

Frequency of the Type of Workplace Violence Against Hamadan Medical Emergency Technicians and Its Relationship with Individual and Occupational Variables, 2018

Roya Amini ¹, Nahid Mohammadi², Fardin Karaji ^{*3}, Leili Tapak ⁴

1. Chronic Diseases (Home Care) Research Center, and Community Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty", Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
2. Chronic Diseases (Home Care) Research Center, and Community Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty", Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. MSc Student of Community Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Hamadan University of Medical Sciences Hamadan, Iran
4. Biostatistic Department, Public Health Faculty, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

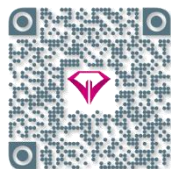
Received: 2019/01/16;
Accepted: 2019/03/11;
Published Online: 2019/03/27



[10.30699/sjhnmf.27.6.381](https://doi.org/10.30699/sjhnmf.27.6.381)

Original Article

Use your device to scan
and read the article online



ABSTRACT

Introduction: Medical emergency technicians are more likely to be exposed to workplace violence because of exposure to emergency situations. This study seems to be necessary because of the physical and psychological effects of the violence. Therefore, the present study aimed to determine the frequency of type of workplace violence against medical emergency technicians of Hamadan province and its relation with individual variables.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted in 2018 on 137 employees of Hamadan medical emergency centers. Sampling was performed using a stratified random sampling method. Data was gathered by a questionnaire on workplace violence (the International Labor Office, the World Health Organization and the International Nursing Council). Questionnaire completion method was self-explanatory. The collected data were analyzed by SPSS 16 and descriptive and analytic methods.

Results: Psychological violence (72.2%), Physical violence (22.6%), racial and religious harassment (4.5%) and sexual harassment (0.7%) were the most prevalent type of violence, respectively. There was a significant relationship between job status and workplace violence ($P < 0.05$). Marital status, educational level, employment status, type of job shift, employment, direct contact with patients / injured, specific drug use and disease, participation in a training course, experiencing a personal crisis during the last six months, was not related to workplace violence ($P < 0.05$).

Conclusion: There was a high prevalence of psychological violence against the staff; therefore, planners must identify the related factors in order to plan for preventing these violations.

Keywords: Violence, Emergency Medical Technicians

Corresponding Information:

Fardin Karaji, MSc Student of Community Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Hamadan University of Medical Sciences Hamadan, Iran.
Email: fardin.karaji.2@gmail.com

Copyright © 2020, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribution of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

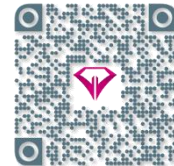
Amini R, Mohammadi N, Karaji F, Tapak L. Frequency of the Type of Workplace Violence against Hamadan Medical Emergency Technicians and its Relationship with Individual and Occupational Variables, 2018. Avicenna J Nurs Midwifery care. 2019; 27 (6) :381-393

بررسی فراوانی نوع خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی استان همدان و ارتباط آن با متغیرهای فردی و شغلی در سال ۱۳۹۷

رؤیا امینی^۱، ناهید محمدی^۲، فردین کرچی^۳، لیلی تاپاک^۴

۱. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی همدان، مرکز تحقیقات مراقبت از بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۰/۲۶	مقدمه: تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به دلیل مواجهه با شرایط اورژانسی بیشتر در معرض خشونت قرار می‌گیرند. به دلیل تأثیرات جسمی و روانی مخرب اعمال خشونت، بررسی فراوانی نوع خشونت محل کار و عوامل مؤثر بر آن ضروری به نظر می‌رسد؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی نوع خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی استان همدان و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۲۰	روش کار: مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر در سال ۱۳۹۷ به بررسی ۱۳۷ تکنسین فوریت‌های پزشکی استان همدان به صورت تصادفی طبقه‌ای-نسبتی پرداخته است. جمع‌آوری داده‌ها نیز به کمک پرسشنامه استاندارد خشونت محل کار WHO، IL و ICN با روش خوداظهاری صورت گرفته است و داده‌ها پس از جمع‌آوری، با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شده‌اند.
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۱/۱۷	یافته‌ها: انواع خشونت‌ها شامل خشونت روانی (۷۲/۲ درصد)، خشونت فیزیکی (۲۲/۶ درصد)، آزار یا اذیت نژادی و مذهبی (۴/۵ درصد) و آزار یا اذیت جنسی (۷ درصد) بود. در ۴۸/۱ درصد از موارد خشونت، تکنسین‌ها فرد مقابل را به آرامش دعوت کرده بودند. بین وضعیت کارکردن و بروز خشونت ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$). وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی، وضعیت استخدام، نوع شیفت کاری، اشتغال هم‌زمان به کار دیگر، برخورد مستقیم با بیماران، مصرف دارو و ابتلا به بیماری خاص، شرکت در دوره آموزشی، تجربه بحران شخصی طی شش ماه اخیر در خانواده و سن و جنسیت بیماران ارتباطی با خشونت محل کار نداشت ($P > 0/05$).
نویسنده مسئول: فردین کرچی دانشجوی کارشناسی ارشد گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری مامایی همدان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران پست الکترونیک: fardin.karaji.2@gmail.com	نتیجه گیری: شیوع خشونت علیه کارکنان به‌ویژه نوع روانی آن بالاست؛ بنابراین برنامه‌ریزان باید با شناسایی عوامل زمینه‌ای مؤثر، برای پیشگیری از خشونت‌های مذکور اقدام کنند.
برای دانلود این مقاله، کد زیر را با موبایل خود اسکن کنید.	کلیدواژه‌ها: خشونت، تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی



مقدمه

یکی از محرک‌های تنش‌زا برای انسان، نوع شغل و شرایط کاری وی است. خشونت در محل کار نیز بخشی از خطرات مشاغل محسوب می‌شود [۱]. خشونت از نظر لغوی به معنای خشکی، تندی و سختی است [۲]. درحقیقت خشونت الگوی رفتاری است که از طریق توسل به ترس، تهدید و رفتار زبان‌آور و آزاردهنده برای اعمال قدرت و کنترل بر فردی نزدیک تحمیل می‌شود [۳]. سازمان بهداشت جهانی خشونت را به چهار دسته فیزیکی، لفظی، نژادی و جنسی تقسیم می‌کند [۴، ۵]. براساس گزارش سازمان بین‌المللی کار، شیوع خشونت در دهه اخیر افزایش یافته است [۶].

کار معضلی جهانی است و شیوع آن پیوسته در حال افزایش است [۷]. از میان همه مشاغل، کارکردن در سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین قربانیان خشونت‌های شغلی را به دنبال دارد؛ به طوری که خطر مواجهه با خشونت‌های شغلی علیه آنان ۱۶ برابر سایر کارکنان خدماتی است [۸]. شیوع بالای خشونت محل کار در مؤسسات درمانی سبب شده است این مشکل با عنوان همه‌گیری آزار و خشونت شناخته شود [۹].

