

# بررسی میزان خشونت شغلی علیه پزشکان و علل آن در بیمارستان‌های شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۹

دکتر سیمین کاظمی\*

\*پزشک و کارشناس ارشد جامعه‌شناسی

## چکیده

زمینه و هدف: پزشکان اغلب در بدترین وضعیت‌های جسمی و روانی افراد با آن‌ها مواجه می‌شوند و از این رو خشونت در محل کار از جمله مشکلاتی است که دامنگیر آنان می‌شود. خشونت علیه پزشکان عوارض نامطلوبی از نظر فردی و اجتماعی برای پزشکان و نیز برای سیستم بهداشتی و درمانی دربردارد و علاوه بر به خطر انداختن پزشکان، روند طبابت را از مسیر علمی و درست خود خارج خواهد کرد. این مطالعه به منظور مشخص کردن میزان خشونت شغلی علیه پزشکان و علل آن در بیمارستان‌های شهر خرم آباد در سال ۱۳۸۹ انجام شده است.

روش: این مطالعه، یک مطالعه توصیفی تحلیلی مقطعی است. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای که به این منظور طراحی و ساخته شد و حاوی دویخش اطلاعات فردی و تجربه خشونت در محل کار بود، استفاده گردید. پرسشنامه‌ها توسط ۸۶ نفر از پزشکان تکمیل شده و داده‌های حاصله توسط نرم افزار آماری spss 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۸۶ نفر از پزشکان در این مطالعه شرکت کردند که ۶۹/۸٪ از آنان مرد و ۳۰/۲٪ زن، ۵۵/۸٪ پزشک عمومی و ۴۴/۲٪ پزشک متخصص، ۶۰٪ بومی و ۴۰٪ غیر بومی بودند. در این پژوهش مشخص شد که ۸۲/۶٪ از پزشکان مورد مطالعه، خشونت در محل کار را تجربه کرده‌اند. بیشترین خشونت تجربه شده، خشونت کلامی و با میزان ۸۲/۶٪ بوده است. ۱۹/۸٪ از پزشکان خشونت فیزیکی را همراه با خشونت کلامی تجربه کرده‌اند. در ۷۹/۷٪ موارد خشونت از طرف همراه بیمار اعمال شده است. دلایل عمده اعمال خشونت به دلیل بی اطلاعی همراهان از وضعیت بیماران و دخالت در امر درمان (۶۰/۹٪)، اجتناب از پذیرش تقاضای نامعقول بیمار یا همراه بیمار (۳۹٪) و مدت طولانی انتظار و تأخیر در ویزیت بیمار (۲۷/۵٪) بوده است. بین سن، جنسیت پزشک، بومی و غیر بومی بودن و وضعیت تحصیلی و تجربه خشونت رابطه معناداری به دست نیامد. در این پژوهش معلوم شد که میزان خشونت با تعداد شیفت شب پزشکان عمومی رابطه معناداری داشته است و بیشترین میزان خشونت در شیفت شب (۵۴/۵٪) رخ داده است.

نتیجه‌گیری: پزشکان شاغل در بیمارستان‌های خرم آباد با حجم بالایی از خشونت شغلی مواجه هستند و تاکنون اقدام مؤثری در جهت حمایت از آن‌ها صورت نگرفته است. برای پیگیری از وقوع خشونت لازم است فرهنگ‌سازی صورت گیرد و آموزش در مدارس، رسانه‌های عمومی و... مورد توجه قرار گیرد. همچنین افزایش تعداد نگهبانان بیمارستان‌ها و تجهیز و آموزش آن‌ها جهت مقابله با خشونت ضروری می‌نماید. تصویب قوانین بازدارنده برای کاهش خشونت علیه پزشکان و پیگیری سریع و جدی موارد وقوع خشونت می‌تواند به پیشگیری از خشونت شغلی علیه پزشکان کمک کند.

واژگان کلیدی: خشونت، پزشکان، بیمارستان

تأیید مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۲۳

وصول مقاله: ۱۳۹۰/۹/۵

نویسنده پاسخگو: خرم آباد- میدان امام- انتهای خیابان کاکاوندغری- روبروی پایگاه انتقال خون - مجتمع مسکونی ساحل- واحد ۴  
drsiminkazemi@gmail.com

## مقدمه

حال افزایش است. بررسی‌ها در کشوری مانند آمریکا نشان می‌دهد. که یک آمریکایی در طول یک سال، به طور میانگین، حدود ۱۰٪ احتمال دارد که مورد خشونت یا تهاجم قرار بگیرد اما این رقم در مورد پزشکان همان کشور، بالغ بر ۱۲/۶٪ است. در میان پزشکان، متخصصان طب اورژانس و روان‌پزشکی و پزشکان عمومی بیش از بقیه در معرض خطرند؛ به نحوی که، این خطر برای روان‌پزشکان آمریکایی،

پزشکان اغلب در بدترین وضعیت‌های جسمی و روانی افراد با آنان مواجه می‌شوند و از این رو خشونت در محل کار از جمله مشکلاتی است که دامنگیر آنان می‌شود. مسأله خشونت علیه پزشکان معضلی جهانی است و نگاهی به آمار نشان می‌دهد که روز به روز نیز در

خشونت فیزیکی شامل: هر گونه درگیری فیزیکی از جمله هل دادن، مشت زدن، سیلی زدن، لگد زدن، پرتاب اشیاء، تلاش جهت اعمال خشونت فیزیکی (مثل بلند کردن مشت‌ها، کوبیدن در) و سایر موارد از این قبیل است (۴).

