

Physical Violence Against 115 Emergency Medical Personnel and its Related Factors in Mazandaran University of Medical Sciences, Iran, 2019

Ali Babapour¹ , Mohammad Ali Heidari Gorji² , Nooraddin Mousavi Nasab³ ,
Yadollah Jannati^{4*} 

1. MSc Student in Psychiatric Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

3. Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

4. Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

*Corresponding Author: jannati.yadollah@gmail.com

Abstract

Background and Objectives: Nowadays, given the increased violence in medical centers and emergency medical personnel encounter with various types of violence, it is important to assess the related factors as well as their frequency and take actions to decrease them. This study aims at investigating physical violence against 115 emergency medical personnel and its related factors in Mazandaran University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This descriptive cross-sectional study was performed on emergency medical personnel of Mazandaran University of Medical Sciences. 240 individuals were selected through systematic random sampling. Occupational Violence Questionnaire (Four sections: demographic information, physical violence, response to violence and violence in the last mission) and Goldenberg GHQ-28 General Health Questionnaire were used to gather data, which were analyzed using SPSS software (version 22) and descriptive and inferential statistical tests.

Results: According to the results of this study, 29.6 percent of personnel experienced violent physical aggression during their work and the most violent acts were physical coarsening (54.9%). 76.1 percent of violent actions occurred on the scene of the accidents and co-rider of the injured person were initiators of violent behaviors (73.2%). There was a statistically significant correlation between violent aggressive actions and recent uprisings of the country in the past six months ($p=0.02$). The percentage of aggressive actions against the personnel in their last commission, were verbal insults (82%), physical aggression (14.6%), the cultural joke (3%) and sexual misbehavior (0%). The aggressive actions and insults in their last commissions of the personnel were correlated with their type of employment ($p=0.03$), age ($p=0.03$) and work history ($p=0.01$).

Conclusion: There is a high prevalence of physical violence against emergency medical personnel. Accordingly, providing the target personnel with communication skills and anger management trainings and pursuing violence by authorities seems essential to eliminate occupational violence.

Keywords: Occupational Violence; Medical Emergency Personnels; Physical Aggressive Actions

How to cite this article: Babapour A, Heidari Gorji MA, Mousavi Nasab N, Jannati Y. Physical Violence against 115 Emergency Medical Personnel and its Related Factors in Mazandaran University of Medical Sciences, Iran, 2019. *J Saf Promot Inj Prev.* 2019; 7(3):138 -47.

بررسی خشونت فیزیکی نسبت به کارکنان اورژانس ۱۱۵ دانشگاه علوم پزشکی مازندران و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۸

علی‌بابا پور^۱، محمدعلی حیدری گرجی^۲، نورالدین موسوی نسب^۳، یدالله جنتی^{۴*}

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسبیبه ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

چکیده

سابقه و هدف: امروزه به علت افزایش چشمگیر خشونت‌ها در مراکز درمانی و مواجهه‌ی کارکنان فوریت‌های پزشکی با انواع خشونت‌ها، ارزیابی عوامل تأثیرگذار در کاهش این خشونت‌ها و بررسی فراوانی آن‌ها امر مهم و ضروری است. این پژوهش باهدف بررسی خشونت فیزیکی نسبت به کارکنان اورژانس ۱۱۵ و عوامل مرتبط با آن در دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی بوده که جامعه آن کارکنان فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می باشد که از بین آن‌ها ۲۶۵ نفر به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: پرسشنامه‌ی خشونت شغلی در ۴ بخش (اطلاعات جمعیت شناختی، خشونت فیزیکی، واکنش به خشونت و خشونت در آخرین مأموریت) و پرسشنامه‌ی سلامت عمومی گلدن برگ (GHQ-۲۸) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی با استفاده از نسخه‌ی ۲۲ نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که ۲۹/۶ درصد کارکنان در محل کار خشونت فیزیکی را تجربه کردند، بیشترین نوع خشونت، به صورت هل دادن ۵۴/۹ درصد بود. ۷۶/۱ درصد خشونت‌ها در صحنه حادثه اتفاق افتاده بود و همراهان بیمار با ۷۳/۲ درصد عامل اصلی خشونت بودند. بین خشونت فیزیکی با بحران ۶ ماه اخیر کارکنان ارتباط معنی داری وجود داشت ($P=0/02$). بعلاوه بیشترین خشونت اعمال شده علیه کارکنان در آخرین مأموریت به ترتیب کلامی ۸۲ درصد، فیزیکی ۱۴/۶ درصد، فرهنگی ۳ درصد و جنسی صفر درصد هست. بین خشونت در آخرین مأموریت با نوع استخدام ($P=0/03$)، سن ($P=0/03$) و سابقه کار کارکنان ($P=0/01$) ارتباط معنادار بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر بر شیوع بالای خشونت فیزیکی علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی تأکید داشت. لذا جهت کاهش خطرات ناشی از خشونت شغلی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و کنترل خشم برای کارکنان و پیگیری موارد خشونت توسط مسئولین توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خشونت شغلی، فوریت‌های پزشکی، خشونت فیزیکی، عوامل مرتبط

مقدمه

سایر رفتارهای تهدیدآمیز و مخرب در محل کار شخص تعریف شده است (۵). خشونت فیزیکی ممکن است به صورت هل دادن، خراشیدن، ضربه زدن، لگدزدن، کشیدن یا مشت زدن باشد (۶). شیوع خشونت شغلی علیه کارکنان درمانی تا حدی افزایش یافته است که ۷۰ تا ۸۰ درصد پزشکان، پرستاران و کارکنان فوریت‌های پزشکی سالانه یک یا چند مورد خشونت را تجربه می‌کنند و کارکنان درمانی این مشکل را جزئی از حرفه خود می‌دانند (۷، ۸). خشونت در محل کار یک مشکل بهداشتی در حال افزایش و علت اصلی ایجاد اختلال در سلامتی در کارکنان فوریت‌های پزشکی در سراسر جهان است (۹-۱۲). خشونت شغلی تأثیر منفی بر سلامت کارکنان فوریت‌های پزشکی دارد که منجر به آسیب