مرور اجمالی بر بانک‌های اطلاعاتی نشان می‌دهد، خشونت محل کار در مراکز درمانی به قشر خاص یا مکان

دوره ۲۷ شماره ۶ - بهمن و اسفند ۱۳۹۸

مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا

خشونت شغلی علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی محسوب می‌شود [۱۷-۲۲]. از سوی دیگر، مواجهه با خشونت در محل کار هزینه‌های بی‌شماری برای سازمان و اجتماع دارد که می‌توان به غیبت از کار، کاهش بهره‌وری، هزینه‌های جایگزینی نیروی کار، کم‌رنگ‌شدن تصویر مثبت از مراکز درمانی در انظار عموم، هزینه‌های احتمالی پزشکی و بیمارستانی برای درمان و رسیدگی به قربانیان خشونت و هزینه‌های دعاوی قضایی اشاره کرد [۲۳، ۲۴].

براساس مطالعات، خشونت محل کار به عواملی از قبیل استرس بیماران از بیماری، زمان انتظار طولانی، کمبود کارکنان، تغییر شیفت و تعویض کارکنان و انتظارات زیاد آن‌ها مربوط است. همچنین آموزش‌ندیدن کارکنان درباره شناخت و مدیریت بیماران خشن و تحریک‌شده، مهارت بالینی کم، نبود امکانات لازم برای مراقبت و درمان بیمار، کمبود تعداد کارکنان آمبولانس و ازدحام بیش از اندازه همراهان بر سر بالین بیمار از دیگر عوامل مرتبط است. از علل دیگر می‌توان به جوان‌بودن، جنسیت مذکر و داشتن مشکلات اقتصادی تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی اشاره کرد. وجود اختلالات عمده روان‌پزشکی و نپذیرفتن درمان، اختلالات شخصیتی، داشتن سوءسابقه، سابقه بستری‌شدن در بیمارستان به دلیل تهاجم، تاریخچه خشونت در خانواده و در دسترس قراردادن اسلحه از علل مرتبط با بیماران و خانواده آنان است که می‌تواند تشدیدکننده تهدیدها و خشونت‌ها علیه کارکنان و مراقبان بهداشتی باشد. [۲۵-۲۷].

با وجود مطالعات مرتبط، ابعاد واقعی خشونت در مراکز بهداشتی، آموزشی و درمانی هنوز به خوبی مشخص نشده است و به نظر می‌رسد چهره کنونی خشونت تنها قله یک کوه یخی عظیم باشد [۲۸]. در بیشتر مطالعات، تنها از دیدگاه بیمار به مسئله خشونت در محیط بهداشتی درمانی توجه شده و در مطالعات معدودی خشونت علیه کارکنان درمانی بررسی شده است [۳۰، ۲۹].

استان همدان به دلیل موقعیت خاص جغرافیایی نقشی راهبردی و تعیین‌کننده در غرب کشور دارد؛ به طوری که ترافیک هشت استان از استان همدان عبور می‌کند. همچنین تنوع قومیتی استان مذکور از جمله فارس، ترک، لر و لک و کرد سبب تفاوت فرهنگی خاصی می‌شود [۳۱]. از نظر پژوهشگر این مطالعه، که سابقه کار در واحدهای عملیاتی و مدیریتی فوریت‌های پزشکی را دارد، هر دو عامل اساسی

خاصی مختص نیست [۷]. آمارهای منتشرشده در اروپا نشان می‌دهد ۸۰-۷۰ درصد پرستاران، کارکنان فوریت‌های پزشکی و پزشکان سالانه با یک یا چند نوع از خشونت محل کار مواجه می‌شوند [۱۰]. مطالعات صورت‌گرفته در ایالات‌متحده آمریکا نشان می‌دهد ۶۱ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی در طول سال مورد خشونت لفظی و ۲۵ درصد نیز مورد خشونت فیزیکی قرار می‌گیرند [۱۱، ۱۲]. در زمینه شیوع خشونت محل کار در سازمان‌های بهداشتی کشورمان نیز گزارش‌هایی وجود دارد؛ برای مثال در پژوهش توصیفی Rahmani با عنوان «بررسی خشونت علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در آذربایجان شرقی» مشخص شد ۷۴/۶۳٪ از تکنسین‌های فوریت پزشکی طی یک سال اخیر دچار خشونت محل کار شده‌اند که بیشترین نوع خشونت از نوع خشونت کلامی بوده است [۱۳]. به نظر می‌رسد شمار خشونت‌ها بسیار بیشتر از این باشد؛ زیرا تعریف استاندارد از آزارهای غیرفیزیکی وجود ندارد و وقایع خشونت‌آمیز به احتمال زیاد، کمتر گزارش می‌شوند [۱۴]. با وجود اینکه همه کارکنان درمانی در معرض خشونت محل کار قرار دارند، کارکنان فوریت‌های پزشکی به دلیل ماهیت خاص شغل خود بیشتر در معرض این نوع خشونت قرار دارند. این کارکنان با موقعیت‌ها و شرایط گوناگونی مانند صحنه تصادف، محل‌های پر از مجروح، بیماران بدحال، مکان‌های عمومی، جنگل‌ها و رودخانه‌ها روبه‌رو می‌شوند. این موقعیت‌ها و شرایط اورژانسی حاکم بر آن‌ها سبب می‌شود محیط کاری این کارکنان مملو از رفتارهای غیرطبیعی انسانی از جمله خشونت باشد [۱۵].

اعمال خشونت‌آمیز، تأثیرات جسمی، روانی، شناختی و عاطفی مخرب و طولانی بر کارکنان دارد [۱۶، ۱۵]. از جمله این تأثیرات می‌توان به ترس، فرسودگی شغلی، احساس ناامنی، بی‌پناهی، ناامیدی و روحیه پایین، از دست دادن اعتمادبه‌نفس، خستگی مزمن، تندمزاجی، اضطراب، افسردگی، سردردهای مزمن و اختلالات خواب اشاره کرد. علاوه بر آن، بی‌حوصلگی و خشم کارکنان درمانی، همدردی‌نکردن آنان با بیماران، مراقبت ضعیف و ناکافی از بیماران و افزایش فشار شغلی از نتایج دیگر خشونت است. همچنین کاهش روزهای کار، کاهش کارایی، غیبت و دست‌کشیدن از کار، انتقال به شغل دیگر، مشکلات معده‌ای-روده‌ای، لزوم درمان طبی یا حتی مرگ از سایر عواقب

