

بررسی فراوانی و علل تعدی کلامی علیه پرسنل بالینی

نسترن حیدری خیاط، ندا محمدی نیا^۱، حسن شریفی پور، افشین الماسی

چکیده

مقدمه: تعدی کلامی شایع ترین شکل خشونت شغلی است که می تواند بر عملکرد حرفه ای پرسنل شاغل در محیط های بالینی تأثیرگذار باشد.

هدف: هدف از این مطالعه بررسی فراوانی و علل تعدی کلامی علیه پرسنل بالینی در بیمارستان های ایران شهر بوده است.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع مقطعی است. کلیه پرستاران، ماماها، تکنیسین های اتاق عمل و بیهوشی و بهیاران شاغل در بیمارستان های ایران شهر (۱۴۵ نفر) در مطالعه شرکت کردند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و سؤالات مربوط به تعدی کلامی، علل ایجاد کننده و منابع آن بود که توسط اکثر واحدهای مورد پژوهش در یک نوبت تکمیل شد. هم چنین پرسشنامه خشونت شغلی در بخش سلامت ساخته شده توسط سازمان جهانی بهداشت، استفاده شد. محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۸۶) تأیید کننده پایایی این مقیاس بود. داده ها پس از جمع آوری، با نرم افزار SPSS ۱۵ آمار توصیفی و آزمون توان دوم کای تجزیه و تحلیل شدند. **یافته ها:** ۸۸/۴٪ نمونه ها تعدی کلامی را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده بودند. بیشترین علل تعدی کلامی، ممانعت از ورود همراهان جهت ملاقات بیماران در غیر از ساعات ملاقات، تأخیر در شروع مراقبت، کمیود پرسنل و امکانات مراکز بیان شد. زنان بیش از مردان تعدی کلامی را تجربه کرده بودند و شرکت کنندگان با سابقه کار و سن پایین تر، بیشتر در معرض خطر تجربه تعدی کلامی قرار داشتند. بیشترین تجربه تعدی کلامی در اورژانس، اتاق عمل و بخش های جراحی زنان بود. همراهان بیمار، بیماران و پزشکان بیشترین منابع تعدی کلامی اعلام شدند. ۷۷/۲٪ نمونه ها تعدی کلامی را به یک مرجع از جمله سرپرستار بخش، سوپروایزر و مترون گزارش کرده بودند.

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده شیوع بالای خشونت علیه پرسنل بیمارستانی است که می تواند عوارض جسمی و روحی برای آنان به همراه داشته باشد. همچنین ارجاع اکثر آن ها به مدیران پرستاری، بیانگر اولویت و لزوم تهیه و تدوین برنامه های پیشگیری کننده در برنامه های مدیران پرستاری می باشد.

کلمات کلیدی: پرسنل بالینی، تعدی کلامی، خشونت شغلی

نسترن حیدری خیاط

مربی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی
ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان
heydarikhayat.nastaran@gmail.com

■ مؤلف مسؤول: ندا محمدی نیا

مربی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی
ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

حسن شریفی پور

مربی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی
ایران شهر، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

افشین الماسی

دانشجوی دکترای آمار و علوم زیستی، دانشگاه علوم
پزشکی تهران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال اول، دوره اول، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۱

■ مقدمه

هفت برابر بیشتر مستعد تجربه خشونت فیزیکی هستند (۱۳) و دچار صدمات عاطفی از قبیل خشم، ترس، ناامیدی و اضطراب می‌شوند که به همان شدت خشونت‌های فیزیکی، زیانبار می‌باشد و پیامدهای آن نه تنها از نظر روانشناختی بلکه از بعد حرفه‌ای نیز تخریب‌کننده است؛ زیرا پیامد خشونت منجر به تأثیرپذیری کیفیت مراقبت، غیبت‌های طولانی از کار و نامناسب شدن جو محیط کار می‌شود (۷، ۲، ۱۵، ۱۴، ۱۳، ۱۲). ارتکاب به خشونت از سوی افراد مختلفی گزارش شده است به طوری که بیشترین خشونت در بیمارستان را بیماران، وابستگان بیمار، پزشکان، سایر پرسنل شاغل در بیمارستان به غیر از کادر پرستاری و ملاقات‌کنندگان به وجود آورده‌اند (۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹).

با توجه به این که در گذشته مطالعات متعددی در رابطه با فراوانی خشونت شغلی و انواع آن انجام شده است؛ اما مطالعات جامعی در رابطه با فراوانی و علل ایجاد کننده تعدی در شهرستان ایرانشهر انجام نشده و این در حالی است که تجارب فردی نویسندگان نشان دهنده زیاد بودن تعدی کلامی و خشونت‌های فیزیکی در بیمارستان‌های این شهرستان می‌باشد. با توجه به اهمیت شناسایی علل ایجاد تعدی کلامی به عنوان گامی در جهت حل این مشکل، تصمیم گرفته شد که این مطالعه در ایرانشهر انجام شود. بدیهی است که ویژگی‌های فرهنگی-اجتماعی که بیمارستان‌ها در آن‌ها قرار گرفته‌اند و نیز امکانات آنها اعم از نیروی انسانی موجود، نوع خدمات تخصصی و... در بروز این نوع رفتارها مؤثر است؛ لذا این نوع مطالعات را می‌توان در موقعیت‌های مختلف اجتماعی- فرهنگی انجام داد. هدف این مطالعه تعیین فراوانی تعدی کلامی علیه پرسنل شاغل در بیمارستان ایران و خاتم الانبیای ایرانشهر زاهدان، علل ایجاد کننده و منابع آن بوده است.

■ مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی بوده است. محیط پژوهش را بیمارستان‌های آموزشی شهرستان ایرانشهر که تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی زاهدان هستند، تشکیل می‌داد. با توجه به محدودیت تعداد کل پرسنل شاغل در این دو مرکز، از تمامی کادر پرستاری شامل پرستاران، کارکنان اتاق عمل، بیهوشی، بهیاران و ماماها به صورت تمام شماری دعوت به همکاری و شرکت در این مطالعه شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز این طرح از پرسشنامه دو قسمتی مورد استفاده در مطالعات پیشین تحت عنوان

خشونت شغلی علیه پرسنل مراقبتی به رویدادی شایع و عالم‌گیر تبدیل شده است. بر اساس گزارش سازمان بین‌المللی کار^۱ شیوع خشونت در دهه اخیر افزایش یافته است و از میان تمام گروه‌های کاری و حرفه‌ای، پرسنل مراقبت سلامتی بیشترین قربانیان خشونت‌های شغلی محسوب می‌شوند؛ به طوری که خطر مواجهه با خشونت‌های شغلی علیه آنان ۱۶ برابر سایر کارکنان خدماتی^۲ است. پرستاران در مقایسه با دیگر پرسنل شاغل در بیمارستان، سه برابر بیشتر در معرض خطر خشونت قرار دارند. از آنجا که اکثر کارکنان شاغل در بخش بهداشت و درمان را زنان تشکیل می‌دهند؛ بنابراین پرستاران زن نیز در مقایسه با مردان بیشتر مستعد رفتارهای خشونت بار هستند (۱).

پرستاران جمعیت قابل توجهی را در بیمارستان تشکیل می‌دهند و اولین و در دسترس‌ترین پرسنل در بیمارستان محسوب می‌شوند. همچنین حضور در موقعیت‌های استرس آمیز از قبیل تصادفات، مرگ بیمار، انتظار برای ویزیت پزشک، انتقال بیمار به بخش یا بیمارستان‌های دیگر آنان را در معرض خشونت و رفتارهای خشن قرار می‌دهد (۳، ۲). محیط پر استرس اتاق عمل نیز باعث شده است که رفتارهای تخریبی و خشونت شغلی، شایع‌ترین رخداد اتاق عمل محسوب شوند و اکثر پرستاران خشونت شغلی را از سوی پزشکان تجربه کنند (۴). البته پرستاران تنها کارکنان شاغل در بیمارستان نیستند که خشونت شغلی را تجربه می‌کنند؛ به طوری که مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که ماماها در بخش زایمان و لیبر به خصوص افرادی با سابقه کار بالا، بیشترین خشونت شغلی را تجربه کرده‌اند (۵). بروز این خشونت‌ها می‌تواند اثرات جسمی و روانی نامطلوبی را بر روی افراد تحت خشونت به همراه داشته باشد (۳، ۲). این عوارض از آشفتنگی‌های عاطفی، خشم، دستپاچگی، کاهش عزت نفس، کاهش رضایت شغلی تا گرایش به مصرف سیگار و الکل متغیر هستند (۷، ۶).

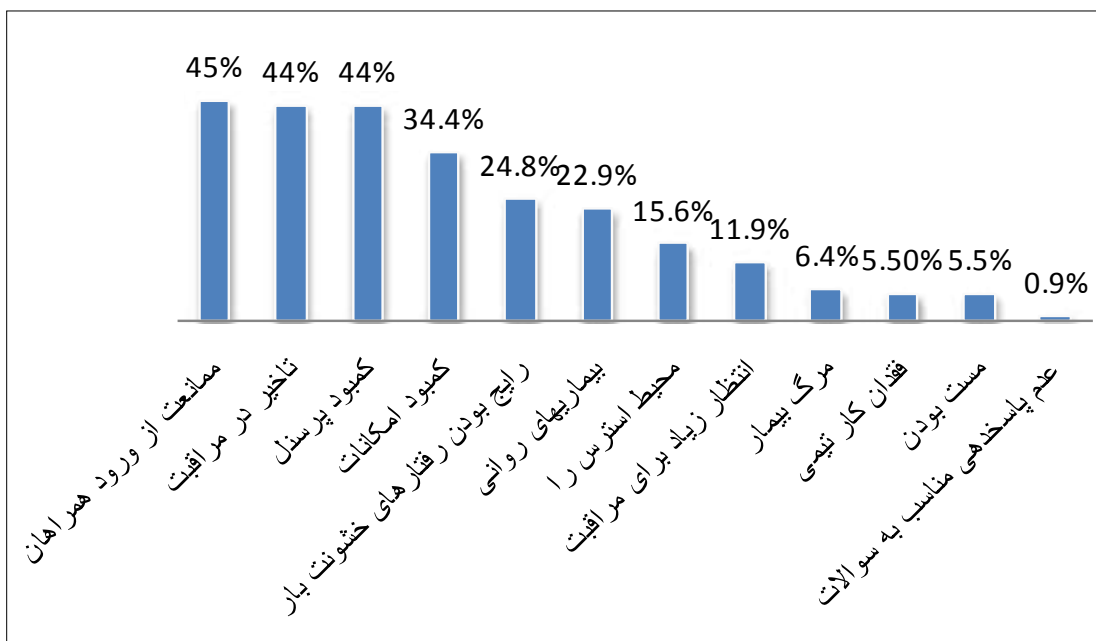
سازمان جهانی بهداشت خشونت را به انواع خشونت‌های فیزیکی، قتل، تعدی کلامی، تهدید به خشونت، خشونت نژادی و جنسی تقسیم می‌کند که در این میان تعدی کلامی شایع‌ترین شکل خشونت تجربه شده توسط پرستاران بوده است (۱۱، ۱۰، ۹، ۸). مطالعات نشان می‌دهند که بین ۹۶-۸۲٪ پرستاران تعدی کلامی را تجربه کرده‌اند (۱۲). افرادی که تعدی کلامی را تجربه می‌کنند