در روانشناسی اجتماعی واژه‌ی پرخاشگری را به عنوان هر رفتاری که قصد آن صدمه به شخصی است که نمی‌خواهد به او آسیب برسد تعریف می‌کنند (۱). خشونت‌ها شامل طیفی از اعمال عمدی خشن جسمی، روانی، عاطفی و کلامی است که تأثیر منفی بر سلامت جسم و روان فرد و درک از خود بر جای می‌گذارد (۲). علاوه بر این، بار خشونت عظیمی را بر اقتصاد ملی تحمیل می‌کند (۳). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، خشونت شامل چهار نوع فیزیکی، کلامی، فرهنگی و جنسی است (۴). خشونت در محل کار به عنوان هر عمل یا تهدید به خشونت جسمی، آزار و اذیت، ارباب یا

عمومی گلبرگ-هیلر (Goldberg & Hillier Questionnaire) بوده که به ترتیب به شرح زیر است. پایایی پرسشنامه‌ی خشونت شغلی توسط مقامی و همکاران (۱۶) ۰/۸۲ تأیید شد. باوجود این قبل از شروع کار برای روایی محتوا پرسشنامه، به ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه ساری ارسال شد تا نظرات اصلاحی خود را ارائه دهند و بعد از دریافت نظرات آن‌ها پرسشنامه اصلاح و آماده استفاده در این مطالعه شد. برای پایایی پرسشنامه، از روش آزمون باز آزمون استفاده شد، به طوری که پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از کارکنان اورژانس به فاصله ۱۵ روز تکمیل و نتایج آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ضریب همبستگی ۹۰ درصد به دست آمد. بدین ترتیب پایایی پرسشنامه تأیید شد. این پرسشنامه دارای ۴ بخش است. بخش اول مشخصات کارکنان شامل محل کار، سن، سابقه کاری، وضعیت تأهل، تعداد فرزند، نوع استخدام، مدرک تحصیلی، اشتغال، تعداد مأموریت در هر نوبت کاری و بحران در ۶ ماه اخیر، بخش دوم تجربه خشونت فیزیکی، انواع و دفعات خشونت، محل خشونت، فرد انجام دهنده خشونت، استفاده از سلاح و آسیب ناشی از خشونت مورد بررسی قرار گرفت. در بخش سوم واکنش کارکنان به خشونت محل کار و دلیل این واکنش مورد بررسی قرار گرفت و در بخش چهارم کارکنان در طول آخرین مأموریت در معرض انواع خشونت گرفتند به سؤالاتی مانند خشونت از طرف چه کسانی انجام شده، نوع خشونت، محل خشونت، نوع نوبت کاری، جنسیت فرد انجام دهنده خشونت و علت انجام خشونت از نظر فرد چه بوده است پاسخ دادند.

پرسشنامه سلامت عمومی گلبرگ و هیلر (GHQ-۲۸) که برای بررسی سلامت عمومی کارکنان استفاده شد. این آزمون شامل ۲۸ گوی بوده که چهار زیر مقیاس را در برمی گیرد (هر زیر مقیاس هفت سؤال دارد). سیستم نمره گذاری سؤالات از ۰ تا ۳ است. فردی که در مجموع از چهار زیر مقیاس نمره ۰ تا ۲۸ دریافت می کند وضعیت سلامتی خوبی دارد نمره ۲۸ تا ۵۶ وضعیت در آستانه بیماری پاسخگو را نشان می دهد و فردی که نمره ۵۶ تا ۸۴ را کسب می کند از وضعیت وخیمی برخوردار است. در پژوهشی که توسط ابراهیمی با عنوان بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه سلامت عمومی در جمعیت ایرانی انجام شد نشان داد که این ابزار از روایی همگرا و افتراقی مطلوبی برخوردار است. ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ ضریب پایایی تنصیف ۰/۹۰ و آلفای کرون باخ ۰/۹۷ به دست آمد (۱۷). قبل از تحویل پرسشنامه‌ها به سرپرست پایگاه‌ها، پژوهشگر ضمن معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات پرسشنامه کاملاً محرمانه خواهد ماند و شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری است. بعد از آن پرسشنامه‌ها تحویل سرپرستان پایگاه‌های اورژانس ۱۱۵ و بین کارکنان توزیع گردید. پرسشنامه‌های تکمیل شده، توسط سرپرستان پایگاه‌ها جمع آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت. برای توصیف مشخصات واحدهای پژوهشی در بروز این نوع از خشونت‌ها از دیدگاه کارکنان از آمار توصیفی شامل جداول