مذکور احتمال بروز خشونت شغلی علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی را افزایش می‌دهد؛ درحالی‌که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی فراوانی نوع خشونت شغلی و عوامل مؤثر بر آن صورت نگرفته است. از سوی دیگر، با توجه به پیامدهای شدید خشونت، ناشناخته‌بودن ابعاد واقعی خشونت علیه کارکنان و در دسترس نبودن پروتکل اساسی پیشگیری در مراکز فوریت‌های پزشکی ایران [۳۲] نیازمند اقدامات پیشگیرانه از جمله شناسایی فراوانی و علل انواع خشونت در این زمینه هستیم [۳۳]؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی نوع خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی استان همدان و ارتباط آن با متغیرهای فردی و شغلی انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر در شش‌ماهه اول سال ۱۳۹۷ به بررسی کارکنان پایگاه‌های فوریت‌های پزشکی شهری، جاده‌ای و هوایی استان همدان پرداخته است. استان همدان ۹ شهرستان مشتمل بر شهرهای همدان، کبودرآهنگ، فامنین، رزن، بهار، نهاوند، اسدآباد، تویسرکان و ملایر با ۲۱ پایگاه شهری، ۳۱ پایگاه جاده‌ای و یک پایگاه هوایی با ۳۳۲ نفر کارکنان فوریت‌های پزشکی است. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای-نسبتی بود؛ به طوری که از میان ۳۳۲ نفر از کارکنان فوریت استان همدان، ۱۳۷ نفر از تکنسین‌های واحد عملیاتی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، متناسب با تعداد کارکنان هر پایگاه انتخاب شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تمایل برای همکاری در مطالعه و حداقل یک سال سابقه کار عملیاتی در پایگاه‌های فوریت‌های پزشکی بود. افراد که تمایل به همکاری نداشتند، از مطالعه خارج شدند. براساس مطالعه مشابه انجام‌شده در این زمینه که در آن شیوع خشونت ۰/۸۳۸ بود [۱۰] و با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، حداقل حجم نمونه ۱۲۰ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه، در نهایت حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۳۷ نفر برآورد شد. در این پژوهش، به منظور جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد خشونت محل کار، که اداره بین‌المللی کار و سازمان بهداشت جهانی و شورای بین‌المللی پرستاران طراحی کرده‌اند استفاده شد

[۳۴]. این پرسشنامه دو بخش دارد. بخش اول شامل ۲۰ پرسش دموگرافیک و اطلاعات شغلی مربوط به کارکنان است. بخش دوم نیز ۱۸ پرسش در پنج زیرمجموعه خشونت فیزیکی (۷ پرسش)، خشونت روانی (۳ پرسش)، آزار یا اذیت جنسی (۳ پرسش)، آزار یا اذیت نژادی و مذهبی (۴ پرسش) و واکنش به خشونت (۱ پرسش) دارد [۳۵]. این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف در بیشتر کشورها استفاده شده است. در ایران نیز Aghajanian و همکاران این پرسشنامه را در دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی برای دانشجویان پرستاری ترجمه و استفاده کردند [۳۵].

ابتدا طرح حاضر در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان مطرح و با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1397.50 تصویب شد. سپس پژوهشگر با دریافت معرفی‌نامه رسمی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان مراجعه کرد و پس از کسب موافقت و هماهنگی با مسئولان مربوط به هر واحد، معرفی‌نامه برای نمونه‌گیری اخذ شد. پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت برای مشارکت تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، پرسشنامه‌ها در میان نمونه‌های مورد مطالعه توزیع شد. نمونه‌های مورد مطالعه نیز به روش خودگزارشی در محلی آرام در پایگاه‌های شهری، جاده‌ای و هوایی تکمیل شدند. باید توجه داشت که پژوهشگر نیز برای پاسخگویی به برخی پرسش‌های احتمالی نمونه‌های پژوهش در محل حضور داشت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) تحلیل شدند. از روش‌های آماری توصیفی، از جمله درصد و فراوانی و روش‌های آماری تحلیلی، از جمله آزمون کای دو، من‌ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه موارد ۰/۰۵ بود. گفتنی است شرکت در این پژوهش اختیاری بود و به شرکت‌کننده‌ها گفته شد اطلاعات آن‌ها نزد گروه تحقیق به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین پرسشنامه‌ها بدون نام بودند.

یافته‌ها

در این مطالعه میانگین سن، سابقه کاری و تعداد مأموریت‌های افراد مورد مطالعه به ترتیب $30/09 \pm 7/41$ سال، $6/34 \pm 7/05$ سال و $9/62 \pm 15/10$ بار در هفته بود. بیشتر افراد متأهل (۶۳/۵ درصد)، بدون فرزند (۶۷/۲ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۵۰/۴ درصد)،

خاصی مبتلا نبودند (۹۶/۷ درصد)، بحران شخصی طی شش ماه اخیر در خانواده نداشتند (۱۰۰/۰ درصد) و در دوره آموزشی کنترل خشونت محل کار شرکت نکرده بودند (۹۷/۷ درصد). در جدول ۱، خشونت‌های مختلف آمده است. براساس این جدول، بیشترین نوع خشونت علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی خشونت روانی (۶۴/۲ درصد) بوده است.

درصد)، طرح خدمت (۳۵/۸ درصد)، دارای شیفت کاری در گردش (۹۷/۱ درصد)، بدون اشتغال هم‌زمان به کار دیگر (۹۰/۹ درصد)، دارای کار تمام‌وقت (۸۳/۹ درصد)، برخورد مستقیم با بیماران (۹۴/۲ درصد) با طیف سنی متفاوت (۸۹/۸ درصد) و هر دو جنسیت (۰/۹۲ درصد) بودند. بیشتر تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی داروی خاصی مصرف نمی‌کردند (۹۷/۷۲)، به بیماری

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش براساس انواع خشونت

متغیر	فراوانی (درصد)
خشونت فیزیکی	بلی ۳۱ (۲۲/۶)
	خیر ۱۰۶ (۷۷/۴)
خشونت روانی	بلی ۹۹ (۷۲/۲)
	خیر ۳۸ (۲۷/۸)
آزار یا اذیت جنسی	بلی ۱ (۰/۷)
	خیر ۱۳۶ (۹۹/۳)
آزار یا اذیت نژادی و مذهبی	بلی ۶ (۴/۵)
	خیر ۱۳۱ (۹۵/۵)

تعداد دفعات آن نیز متوسط بود و این نوع خشونت بیشتر از جانب خانواده بیمار بوده است.

درمورد فراوانی آزار یا اذیت نژادی و مذهبی ۶ نفر (۴/۵ درصد) طی ۱۲ ماه اخیر تحت آزار یا اذیت نژادی قرار گرفته بودند که همه آن‌ها دفعات آزار یا اذیت نژادی را کم (۹) یا تناوب کمتر از ۵ مورد طی یک سال گذشته گزارش کرده بودند. در بیشتر موارد این نوع خشونت از جانب خود بیمار (۲/۲۵ درصد) بوده است.

در جدول ۲، واکنش تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی به خشونت محل کار آمده است. واکنش تکنسین‌ها نسبت به خشونت به ترتیب فراوانی شامل موارد دعوت مهاجم به آرامش (۴۸/۱ درصد)، آگاه کردن همکاران فوریت (۱۰/۹ درصد)، گزارش به مافوق (۱۰/۲ درصد)، بدون اقدام خاص (۸/۷ درصد) و دفاع از خود (۷/۲ درصد) بوده است.