ساعت ملاقات، انتظار کشیدن طولانی جهت ارائه مراقبت، سطح فرهنگی و رایج بودن رفتار خشونت آمیز، وضعیت روانی فرد، عدم پاسخ مناسب به سؤالات آن‌ها، فقدان برنامه‌ریزی و همکاری تیمی، کار کردن در محیط استرس‌زا) و گزارش دادن تعدی کلامی (بله، خیر)، مرجعی که خشونت به وی گزارش داده شد (سرپرستار، سوپروایزر، مترون، مدیر یا رئیس بیمارستان، بیش از یک مرجع) بود. از آنجا که احتمال بیش از یک پاسخ برای این سؤالات مربوط به خشونت مطرح است، در پرسشنامه قید شده است که می‌توانند بیش از یک گزینه را انتخاب نمایند.

پرسشنامه‌ها به همراه فرم رضایت نامه در اختیار ۱۴۵ نفر از پرسنل شاغل در بیمارستان‌ها قرار گرفت. معیارهای خروج از این مطالعه شامل سابقه بیماری روان واحد مورد پژوهش و نیز سابقه کار کمتر از یک سال بود. در زمان توزیع پرسشنامه‌ها به شرکت کنندگان، حفظ بی‌نامی و محرمانه بودن پرسشنامه‌ها مورد تأکید قرار گرفت و یادآوری شد که پس از تکمیل پرسشنامه، آن را به سرپرستار بخش تحویل دهند. سوپروایزهای آموزشی بیمارستان‌ها، پرسشنامه‌های تکمیل شده را از سرپرستاران جمع‌آوری کردند. از آنجا که برخی پرسشنامه‌ها به صورت ناقص تکمیل شده و قابل تجزیه و تحلیل نبودند، تنها ۱۰۹ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که ممکن بود نمونه‌ها مواردی را به خاطر نیاورند چون حافظه قابل اعتماد نیست؛ بنابراین ۱۲ ماه گذشته برای جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته شد؛ اگرچه ممکن بود در همین مدت هم مواردی را به خاطر نیاورد. عدم تمایل برای بیان کردن اطلاعات خصوصی نیز با توضیح محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها به حداقل رسید. در این پژوهش داده‌ها از نوع کمی و کیفی بودند. پس از جمع‌آوری، کد گذاری و ورود داده‌ها به رایانه، نرم افزار آماری SPSS ۱۵ برای تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف توزیع متغیرهای کمی از نظر نرمال بودن بررسی گردید و با توجه به نتیجه آزمون، از آزمون پارامتری و در غیر این صورت از آزمون‌های غیر پارامتری استفاده شد. به منظور توصیف اطلاعات دموگرافیک و مشخصات فردی، از میانگین، انحراف معیار، جدول توزیع فراوانی (نسبی و مطلق) و نمودار استفاده شد. برای تعیین ارتباط سن، جنسیت پرسنل، جنسیت بیماران تحت مراقبت، مدرک تحصیلی، بخش محل کار، نوع استخدام و سابقه کار با بروز تعدی کلامی از آزمون