جسمی جزئی یا عمده، ترک کار و ناراضی شغلی، ناتوانی جسمی و آسیب روانی می شود و تأثیر زیادی در کیفیت خدمات و رضایت بیماران از کارکنان دارد و در موارد شدید ممکن است باعث مرگ شود (۱۳، ۱۴). کارکنان فوریت‌های پزشکی بیشتر مواقع در موقعیت پراسترس باید کمک‌های اولیه پزشکی و خدمات پیش بیمارستانی را در فضایی همراه با آرامش ارائه نمایند. این امر متضمن برقراری یک ارتباط مناسب بین کارکنان فوریت‌های پزشکی با بیمار و همراهان آن‌ها هست (۱۵). لذا بررسی میزان و شدت خشونت در محل کار امری ضروری است. مقوله‌ی خشونت نسبت به کارکنان اورژانس ۱۱۵، از موضوع‌هایی است که در کشور ما تا حدودی به نسبت کارکنان بیمارستانی مورد کم توجهی قرار گرفته و در محدود استان‌هایی از کشور به آن پرداخته شده است. از سوی دیگر به دلیل نبود سیستم ثبت و گزارش دهی خشونت شغلی در اورژانس ۱۱۵ و این که خشونت شغلی می تواند اثر منفی و بار روانی بر روی روابط کارکنان اورژانس ۱۱۵ با بیماران و نحوه ارائه خدمات داشته باشد، به نظر می رسد این امر در آینده نزدیک می تواند چالش‌های متعددی از نظر بهداشت جسمی-روانی برای کارکنان اورژانس ۱۱۵ به وجود آورد. از این رو این پژوهش باهدف تعیین فراوانی خشونت فیزیکی نسبت به کارکنان اورژانس ۱۱۵ و علل مرتبط با آن در دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه آماری شامل تمامی کارکنان فوریت‌های پزشکی مراکز اورژانس پیش بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده است. از بین آن‌ها ۲۶۵ نفر که دارای معیارهای ورود بودند با روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند. بدین صورت که در هر مرکز به نسبت تعداد نمونه، ۵۰ درصد نمونه‌ها از بین کلیه افراد به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شده بودند. به طور مثال در مرکز آمل که تعداد ۵۳ کارکنان دارد و ما لازم بود ۲۶ نمونه بگیریم، بایستی به ازای هر ۲ نفر ۱ نفر انتخاب شده است. به این صورت که از بین اعداد زوج و فرد با قرعه کشی یکی را مشخص کرده و بقیه افراد بر اساس آن انتخاب شدند؛ مثلاً اگر اعداد زوج انتخاب می شد، در لیست افرادی که اعداد ۲، ۴، ۶، ۸... بودند، نمونه‌ی مورد نظر پژوهش می شدند. این افراد ممکن است به طور تصادفی در یکی از پایگاه‌های جاده‌ای یا شهری مشغول بکار باشند. معیار ورود این کارکنان عبارت بود حداقل ۱ سال سابقه کار در اورژانس ۱۱۵، داشتن مدارک کاردانی، کارشناسی فوریت‌های پزشکی، هوشبری، اتاق عمل و پرستاری، کارشناسی امداد و نجات، امداد و سوانح و کارشناسی ارشد پرستاری می باشند. معیارهای خروج نیز شامل عدم تکمیل پرسشنامه به صورت کامل توسط کارکنان است. تعداد ۲۴۰ نفر از کارکنان پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند (میزان پاسخگویی ۹۰/۵ درصد). ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه دو پرسشنامه‌ی خشونت شغلی و سلامت

فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. همچنین جهت بررسی خشونت فیزیکی و ارتباط با داده‌های دموگرافیک از آزمون‌های استنباطی (کای دو) استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴۰ نفر از کارکنان فوریت‌های پزشکی شاغل در اورژانس پیش بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی کارکنان $36/2 \pm 6/9$ سال و میانگین سابقه کاری $5/4 \pm 9/93$ سال بود. ۸۵/۴ درصد افراد متأهل بودند. از نظر نوع استخدام، ۵۱/۷ درصد رسمی، ۲۰/۴ درصد پیمانی، ۱۳/۳ درصد طرحی، ۱۱/۷ درصد قراردادی و ۲/۹ درصد شرکتی بودند. رشته تحصیلی پرستاری با ۴۶/۳ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده و فراوانی بقیه رشته‌ها به ترتیب فوریت‌های پزشکی (۳۵/۴)، هوشبری (۷/۱)، امداد و نجات (۶/۳)، امداد و سوانح (۳/۳) و اتاق عمل (۱/۷) است. فراوانی موجود در مدرک تحصیلی کارشناسی ۷۶/۷ درصد، کاردانی ۲۰ درصد و کارشناسی ارشد ۳/۳ درصد بود. کارکنان به صورت نوبت‌های ۲۴ ساعته با ۷۲/۵ درصد و ۱۲ ساعته با ۲۷/۵ درصد کشیک می‌دادند. ۴۲/۵ درصد آن‌ها بیشتر از ۶ ماه مأموریت در هر نوبت‌کاری خود داشتند. ۳۵/۴ درصد آن‌ها در شش ماه اخیر بحران داشتند که بیشترین نوع بحران از نوع مالی با ۵۸/۸ درصد بوده است. بیشترین مأموریت‌ها در منازل (۳۳/۱ درصد)، جاده‌ها (۳۱/۲ درصد) و خیابان (۲۴/۳ درصد) انجام گرفت. نمرات پرسشنامه سلامت عمومی GHQ کارکنان، ۸۶/۳ درصد سالم و در ۱۳/۸ درصد در آستانه بیماری بوده‌اند. در جدول شماره ۱، فراوانی خشونت‌های فیزیکی انجام شده در طول ۱۲ ماه اخیر نشان داده شده است. ۲۹/۶ درصد خشونت فیزیکی گزارش شده که بیشترین نوع این خشونت با ۵۴/۹ درصد مربوط به هل دادن بوده است. بیشترین حمله در صحنه‌ی حادثه رخ داده و آخرین حمله بدون وسایل خاصی صورت گرفته است. همراهان بیمار با ۷۳/۲ درصد بیشترین عامل در ایجاد خشونت بودند. بین خشونت فیزیکی با بحران ۶ ماه اخیر کارکنان ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P=0/02$). بین خشونت فیزیکی با تأهل، سن، سابقه کار، نوع استخدامی، مدرک تحصیلی کارکنان، آموزش کنترل خشونت و نمرات سلامت عمومی کارکنان ارتباط معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۲). در این مطالعه واکنش به خشونت در ۱۲ ماه اخیر بررسی شد که اکثراً دعوت شخص خشونت‌کننده به آرامش بود. مهم‌ترین علت عدم گزارش موارد خشونت، چیز مهمی نبودن خشونت از دیدگاه کارکنان با ۵۰ درصد بوده است. از نظر کارکنان مهم‌ترین عامل مرتبط با خشونت مصرف داروهای روان‌گردان یا الکل توسط بیماران و همراهان وی با ۲۱/۶ درصد است. ۶۱/۱ درصد افراد هیچ آموزشی برای کنترل خشونت خود ندیده‌اند. در نهایت که برای اولین بار در دنیا فراوانی انواع خشونت شغلی در آخرین مأموریت را مورد بررسی قرار داده است، نشان می‌دهد کارکنان در آخرین مأموریت، به ترتیب مورد خشونت‌های کلامی ۸۲ درصد،