درباره فراوانی خشونت فیزیکی علیه تکنسین فوریت‌های پزشکی، ۳۱ نفر (۲۲/۶ درصد) طی ۱۲ ماه اخیر تحت خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند که این تعداد برای ۱۸ نفر (۱۳/۱ درصد) از آن‌ها، کم (کمتر از ۵ بار) بود. بیشترین محل حمله فیزیکی نیز در محل حادثه (۱۳/۱ درصد) و بیشترین نوع حمله فیزیکی هل دادن (۸/۸ درصد) بود. عامل حمله فیزیکی نیز خانواده بیمار (۱۱/۷ درصد) بودند.

درباره فراوانی خشونت روانی علیه تکنسین فوریت‌های پزشکی، ۹۹ تکنسین (۷۷/۲ درصد) طی ۱۲ ماه اخیر مورد خشونت روانی قرار گرفته بودند که تعداد دفعات خشونت روانی در ۵۳ مورد (۳۸/۷ درصد) کم بوده است. در ۴۹/۶ درصد نیز موارد طرف تهدیدکننده خانواده بیمار بودند. آزار یا اذیت جنسی محل کار طی ۱۲ ماه اخیر تنها در یک فرد (۰/۷ درصد) گزارش شد که

جدول ۲. واکنش تکنسین‌های فوریت پزشکی نسبت به خشونت محل کار

واکنش به خشونت	فراوانی (درصد)
بدون اقدام	۱۲ (۸/۷)
دعوت مهاجم به آرامش	۱۶ (۴۸/۱)
در میان گذاشتن با دوستان و خانواده	۴ (۲/۹)
آگاه کردن همکاران فوریت	۱۵ (۱۰/۹)
دفاع از خود	۱۰ (۷/۲)
و انمود به اینکه اتفاقی نیفتاده است	۸ (۵/۸)

واکنش به خشونت	فراوانی (درصد)
گزارش به مافوق خود	۱۴ (۱۰/۲)
جست‌وجوی مشاوره	۱ (۷)
مقابله به مثل	۵ (۳/۶)
تقاضای کمک از سازمان فوریت پزشکی	۰ (۰)
پیگرد قانونی	۷ (۵/۱)
درخواست غرامت	۲ (۱/۴)

صورتی که فرد اشتغال هم‌زمان به کاری دیگر داشته باشد، با زمانی که این اشتغال وجود ندارد مشابه است. بین خشونت با مصرف داروی خاص، ابتلا به بیماری خاص، تجربه بحران شخصی طی شش ماه گذشته و شرکت در دوره آموزشی کنترل خشونت محل کار نیز ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P \text{ value} > 0/05$) (جدول ۴)؛ یعنی مصرف کردن یا نکردن دارو، مبتلابودن یا نبودن به بیماری خاص و تجربه بحران شخصی یا نداشتن آن طی شش ماه گذشته تأثیری بر فراوانی خشونت علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی ندارد. همچنین ارتباط معنی‌دار آماری بین خشونت محل کار و برخورد مستقیم با بیماران، رده سنی بیماران و جنسیت بیماران وجود ندارد ($P \text{ value} > 0/05$) (جدول ۵). می‌توان گفت توزیع فراوانی خشونت در مراقبت از بیماران در همه رده‌های سنی (نوزادان، کودکان، بزرگسالان و سالمندان) و دو جنس مؤنث و مذکر یکسان است.

درباره ارتباط میان خشونت شغلی علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و متغیرهای دموگرافیک، نتایج آزمون آماری Chi-Square نشان می‌دهد میان خشونت و وضعیت کارکردن ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد ($P \text{ value} = 0/002$)؛ یعنی توزیع فراوانی خشونت در افراد با کار تمام‌وقت بیشتر از افراد با کار نیمه‌وقت و موقت است (جدول ۳). بین خشونت با وضعیت تأهل هیچ‌گونه ارتباط معنی‌دار آماری وجود ندارد ($P \text{ value} > 0/05$)؛ یعنی توزیع فراوانی خشونت در افراد متأهل و مجرد یکسان است. علاوه بر این هیچ‌گونه ارتباط معنی‌داری میان خشونت با وضعیت استخدام، نوع شیفت کاری و اشتغال هم‌زمان به کار دیگر وجود ندارد ($P \text{ value} > 0/05$) (جدول ۳). بدین معنی که فراوانی خشونت برای کارکنان طرح خدمت، رسمی، پیمانی و قراردادی یکسان است. همچنین فراوانی خشونت در افراد با شیفت ثابت و شیفت در گردش نیز مشابه یکدیگر است. علاوه بر این، فراوانی خشونت در

جدول ۳. بررسی ارتباط بین خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و عوامل مربوط به کار

متغیر	خشونت فراوانی (درصد)		P value آزمون آماری Chi-2
	خیر	بلی	
وضعیت استخدام	طرح خدمت	۳۲ (۳۴/۴۰)	۰/۱۳۸
	رسمی	۲۹ (۳۱/۱۸)	
	پیمانی	۲۱ (۲۲/۵۸)	
	قراردادی	۱۱ (۱۱/۸۲)	
نوع شیفت کاری	ثابت	۳ (۳/۲۲)	۰/۷۵۷
	در گردش	۹۰ (۹۶/۷۷)	
	تمام‌وقت	۷۶ (۸۱/۷۲)	
وضعیت کارکردن	پاره‌وقت	۱۵ (۱۶/۱۲)	۰/۰۰۲
	موقت	۲ (۲/۱۵)	
	بلی	۴ (۹/۰۹)	
اشتغال هم‌زمان به کار دیگر	خیر	۸۳ (۸۹/۲۴)	۰/۷۶۴
	بلی	۴۰ (۹۰/۹۰)	

جدول ۴. بررسی ارتباط خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و مصرف دارو، ابتلا به بیماری، تجربه بحران و شرکت در دوره‌های آموزشی

متغیرها	خشونت فراوانی (درصد)		P value آزمون آماری Chi-2
	بلی	خیر	
مصرف داروی خاص	بلی ۲ (۲/۱۵)	خیر ۱ (۲/۲۷)	۰/۹۶۴
	خیر ۹۱ (۹۷/۸۴)	بلی ۴۳ (۹۷/۷۲)	
ابتلا به بیماری خاص	بلی ۳ (۳/۲۲)	خیر ۰ (۰/۰)	۰/۲۲۸
	خیر ۹۰ (۹۶/۷۷)	بلی ۴۴ (۱۰۰/۰)	
تجربه بحران شخصی طی شش ماه اخیر در خانواده	بلی ۶ (۴/۷۹)	خیر ۰ (۰/۰)	۰/۱۷۷
	خیر ۸۷ (۹۳/۵۴)	بلی ۴۴ (۱۰۰/۰)	
شرکت در دوره آموزشی کنترل خشونت محل کار	بلی ۱۱ (۱۱/۸۲)	خیر ۱ (۲/۲۷)	۰/۱۰۳
	خیر ۸۲ (۸۸/۱۷)	بلی ۴۳ (۹۷/۷۲)	

جدول ۵. بررسی ارتباط خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و عوامل مربوط به بیماران