خشونت شغلی در بخش سلامت که توسط سازمان جهانی بهداشت، اداره کار، موسسه ایمنی بیمار و انجمن بین‌المللی پرستاران تهیه شده بود، استفاده شد (۲۰). در زمان ترجمه ابزار از انگلیسی به فارسی برخی اصلاحات اعمال شد تا مناسب فرهنگ کشور ما باشد. برای جلوگیری از سردرگمی و تعابیر متفاوت از تعدی کلامی، تعریف تعدی کلامی نیز در ابتدای پرسشنامه گنجانده شد. جهت کسب روایی ابزار گردآوری داده‌ها از اعتبار محتوا استفاده شد به این ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۸ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایرانشهر قرار گرفت و پس از اعمال نظرات اصلاحی ایشان پرسشنامه تکمیل شد. برای تعیین پایایی ابزار از روش همسانی درونی استفاده شد. به این منظور پرسشنامه توسط ۲۵ نفر از پرسنلی که دارای مشخصات یکسان با واحدهای مورد پژوهش بودند، تکمیل شد. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تأیید کننده پایایی این مقیاس بود. همانطور که ذکر شد، پرسشنامه دارای دو قسمت بود. قسمت اول پرسشنامه شامل یازده سؤال مربوط به اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، نام بیمارستان، وضعیت استخدامی، نوبت کاری، سابقه کار، بخش محل کار، جنسیت بیماران تحت مراقبت و تعداد بیماران تحت مراقبت در هر نوبت کاری) و قسمت دوم شامل ۸ سؤال مرتبط با تجربه تعدی کلامی توسط آن‌ها در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها در طول ۱۲ ماه گذشته بود. سؤالات شامل دفعات تجربه تعدی کلامی (به صورت یک‌بار، دو بار، سه بار، بیش از سه بار)، عامل ایجاد کننده خشونت (بیمار، همراه بیماران، پزشک، سرپرستار، همکار پرستار یا ماما، سایر همکاران شاغل در بخش‌های دیگر بیمارستان، مدیر یا رئیس بیمارستان، سوپروایزران)، جنسیت فرد عامل تعدی کلامی (زن، مرد، هر دو جنس)، واکنش پرسنل در مقابل تعدی ایجاد شده (بدون عکس العمل، نشان دادن واکنش متقابل، گزارش کردن به مقام مافوق، تظاهر به این که اتفاقی نیافتاده است، تغییر دادن بخش محل کار، تغییر دادن شغل، سعی در تلافی کردن در یک موقعیت دیگر، ناراحتی خود را بر سر پرسنل زبردست یا سایرین خالی کردن، کاربرد تکنیک‌های آرام‌سازی، استفاده از مهارت‌های حل مسئله، ارزیابی رفتار خود، صبور بودن)، علت ایجاد کننده تعدی (مرگ بیمار، تصور این که اقدام سریع و به موقع از سوی پرسنل انجام نشده است، رفتار تهاجمی ناشی از مصرف مواد و الکل، اعتراض به ناکافی بودن تعداد پرسنل، کمبود امکانات مرکز مراقبتی، ممانعت از تردد همراهان در ساعاتی غیر از

نمودار ۱. فراوانی نسبی علل تعدی کلامی علیه پرسنل بالینی



۵۴/۳٪ واحدهای مورد پژوهش گزارش کردند که توسط بیش از یک عامل خشونت مورد تعدی کلامی قرار گرفته‌اند. به طوری که ۹/۵٪ توسط بیمار و همراهان آن‌ها، ۷/۶٪ توسط پزشک و بیمار، ۵/۷٪ توسط پزشک و همراهان بیمار بوده است.

مهمترین علل ایجاد تعدی کلامی در نمودار ۱ خلاصه شده است. بیشترین واکنش پرسنل در مقابل تعدی کلامی ایجاد شده شامل عدم نشان دادن واکنش متقابل (عدم نشان دادن رفتاری مانند عامل تعدی) ۴۶/۸٪، صبور بودن ۴۰/۴٪ و گزارش کردن خشونت به مرجع ۳۲/۱٪ بود. سایر واکنش‌ها شامل استفاده از روش‌های حل مشکل ۳۰/۸٪، استفاده از روش‌های تن آرامی ۲۹/۴٪، روش‌های خود ارزیابی ۲۱٪، نشان دادن واکنش متقابل ۱۱/۹٪، وانمود کردن این که اتفاقی نیفتاده است ۱۱٪، تغییر بخش محل کار ۲/۸٪ و تلافی در موقعیت دیگر ۰/۹٪ بوده است. هیچ یک از شرکت کنندگان قصد تغییر شغل نداشته و از مکانیسم‌های جابجایی نیز استفاده نکرده‌اند. ۳۳/۹٪ نیز بیش از یک نوع واکنش را در برابر تجربه خشونت نشان دادند. ۲۲/۳٪ واحدهای مورد پژوهش بیش از یک علت را برای تعدی کلامی گزارش کرده‌اند. ۷۷/۲٪ نمونه‌ها تعدی کلامی را به یک مرجع از جمله سوپروایزران، سرپرستاران و مترون گزارش کرده‌اند. ۲۹/۵٪ نمونه‌ها نیز خشونت را به بیش از یک مرجع گزارش کرده‌اند. ۷۰/۵٪ افرادی که تعدی کلامی را تجربه کردند خشونت

χ² استفاده شد. قابل ذکر است در آزمون‌های انجام شده سطح معناداری (α < ۰/۰۵) مد نظر بود.