## روش

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی است که در سال ۱۳۸۹ در بیمارستان‌های شهرستان خرم‌آباد انجام شد. جامعه پژوهش، عبارت بود از پزشکان عمومی و پزشکان متخصص که در سال ۱۳۸۹ در بیمارستان‌های خرم‌آباد مشغول به کار بوده‌اند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای بود که با توجه به مطالعات پیشین در مورد خشونت علیه پرسنل بیمارستان‌ها و به تناسب نقش و مسؤولیت پزشکان، طراحی و ساخته شد. جهت تأمین اعتبار محتوای پرسشنامه، ابتدا، تعداد ۹ عدد از پرسشنامه‌ها در بین تعدادی از پزشکان توزیع و تکمیل شد و نواقص و ابهامات آن برطرف گردید. این پرسشنامه حاوی ۳۴ سؤال و شامل دو بخش (۱) اطلاعات فردی و محیط کار و (۲) سؤالات مربوط به تجربه خشونت شغلی و دیدگاه پزشکان در مورد خشونت و علل آن (۲۲ سؤال) بود. این پرسشنامه در اختیار ۱۱۲ نفر از پزشکان بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی شهر خرم‌آباد قرار گرفت که ۸۶ نفر از پزشکان، پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و به پرسشگر بازگرداندند (میزان پاسخ دهی ۷۶/۷٪). پس از آن داده‌های موجود در پرسشنامه استخراج شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 و آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

۸۶ نفر از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های خرم‌آباد، پرسشنامه‌ها را تکمیل و به پرسشگر بازگرداندند. بیمارستان‌هایی که مطالعه در آن‌ها انجام شد شامل بیمارستان‌های دولتی - بیمارستان شهدای عشایر (۳۶/۳٪ شرکت کنندگان)، بیمارستان مدنی (۱۴/۰٪)، بیمارستان خیریه عسلی (۱۱/۶٪)، بیمارستان تأمین اجتماعی (۱۴/۴٪) - و بیمارستان‌های خصوصی ایران (۷/۰٪)، توحید (۵/۵٪) و شفاء (۱۱/۲٪) است که در گروه اول غیر از بیمارستان تأمین اجتماعی سایر بیمارستان‌ها آموزشی هستند (شهدای عشایر، مدنی، عسلی). در این مطالعه ۳۰/۲٪ پاسخگویان (۲۶ نفر) زن و ۶۹/۸٪ (۶۰ نفر) مرد بودند. ۱۱/۶٪ پزشکان شرکت کننده در پژوهش کمتر از سی سال، ۴۸/۸٪ بین سی تا چهل سال و ۳۹/۶٪ بیشتر از چهل سال داشتند. ۶۰٪ پاسخ دهندگان بومی استان لرستان و ۴۰٪ غیربومی بوده‌اند. در این مطالعه ۵۵/۸٪ پاسخ دهندگان را پزشکان عمومی و ۴۴/۲٪ را پزشکان متخصص تشکیل می‌دادند. زبان یا لهجه مورد استفاده پزشکان پاسخ دهنده در ارتباط با بیماران، در ۵۷٪ موارد فارسی، در ۱۴٪ موارد لری

بیش از ۲۰٪ گزارش شده است (۱۲). پژوهش‌هایی در همین زمینه در انگلستان، ژاپن و اسرائیل نیز انجام شده و در همه این کشورها آمارهای مختلفی از خشونت علیه پزشکان منتشر شده است (۹، ۶). خشونت علیه پزشکان که مسؤولیت سنگین و دشوار حفظ سلامت مردم را به عهده دارند، منجر به عواقب ناخوشایند و نامطلوبی برای جامعه خواهد شد. خشونت شغلی می‌تواند منجر به احساس عدم امنیت در محل کار شود و بر ادامه کار پزشکان تأثیر منفی داشته باشد. محدودیت کار، ترک شغل، درخواست مرخصی و انتقال، اضطراب، افسردگی و بی‌خوابی از جمله اثرات منفی خشونت شغلی علیه پزشکان به شمار می‌روند (۹). در یک مطالعه مشخص شده که ۸۶٪ از پزشکان که در معرض خشونت قرار گرفته‌اند یک یا چند علامت از علایمی مثل افسردگی، زنده شدن تجربه خشونت (فلاش بک)، بی‌خوابی و مرخصی را تجربه کرده‌اند (۱۱).

در ایران اگر چه در فرهنگ مردم بر حرمت و قداست طبیب و طبابت تأکید می‌شود، اما این فرهنگ در حال تغییر بوده و رابطه پزشک-بیمار از یک الگوی تنش‌زا پیروی می‌کند. به نظر می‌رسد، خشونت علیه پزشکان از این فرهنگ سرچشمه می‌گیرد که چون بیمار در شرایط بحران و ناراحتی جسمی و روحی است، پزشک باید به واسطه پزشک بودن در برابر او سکوت کرده و حتی خشونت صورت گرفته را نادیده بگیرد. این مشکل تا آنجا پیش رفته که به صورت یک پدیده عادی در حرفه پزشکی درآمده و کمتر پزشکی را می‌توان یافت که خاطره‌ای از خشونت در محل کار را به یاد نیاورد. در حال حاضر اورژانس‌های بیمارستان‌ها مهم‌ترین محل تقابل پزشک و بیمار یا همراه بیمار است که برای پزشکان توأم با خشونت و تهدید کلامی یا فیزیکی است. در سال ۱۳۸۹ و مقارن با انجام این تحقیق، خشونت علیه پزشکان وارد مرحله خطرناک و نگران کننده‌ای شد و قتل چند تن از پزشکان با انگیزه‌های نامشخص و مبهم، موجب نگرانی جامعه پزشکی گردید.

اگرچه پژوهش‌هایی چند در مورد خشونت علیه پزشکان در کشورهای مختلف انجام شده، اما در ایران هنوز تحقیقی در این خصوص انجام نشده و تنها چند پژوهش درباره میزان خشونت علیه پرستاران در چند شهر انجام شده است. از این رو انجام پژوهش درباره خشونت شغلی علیه پزشکان برای آگاهی از کم و کیف این معضل و اتخاذ تصمیم‌های مقتضی برای حل آن ضرورت می‌یابد. برای پژوهش درباره خشونت لازم است که ابتدا این واژه تعریف و انواع آن مشخص گردد. اگرچه تعریف استاندارد از خشونت وجود ندارد اما یک تعریف مفید و قابل قبول را می‌توان ارائه داد که: خشونت شغلی یا خشونت محل کار به عنوان هر حادثه یا موقعیتی تعریف می‌شود که در آن فرد در محل کار خود و یا شرایط مربوط به آن مورد بدرفتاری، تهدید یا حمله قرار گیرد (۳). خشونت شغلی دارای انواع کلامی و فیزیکی است. خشونت کلامی شامل تهدید به آسیب جسمی یا شغلی، بالا بردن صدا و فریاد زدن، فحاشی و استفاده از الفاظ تند و توهین آمیز است.