متغیرها	خشونت فراوانی (درصد)		P value آزمون آماری Chi-2
	بلی	خیر	
برخورد مستقیم با بیماران یا مصدومان	بلی ۹۰ (۹۶/۷۷)	خیر ۳۹ (۸۸/۶۳)	۰/۱۱۱
	خیر ۳ (۳/۲۲)	نوزادان ۵ (۱۱/۳۶)	
	نوزادان ۰ (۰/۰)	کودکان ۰ (۰/۰)	
	کودکان ۰ (۰/۰)	بزرگسالان ۴ (۹/۰۹)	
رده سنی بیماران	بزرگسالان ۶ (۶/۴۵)	سالمنندان ۴ (۴/۳۰)	۰/۳۳۵
	همه رده‌های سنی ۸۳ (۸۹/۲۴)	مذکر ۴۰ (۹۰/۹۰)	
	مذکر ۶ (۶/۴۵)	مؤنث ۳ (۳/۲۲)	
جنسیت بیماران	مؤنث ۲ (۲/۱۵)	هر دو جنسیت ۴۱ (۹۳/۱۸)	۰/۶۱۸
	هر دو جنسیت ۸۵ (۹۱/۳۹)		

بحث

[۳۷] گزارش شده است. در مطالعات خارجی از قبیل مطالعه Rodriguez Borrego و همکاران [۳۸] و El-Gilany و همکاران [۳۹] نیز فراوانی خشونت به ترتیب ۷۵/۱ درصد و ۹۱ درصد بیان شده است. این نتایج نشان می‌دهد شیوع خشونت روانی (آزار و اذیت لفظی) در کارکنان فوریت‌های پزشکی استان همدان کمی بیشتر است که می‌تواند تأثیرات مخربی بر آنان داشته باشد و تبعاتی مانند کاهش روحیه کاری، عصبانیت، کاهش اعتماد به نفس، غیبت از کار، تغییر شغل و ناتوانی را به همراه داشته باشد [۴۰].

در مطالعه Maghami و همکاران درباره خشونت کلامی در محل کار علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی حدود ۶۵ درصد کارکنان در ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت روانی قرار

در مطالعه حاضر، عوامل مؤثر بر خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی استان همدان بررسی شد. نتایج نشان می‌دهد بالاترین میزان خشونت محل کار علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی، مربوط به خشونت روانی (آزار و اذیت لفظی) است و ۷۷/۲ درصد پاسخگویان در طول سال گذشته تجربه این نوع خشونت را داشتند. مطالعات مرتبط با خشونت محل کار علیه تکنسین فوریت‌های پزشکی، خشونت روانی از جمله خشونت کلامی را متفاوت گزارش کرده است؛ به نحوی که این میزان در مطالعه Maghami و همکاران ۶۵ درصد [۳۶] و در مطالعه Rahmani و همکاران ۷۱ درصد

شده بودند بودند. در پژوهش El-Gilany و همکاران در عربستان، ۷/۹ درصد مراقبان بهداشتی خشونت فیزیکی را در ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده بودند. در مطالعه Abbas و همکاران در مصر نیز ۹/۳ درصد پرستاران با خشونت فیزیکی مواجه شده بودند. میزان خشونت فیزیکی در مطالعه حاضر بیشتر از مطالعات ذکر شده است. در مطالعه Maghami و همکاران در استان خوزستان و Rahmani و همکاران در استان آذربایجان شرقی به ترتیب حدود ۳۵ درصد و ۳۷/۷ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی در ۱۲ ماه گذشته هنگام انجام پژوهش، مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. در پژوهش Kitaneh و همکاران در فلسطین نیز ۲۰/۸ درصد پرستاران با خشونت فیزیکی روبه‌رو شده بودند که در هر دوی این مطالعات میزان خشونت فیزیکی گزارش شده بیشتر از مطالعه حاضر است. به‌طور کلی شیوع خشونت فیزیکی علیه کارکنان اورژانس پیش‌بیمارستانی براساس نتایج مطالعات خارجی ۳۷/۶ تا ۷۹/۵ درصد است.

در مطالعه حاضر بیشترین نوع حمله فیزیکی هل‌دادن، شایع‌ترین محل حمله فیزیکی در صحنه حادثه و مهم‌ترین عامل حمله خانواده بیمار بودند. در مطالعه کوهستانی و همکاران [۴۴] مانند مطالعه ما، بیشتر انواع خشونت از سوی همراهان و بستگان بیمار بود. در مطالعه Maghami و همکاران [۴۵] و مطالعه و Rahmani و همکاران [۴۳] شایع‌ترین نوع خشونت فیزیکی هل‌دادن و شایع‌ترین محل خشونت فیزیکی مربوط به محل حادثه بود که همسو با یافته‌های مطالعه ماست. در مطالعه Maghami و همکاران [۴۵] و Aghajanloo و همکاران [۴۶] بیشترین خشونت فیزیکی از جانب خود بیمار بود که این نتیجه مخالف مطالعه ماست؛ البته در مطالعه Aghajanloo و همکاران [۴۶] و Maghami و همکاران [۳۶] بیشترین میزان بدکلامی از سوی همراهان بیماران صورت گرفته بود. در مطالعات سازمان جهانی بهداشت در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵، مشخص شد که بیشتر مهاجمان در انواع خشونت‌ها بستگان بیمار بوده‌اند [۴۷، ۴۸] تفاوت‌های موجود بین مطالعات در این زمینه ناشی از تفاوت در جمعیت مورد مطالعه است. باید توجه داشت که میزان بروز خشونت فیزیکی تا حد زیادی متأثر از مسائل فرهنگی و اجتماعی است. در کشور ما که فرهنگی اسلامی دارد، انتظار داریم بیشتر میزان بروز خشونت کمتر باشد. خوشبختانه علی‌رغم خشونت فیزیکی محدود علیه کارکنان

گرفته بودند که این مقوله تأییدکننده یافته‌های مطالعه حاضر است. در مطالعه مطالعه Rahmani و همکاران نیز میزان این خشونت ۷۱ درصد گزارش شد. در پژوهش Rodriguez-Borrego و همکاران در اسپانیا نیز خشونت روانی در ۷۵/۱ درصد پرستاران رخ داده بود. در مطالعه El-Gilany و همکاران شایع‌ترین نوع خشونت، خشونت روانی (۹۱ درصد) گزارش شد که بیشتر از مطالعه ماست. در مطالعه Aghajanloo و همکاران درباره پرستاران تهران، میزان بدکلامی ۳۹/۴ درصد (شایع‌ترین نوع خشونت) گزارش شده بود، اما مقدار گزارش شده کمتر از مطالعه حاضر است؛ به‌طور کلی در زمینه شیوع خشونت کلامی علیه کادر اورژانس پیش‌بیمارستانی نتایج تحقیقات انجام شده در کشورهای مختلف نشان‌دهنده شیوع ۲۱ درصدی تا ۹۲ درصدی است. این نتایج نشان می‌دهد شیوع خشونت روانی (آزار و اذیت لفظی) در کارکنان فوریت‌های پزشکی استان همدان در سطح بالایی قرار داد که می‌تواند تأثیرات مخربی بر کارد درمان داشته باشد و تبعاتی مانند کاهش روحیه کاری، عصبانیت، کاهش اعتمادبه‌نفس، غیبت از کار، تغییر شغل و ناتوانی را به همراه داشته باشد.