یافته‌ها

۶۴/۸٪ واحدهای مورد پژوهش دارای ۲۰-۳۰ سال سن با میانگین ۲۹/۶ ± ۶/۰۵ بودند. ۸۴/۴٪ خشونت کلامی را گزارش کردند. ۶۶/۳٪ گروه سنی ۲۰-۳۰ سال، بیشترین خشونت را تجربه کرده بودند. از گروه سنی بالای ۵۰ سال، تعدی کلامی گزارش نشد. ۶۹/۶٪ زنان و ۳۰/۴٪ مردان تعدی کلامی را گزارش کردند. بیشترین تجربه تعدی کلامی در افراد دارای سابقه کاری ۱-۵ سال بود ۶۷٪ و پرسنل شیفت‌های در گردش ۵۶٪ و پرسنل شیفت صبح ۲۸/۶٪ بیشترین تجربه تعدی کلامی را داشتند. جدول یک دیگر خصوصیات مربوط به بیماران تحت مراقبت و نوبت کاری با تجربه تعدی کلامی دیده نشد (P=۰/۰۶) اما از نظر آماری ارتباط معناداری بین نوع استخدام و سابقه کار با تجربه تعدی کلامی دیده شد (P=۰/۰۱).

۵۵/۷٪ نمونه‌ها گزارش کردند که بیش از سه بار در هر ماه، ۱۷٪ سه بار در ماه، ۱۳/۶٪ دو بار در ماه و ۱۳/۶٪ یک بار در طول یک ماه تعدی کلامی را تجربه کرده بودند. ۶۳/۱٪ تعدی توسط هر دو جنس، ۲۱/۵٪ فقط از سوی زنان و ۱۷/۲٪ فقط از سوی مردان ایجاد شده است. بیشترین تعدی را همراهان بیمار (۸۵/۹٪)، پزشکان (۳۹/۱٪) و بیماران (۲۳/۸٪) مرتکب شده‌اند و

جدول ۱: توزیع فراوانی نسبی ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش

درصد	متغیرها	
۶۹/۷	جنس	
	زن	
۳۰/۳	مرد	
۶۶/۷	سابقه کار (سال)	
	۱-۵	
۴/۶	بیشتر از ۵	
۲۹/۹	شیفت (رخداد خشونت)	
	صبح	
	عصر	
	شب	
۵۵/۱	در گردش	
۳۹/۴	نوع حرفه	
	پرستار	
	ماما	
	بهیار	
۷/۳	کاردان بیهوشی	
۹/۱۷	کاردان اتاق عمل	
۶۹/۲	سطح تحصیلات	
	کارشناسی	
	کاردانی	
۱۲/۱	دیپلم	
۲۴/۲	نوع بخش	
	بخش‌های داخلی و جراحی	
	اورژانس	
	اتاق عمل	
	ویژه	
	اطفال	
	چشم	
	زایشگاه	

(۲۰۱۹/۲). که تقریباً همگی دال بر بالا بودن تعدی کلامی هستند. ۵۵/۷٪ نمونه‌ها بیش از سه بار در ماه، ۱۷٪ سه بار ماه، ۱۳/۶٪ دو بار در ماه و ۱۳/۶٪ یک بار در ماه تعدی کلامی را در طول ۱۲ ماه گذشته گزارش کرده‌اند. در مطالعه شوقی، سنجرى و شیرازی (۲۰۰۸) نیز پرستاران گزارش کردند که تقریباً هر روز تعدی کلامی را تجربه کردند (۲۱). در مطالعه کاوک، لاو و لی (۲۰۰۶) ۴۵٪ در طول سال گذشته چندین بار، ۲۲/۵٪ یک بار در طول یک ماه یا کمتر، ۵/۶٪ چندین بار در هفته و ۴/۲٪ نیز هر روز تعدی کلامی را گزارش کردند (۲). یکی از دلایل تفاوت در آمارها در این زمینه، متفاوت بودن جامعه پژوهش، فرهنگ مردم در برخورد با پرسنل درمانی و برداشت کادر درمان از تعدی کلامی و به یاد آوردن اطلاعات قبلی و فراموشی احتمالی دفعات دقیق تجربه خشونت است.

در مطالعه حاضر بیشترین تعدی کلامی را همراهان بیمار ۷۶/۱٪، پزشکان ۳۵/۸٪ و بیماران ۲۳/۹٪ ایجاد کرده‌اند. یافته‌های دیگران از جمله شوقی، سنجرى و شیرازی و همکاران (۲۰۰۸) و نیز کاوک، لاو، لی و همکاران (۲۰۰۶)، پچیک (۲۰۰۵) نیز تأیید کننده این یافته بود به طوری که بیشترین تعدی از سوی بیماران، خویشاوندان بیمار، والدین، پزشکان و همکاران گزارش شده است (۲، ۲۱، ۲۲). در مطالعه حاضر بیشترین تعدی کلامی در بخش‌های اورژانس، سوانح و جراحی زنان گزارش شده است. در مطالعه کاوک، لاو، لی و همکاران (۲۰۰۶) نیز بیشترین خشونت در واحد اورژانس و تروما گزارش شد (۲). همچنین فراوانی خشونت در بخش زنان بیشتر از مردان گزارش شده اما و رابطه معناداری بین بخش محل کار و تعدی کلامی دیده نشد. در مطالعه کاوک، لو، لی و همکاران (۲۰۰۶)، شیوع تعدی کلامی علیه پرستاران در بخش مردان بیشتر از بخش زنان بود و رابطه معناداری بین جنسیت بیماران و شیوع خشونت دیده شد (۲). علت این یافته متناقض را می‌توان اختلاف فرهنگی و نوع دیدگاه آنان نسبت به کادر درمان بیان کرد. بسیاری از افرادی که مرتکب خشونت می‌شوند، کادر درمان را متهم به کم کاری می‌کنند و با توجه به بالا بودن خشونت در بخش جراحی زنان، علت دیگر را می‌توان به نگرانی اطرافیان از درد کشیدن و تصور عدم دریافت اقدام درمانی به موقع از سوی پرسنل دانست که خود ماشه‌ای جهت شروع تعدی کلامی می‌باشد.