فیزیکی ۱۴/۶ درصد، فرهنگ ۳/۴ درصد و جنسی صفر درصد قرار گرفتند. اکثر خشونت‌ها در جاده‌ها، منازل و خیابان‌ها انجام گرفت و مهم‌ترین علل انجام خشونت از نظر فرد انجام دهنده خشونت، بدحال بودن بیمار و دیر رسیدن آمبولانس به ترتیب با ۴۲/۷ و ۳۳/۷ درصد بوده است (جدول شماره ۳). بین خشونت در آخرین مأموریت با نوع استخدام ($P=0/03$) سن ($P=0/03$) و سابقه کار کارکنان ($P=0/01$) ارتباط معنادار بود. بین تأهل، مدرک تحصیلی، بحران ۶ ماه اخیر، آموزش کنترل خشونت، نمرات سلامت عمومی کارکنان، محل، نوع، روز و نوبت آخرین مأموریت، جنس و سن فرد انجام دهنده خشونت اختلاف معناداری وجود نداشت (جدول شماره ۴). ملاک قضاوت سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. فراوانی خشونت فیزیکی در ۱۲ ماه اخیر

مشخصات	تعداد (درصد)
آیا در ۱۲ ماه گذشته در محل کار خود مورد حمله فیزیکی قرار گرفته‌اید؟	<ul style="list-style-type: none"> • بلی ۲۹/۶٪ • خیر ۱۶۹ (۷۰/۴٪)
در صورت جواب مثبت چند بار؟	<ul style="list-style-type: none"> • کم (کمتر از ۵) ۶۳ (۸۸/۷٪) • متوسط (۵-۱۰) ۷ (۹/۹٪) • زیاد (بیشتر از ۱۰) ۱ (۱/۴٪)
بیشتر چه نوع حمله فیزیکی برای شما اتفاق افتاده است؟	<ul style="list-style-type: none"> • هل دادن ۳۹ (۵۴/۹٪) • مشت زدن ۱۴ (۱۹/۷٪) • حمله به آمبولانس ۱۲ (۱۶/۹٪) • گاز گرفتن ۲ (۲/۸٪) • لگزدن ۲ (۲/۸٪) • زخمی کردن با اشیاء تیز و برنده ۱ (۱/۴٪) • نیشگون گرفتن ۱ (۱/۴٪)
بیشترین حمله فیزیکی در کجا اتفاق افتاده است؟	<ul style="list-style-type: none"> • در صحنه حادثه ۵۴ (۷۶/۱٪) • در منزل بیمار ۱۰ (۱۴/۱٪) • در داخل آمبولانس ۳ (۴/۲٪) • در بیمارستان ۲ (۲/۸٪) • سایر ۲ (۲/۸٪)
خشونت فیزیکی از طرف چه کسی صورت گرفته است؟	<ul style="list-style-type: none"> • همراهان بیمار ۵۲ (۷۳/۲٪) • حاضرین در صحنه ۱۲ (۱۶/۹٪) • خود بیمار ۷ (۹/۹٪)

جدول ۳. فراوانی انواع خشونت در آخرین مأموریت

مشخصات	تعداد (درصد)
شما در معرض چه نوع از انواع خشونت قرار گرفته‌اید؟	۱۳ (۱۴/۶) ۷۳ (۸۲) ۳ (۳/۴) ۰ (۰)
<ul style="list-style-type: none"> • فیزیکی • کلامی • فرهنگی • آزار و اذیت جنسی 	
خشونت در چه محلی اتفاق افتاد؟	۳۱ (۳۴/۸) ۲۴ (۲۷) ۲۱ (۲۳/۶)
<ul style="list-style-type: none"> • جاده • منازل • خیابان 	
این خشونت در چه نوبت کاری از شبانه‌روز اتفاق افتاده است؟	۳۶ (۴۰/۴) ۳۶ (۴۰/۴) ۱۷ (۱۹/۲)
<ul style="list-style-type: none"> • صبح • عصر • شب 	
این خشونت از طرف چه کسانی انجام شد؟	۶۰ (۶۷/۴) ۱۸ (۲۰/۲) ۶ (۶/۷) ۴ (۴/۵) ۱ (۱/۱)
<ul style="list-style-type: none"> • همراهان بیمار • حاضرین در صحنه • خود بیمار • کارمندان بیمارستان • سایر نیروهای امدادی 	
جنسیت فرد انجام دهنده خشونت چه بود؟	۸۲ (۹۲/۱) ۷ (۷/۹)
<ul style="list-style-type: none"> • مرد • زن 	
علت انجام خشونت از نظر فرد انجام دهنده خشونت چه بوده است؟	۳۸ (۴۲/۷) ۳۰ (۳۳/۷) ۷ (۷/۹) ۳ (۳/۴) ۲ (۲/۲) ۹ (۱۰/۱)
<ul style="list-style-type: none"> • بدحال بودن بیمار • دیر رسیدن آمبولانس • مرگ بیمار • عدم مهارت کارکنان • کمبود تجهیزات آمبولانس • سایر 	