در مطالعه حاضر ۲۲/۶ درصد از افراد مورد مطالعه در ۱۲ ماه گذشته هنگام انجام پژوهش، مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. در مطالعه Magnavita و همکاران در ایتالیا [۴۱] و El-Gilany و همکاران در عربستان [۳۹] به ترتیب ۱۰ درصد (۷/۹) از کارکنان مراکز بهداشتی ضرب و شتم شده بودند. همچنین در مطالعات Abbas و همکاران در مصر [۴۰] و Kitaneh و همکاران در فلسطین [۴۲] به ترتیب ۹/۳ درصد و ۲۰/۸ درصد پرستاران از نظر فیزیکی مورد خشونت واقع شده بودند؛ درحالی‌که مطالعات اختصاصی‌تر درباره تکنسین فوریت‌های پزشکی نشان می‌دهد شیوع خشونت فیزیکی علیه تکنسین‌ها از سایر کارکنان بهداشتی و درمانی بیشتر است و این فراوانی در مطالعه Maghami و همکاران در خوزستان [۳۶] ۳۵ درصد و در مطالعه Rahmani و همکاران در آذربایجان [۴۳] حدود ۳۷/۷ گزارش شده است. این یافته‌ها نشان می‌دهد ماهیت اورژانسی کار تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی و تماس آنان با گروه‌های مختلف سنی و جنسی بیمار یا همراهان که استرس شدیدی دارند، می‌تواند در بروز خشونت بیمار یا همراهان وی علیه تکنسین‌ها مؤثر باشد.

در مطالعه Magnavita و همکاران در ایتالیا ۱۰ نفر از کارکنان یک مرکز بهداشتی درمانی با خشونت فیزیکی مواجه

همکاران مطابقت دارد [۱۳]. در مطالعه Sheikh-Bardsiri و همکاران نیز ۲۲/۵ درصد مشارکت‌کنندگان در مقابله با خشونت بیمار یا همراه بیمار، مواردی مانند واکنش نشان‌دادن و محترم‌شمردن حق خانواده و بیمار را گزارش کردند. ۱۹/۳ درصد نیز فرد مهاجم را به آرامش دعوت کردند [۵۰]. همچنین یافته‌های مطالعه ما با مطالعه Chapman و همکاران [۹]، Catlett و همکاران [۱۶] و Ferns و همکاران [۵۱] هم‌خوانی دارد.

در این مطالعه، میان عوامل وضعیت استخدام، نوع شیفت کاری، اشتغال هم‌زمان با خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، ارتباطی مشاهده نشد؛ درحالی‌که یافته‌های مطالعه‌ای در هشت کشور اروپایی، عمده‌ترین عوامل مرتبط با بروز خشونت محل کار علیه کارکنان پرستاری را طولانی‌بودن زمان اشتغال به کار و فشار کاری بیان کرده است [۵۲]. همچنین در برخی مطالعات از جمله مطالعه Mozafari و همکاران [۵۳] و Dehnabi و همکاران [۵۴] ذکر شده که شیفت‌های طولانی و پرکار از عوامل مستعدکننده بروز خشونت علیه کارکنان است. علت تفاوت این دو مطالعه با مطالعه حاضر ممکن است به تفاوت در جامعه‌های مورد پژوهش و ماهیت کاری این دو رشته مرتبط باشد.

در مطالعه حاضر ارتباطی میان شرکت در برنامه‌های آموزشی مقابله و پیشگیری از خشونت‌های محل کار مشاهده نشد؛ درحالی‌که در مطالعه Zamanzadeh و همکاران، پرستاران شاغل در بیمارستان تبریز نداشتن برنامه آموزشی را مهم‌ترین دلایل بروز خشونت ذکر کرده‌اند [۵۵]. می‌توان گفت تعداد کمی از تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در کلاس‌های آموزشی شرکت کرده (۱۱/۹ درصد) یا دوره‌های محدودی برای آنان وجود داشته است. این یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش می‌تواند یکی از راهکارهای مناسب برای کاهش خشونت محل کار علیه کارکنان فوریت پزشکی باشد. سطح اول آموزش، آموزش جامعه درباره عملکرد و وظایف کارکنان فوریت‌های پزشکی است. سطح دوم آموزش نیز آموزش کارکنان فوریت‌های پزشکی در زمینه مدیریت خشونت است.

در مطالعه حاضر، ارتباطی میان مشخصات بیماران از جمله رده سنی و جنسی آنان مشاهده نشد؛ درحالی‌که در مطالعه Babaei و همکاران، بیماران و همراهان آنها خطرناک‌ترین گروه در زمینه اعمال خشونت علیه پرستاران

فوریت‌های پزشکی شرکت‌کننده در مطالعه، این خشونت از نظر جسمی آسیب‌زننده نبوده است.

در مطالعه حاضر خشونت قومی و مذهبی تنها در ۴/۵ درصد موارد گزارش شد که در مطالعه Rahmani و همکاران این مقدار ۸/۷ درصد است [۱۳]. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Sheikh-Bardsiri و همکاران در استان کرمان مطابقت دارد [۴۹]. اما در مطالعات مشابه خارجی از جمله مطالعه Pozzi و همکاران شیوع خشونت قومی، مذهبی ۸۲/۴ درصد گزارش شده است [۱۲]. به نظر می‌رسد یکی از دلایل احتمالی شیوع بالای خشونت فرهنگی در مطالعات مشابه خارجی این باشد که در کشورمان بیشتر کارکنان درمانی در هر استانی از ساکنان همان استان هستند و سیستم‌های درمانی کمتر به جذب افراد غیربومی تمایل دارند. حتی خود افراد نیز تمایل زیادی برای استخدام شدن در دیگر استان‌ها و دور از محل سکونت خود ندارند. این امر می‌تواند سبب شود که بیشتر پاسخگویان مطالعه، فرهنگ یکسانی دارند و کمتر در این زمینه مشکلی وجود دارد.

در مطالعه حاضر، خشونت جنسی تنها در یک مورد گزارش شد. در مطالعه Rahmani و همکاران [۱۳] و Sheikh-Bardsiri و همکاران [۴۹] خشونت جنسی اصلاً وجود ندارد؛ درحالی‌که در مطالعات مشابه خارجی از جمله مطالعه Pozzi و همکاران شیوع خشونت جنسی ۶۲/۸ درصد است. این سطح از تفاوت میان یافته‌های مطالعات داخلی و خارجی می‌تواند به دلیل عقاید مذهبی یا فرهنگی یا ترس از عواقب گزارش این نوع خشونت باشد.

