ۵۰ درصد کمیود آگاهی مردم به وظایف تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی را بعنوان شایع‌ترین علت خشونت محل کار می‌دانستند (جدول ۲). ۶۰ درصد از پرسنل هیچ آموزشی در مورد کنترل و پیشگیری از خشونت ندیده بودند و ۸۵ درصد نیز بر این باور بودند که در حد زیاد و یا خیلی زیاد به این آموزش نیاز می‌باشد. ۱۰ درصد سطح نیاز خود را برای این دوره‌های آموزشی کم و خیلی کم گزارش کردند. پنج درصد هم بدون نظر راجع به آموزش مبنی بر کنترل و پیشگیری از خشونت بودند.

جدول ۲. علل خشونت علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی

علت	فراوانی درصد	فراوانی فراوانی
کمیود آگاهی مردم به وظایف فوریت‌های پزشکی	۷۲	۵۰
نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت	۲۹	۲۰/۱
مصرف داروهای روان گردان و یا الکل توسط بیماران	۱۴	۹/۷
مرگ بیمار	۱۴	۹/۷
تعداد کم افراد تیم آمبولانس	۸	۵/۶
تاخیر در رسیدن آمبولانس	۷	۴/۹

## بحث

خشونت در بخش بهداشت و درمان یک موضوع نگران‌های کننده بین‌المللی است و به عنوان یک مشکل واقعی با پیامدهای قابل توجه برای قربانیان خشونت و بیماران و نهادهای ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مطرح می‌باشد (۹، ۲۰).

در پژوهش حاضر حدود ۳۵ درصد نمونه‌های پژوهش در ۱۲ ماه گذشته هنگام انجام پژوهش، مورد خشونت

توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی به بیماران را به حداکثر رساند. پیشنهاد دیگر محققین، انجام پژوهش در دیگر حیطه‌های خشونت محل کار تعریف شده توسط سازمان بهداشت جهانی علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی می‌باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح مصوب شماره 103 DUR<sub>s</sub> شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول در سال ۱۳۹۲ بود. محققین این پژوهش از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی دزفول و همچنین از همکاری کارکنان و تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و دانشگاه علوم پزشکی دزفول جهت تکمیل پرسشنامه پژوهش، کمال سپاسگزاری را به عمل می‌آورند.

### منابع

1. Foley M. Caring for those who care: a tribute to nurses and their safety. *Online J Issues Nurs* 2004; 30;9(3):2.
2. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health* 2002;47(5):305-317.
3. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000;31(2):452-60.
4. May DD, Grubbs LM. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups. *J Emerg Nurs* 2002; 28(1):11-17.
5. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *J Adv Nurs* 2002;39(3):230-40.
6. Celebioglu A, Akpınar RB, Kucukoglu S, Engin R. Violence experienced by Turkish nursing students in clinical settings: their emotions and behaviors. *Nurse Educ Today* 2010;30(7):687-91.
7. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic

در این پژوهش ۶۰ درصد پرسنل علت گزارش نکردن خشونت‌های صورت گرفته بر علیه خود را، عدم اهمیت آن و بی فایده بودن گزارش می‌دانستند، ترس از عواقب منفی هم از دلایل عدم گزارش خشونت بود که از این نظر همسو با مطالعه الجوایز و الغنیم (Alghanim , Algwaiz) در عربستان بود (۲۹). این نشان از توجه ناکافی به خشونت می‌باشد. زیرا که خشونت‌های حتی کوتاه مدت می‌تواند اثرات طولانی مدتی در روان و جسم انسان داشته باشد و عملکرد حرفه‌ای را تحت تاثیر قرار دهد (۳۰). ۶۰ درصد نمونه‌های مطالعه، آموزشی در مورد کنترل و پیشگیری از خشونت ندیده بودند. با این حال باز هم ۵۰ درصد علل خشونت را عدم آگاهی مردم به وظایف پرسنل فوریت می‌دانستند و سهم نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت را ۲۰ درصد بیان کردند. بنابراین می‌توان نیاز به آموزش و افزایش آگاهی را نخست برای مردم و سپس برای پرسنل فوریت‌های پزشکی احساس کرد. در ضمن با توجه به این که این مطالعه در شمال استان خوزستان انجام شده است تنها محدودیت پژوهش کمبود نمونه پژوهش برای بست به کل جامعه فوریت‌های پزشکی کشور بوده است لذا پیشنهاد می‌گردد تا این مطالعه در سایر مراکز فوریت‌های پزشکی کشور نیز انجام گردد تا بتوان نتایج قابل تعمیمی از آن به دست آورد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده در مورد میزان خشونت فیزیکی محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی در شمال استان خوزستان و ماهیت علل و اعمال‌کنندگان خشونت و واکنش پرسنل در مقابل خشونت، می‌توان در سیستم آموزش بهداشت و درمان، آموزش را پیشنهاد کرد تا با افزایش آگاهی مردم نسبت به وظایف پرسنل فوریت‌های پزشکی و یا تدوین برنامه‌های آموزشی برای پرسنل در جهت پیشگیری از خشونت، میزان خشونت فیزیکی محل کار علیه پرسنل فوریت‌های پزشکی را به حداقل رساند و کیفیت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