کردن پزشک به شکایت به مقامات مسؤول ۶۰٪، تهدید به اعمال نفوذ در اخراج پزشک ۲۴/۳٪، تهدید به آسیب رساندن به خانواده پزشک ۱۱/۴٪. همچنین ۷/۴٪ از پزشکان در خارج از بیمارستان مورد تعقیب افراد مهاجم قرار گرفته‌اند و ۸/۴٪ از طریق تلفن تهدید شده‌اند. نوع خشونت فیزیکی صورت گرفته علیه پزشکان شامل موارد زیر است: هل دادن ۴۷/۸٪، مشت زدن ۱۳٪، لگد زدن ۴/۳٪، سیلی زدن ۴/۳٪، اصابت چاقو یا شیء برنده ۴/۳٪، پرتاب اشیاء ۴۵/۸٪، وارد کردن خسارت به اموال ۳۲٪. لازم به ذکر است که در ۱۳/۵٪ موارد خشونت فیزیکی منجر به آسیب جسمی پزشکان شده است.

۲۳/۲٪ پزشکان حاضر در این مطالعه از سوی افراد دارای پست‌های مدیریتی، مقامات محلی اجرایی، قضایی، سیاسی، نظامی و انتظامی شهرستان، قضات و سایر افراد ذی نفوذ که به عنوان بیمار یا همراه بیمار مراجعه نموده‌اند، مورد خشونت واقع شده‌اند که در تمام موارد خشونت کلامی بوده است و در ۵٪ موارد خشونت فیزیکی نیز به همراه خشونت کلامی رخ داده است. افراد ذی نفوذی که مرتکب خشونت کلامی علیه پزشکان شده‌اند در ۶۰٪ موارد پزشک را تهدید به انفصال از خدمت و یا به خطر انداختن موقعیت شغلی‌اش نموده‌اند و در ۲۵٪ موارد نیز پزشک را به سایر اقدامات تلافی‌جویانه در حوزه قدرت خود تهدید نموده‌اند. محل اعمال خشونت علیه پزشکان در ۵۳/۱٪ موارد در اورژانس، ۴۶/۹٪ در اتاق معاینه، ۳۰/۲٪ در بخش، ۲۲/۲٪ در راهرو بیمارستان و ۱/۶٪ در خارج از بیمارستان رخ داده است. بیشترین زمان اعمال خشونت، در شب به میزان ۵۴/۵٪ و کمترین زمان اعمال خشونت در بامداد به میزان ۱۰/۶٪ بوده است.

شایع‌ترین واکنش پزشکان به خشونت کلامی اعمال شده، سعی در توضیح به بیمار ۶۰/۹٪ و پس از آن به ترتیب سکوت (۴۰/۱۶٪)، اطلاع به حراست و مسؤولین بیمارستان (۳۱/۹٪) و ترک محل (۲۱/۷٪) بوده است. در ۷/۲ موارد نیز مقابله به مثل با شخصی که مرتکب خشونت شده، واکنش پزشکان به خشونت کلامی بوده است.

در مورد واکنش پزشکان به خشونت فیزیکی، نتایج حاکی از آن است که ۴۶/۲٪ از پزشکان، موضوع را به پلیس اطلاع داده‌اند، سایر واکنش‌ها شامل سکوت (۳۲٪)، دفاع از خود (۳۲٪) و دعوت کردن فرد مهاجم به آرامش (۳۲٪)، ترک محل (۱۶٪) بوده است.

علل عدم گزارش مورد خشونت به پلیس یا مقامات قضایی و عدم پیگیری موضوع دلایل گوناگونی داشته است. ۵۶/۶٪ از پاسخ‌دهندگان گزارش به پلیس و پیگیری موضوع را بی‌فایده و بی‌نتیجه دانسته‌اند، ۴۷/۲٪ به علت موقعیت شغلی و اجتماعی موضوع را نادیده گرفته و گذشت نموده‌اند، ۳۷/۷٪ به علت نداشتن وقت کافی موضوع را پیگیری نکرده‌اند. ۱۵/۱٪ به علت نگرانی از عواقب طرح موضوع و کینه توزی و انتقام جویی شخص مهاجم از پیگیری موضوع چشم پوشی کرده‌اند و ۱/۹٪ پاسخ دهندگان به علت شرم از طرح موضوع، آن را پیگیری نکرده‌اند. در ۷۹/۳٪ موارد اعمال خشونت علیه پزشک، بیمار وضعیت غیراورژانسی داشته و نیازمند مداخله درمانی

و در ۲۹٪ هم فارسی و هم لری بوده است (جدول ۱). در این پژوهش مشخص شد که ۸۲/۶٪ از پزشکان مورد مطالعه خشونت در محل کار را تجربه کرده‌اند. بیشترین خشونت تجربه شده خشونت کلامی و با میزان ۸۲/۶٪ بوده است. ۱۹/۸٪ از پزشکان خشونت فیزیکی را همراه با خشونت کلامی تجربه کرده‌اند (جدول ۲). ۷۹/۷٪ خشونت صورت گرفته علیه پزشکان از طرف همراهان بیمار بوده است. نوع خشونت کلامی اعمال شده علیه پزشکان شامل موارد زیر بوده است: بالابردن صدا و فریاد زدن ۸۴/۳٪، به کار بردن الفاظ زشت و دشنام ۴۱/۴٪، تهدید به آسیب جسمی ۲۷/۱٪، تهدید