در مطالعه حاضر ۵۶٪ پرسنل شیفت‌های در گردش و ۲۸/۶٪ پرسنل شیفت صبح تعدی کلامی را گزارش نمودند. در مطالعه شوقی، سنجرى و شیرازی و همکاران (۲۰۰۸) بیشترین رخداد خشونت

را به سرپرستار، سوپروایزرها و مترون بیمارستان گزارش نموده‌اند. ■ بحث

این مطالعه نشان داد که ۸۴/۴٪ از نمونه‌ها تعدی کلامی را در طول ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. در مطالعه فرانز و همکاران (۲۰۱۰) تعدی کلامی در ۱۲ ماه گذشته ۸۹/۴٪، در مطالعه کک، لاو، لی و همکاران (۲۰۰۶) در هنگ کنک فراوانی تعدی کلامی ۷۳٪ و در مطالعه کوک و همکاران در اوهایو آمریکا ۹۱٪ گزارش شد

مورد تأیید قرار می‌دهند (۲۵،۲۴،۲۳). علت را می‌توان در این نکته یافت که افراد با تجربه می‌توانند موقعیت‌های خطیر را بهتر پیش‌بینی و اداره کنند. مطالعه شوقی، سنجری، شیرازی و همکاران (۲۰۰۸) یافته متناقض با مطالعه اخیر را نشان داد؛ به طوری که افرادی با سابقه کار بیشتر، تعدی بیشتری را نیز تجربه کرده‌اند (۲۱).

مهم‌ترین واکنش ابراز شده در برابر تعدی کلامی شامل عدم بروز واکنش در مقابل فرد مرتکب، نشان دادن صبر و حوصله و گزارش دادن خشونت بود که یافته‌های مطالعه کوک، لو، لی و همکاران (۲۰۰۶) نیز تأیید کننده این یافته است (۲).

از یافته‌های دیگر این مطالعه این است که ۷۷/۲٪ نمونه‌ها تعدی ایجاد شده را به یک مرجع گزارش کرده‌اند. در مطالعه می و گراب (۲۰۰۲) ۵۰٪ تعدی کلامی توسط بیماران دارای اختلالات درکی یا به دنبال ترک مواد گزارش شده (۲۶). در مطالعه پچیک (۲۰۰۵) نیز ۶۶/۷٪ شرکت کنندگان خشونت را گزارش نکرده‌اند (۲۴). همچنین در مطالعه اخیر ۲۲/۵٪ معتقد بودند که گزارش کردن خشونت کاری بیهوده و دردسر ساز است و کمکی به تغییر در شرایط کنونی و جلوگیری از خشونت‌های شغلی نمی‌کند بنابراین از گزارش خشونت امتناع می‌کرده‌اند.

■ نتیجه‌گیری

در این مطالعه شرکت کنندگان مهم‌ترین دلایل ایجاد خشونت را ممانعت از تردد همراهان و خویشاوندان در غیر از ساعات ملاقات در بخش، تأخیر در شروع مراقبت از بیماران توسط پرسنل و کمبود امکانات و تعداد پرسنل بیان کرده‌اند. ۲۲/۳٪ نمونه‌ها بیش از یک علت برای بروز خشونت را گزارش کرده‌اند. با توجه به کمبود امکانات و تجهیزات در شهرستان‌ها گاهی نیاز به اعزام کردن بیماران جهت تداوم مراقبت و درمان وجود دارد. این مسئله یکی از معضلاتی است که همیشه باعث وقوع تعدی کلامی و حتی خشونت فیزیکی می‌شود؛ بنابراین می‌توان امیدوار بود با افزایش تعداد پرسنل و رفع کمبودها امکان وقوع خشونت کاسته شود که این خود نیازمند برنامه‌ریزی‌های بلند مدت و سیاست‌گذاری صحیح برای رفع مشکل است. از سوی دیگر فقدان سیستم‌های تذکر دهنده برای پزشکانی که مرتکب تعدی علیه پرسنل شده‌اند نیز از دلایل دیگری است که بروز تعدی کلامی را برای پزشکان تسهیل کرده است. با ایجاد برنامه‌هایی در این راستا شاید بتوان وقوع تعدی کلامی را از سوی پزشکان

در شیفیت صبح بود (۲۱). در حالی که در این مطالعه، پرسنل شیفیت‌های در گردش و در درجه دوم پرسنل شیفیت صبح بالاترین رخداد خشونت را تجربه نموده‌اند. یکی از علل ایجاد کننده خشونت در شیفیت‌های مختلف در این بیمارستان را می‌توان کم بودن تعداد بیمارستان‌ها و بالطبع کمبود تعداد نیروها، امکانات محدود، عدم تناسب بین تخت‌های بیمارستان و تعداد بیماران نیازمند بستری در بیمارستان دانست.