جدول شماره ۲. ارتباط بین متغیرهای فردی و سازمانی با میزان مواجهه با خشونت فیزیکی

متغیر	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	مقدار p value
سن			۰/۱۴۱
کمتر از ۳۰ سال	۱۳ (۲۵)	۳۹ (۷۵)	
۳۰-۳۹ سال	۳۸ (۳۶/۲)	۶۷ (۶۳/۸)	
بیشتر از ۴۰ سال	۲۰ (۲۴/۱)	۶۳ (۷۵/۹)	
سابقه کار			۰/۲۳۲
کمتر از ۵ سال	۱۴ (۲۴/۶)	۴۳ (۷۵/۴)	
۵-۹ سال	۱۶ (۴۳/۲)	۲۱ (۵۶/۸)	
۱۰-۱۴ سال	۲۹ (۲۹)	۷۱ (۷۱)	
بیشتر از ۱۵ سال	۱۲ (۲۶/۱)	۳۴ (۷۳/۹)	
تأهل			۰/۱۰۰
مجرد	۶ (۱۷/۶)	۲۸ (۸۲/۴)	
متاهل و متارکه	۶۵ (۳۱/۶)	۱۴۱ (۹۲/۹)	
نوع استخدامی			۰/۹۱۶
طرحی	۸ (۲۵)	۲۴ (۵۹)	
رسمی	۳۷ (۲۹/۸)	۸۷ (۷۰/۲)	
پیمانی	۱۵ (۳۰/۶)	۳۴ (۶۹/۴)	
قراردادی	۸ (۲۸/۶)	۲۰ (۷۱/۴)	
شرکتی	۳ (۴۲/۹)	۴ (۵۷/۱)	
مدرک تحصیلی			۰/۹۲۸
کاردان	۱۵ (۳۱/۳)	۳۳ (۶۸/۷)	
کارشناسی	۵۴ (۲۹/۳)	۱۳۰ (۷۰/۷)	
کارشناسی ارشد	۲ (۲۵)	۶ (۷۵)	
بحران ۶ ماه اخیر			۰/۰۲
داشتن بحران	۳۳ (۳۸/۸)	۵۲ (۶۱/۲)	ارتباط معنادار
نداشتن بحران	۳۸ (۲۴/۵)	۱۱۷ (۷۵/۵)	
کنترل خشونت			۰/۳۱۱
آموزش	۳۱ (۳۳/۳)	۶۲ (۶۶/۷)	
عدم آموزش	۴۰ (۲۷/۲)	۱۰۷ (۷۲/۸)	
سلامت عمومی GHQ			۰/۰۸۲
سالم	۵۷ (۲۷/۵)	۱۵۰ (۷۲/۵)	
در آستانه بیماری	۱۴ (۲۴/۴)	۱۹ (۵۷/۶)	

جدول شماره ۴. ارتباط بین متغیرهای فردی و سازمانی با میزان مواجهه با خشونت در آخرین مأموریت

متغیر	بله تعداد (درصد)	خیر تعداد (درصد)	مقدار p value
سن کمتر از ۳۰ سال ۳۰-۳۹ سال بیشتر از ۴۰ سال	۲۴ (۴۶/۲)	۲۸ (۵۳/۸)	۰/۰۳ ارتباط معنادار
	۴۳ (۴۱)	۶۲ (۵۹)	
	۲۲ (۲۶/۵)	۶۱ (۷۳/۵)	
سابقه کار کمتر از ۵ سال ۵-۹ سال ۱۰-۱۴ سال بیشتر از ۱۵ سال	۳۰ (۵۲/۶)	۲۷ (۴۷/۴)	۰/۰۱ ارتباط معنادار
	۱۱ (۲۹/۷)	۲۶ (۷۰/۳)	
	۳۷ (۳۷)	۶۳ (۶۳)	
	۱۱ (۲۳/۹)	۳۵ (۷۶/۱)	
تأهل مجرد متاهل و متارکه	۱۵ (۴۴/۱)	۱۹ (۵۵/۹)	۰/۲۷۱
	۷۴ (۳۵/۹)	۱۳۲ (۶۴/۴)	
نوع استخدامی طرحی رسمی پیمانی قراردادی شرکتی	۱۷ (۵۳/۱)	۱۵ (۴۶/۹)	۰/۰۳ ارتباط معنادار
	۳۵ (۲۸/۲)	۸۹ (۷۱/۸)	
	۲۲ (۴۴/۹)	۲۷ (۵۵/۱)	
	۱۱ (۳۹/۳)	۱۷ (۶۰/۷)	
	۴ (۵۷/۱)	۳ (۴۲/۹)	
مدرک تحصیلی کاردانی کارشناسی کارشناسی ارشد	۲۰ (۴۱/۷)	۲۸ (۵۸/۳)	۰/۶۱۶
	۶۷ (۳۶/۴)	۱۱۷ (۶۳/۶)	
	۲ (۲۵)	۶ (۷۵)	
بحران ۶ ماه اخیر داشتن بحران نداشتن بحران	۳۳ (۳۷/۱)	۵۶ (۶۲/۹)	۰/۶۷۹
	۵۲ (۳۴/۴)	۹۹ (۶۵/۶)	
کنترل خشونت آموزش عدم آموزش	۴۰ (۴۴/۹)	۴۹ (۵۵/۱)	۰/۱۳۱
	۵۳ (۳۵/۱)	۹۸ (۶۴/۹)	
سلامت عمومی GHQ سالم در آستانه بیماری	۷۴ (۳۵/۷)	۱۳۳ (۶۴/۳)	۰/۲۸۴
	۱۵ (۴۵/۵)	۱۸ (۵۵/۵)	