جدول ۱ - توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت‌شناسی

متغیرهای جمعیت‌شناسی	فراوانی نسبی (درصد)
کمتراز سی سال	۱۱/۶
سن	
سی تا چهل سال	۴۸/۸
بیشتر از چهل سال	۳۹/۶
جمع	۱۰۰
جنس	
زن	۳۰/۲
مرد	۶۹/۸
جمع	۱۰۰
وضعیت تحصیلی	
پزشک عمومی	۵۵/۸
پزشک متخصص	۴۴/۲
جمع	۱۰۰
وضعیت سکونت	
بومی	۶۰
غیربومی	۴۰
جمع	۱۰۰
زبان ولهجه	
فارسی	۵۷
لری	۱۴
فارسی و لری	۲۹
تعداد آنکالی ماهانه پزشکان متخصص	
۱-۱۰	۶۵/۸
۱۱-۲۰	۲۱/۰
۲۱-۳۰	۱۳/۲
جمع	۱۰۰
تعداد شیفت شب پزشکان عمومی	
۱-۱۰	۸۷/۲
۱۱-۲۰	۲/۶
۲۱-۳۰	۱۰/۲
جمع	۱۰۰

اورژانسی نبوده است.

در این پژوهش، دلیل اعمال خشونت در ۶۰/۹٪ موارد به دلیل بی‌اطلاعی همراهان از وضعیت بیماران و دخالت در امر درمان رخ داده است. سایر موارد ذکر شده عبارتند از: اجتناب از پذیرش تقاضای نامعقول بیمار یا همراه بیمار (۳۹/۱٪)، مدت طولانی انتظار و تأخیر در ویزیت بیمار (۲۷/۵٪)، ناراضی بودن بیمار از مبلغ ویزیت یا سایر هزینه‌های تشخیصی و درمانی (۲۰/۳٪)، ناراضی بودن بیمار یا همراه از نحوه ارائه خدمات توسط سایر پرسنل مانند پرستار / پرسنل اتاق عمل / رادیولوژی / پذیرش / آزمایشگاه و... (۲۷/۵٪)، ناراضی بودن بیمار از اقدام درمانی انجام شده (۱۴/۵٪)، مرگ بیمار و مقصر دانستن پزشک (۱۳/۰٪)، عارضه دار شدن بیمار بعد از اقدام درمانی صورت گرفته (۸/۷٪)، فقدان دارو یا وسایل و تجهیزات لازم برای درمان بیمار در بیمارستان (۴/۳٪).

از نظر ۸۰/۳٪ پاسخ دهندگان، اعمال خشونت علیه پزشکان به علت نبودن قوانین بازدارنده در مورد حمله به پزشکان رخ می‌دهند. ۶۰/۸٪ عدم نظارت بر ورود افراد به بیمارستان و ورود همزمان تعداد زیادی از افراد به عنوان همراه بیمار را در اعمال خشونت علیه پزشکان دخیل می‌دانند. همچنین ۴۸/۷٪ از پاسخ دهندگان، عدم دخالت نگهبان‌ها در مواقع حساس و نداشتن ابزار و مهارت‌های لازم برای برخورد با مهاجمان را از علل اعمال خشونت علیه پزشکان دانسته‌اند. سایر علل مؤثر در این زمینه نبودن نگهبان یا تعداد ناکافی نگهبان در بیمارستان و بخش‌های مختلف آن (۳۹/۵٪) و کمبود تجهیزات امنیتی (۲۵/۵٪) ذکر شده‌اند.

در این مطالعه مشخص شد که تنها ۸/۳٪ از پزشکان شاغل در بیمارستان‌های خرم‌آباد اسپری دفاع شخصی دارند. و هیچ کدام از پزشکان تاکنون از این اسپری استفاده نکرده‌اند.

نظر پزشکان حاضر در مطالعه در مورد کارایی اسپری دفاع شخصی به شرح زیر است: ۳۵/۷٪ پزشکان استفاده از این اسپری را از نظر حرفه‌ای و اخلاقی درست نمی‌دانند، ۳۰٪ پزشکان معتقدند که اسپری دفاع شخصی تا حدود زیادی می‌تواند باعث محافظت شود و ۲۱/۴٪ استفاده از آن را مشکل دانسته و معتقدند که در موقعیت‌های مختلف کارایی لازم را ندارد.

خشونت صورت گرفته علیه پزشکان باعث اتخاذ تصمیم‌های متفاوتی از سوی آنان برای ادامه کارشان شده است. ۲۲/۷٪ از پاسخ‌دهندگان به این پرسش مجبور به محدود کردن زمان کار یا تغییر شیفت‌های کاری شده‌اند. و به همین میزان ۲۲/۷٪ خواست‌های بیماران یا همراهانی را که احتمال می‌دهند مرتکب خشونت شوند، می‌پذیرند، ۱۳/۶٪ تصمیم به تغییر محل کار و ۲/۳٪ تصمیم به تغییر محل سکونتشان گرفته‌اند.

داده‌های آماری ارتباطی میان سن، جنس و وضعیت تحصیلی (پزشک عمومی یا متخصص) پزشکان با تجربه خشونت شغلی نشان نداد. همچنین بین بومی یا غیربومی بودن و زبان و لهجه مورد استفاده

پزشکان در ویزیت بیماران با تجربه خشونت شغلی رابطه معناداری دیده نشد. داده‌های آماری نشان داد که ارتباط معنی‌داری میان تعداد شیفت شب پزشکان عمومی و تجربه خشونت به ویژه خشونت فیزیکی وجود دارد به این معنی که هرچه تعداد شیفت شب بیشتر باشد احتمال تجربه خشونت شغلی بیشتر است ( $p < 0.05$ ). همان طور که پیش‌تر گفته شد، بیشتر موارد اعمال خشونت علیه پزشکان در شب‌ها و به میزان ۵۴/۵٪ رخ داده است. در تحقیق حاضر میان خشونت علیه پزشکان و جنسیت فرد مهاجم رابطه معنی‌دار یافت شد و مشخص شد که مردان همراه بیمار بیشتر از زنان مرتکب خشونت علیه پزشکان می‌شوند ( $p = 0.001$ ). در این تحقیق، داده‌های آماری، رابطه معناداری بین نوع بیمارستان یعنی دولتی یا خصوصی بودن و نیز بیمارستان آموزشی یا غیر آموزشی و تجربه خشونت شغلی نشان ندادند.