ارتباط معنا داری بین جنسیت و تعدی کلامی دیده نشد. یافته‌های مطالعه کوک، لاو، لی و همکاران (۲۰۰۶) تأیید کننده این یافته است (۲). در حالی که در مطالعه شوقی، سنجری و شیرازی و همکاران (۲۰۰۸) ارتباط معنا داری بین جنسیت و تجربه تعدی کلامی دیده شد (۲۱). این تناقض را می‌توان چنین توجیه کرد که در این مطالعه تعداد شرکت کنندگان زن تقریباً دو برابر مردان بوده و این که خشونت علیه زنان متداول بوده و به بیان دیگر شروع خشونت علیه مردان احتمالاً درگیری‌های دیگری را نیز به دنبال دارد اما در مورد زنان خشونت ایجاد شده به احتمال بیشتری ختم به همان تعدی کلامی می‌شود. تفاوت‌های فرهنگی نیز در ایجاد خشونت علیه زنان تأثیرگذار است. مطالعه آیرنسی (۲۰۰۵) در ترکیه به نتایج مشابه با مطالعه حاضر دست یافت (۲۲).

ارتباط معناداری بین سابقه کار و تجربه تعدی کلامی دیده شد. مطالعه شوقی، سنجری و شیرازی و همکاران (۲۰۰۸) نیز ارتباط معناداری بین سابقه کار و تجربه تعدی کلامی گزارش شد (۲۱)؛ اما تفاوت در اینجاست که در مطالعه حاضر هر چه سابقه کار بیشتر بود تجربه خشونت کلامی کمتر بود. در مطالعه شوقی برعکس این یافته گزارش شد. دلیل این تناقض را می‌توان به تفاوت‌های فردی افراد و تغییر پست افراد با افزایش سابقه کار نسبت داد. در برخی مراکز پرسنل با سابقه کار بیشتر پست‌های مدیریتی دارند و طبعاً مراقبت از بیماران را مستقیماً عهده‌دار نیستند و این عامل می‌تواند تجربه تعدی کلامی را کاهش دهد. از طرفی برخی افراد نیز بدون در نظر گرفتن سن، تکانه خشم و ایجاد تعدی دارند و کادر درمان از این قاعده مستثنی نیستند.

از طرفی ارتباط معناداری بین سن و تعدی کلامی دیده نشد. ۶۶/۳٪ نمونه‌هایی که تعدی کلامی را تجربه کرده‌اند سن ۲۰-۳۰ سال داشتند و هیچ یک از نمونه‌های بالاتر از ۵۰ سال، تعدی کلامی را گزارش نکرده‌اند. مطالعه شن، چنگ و تسای (۲۰۰۵) و ادیب و همکاران (۲۰۰۲) و لین و لیو (۲۰۰۵) یافته‌های مطالعه ما را

کلامی انجام شود.

■ **تشکر و قدرانی**

بر خود لازم می‌دانیم که از همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، مدیران بیمارستان‌ها و سوپروایزران آموزشی که در توزیع و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها هماهنگی لازم را اعمال نمودند کمال تشکر و سپاسگزاری را داشته باشیم. همچنین از تمامی پرسنل شاغل در بیمارستان‌های ایرانشهر که در این مطالعه شرکت کردند صمیمانه قدرانی می‌کنیم.

و حتی سایر همکاران تا حدی کنترل کرد. با توجه به شیوع بالای خشونت در اورژانس و سوانح، استفاده از نگهبان‌های بیشتر به ویژه در شرایط استرس آمیز و در ساعاتی از شبانه روز که تردد زیاد همراهان محل آسایش بیماران می‌شود، می‌تواند شیوع خشونت را تا حدودی کنترل کند. پیشنهاد می‌شود در آینده مطالعات بیشتری در ارتباط با راه‌های پیشگیری از رخداد خشونت‌های شغلی و نیز بررسی تأثیر برنامه‌های آموزشی کادر درمان جهت کاستن از شیوع خشونت‌های شغلی از جمله تعدی

■ **References**

- 1- Kingma M. workplace violence in health care sector: a problem of epidemic proportion. *Intentional of Nursing Review*. 2001; 48(3):129-30.
- 2- Kwok RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung M.H, Fung V.K, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*. 2006; 12(1):6-9.
- 3- Deans C. Nurses and occupational violence: the role of organizational support in moderating professional competence. *Australian Journal Advanced Nursing*. 2005; 22(2):14-18.
- 4- Rosenstein AH, Daniel M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *Journal of the American College of Surgeons* . 2006; 203(1):96-105.
- 5- Simpson K, James D, Knox E. Nurse and physician communication during labor and birth: Implication for patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* . 2006; 35(4):547-56.
- 6- Anderson C. Workplace violence: Are some nurses more vulnerable? *Issues in Mental Health Nursing*. 2002; 23(4):351-366.
- 7- Gates DM, Fitzwater E, Meyer U. violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated and accepted. *Journal of Gerontological Nursing* 1999; 25(4): 12-22.
- 8- Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress-free working environment Geneva: International Labour Organization; 2001.
- 9- Cameron L. Verbal abuse: A proactive approach. *Nursing management* 1998; 29(8):34-36.
- 10- Lybecker C. Violence against nurses: A silent epidemic. 1999. [Internet]. [Cited October 2002]. Available from: <http://www.nurseadvocate.org/silentepidemic.html>
- 11- Workplace violence. [Internet]. [Cited Jul 2012]. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/work9/en/print.html.
- 12- Richards J. Management of workplace violence victims. [Internet]. [Cited 2003]. Available from: http://www.who.int/violence-injury_prevention/violence/interpersonal/en/wvmanagementvictimspaper.pdf.
- 13- Lanza ML, Zeiss R.A, Reirdan J. Non-physical violence: a risk factor for physical violence in health care settings. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*. 2006; 54(9):397-402.