بحث

طبق نتایج مطالعه حاضر ۲۹/۶ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی در معرض خشونت‌های فیزیکی بوده که بیشترین نوع این خشونت (۵۴/۹ درصد) به صورت هل دادن بوده است. مطالعه‌ی پتزال و همکاران نشان داد میزان خشونت فیزیکی علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی ۱۶ درصد مواجه بود. خشونت‌ها به صورت هل دادن و ضربه زدن توسط بیمار انجام می‌گرفت که اغلب تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر بودند (۱۵). نتایج مطالعه‌ی بویل و همکاران نشان داد میزان خشونت فیزیکی علیه کارکنان اورژانس شیوع بالایی دارد (۳۸ درصد) که نیاز به پیشگیری و آموزش را در این حرفه برجسته می‌کند (۱۸). تالاس و همکاران به این نتیجه رسیدند که ۸۵/۲ درصد از شرکت‌کنندگان حداقل در معرض یک نوع خشونت قرار داشتند که ۴۱/۱ درصد خشونت‌ها به صورت فیزیکی بوده است (۱۹). در مطالعات رحمانی (۲۰) مقامی (۱۶) مشخص شد بیشترین نوع خشونت فیزیکی، هل دادن با ۷۱ و ۵۷/۱ درصد بوده است. که همسو با مطالعه‌ی حاضر می‌باشند. گورملی و همکاران نشان دادند ۶۹ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی حداقل یک مورد خشونت شغلی را تجربه کردند. خشونت کلامی شیوع بیشتری نسبت به خشونت فیزیکی (۶۷ درصد در مقابل ۴۳/۶ درصد) داشت. یافته دیگر این مطالعه این بود که بیشترین خشونت وارده بر کارکنان فوریت‌های پزشکی به صورت مشت زدن (۳۲/۹ درصد) است (۲۱). که غیرهمسو با مطالعه‌ی حاضر بود.

یکی از یافته‌های مطالعه نشان داد که بیشترین خشونت فیزیکی در صحنه‌ی حادثه رخ داده و آخرین حمله بدون وسایل خاصی صورت گرفته است. که با نتایج مطالعه‌ی کوهستانی و همکاران، همسو است (۲۲). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت محل حادثه، به دلیل جو التهاب و اضطراب به وجود آمده ناشی از اتفاق و تنها بودن کارکنان اورژانس با بیمار و همراهان می‌تواند باعث رفتارهای پرخاشگرانه و بروز خشونت فیزیکی شود.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، همراهان بیمار با ۷۳/۲ درصد بیشترین عامل در ایجاد خشونت بودند. سهیلی (۲۳)، اسماعیل پور (۲۴)، باندا (۲۵) و ده نبی (۲۶) همگی نشان دادند بیشترین عامل در ایجاد خشونت همراهان بیمار می‌باشند که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو بوده است. در بعضی مواقع در مأموریت‌ها و به‌ویژه بیماران بدحال و تصادفی، با توجه به استرس وارد شده به خانواده‌ها و همراهان آن‌ها و اضطراب ناشی از دست دادن احتمالی فرد مصدوم، این تفکر وجود دارد که مددجو بایستی صرفاً از صحنه رخداد سریعاً خارج شود. درحالی‌که ممکن است انجام اقدامات اولیه‌ای و حیاتی مثل فیکس کردن ستون فقرات یا بند آوردن خونریزی باید انجام شود و سپس بیمار منگنه شود. در این حالت در صورت عدم توجه به خواسته

آن‌ها، امکان بروز خشونت محل کار علیه کارکنانی که اقدامات اولیه فوریتی را انجام می‌دهند، وجود دارد (۲۷).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اکثراً کارکنان در واکنش به تجربه خشونت، دعوت بیمار و همراهان به آرامش (۳۷/۹ درصد) بود. این یافته با نتایج حاصل از مطالعه الحارثی (۲۸) همسو است. اما با نتایج مطالعه شیخ بردسیری (۲۹) هم سو نیست. در تحقیق برنالدو و بیغام نشان دادند، کارکنان بخش اورژانس که در معرض خشونت فیزیکی و کلامی بودند، دچار کاهش حس همدلی با بیماران، کاهش تعاملات اجتماعی، تغییر شغل، افزایش سطح اضطراب، فرسودگی هیجانی، دگر شخصیتی و سندرم فرسودگی شغلی شده بودند (۳۰، ۳۱).

در این مطالعه مهم‌ترین علت عدم گزارش موارد خشونت، بی‌اهمیت بودن خشونت از دیدگاه کارکنان (۵۰ درصد) بود که با نتایج مطالعه‌ی جهانی غیرهمسو است (۳۲). یکی از راه‌های کاهش خشونت شغلی در کارکنان، گزارش موارد خشونت است و مدیران باید کارکنان را تشویق به انجام گزارش نمایند. در رسیدگی به گزارش‌ها اصل رازداری و عدم انتقاد از کارکنان مورد توجه قرار گیرد. و مراقبت‌های جسمی و روانی از آنان انجام گردد (۳۳) بنابراین به منظور افزایش گزارش دهی، ابتدا بایستی موانع گزارش دهی و نگرش کارکنان تغییر یابد و سیستم ثبت و گزارش دهی در مراکز درمانی ایجاد شود و موارد خشونت در فرم‌های مخصوص ثبت و گزارش شود (۳۴).

از یافته‌های دیگر این مطالعه از نظر کارکنان مهم‌ترین عامل مرتبط با خشونت مصرف داروهای روان‌گردان یا الکل توسط بیماران و همراهان وی با ۲۱/۶ درصد است که با نتایج مطالعه‌ی رافعی (۳۵) همسو است. مطالعه‌ی حسینی کیا و بزرگی که بر روی کارکنان فوریت‌های پزشکی انجام گردید، نشان دادند. مهم‌ترین عامل مرتبط با خشونت از دیدگاه کارکنان، عدم آشنایی مردم با وظایف کارکنان ۱۱۵ بوده است (۳۶، ۳۷) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر ناهم‌سو بود. می‌توان گفت ناآشنایی یا کمبود آگاهی مردم از وظایف خدمات فوریت‌های پزشکی است که باعث می‌شود توقعات مختلفی از آن‌ها داشته باشند که خارج از چارچوب شرح وظایف آن‌ها است و عدم شناخت یا عدم اعتماد به مهارت‌های حرفه‌ای آن‌ها باعث می‌شود که انجام اقدامات فوق را نوعی اتلاف وقت تلقی می‌کنند که این مسئله در موارد متعددی باعث می‌شود که آن‌ها در معرض خشونت محل کار و عوارض مختلف آن قرار بگیرند (۲۷).