## بحث

یافته‌های این پژوهش حکایت از میزان نگران‌کننده‌ای از خشونت علیه پزشکان دارد. در این مطالعه مشخص شد که ۸۲/۴٪ پزشکان، خشونت کلامی را تجربه کرده و ۱۹/۸٪، مورد خشونت فیزیکی واقع شده‌اند که رقم بزرگی از خشونت علیه پزشکان محسوب می‌شود. این میزان از خشونت کلامی تقریباً با مطالعه تری کووالنکو و همکاران در مورد خشونت علیه پزشکان در ایالت میشیگان آمریکا همخوانی دارد. در مطالعه کووالنکو میزان خشونت کلامی ۷۴/۹٪ گزارش شده است (۸). میزان خشونت در مطالعات صورت گرفته در ژاپن و اسرائیل کمتر بوده است. در پژوهشی که توسط مایوری و همکاران در ژاپن انجام شده، مشخص شده که میزان خشونت علیه پزشکان بسیار پایین‌تر از مطالعه حاضر و دو مطالعه دیگر بوده و در حد ۲۴/۱٪ گزارش شده است (۹). همچنین در اسرائیل تال کارمی-ایلو و همکاران میزان خشونت کلامی علیه پزشکان را ۵۶٪ برآورد نموده‌اند (۶).

در مورد خشونت فیزیکی، نتیجه مطالعه حاضر مشخص نمود که ۱۹/۸٪ از پزشکان، مورد این نوع خشونت واقع شده‌اند که کمتر از میزان خشونت فیزیکی گزارش شده در نتایج تحقیق تری کووالنکو و همکاران در آمریکا (۲۸/۱٪) می‌باشد (۸). در تحقیق دیگری که در آمریکا توسط فردریک پائولا و همکاران انجام شده، ۱۶٪ پزشکان گزارش دادند که مورد ضرب و جرح و ۴۱٪ نیز مورد حمله واقع شده‌اند (۱۰). میزان خشونت فیزیکی در ژاپن ۲/۱٪ و در اسرائیل ۹٪ گزارش شده که بسیار کمتر از خرم‌آباد و ایالت میشیگان بوده است. (۹-۸، ۶). باید در نظر داشت که اگر چه در همه مطالعات یاد شده، تعریف خشونت فیزیکی یکسان و مانند مطالعه حاضر بود اما درباره خشونت کلامی این گونه نیست. در مطالعه تری کووالنکو (آمریکا) و مایوری (ژاپن)، خشونت کلامی تعریفی محدود تر داشته و ناظر به تهدید کلامی است که به صورت "یک ارتباط کلامی از طرف بیمار که به

از جمله در مطالعه تری کووالنکو و مایوری آریاماتسو، میان تجربه خشونت فیزیکی و جنسیت پزشک رابطه معناداری مشاهده شده است ولی در مطالعه حاضر ارتباطی میان جنسیت پزشک و تجربه خشونت فیزیکی به دست نیامد (۹، ۸). در تحقیق حاضر میان خشونت علیه پزشکان و جنسیت فرد مهاجم رابطه معنادار یافت شد و مشخص شد که مردان همراه بیمار بیشتر از زنان مرتکب خشونت علیه پزشکان می‌شوند. در این مورد باید فاکتورهای فرهنگی و اجتماعی را در نظر گرفت که باعث ارتکاب بیشتر خشونت از سوی مردان می‌گردد و زنان تحت تاثیر بازدارنده‌های فرهنگی و اجتماعی کمتر روی به خشونت می‌آورند. به نظر می‌رسد برای کاستن از خشونت، لازم است آموزش مهارت‌های کنترل خشم به تمام افراد جامعه، فارغ از تفاوت جنسیت، مدنظر متولیان امر قرار گیرد.

در این مطالعه، ارتباط معناداری میان تعداد شیفت شب پزشکان عمومی و تجربه خشونت به ویژه خشونت فیزیکی به دست آمد. یعنی با افزایش تعداد شیفت شب میزان تجربه خشونت افزایش می‌یابد. علاوه بر این، بیشترین میزان خشونت علیه پزشکان در شب گزارش شده است. با این وصف، اقدامات محافظتی بیشتر و دقیق تر در شب‌ها ضرورت می‌یابد.

در این مطالعه رابطه معناداری میان نوع بیمارستان از نظر دولتی و خصوصی بودن یا از نظر آموزشی و غیرآموزشی بودن بیمارستان وجود نداشت. به نظر می‌رسد، در حالی که انتظار داریم، افزایش کیفیت ارائه خدمات، و یا بهره مندی از امکانات، روی میزان خشونت تأثیر داشته باشد ولی عدم رابطه تجربه خشونت با نوع بیمارستان نشان می‌دهد که این مشکل می‌تواند یک معضل فرهنگی و اجتماعی باشد که رابطه‌ای با مکان و کیفیت آن ندارد.

واکنش پزشکان به خشونت کلامی و فیزیکی، متفاوت بوده و اغلب پزشکان در مواجهه با خشونت کلامی، سعی در توضیح مسأله به فرد مهاجم داشته‌اند. در برخورد با خشونت فیزیکی فقط ۴۶/۲٪ به کمک خواستن از پلیس اقدام نموده‌اند. شایع‌ترین دلیل عدم گزارش خشونت فیزیکی به پلیس و عدم پیگیری قضایی موضوع، بی‌فایده و بی‌نتیجه دانستن این امر بوده است. از دیگر دلایل عدم گزارش و پیگیری موضوع، آن است که پزشکان به دلیل مشغولیت و نیز موقعیت شغلی و اجتماعی، تمایل به پیگیری قضایی موضوع ندارند. به نظر می‌رسد در این خصوص لازم است حمایت از پزشکان، به عنوان شهروندان مفید جامعه، مورد توجه قرار گیرد و از سوی مسؤولان ذیربط ترتیبی اتخاذ شود که خشونت علیه پزشکان، نه همچون یک پرونده عادی بلکه به صورتی خاص، مورد توجه قرار گیرد تا از جسارت مهاجمان در بی حرمتی و خشونت علیه حافظان سلامت جامعه کاسته شود.