یکی از یافته‌های مهم این مطالعه این است که ۴۸/۱ درصد پاسخگویان گزارش کردند در پاسخ به فرد مهاجم آنها را به آرامش دعوت کرده‌اند. ۸/۷ درصد نیز به فرد مهاجم هیچ واکنشی نشان ندادند. این نحوه واکنش این فرضیه را مطرح می‌کند که احتمالاً بسیاری از پاسخ‌دهندگان خشونت محل کار را جزئی از حرفه خود پذیرفته‌اند. از سوی دیگر ۱۰/۲ درصد افراد گزارش کردند که موارد خشونت را به مافوق خود گزارش می‌دهند و ۵/۱ درصد پیگیری قانونی را ذکر کردند. این یافته‌ها نشان می‌دهد بسیاری از پاسخگویان مطالعه، خشونت محل کار را امری طبیعی نمی‌دانند و خواستار پیگیری این موارد هستند؛ در نتیجه لزوم وجود سیستم‌های حمایتی در زمینه حمایت از قربانیان خشونت محل کار مطرح می‌شود. از این نظر مطالعه حاضر با مطالعه Rahmani و

خشونت فیزیکی هل دادن، شایع‌ترین محل حمله فیزیکی در صحنه حادثه و مهم‌ترین عامل حمله خانواده بیمار است. بیشتر تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی پس از اعمال خشونت از سوی بیماران یا همراهان آن‌ها، فرد مهاجم را به آرامش دعوت کردند. از میان عوامل شغلی تنها کار به صورت تمام‌وقت در ایجاد خشونت نقش داشت. مشخصات بیماران از جمله رده سنی نقشی در اعمال خشونت علیه آنان نداشت. به‌منظور پیشگیری از اعمال خشونت محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی، پیشنهاد می‌شود ابتدا عوامل مؤثر بر بروز خشونت شناسایی شوند و پس از آن در جهت کاهش یا رفع این عوامل طراحی و برنامه‌ریزی دقیقی انجام شود.

سیاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از کارکنان فوریت‌های پزشکی استان همدان و مسئولان واحدهای مربوط که در این طرح همکاری کردند، قدردانی کنند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد با شناسه اختصاصی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد IR.UMSHA.REC.1397.50 است. همچنین نویسندگان از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان به دلیل تصویب طرح و حمایت‌های مالی و اجرایی این پژوهش در قالب طرح شماره ۹۷۰۲۱۸۸۰۲ تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد

منابع مالی

منابع مالی این مطالعه توسط نویسندگان تامین شده است.

شناخته شدند [۵۶]. در مطالعه Rahmani و همکاران نیز سابقه خشونت قبلی، مصرف داروهای روان‌گردان و علائمی مانند توهم و هذیان از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده خشونت است [۳۷] که همه عوامل ذکرشده در این مطالعه از نوع عوامل مربوط به بیماران و همراهان است.

در مطالعه حاضر به بررسی سابقه خشونت و مصرف داروهای روان‌گردان از سوی بیماران پرداخته نشده که باید به این مسئله توجه می‌شده است. در این مطالعه، تنها میان وضعیت کارکردن و خشونت ارتباط معنادار آماری وجود داشت؛ به نحوی که افراد دارای کار تمام‌وقت بیشتر از افرادی که کار پاره‌وقت و موقت دارند، مورد خشونت واقع شده بودند. دلیل بیشتر بودن میزان بروز خشونت در افراد دارای کار تمام‌وقت شاید به مواجهه بیشتر آنان با بیماران و همراهان آنان مربوط شود. در مطالعه Koohestani و همکاران نیز ارتباط معنی‌داری بین طول مدت خدمت و ایجاد خشونت شغلی یافت شد [۵۷].

یکی از مهم‌ترین قوت‌های مطالعه حاضر به کارگیری روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای-نسبتی و در نتیجه تعمیم‌پذیری بهتر نتایج پژوهش به کل جامعه پژوهش است؛ در حالی که در بیشتر مطالعات از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده یا در دسترس استفاده شده بود. نکته مهم دیگر پژوهش حاضر، این است که تاکنون عوامل مؤثر بر خشونت‌های محل کار علیه تکنسین‌های فوریت‌های پزشکی در استان همدان بررسی نشده است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها با روش خودگزارشی اشاره کرد. بر این اساس، به برخی پرسش‌ها پاسخ داده نشد یا درک درستی از آن‌ها صورت نگرفت؛ البته با حضور محقق و پاسخ‌دهی به آنان، این محدودیت کاهش یافت. همچنین این احتمال وجود داشت که برخی افراد به دلیل فرهنگی یا احساس شرمندگی، برخی خشونت‌ها به‌ویژه خشونت جنسی را گزارش نکرده باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد خشونت علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی استان همدان، به‌ویژه نوع روانی و کلامی آن شیوع بسیاری دارد. پس از آن خشونت فیزیکی بالاترین میزان شیوع را در میان انواع خشونت دارد. بیشترین نوع

References

1. Foley M. Caring for those who care: a tribute to nurses and their safety. Online journal of issues in nursing. 2004 Sep 1;9(3):2.
2. Harkness GA, DeMarco RF. Community and public health nursing: Evidence for practice. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
3. Espinosa L, Osborne K. Domestic violence during pregnancy: implications for practice. Journal of Midwifery & Women's Health. 2002 Sep 1;47(5):305-17. [DOI:10.1016/S1526-9523(02)00287-8]
4. May DD, Grubbs LM. 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 Feb 1;28(1):11-7. [DOI:10.1067/men.2002.121835] [PMID]
5. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. Journal of advanced nursing. 2002 Aug;39(3):230-40. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2002.02269.x] [PMID]
6. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin BB. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. BMC health services research. 2012 Dec 1;12(1):245. [DOI:10.1186/1472-6963-12-245] [PMID] [PMCID]
7. Holleran RS. Preventing staff injuries from violence. Journal of emergency nursing. 2006 Dec 1;32(6):523-4. [DOI:10.1016/j.jen.2006.08.009] [PMID]
8. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. International Nursing Review 2001;48(3):129-30. [DOI:10.1046/j.1466-7657.2001.00094.x] [PMID]
9. Chapman R, Styles I. An epidemic of abuse and violence: nurse on the front line. Accident and emergency nursing. 2006 Oct 1;14(4):245-9. [DOI:10.1016/j.aen.2006.08.004] [PMID]
10. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the improvement of living and working conditions; 2003.
11. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. Emergency Medicine Journal. 2007 Nov 1;24(11):760-3. [DOI:10.1136/emj.2007.046789] [PMID] [PMCID]
12. Pozzi C. Exposure of prehospital providers to violence and abuse. Journal of emergency nursing. 1998 Aug 1;24(4):320-3. [DOI:10.1016/S0099-1767(98)90104-0]
13. Rahmani A. Assessing workplace violence toward EMS personnel in prehospital settings of East Azerbaijan Province. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2009;15(2(54)):1-8.
14. Carroll V. Assessing and addressing violence in the acute care setting. The Kansas Nurse. 1993 Oct;68(9):3-4.
15. Anderson C, Parish M. Report of workplace violence by Hispanic nurses. Journal of Transcultural Nursing. 2003 Jul;14(3):237-43. [DOI:10.1177/1043659603014003010] [PMID]
16. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. Journal of emergency nursing. 2005 Dec 1;31(6):519-25. [DOI:10.1016/j.jen.2005.07.008] [PMID]
17. Gates DM, Fitzwater E, Meyer U. Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. Journal of Gerontological Nursing. 1999 Apr 1;25(4):12-22. [DOI:10.3928/0098-9134-19990401-05] [PMID]
18. HosseinAbadi R, Biranvand SH, Anbari KH, Heidari H. Workplace violence against nurses working in Khorramabad educational hospitals and their confronting behaviors in violent events. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2013 Aug 15;11(5):0-.
19. Aghajanlou A, Haririan H, Ghafourifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences. Iranian Journal of Nursing Research. 2010;5(17):46-54.
20. Luck L, Jackson D, Usher K. Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence. Journal of clinical nursing. 2008 Apr;17(8):1071-8. [DOI:10.1111/j.1365-2702.2006.01870.x] [PMID]
21. Lyneham J. violence in New south wales emergency departments. Australian Journal of Advanced Nursing. 2001;18(2):8-20.
22. Rew M, Ferns T. A balanced approach to dealing with violence and aggression at work. British journal of nursing. 2005 Feb 24;14(4):227-32. [DOI:10.12968/bjon.2005.14.4.17609] [PMID]
23. Grenyer BF, Grenyer BF, Ilkiw-Lavalle O, Biro P, Middleby-Clements J, Comminos A, Coleman M. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2004 Oct;38(10):804-10. [DOI:10.1080/j.1440-1614.2004.01465.x] [PMID]
24. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free working environment. Geneva: International Labour Organization. 2001 Jan 1;81.
25. Marx J, Walls R, Hockberger R. Rosen's emergency medicine-concepts and clinical practice e-book. Elsevier Health Sciences; 2013 Aug 1.
26. Joubert E, Du Rand A, Van Wyk N. Verbal abuse of nurses by physicians in a private sector setting. Curationis. 2005 Sep 28;28(3):39-46. [DOI:10.4102/curationis.v28i3.979] [PMID]