همچنین در مطالعه حاضر مشخص شد، بین خشونت فیزیکی با بحران ۶ ماه اخیر کارکنان ارتباط معنی‌داری وجود داشت. بدین معنی که کارکنانی دارای بحران در ۶ ماه اخیر داشتند، بیشتر در معرض خشونت فیزیکی قرار گرفتند. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت: بیشتر اشخاص در شرایط بروز بحرانی عصبی و روحی، نمی‌توانند راه‌حلی مناسب و درست پیدا کنند چون افراد در این شرایط امکان

عاملین خشونت علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی مورد بررسی قرار گیرد.

نقاط قوت و محدودیت‌ها

از نقاط قوت این مطالعه بررسی خشونت شغلی در آخرین مأموریت کارکنان به همراه خشونت در ۱ سال گذشته بوده است. مطالعات گذشته در پرسشنامه خشونت شغلی از کارکنان در مورد خشونت ۱ سال گذشته پرسیده شده بود. کاستی اصلی تحقیقات گذشته اول وابسته به حافظه افراد بوده، و دوم ماهیت دقیق خشونت مشخص نمی‌شود. ولی با افزودن خشونت شغلی در آخرین مأموریت این کاستی‌ها تا حدود زیادی برطرف گردیده است. در این مطالعه هم محدودیت‌هایی وجود داشت که جمع‌آوری یافته‌ها بر اساس خود گزارش دهی کارکنان فوریت‌های پزشکی بود که راهی برای اعتبار دهی این یافته‌ها وجود نداشت، اشاره کرد.

تضاد در منافع

هیچ‌گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

قدردانی

این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه‌ی دریافت کارشناسی ارشد پرستاری است؛ و با کد اخلاق ۵۲۳۱ . IR.MAZUMS.REC .۱۳۹۸. به ثبت رسیده است. از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که ما را در انجام پروژه حمایت مالی کردند و همچنین مدیریت و کلیه کارکنان محترم مرکز فوریت‌های پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که نهایت همکاری را با پژوهشگر داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

کنترل و جلوگیری از خشونت را ندارند. کارکنان فوریت‌های پزشکی با توجه به سابقه و تجربه خود در مأموریت‌های اورژانس، در برخورد با بیمار و همراهان وضعیت روحی و میزان خشم آن‌ها درک کرده و با دعوت به آرامش، باعث کاهش خطر خشونت می‌شوند. سایر مطالعات داخلی و خارجی به بررسی این ارتباط نپرداخته‌اند.

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد بین خشونت در آخرین مأموریت با نوع استخدام ارتباط معنادار بود. به این صورت که کارکنان شرکتی تجربه خشونت بیشتری (۵۷/۱ درصد) نسبت به سایر کارکنان داشتند. در حالت کلی هدف از استخدام شرکتی جذب کردن نیروهایی هست که به‌طور موقت و در مدت‌زمان معین مشغول به کار می‌شوند. میزان حقوق و ثبات و امنیت شغلی آنان از سایر کارکنان کمتر است که خود می‌تواند باعث عدم تعادل روحی و پایین آمدن سطح تحمل افراد در شرایط پراسترس مانند، مأموریت‌های اورژانسی شود.

از نتایج دیگر این پژوهش، ارتباط معنادار بین خشونت در آخرین مأموریت با سن و سابقه کار کارکنان بود. بدین معنی که کارکنان سن آن‌ها کمتر از ۳۰ سال بود و سابقه کمتر از ۵ سال داشتند، بیشتر در معرض خشونت بودند. در مورد این مسئله می‌توان گفت: کارکنان کم‌سابقه و جوان‌تر به دلیل بی‌تجربگی در برخورد با موقعیت‌های حساس، خشونت بیشتری نسبت به آن‌ها صورت می‌گیرد. در حالی که کارکنان باسابقه، در اثر افزایش سن و کسب تجربه و مهارت در برخورد با بیماران و همراهان آنان، آرام‌تر خواهند بود؛ که باعث کاهش بروز خشونت می‌شود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه‌ی حاضر بر شیوع بالای خشونت فیزیکی علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی تأکید دارد. لذا آموزش مهارت‌های ارتباطی، کنترل خشم و رویه‌های مناسب گزارش دهی برای کارکنان و پیگیری موارد خشونت از طرف مسئولین مراکز فوریت‌های پزشکی باعث کاهش خطرات و تهدیدات ناشی از خشونت شغلی، خواهد شد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود برای کاهش خشونت علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی، کارکنانی که موارد خشونت در محل کار را گزارش می‌دهند از پشتیبانی حقوقی و قضایی برخوردار شوند. همچنین می‌توان قسمتی از فرم مأموریت روزانه‌ی کارکنان را برای ارائه‌ی گزارش موارد خشونت اختصاص داد. همچنین، توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی مقایسه‌ی عوامل مرتبط با رفتارهای خشونت‌آمیز در میان پرستاران بخش اورژانس بیمارستان‌ها با کارکنان فوریت‌های پزشکی، ارتباط بین رفتار خشونت‌آمیز و فرسودگی شغلی در میان کارکنان فوریت‌های پزشکی و بررسی علل بروز خشونت از دیدگاه