در مطالعه حاضر روشن شد که مهم‌ترین علل ارتکاب خشونت علیه پزشکان، به ترتیب اجتناب از پذیرش تقاضای نامعقول بیمار یا همراه بیمار، مدت طولانی انتظار و تأخیر در ویزیت بیمار، ناراضی بودن بیمار از مبلغ ویزیت یا سایر هزینه‌های تشخیصی و درمانی (۳/۲۰٪)

طور مستقیم و مشخص تندرستی شخص (پزشک) را تهدید می‌کند،" تعریف شده است. البته غیر از دو مطالعه مذکور، تعریف خشونت در دیگر مطالعات به تعریف خشونت در تحقیق حاضر نزدیک‌تر است. در تحقیق حاضر، تهدید، جزئی از خشونت کلامی در نظر گرفته شده است.

بدیهی است در مقایسه وقوع خشونت در مناطق مختلف جهان، تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی را نیز باید در نظر گرفت و به همین دلیل شاید مقایسه نتایج این تحقیق تنها با تحقیقات خارجی کافی به نظر نرسد. متأسفانه در ایران پژوهشی در مورد خشونت علیه پزشکان، جهت مقایسه نتایج یافت نشد، اما در مورد خشونت علیه پرستاران و پرسنل بیمارستان‌ها مطالعاتی چند در شهرهای مختلف انجام شده است که به دلیل شباهت محل کار و مراجعان، مقایسه نتایج این تحقیق با آن‌ها خالی از فایده نیست. در پژوهشی که در بندرعباس توسط فریبا قدس بین و همکاران انجام شده، میزان خشونت علیه پرستاران در طی شش ماه ۷۲/۲٪ بوده و خشونت فیزیکی ۹/۱٪ گزارش شده که کمتر از میزان خشونت صورت گرفته علیه پزشکان خرم‌آباد می‌باشد (۵). البته در این مقایسه باید توجه داشت که مدت مطالعه انجام شده قدس بین و همکاران شش‌ماه کمتر از مطالعه حاضر است. مطالعه احسان تیمورزاده و همکاران در مورد خشونت روانی علیه پرستاران در یک بیمارستان آموزشی تهران نیز نشان داده که میزان خشونت شغلی در میان پرستاران ۶۹٪ بوده که این میزان نیز کمتر از خشونت علیه پزشکان در خرم‌آباد است (۲). در مطالعه مذکور میزان خشونت فیزیکی (زورگویی و اوباش‌گری) علیه پرستاران ۲۹٪ بوده که بیشتر از میزان خشونت فیزیکی اعمال شده علیه پزشکان در مطالعه حاضر (۱۹/۸٪) است (۲). همچنین میزان کلی خشونت در مطالعه سلیمی و همکاران در تهران بسیار بالا و به میزان ۹۸/۶٪ گزارش شده است. در مطالعه یاد شده میزان خشونت فیزیکی ۳۹/۷٪ بوده است (۴). میزان خشونت فیزیکی علیه پرستاران در مراکز اورژانس استان آذربایجان شرقی نیز به میزان قابل توجهی بالاتر از مطالعه حاضر گزارش شده است. آزاد رحمانی و همکاران میزان خشونت فیزیکی در نتیجه پژوهش خود را ۳۷/۷٪ گزارش نموده‌اند (۳). با توجه به نتیجه مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در مورد خشونت علیه پرستاران، نظر می‌رسد اگرچه در میزان خشونت کلامی تفاوت فاحشی دیده نمی‌شود، اما خشونت فیزیکی علیه پزشکان کمتر از همین نوع از خشونت علیه پرستاران بوده است.

در این مطالعه، میان خشونت و ویژگی‌های فردی پزشکان از قبیل سن، جنس و بومی یا غیربومی بودن و وضعیت تحصیلی پزشکان با تجربه خشونت کلامی و فیزیکی رابطه معناداری به دست نیامد. این یافته حاکی از آن است که خشونت خطری است که همه پزشکان اعم از زن و مرد، پیر و جوان، بومی و غیربومی، متخصص و پزشک عمومی را تهدید می‌کند و بیش از آن که به ویژگی‌های فردی پزشک مرتبط باشد، یک معضل اجتماعی و فرهنگی است. در مطالعات دیگر،

حالی است که در مطالعه تری کووالنکو در میشگان، ۴۲٪ از پزشکان به دنبال تجربه خشونت شغلی یا مشاهده آن، درصدد استفاده از روش‌های محافظتی (شامل تفنگ ۱۸٪، چاقو ۲۰٪، گرز ۷٪، محافظ شخصی ۳۱٪ و ... ) بوده‌اند (۸). به نظر می‌رسد این اختلاف دیدگاه برآمده از تفاوت‌های فرهنگی، تعریف اخلاق، ارزش‌ها و هنجارها در دو جامعه مورد مطالعه باشد. آراء دیگر پزشکان این مطالعه در مورد اسپری دفاع شخصی به کارایی آن باز می‌گردد که ۳۰٪ پزشکان معتقدند، اسپری دفاع شخصی تا حدود زیادی می‌تواند باعث محافظت شود و ۲۱/۴٪ استفاده از آن را مشکل دانسته و معتقدند که در موقعیت‌های مختلف کارایی لازم را ندارد. به نظر می‌رسد استفاده از این اسپری در حین کار در بیمارستان مشکل بوده و بیشتر به کار پلیس و فردی می‌آید که در موقعیت مهاجم باشد و نه پزشکی که در حین انجام وظیفه مورد تهاجم قرار گرفته است. البته این اسپری می‌تواند به عنوان یک ابزار حفاظتی در مواجهه با خشونت فیزیکی در اختیار نگهبان‌های بیمارستان‌ها نیز قرار گیرد و آموزش دقیق در خصوص شرایط استفاده از آن، به آن‌ها ارایه گردد.