17. Ghorbanian A, Hadadpour A, Maleki MR. Relationship between Leadership Style of Managers and Job Satisfaction of Medical Emergency Technicians (Transactional and Laissez Fair Leadership) Quarterly Scientific Journal of Rescue & Relief 2010;2(3):28-44.
18. Celik SS, Celik Y, Agirbas I, Ugurluoglu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs Rev* 2007;54(4):359-66.
19. Rahmani A, Allah Bakhshiyani A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari MA. Physical violence in working environments: Viewpoints of EMT' personnel in East Azerbaijan Province. *IJNR* 2009;3(11):33-41.
20. Kowalenko T, Cunningham R, Sachs CJ, Gore R, Barata IA, Gates D, et al. Workplace violence in emergency medicine: current knowledge and future. *J Emerg Med* 2012;43(3):523-31.
21. Aghjanloo A, harririan H, Ghafurifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences. *IJNR* 2010;5(17):46-54.
22. Koohestani HR, Baghcheghi N, Rezaei K, Abedi A, Seraji A, Zand S. Occupational Violence in Nursing Students in Arak, Iran. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011;7(2):44-50.
23. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emerg Med J* 2007;24(11):760-3.
24. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2012;2(12):108.
25. El-Gilany AH, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *J Interpers Violence* 2010;25(4):716-34.
26. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses proportion. *Int Nurs Rev* 2001;48(3):129-30.
8. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin BB. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC Health Serv Res* 2012; 9:12:245.
9. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. *J Clin Nurs* 2008;17(8):1071-8.
10. Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs* 2000 Dec-2001;18(2):8-17.
11. Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. *Br J Nurs* 2005; 9:14(4):227-32.
12. Marx JA, Hockberger RS, Walls RM. *Rosen's Emergency medicine: Concepts and clinical practice*. 6 ed: New York: Mosby; 2006.
13. Suserud BO, Blomquist M, Johansson I. Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accid Emerg Nurs* 2002;10(3):127-35.
14. International Labour Office, International Council of Nurses, World Health Organization, and Public Services International (ILO/ICN/WHO/PSI). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector*. Geneva: International.
15. Dean JM, Vernon DD, Cook L, Nechodom P, Reading J, Suruda A. Probabilistic linkage of computerized ambulance and inpatient hospital discharge. *Ann Emerg Med* 2001;37(6):616-26.
16. Lilja GP. In: *Emergency medical services*". In: Tintinalli J, Kelen G, Stapczynski J. *Emergency medicine A comprehensive study guide*. 5 ed: New York; McGraw Hill; 2004. pp. 1-5.



- personnel regarding intimate. BMC Public Health 2007;13(7):350.
29. Algwaiz WM, Alghanim SA. Violence exposure among health care professionals in Saudi public hospitals. A. Saudi Med J 2012;33(1):76-82.
30. Erkol H, Gokdogan MR, Erkol Z, Boz B. Aggression and violence towards health care providers - a problem in Turkey? J Forensic Leg Med 2007;14(7):423-8.
- in Palestinian public hospitals. BMC Health Serv Res 2012; 20;12:469.
27. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate. J Egypt Public Health Assoc 2010;85(1-2):29-43.
28. Aksan HA, Aksu F. The training needs of Turkish emergency department

Archive of SID

Cite this article as:

Maghami M, Aghababaeian H, Saadati M. Evaluation of Physical Violence against Emergency Personnel at Work in 2013. Sadra Med Sci J 2014; 2(4): 379-388.