Reference

1. Shalmali MR, Rakhshani F, Ramezankhani A, Soori H. Effect of education based on the theory of planned behavior on preventive behaviors of aggression. *Safety Promotion and Injury Prevention*. 2016;4(1):39-46.
2. Ardestani SFR, Shahnavaizi H. Epidemiological investigation of violence and related damage in clients referring to Tehran Forensic Medicine Shift Center in 1394. *Safety Promotion and Injury Prevention*. 2018;5(3):125-31.
3. Iranfar M. Violence Experiences against the Elderly in Tehran in 1397. *Safety Promotion and Injury Prevention*. 2019;6(4):223-8.
4. Deniz T, Saygun M, EROĞLU O, Ülger H, Azapoğlu B. Effect of exposure to violence on the development of burnoutsyndrome in ambulance staff. *Turkish journal of medical sciences*. 2016;46(2):296-302.
5. Workplace Violence. Occupational Safety & Health Administration (OSHA). Available at: <https://www.osha.gov/SLTC/workplace-violence/>. Accessed Feb 23, 2016.
6. Belayachi J, Berrechid K, Amlaiki F, Zekraoui A, Abouqal R. Violence toward physicians in emergency departments of Morocco: prevalence, predictive factors, and psychological impact. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 2010;5(1):27.
7. Ray MM. The dark side of the job: violence in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2007;33(3):257-61.
8. Pourshaikhian M, Gorji HA, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A systematic literature review: Workplace violence against emergency medical services personnel. *Archives of trauma research*. 2016;5(1):213-24.
9. Bayram B, Çetin M, Oray NÇ, Can İÖ. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ open*. 2017;7(6):e013568.
10. Maguire BJ, O'neill BJ. Emergency Medical Service Personnel's Risk From Violence While Serving the Community. *American journal of public health*. 2017;107(11):1770-5.
11. Maguire BJ, Browne M, O'Neill BJ, Dealy MT, Clare D, O'Meara P. International survey of violence against EMS personnel: physical violence report. *Prehospital and disaster medicine*. 2018;33(5):526-31.
12. Nikathil S, Olausson A, Symons E, Gocentas R, O'Reilly G, Mitra B. Increasing workplace violence in an Australian adult emergency department. *Emergency Medicine Australasia*. 2018;30(2):181-6.
13. Li K, Ng Y, Cheung M, Fung V, Kwok K, Tong J, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. 2006;12(1):6-9.
14. Kaeser D, Guerra R, Keidar O, Lanz U, Moses M, Kobel C, et al. Verbal and non-verbal aggression in a Swiss university emergency room: a descriptive study. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(7):1423.
15. Petzäll K, Tällberg J, Lundin T, Suserud B-O. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*. 2011;19(1):5-11.
16. Maghami M, Aghababaeian H, Bosak S. Evaluation of Verbal Violence against Emergency Medical Personnel at Work in 2014. *Occupational medicine quarterly Journal*. 2015;7(1):32-40.
17. Ebrahimi AE, Moulavi H, Mousavi SG, Borana Manesh A, Mohammad Y. Psychometric properties and factor structure of General Health Questionnaire 28 (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *Research in behavioural sciences*. 2007;5(9):5-12.

18. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency Medicine Journal*. 2007;24(11):760-3.
19. Talas MS, Kocaöz S, Akgüç S. A survey of violence against staff working in the emergency department in Ankara, Turkey. *Asian nursing research*. 2011;5(4):197-203.
20. Rahmani A, Alah BA, Dadashzadeh A, Namdar H, AKBARI MA. Physical violence in working environments: Viewpoints of EMT'personnel in East Azerbaijan Province. *Iranian journal of Nursing research*. 2009;3(10-11):31-9.
21. Gormley MA, Crowe RP, Bentley MA, Levine R. A national description of violence toward emergency medical services personnel. *Prehospital emergency care*. 2016;20(4):439-47.
22. Koohestani H, Baghcheghi N, Rezaii K, Ebrahimi Fakhar H. Risk factors for workplace violence in emergency medical technician students. *Iran Occupational Health*. 2012;9(1):64-75.
23. Soheili A, Habibzadeh H, Jafarizadeh H, Mohamadpour Y, Mehryar H, Rahmani A. Violence against nurses in emergency departments of Urmia university hospitals in 2013. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014;12(9):874-82.
24. Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International nursing review*. 2011;58(1):130-7.
25. Banda CK, Mayers P, Duma S. Violence against nurses in the southern region of Malawi. *Health SA Gesondheid*. 2016;21(Supplement C):415-21.
26. Dehnabi A, Radsepehr H, Dehnabi A. Investigating the Factors Affecting Violence against Emergency Nurses in Sabzevar Medical Sciences Hospitals. *occupational hygiene and health promotion journal*. 2018;2(4):51-61.
27. Pourshaikhian M, Khorasani-Zavareh D, Gorji HA, Aryankhesal A, Barati A. Workplace violence process against emergency medical services staffs: A grounded theory. *Global journal of health science*. 2016;8(12):213-24.
28. Alharthy N, Al Mutairi M, Alsahli A, Alshehri A, Almatrafi A, Mahah A, et al. Workplace violence among emergency medical services workers in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Hospital Administration*. 2017;6(3):26-32.
29. 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. *Journal of Management and Medical Informatics School*. 2014;1(2):111-7.
30. 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. *Prehospital emergency care*. 2014;18(4):489-94.
31. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):260-70.
32. Paryad E, Jahani Sayad Noveiry M, Kazemnejad Leili E, Akbari A, Ghanbari Khanghah A, Bouraki S. Incidence of violence against nurses in the educational-medical centers in Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2015;25(2):16-23.
33. Rafati Rahimzadeh M, Zabihi A, Hosseini S. Verbal and physical violence on nurses in hospitals of Babol University of Medical Sciences. *Journal of hayat*. 2011;17(2):5-11.

34. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Dalvandi A, Ahmadi F, Rahgozar M. Workplace violence against Iranian nurses: A systematic review. *Journal of health promotion management*. 2014;3(2):72-85.
35. Rafeea F, Al Ansari A, Abbas EM, Elmusharaf K, Zeid MSA. Violence toward health workers in Bahrain Defense Force Royal Medical Services' emergency department. *Open access emergency medicine: OAEM*. 2017;9:113-21.
36. 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. *International Journal of Medical Investigation*. 2018;7(4):15-20.
37. Hosseinikia SH, Zarei S, Najafi Kalyani M, Tahamtan S. A cross-sectional multicenter study of workplace violence against prehospital emergency medical technicians. *Emergency medicine international*. 2018;2018:1-5.