27. Koohestani HR, Baghcheghi N, Rezaii K, Ebrahimi Fakhar HR. Risk factors for workplace violence in emergency medical technician students. *Iran Occupational Health*. 2012 Apr 1;9(1).
28. Phillips JP. Workplace violence against health care workers in the United States. *New England journal of medicine*. 2016 Apr 28;374(17):1661-9. [DOI:10.1056/NEJMra1501998] [PMID]
29. Qodsbin F, Dehbozorgi Z, Tayari N. Survey on prevalence of violence against nurses personnel. *Daneshvare*. 2009;16(78):43-50.
30. Salimi J, Ezazi Ardi L, Karbakhsh Davari M. Workplace violence against nursing personnel of nonpsychiatric emergency wards. *Sci Journal of forensic medicine*. 2006;12(4):202-9.
31. Wikipedia [Internet]. https://fa.wikipedia.org/wiki/Hamadan_Province. 2019.
32. Mojdeh S, Memarzadeh M, Isfahani MA, Pour FG. Problems in the emergency department of Al-Zahra educational medical center, Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2010;14(4).
33. Moshtaq EZ, Saeedi M, Abedsaeedi Z, Alavimajd H, Najafi AZ. Violence toward nurses at emergency rooms (ERs) of hospitals of Medical Universities in Tehran. *Advances in Nursing & Midwifery* 2012;22(77):32-8.
34. Aghajanloo A, Nirumand-Zandi K, Safavi-Bayat Z, Alavi-Majd H. Clinical violence in nursing students. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2011;16(4):284.
35. Hader R. Workplace violence survey 2008: Unsettling findings. *Nursing Management*. 2008 Jul 1;39(7):13-9. [DOI:10.1097/01.NUMA.0000326561.54414.58] [PMID]
36. 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.
37. Rahmani F, Ebrahimi H, Asghari E. Workplace violence, its determinants and reaction toward it perceived by nurses working in psychiatric wards: A cross-sectional study. *Iran Journal of Nursing*. 2015 Dec;28(97):1-0. [DOI:10.29252/ijn.28.97.1]
38. Rodríguez-Borrego MA, Vaquero MA, Bertagnolli L, Muñoz-Gomariz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Intimate partner violence: study with female nurses. *Atencion primaria*. 2011 Aug;43(8):417-25. [DOI:10.1016/j.aprim.2010.07.009] [PMID] [PMCID]
39. El-Gilany AH, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence*. 2010 Apr;25(4):716-34. [DOI:10.1177/0886260509334395] [PMID]
40. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2010 Jan 1;85(1-2):29-43.
41. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC health services research*. 2012 Dec;12(1):108. [DOI:10.1186/1472-6963-12-108] [PMID] [PMCID]
42. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC health services research*. 2012 Dec;12(1):469. [DOI:10.1186/1472-6963-12-469] [PMID] [PMCID]
43. 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.
44. Aghajanlou A, Haririan HR, Ghafourifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences.
45. Maghami M, Aghababaeian H, Saadati M. Evaluation of Physical Violence against Emergency Personnel at Work in 2013. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2017;2(4).
46. Aghajanloo A. Violence during clinical training among nursing students of Shaheed Beheshti, Tehran and Iran universities of medical sciences, 2006. *Scientific journal of forensic medicine*. 2008;13(48):223-7.
47. Pejic AR. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatric nursing*. 2005 Jul 1;31(4):271.
48. 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 Jul 6;9(4):602-10. [DOI:10.1046/j.1365-2702.2000.00401.x] [PMID]
49. 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*. 2013 Nov 10;1(2):117-1.
50. Sheikh-Bardsiri H, Eskandarzadeh S, Aminizadeh M, Sarhadi M, Khademipour G, Mousavi M. The frequency of violence in workplace against emergency care personnel in kerman, iran, and the factors affecting the occurrence. *Journal of Management and Medical Informatics School*. 2013 Nov 10;1(2):117-1.
51. Ferns T. Violence in the accident and emergency department-an international perspective. *Accident and emergency nursing*. 2005 Jul 1;13(3):180-5. [DOI:10.1016/j.aen.2005.03.005] [PMID]
52. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies*. 2008 Jan 1;45(1):35-50. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013] [PMID]
53. Mozafari M, Tavan H. Survey of violence against nursing in the ilam training hospitals at 2012. *Journal*

of Ilam University of Medical Sciences
2013;21(2):152-60.

54. 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 May 10;2(1):51-61.
55. Zamanzadeh V, Abdollahzadeh F. Nature of violence toward nurses working in hospitals. Medical journal of Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. 2007;29(2):61-6.
56. Babaei N, Rahmani A, Mohajjel-aghdam AR, Zamanzadeh V. Workplace violence against nurses from the viewpoint of patients. Journal of Nursing Education. 2014;2(1):43-54.
57. Koohestani HR, Baghcheghi N, Rezaei K, Abedi A, Seraji A, Zand S. Occupational violence in nursing students in Arak, Iran. Iranian journal of epidemiology. 2011 Sep 15;7(2):44-50.