نتایج این مطالعه نشان داد که اعمال خشونت علیه پزشکان باعث اثرات سوء و نامطلوبی بر ادامه کار و فعالیت آنان داشته است، که شامل محدود کردن زمان کار یا تغییر شیفت‌های کاری و نیز پذیرفتن خواسته‌های بیماران یا همراهانی که احتمال ارتکاب خشونت از سوی آن‌ها وجود دارد. برخی از پزشکان نیز به تغییر محل کار و محل سکونت مجبور شده‌اند. مجبور شدن پزشکان به اتخاذ چنین تصمیماتی، نشانه حاد و جدی بودن موضوع خشونت علیه پزشکان و نیازمند توجه اساسی مسؤولان ذی ربط، به این موضوع است. عدم امنیت پزشکان، هم حقوق فردی و شهروندی پزشکان را به خطر انداخته و هم باعث می‌شود، امر طبابت و روند تشخیص و درمان، زیر فشار بیماران و همراهان بیماری که مرتکب خشونت می‌شوند، از مسیر علمی خارج شده و در نهایت به زیان سلامت جامعه تمام شود.

### نتیجه‌گیری

انجام این تحقیق با سختی بسیار ممکن گردید، از آن رو که جامعه آماری، پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها بودند و پژوهشگر برای دسترسی به هر یک از پزشکان مجبور به رفت و آمد و پیگیری روزانه در بیمارستان‌های خرم‌آباد بود. حضور متغیر پزشکان و مشغولیت و نداشتن فرصت کافی برای تکمیل پرسشنامه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش بود.

همان‌گونه که پیش‌تر گفته آمد، خشونت علیه پزشکان در بیمارستان‌های خرم‌آباد، شیوع بالایی دارد و به صورت تهدیدی جدی برای سلامت فردی و استقلال حرفه‌ای پزشکان رخ نموده است. با ادامه چنین روندی، بیم آن می‌رود که حرفه حساس، سنگین و پرمسئولیت پزشکی اگر با استرس و نگرانی از وقوع خشونت توأم گردد به شغلی

هستند. تقاضاهای نامعقول بیماران یا همراهان از پزشک، معضلی است که نتیجه بی‌اطلاعی و ناآگاهی بیماران و همراهان بیمار از امر طبابت، اخلاق حرفه‌ای و مقررات سیستم درمانی است و لازم است آموزش‌های لازم در این خصوص به مردم داده شود. مدت طولانی انتظار و تأخیر در ویزیت بیمار نیز از عللی است که منجر به خشونت علیه پزشکان می‌گردد. در مطالعه تال کارمی-ایلو نیز این مسأله، شایع‌ترین علت اعمال خشونت علیه پزشکان شناخته شده است (۶) که با نتیجه مطالعه حاضر مطابقت دارد. در این مطالعه همچنین مشخص شد که در ۷۹/۳٪ موارد اعمال خشونت علیه پزشک، بیمار وضعیت غیراورژانسی داشته و نیازمند مداخله درمانی اورژانسی نبوده است. به نظر می‌رسد حل این معضل نیاز به فرهنگ‌سازی و آموزش به جامعه دارد. همچنین تلاش برای کوتاه شدن زمان انتظار، می‌تواند اثرات پیشگیری‌کننده‌ای از وقوع خشونت داشته باشد. شاید اگر در پذیرش بیماران غیراورژانسی، زمان تقریبی انتظار به آن‌ها اطلاع داده شود، یا سیستم نوبت دهی تلفنی به بیماران غیراورژانسی در بیمارستان‌ها فعال شود، از میزان وقوع خشونت به دلیل تأخیر در ویزیت کاسته شود.

علاوه بر این‌ها، از دیدگاه پزشکان حاضر در این مطالعه، عدم وجود قوانین بازدارنده در مورد حمله به پزشکان مهم‌ترین علتی است که مهاجمان را در ارتکاب خشونت، تشجیع و گستاخ می‌سازد. پزشکی به عنوان شغلی حساس و مهم لازم است مورد توجه قانون‌گذاران قرار گیرد و امنیت پزشکان توسط قانون و اجرای صحیح و دقیق آن تأمین شود. پزشکان، عدم نظارت بر ورود افراد به بیمارستان و ورود همزمان تعداد زیادی از افراد به عنوان همراه بیمار به بیمارستان را از علل دیگر وقوع خشونت در بیمارستان دانسته‌اند. این موضوع آنجا اهمیت دارد که بدانیم مطابق نتایج این تحقیق، ۷۹/۷٪ خشونت صورت گرفته علیه پزشکان از طرف همراهان بیمار بوده است. تجمع و حضور غیرضروری همراهان بیمار مسأله‌ای است که در بیمارستان‌ها باید مورد توجه قرار گرفته و از ورود غیرضروری افراد به عنوان همراه جلوگیری به عمل آید تا آرامش و امنیت محیط بیمارستان افزایش یابد.

همچنین پزشکان حاضر در این مطالعه، تعداد کم نگهبانان و عدم دخالت آن‌ها در مواقع حساس و نداشتن ابزار و مهارت‌های لازم برای برخورد با مهاجمان را از علل دیگر خشونت دانسته‌اند. در این خصوص به نظر می‌رسد افزایش تعداد نگهبان‌ها و آموزش مهارت‌های لازم در برخورد با مهاجمان نقش پیشگیری‌کننده‌ای در کاهش خشونت در بیمارستان‌ها داشته باشد.