- 14- O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J. Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9(4):602– 610.
- 15- Uzun O. Profession and society. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003; 35(1):81–85.
- 16- Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace-a factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*. 2002; 10(1):13– 20.
- 17- Slattery M. The epidemic hazards of nursing. *American Journal of Nursing*. 1998; 98(11):50–53.
- 18-Oztunc G .Examination of incidences workplace verbal abuse against nurses. *Journal of Nursing Care Quality*. 2006; 21(4):360-365.
- 19- Johnson CL, martin LS, Markel-Elder S. Stopping verbal abuse in the workplace. *American Journal of Nursing*. 2007; 107(4):32-4.
- 20- Joint programme on workplace violence in the health sector. [Internet]. [Cited Jul 2012]. Available from:http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVresearchprotocol.pdf.
- 21- Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A, et al. Aggression and violence against health care workers in Germany: a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research*. [electronic resource]. 2010; 10:51.
- 22- Cook K, Green M, Topp V. Exploring the impact of physician verbal abuse on perioperative nurses. *Association of Operating Room Nurses Journal*. 2001; 74(3): 317- 331.
- 23- Shoghi M , Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Mirzabeigi Gh. Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. *Asian Nursing Research* 2008; 2 (3): 593 - 5.4 .
- 24- Pejic R, A. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatric nursing* 2005;31(4):271-279
- 25- Ayrancy U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. *Journal of Emergency Medicine* 2005; 28(3): 361–365.
- 26- Shen C, Cheng Y, Tsai J, Lee H, Guo L. Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *Journal of Occupational Health*. 2005; 47(3): 218–225.
- 27- Adib M, Al-Shatti K, Kamal S, El-Gerges N, Al-Raqem M. Violence against nurses in healthcare facilities in Kuwait. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39(4): 469–478.
- 28- Lin Y, Liu E. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *Journal of Nursing Studies* 2005; 42 (7): 773–778.
- 29- May D, Grubbs M. The extent, nature, and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *Journal of Emergency Nursing* 2002; 28(1): 11-17.

Assessing frequency and causes of verbal abuse against the clinical staff

Nastaran Heydarikhayat, Neda Mohammadinia[■], Hassan Sharifipour, Afshin Almasy

Introduction: Verbal abuse is the most common type of violence that can adversely effect on staff professional practice in clinical environments.

Aim: The aim of this study was assessing frequency and causes of verbal abuse against the clinical staff in hospitals in Iranshahr city.

Method: A cross-sectional analytic descriptive design was used. All of the nurses, midwives, operation room and anesthesiologist technicians, and nurse-aids who employed in hospitals in Iranshahr took part in this study (n=145). A two parts questionnaire about demographic data and verbal abuse (include frequency, causes of violence, perpetrator of violence, reactions to verbal abuse and the source of violence reported) and also, Job Violence Questioner that developed by WHO were used. Internal consistency reliability (Cronbach's alpha) was ($\alpha=0.86$). Data were analyzed by χ^2 and SPSS 15.

Results: Verbal abuse was experienced by 84.4% of the samples during the last year. The most reported reasons fort verbal abuse were: prevention of Patient visit out of settled time for haunt, delay in providing patient care, insufficient facilities and personnel shortage. Women experienced violence more than men, and the risk of being abused was higher in younger staff with less job experience. Also participants who worked in emergency department, operation room, and women surgery wards were experienced more verbal abuse than the other wards. Patient, patients' companions and physicians were the more reported perpetrators. 77.2% of verbal abuse cases were reported to managers such as supervisors, head nurses and nurse service administrators.

Conclusion: The findings showed high frequency of verbal violence against hospital staff which can cause adverse mental or physical effects on abused staff. As most cases reported to nurse managers, they should prepare proper plans to prevent such events.

Key words: clinical staff, job violence, verbal abuse

Heydarikhayat N.

MSc. Nursing, Faculty member, Nursing and Midwifery Iranshahr School, Zahedan University of Medical Sciences

■ Corresponding Author:

Mohammadinia N.

MSc. Nursing, Faculty member, Nursing and Midwifery Iranshahr School, Zahedan University of Medical Sciences

Address:

Mohhammadinia55@yahoo.com

Sharifipour H.

MSc. Nursing, Faculty member, Nursing and Midwifery Iranshahr School, Zahedan University of Medical Sciences

Almasy A.

PhD. Biostatistics student, Tehran University of Medical Sciences

Nursing Management

Quarterly Journal of Nursing Management

First Year, Vol 1, No 2, Summer 2012