در سال‌های گذشته، سازمان نظام پزشکی به منظور افزایش امنیت و حمایت از پزشکان برای مدتی اقدام به توزیع اسپری دفاع شخصی نمود. اما براساس نتایج این مطالعه، فقط ۸/۳٪ از پزشکان اسپری دفاع شخصی دارند و هیچ کدام از آن‌ها تاکنون از این اسپری استفاده نکرده‌اند. در بررسی دیدگاه پزشکان حاضر در مطالعه در مورد کارایی اسپری دفاع شخصی مشخص شده که ۳۵/۷٪ از آن‌ها استفاده از این اسپری را از نظر حرفه‌ای و اخلاقی درست نمی‌دانند. این در

### سیاس و قدردانی

این تحقیق با حمایت دانشگاه علوم پزشکی لرستان انجام شد. از همه همکاران گرامی که در این مطالعه شرکت نمودند سپاسگزاری می‌کنم. همچنین از اساتید بزرگوار خانم دکتر ناهید لرزاده (متخصص زنان و عضو هیأت علمی) و آقای دکتر سیروس کاظمی (متخصص گوش و حلق و بینی و عضو هیأت علمی)، برادر عزیزم دکتر محمد کاظمی و همکار گرامی دکتر رضاخضولو که برای انجام این تحقیق من را یاری کردند، سپاسگزارم.

طاقت‌فرسا و غیرقابل تحمل تبدیل شود که نه تنها آثار سوئی بر زندگی پزشکان خواهد داشت بلکه در نهایت سلامت جامعه را به خطر خواهد انداخت. با پذیرفتن واقعیت شیوع بالای خشونت علیه پزشکان، باید این نکته را در نظر داشت که خشونت، مسأله‌ای قابل کنترل و پیشگیری است و با اتخاذ تدابیر مناسب از جمله، آموزش، فرهنگ‌سازی و تصویب قوانین بازدارنده در مورد ارتکاب خشونت علیه پزشکان، می‌توان از میزان آن کاست. برای این منظور لازم است، خشونت علیه پزشکان از سوی دستگاه‌ها و مراجع ذی ربط مانند وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، قانون‌گذاران، دستگاه قضایی و رسانه‌ها و ... جدی گرفته شود و تدابیر لازم برای پیشگیری و مقابله با آن اندیشیده شود.

### References

- 1- Armstrong D, Medical Sociology. Translated. The Iranian Research Center for Ethics and Law in Medicine, 2008. [Persian]
- 2- Teimourzade A, Rashidian A, Arab M, Akbarisari A, Ghasemi M: Measurement of Rate of Nurses Confrontation with Psychological Violence in An Educational Hospital in Tehran. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research; 2009 7(2): 41-49. [Persian]
- 3- Rahmani A, Allahbakhshian A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari M, Work-related Violence The Survey of Viewpoints of Emergency Staff in East Azerbaijan, Iranian Journal of nursing research, 2008; 3(10,11): 34-41. [Persian]
- 4- Salimi J, Ezazi L, Karbakhsh M: Violence Against Nurses in Non- psychology Emergency Departments, Scientific Journal of Forensic Medicine, 2007; 12(4): 202-209. [Persian]
- 5- Ghodsbin F, Dehbozorgi Z, Tayari N, Survey of Prevalence of Violence Against Nurses, Medical Daneshvar: Bimonthly Journal of Shahed University, 2008; 78: 45-52. [Persian]
- 6- Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and Physical Violence Towards Hospital- and Community-based Physicians in The Negev: An Observational Study, BMC Health Services Research 2005, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/54>.
- 7- Elston MA, Gabe J, Denny D, Lee R, O Bernie M, Violence Against Doctors: A Medical (ised) problem? , Sociology of Health & Illness, 2002; 24( 5): 575-598.
- 8- Kowalenko T, Walters BL, Khare RK, Compton S, Workplace Violence: A Survey of Emergency Physicians in the State of Michigan, Annals of Emergency Medicine, 2005; 46 (2): 142-147.
- 9- Mayuri A, Wada K, Yoshikawa T, Oda S, Taniguchi H, Aizawa Y, et al. An Epidemiological Study of Work-related Violence Experienced By Physician Who Graduated From A Medical School in Japan,. Journal of Occupational Health, 2008; 50: 357-361
- 10- Paola F, Malik T, Qureshi A. Violence Against Physicians, Journal of General Internal Medicine, 1994; 9 (9): 39-46.
- 11- Zahid MA, Al-Sahlawi KS, Shahid AA, Awadh JA, Abu-Shammah H. Violence Against Doctors: 2. Effects of violence on Doctors Working in Accident and Emergency Departments <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10646918>
- 12- <http://www.irimc.org/Magazines/ViewSection.aspx?id=5718>

# Violence Against Doctors in Hospitals of Khoramabad in 2011

Simin Kazemi†\*

\* MD, MSc in Sociology

## Abstract

**Background:** Doctors visit people even in the worst physical and psychological conditions and they experience work related violence. Violence has adverse effects and significant impact on both doctors and health care system. Also, violence can result in jeopardizing medical service and people health. This study tries to determine the amount and causes of violence against doctors in hospitals of Khoramabad.

**Methods:** This is a descriptive and cross sectional study. 86 Doctors filled out questionnaires and data collected. Then data was analyzed in SPSS software (version 18).

**Results:** 86 doctors participated in the study included 69.8% male and 30.2% female, 55.8% general physicians and 44.2% specialist. Verbal violence was the most common form of work-related violence with 82.6%. 19.8% of physicians reported exposure to at least one act of physical violence during the previous year. In 79.7% of cases, violences are done by relatives. Common causes of violence were disagreement with the physician (60.9%), unreasonable demands of relatives (39%) and long waiting time (27.5%). Physician's age, gender, locality, to be a native or non-native and education were not significantly associated with any type of work-related violence. Work-related violence was significantly associated with physicians who-worked at night (54.5%).

**Conclusion:** Work-related violence exposure is common in hospitals of Khoramabad. Providing more information and Cultural changes via TV and Radio programs, newspapers and schools, may be required. The number of security guards must be increased at a sensitive area like an emergency unit and sensitive time like nights. It needs to pass laws to protect doctors.

**Key words:** Violence, Doctor, Hospital

Received: 26 Nov 2011

Accepted: 12 Feb 2012

†Correspondence: No.4, Sahel Residential, Opposite Blood Center, Kakavand west End Ave., Khoramabad, Iran  
drsiminkazemi@gmail.com