

خشونت شغلی و عوامل مرتبط با آن در اتاق‌های عمل مراکز آموزشی درمانی اصفهان

مرضیه احمدی^۱، حسن فرهنگند^۲، اکرم اعرابی^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۶/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۸/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اساس گزارش سازمان بین‌المللی کار، شیوع خشونت شغلی در دهه‌های اخیر افزایش یافته و از میان تمام گروه‌های حرفه‌ای، پرسنل مراقبت سلامت، بیشترین قربانیان خشونت شغلی محسوب می‌شوند اما اطلاعات مستند از خشونت شغلی در اتاق عمل در کشور ما بسیار اندک می‌باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین فراوانی خشونت شغلی و عوامل مرتبط با آن در پرسنل مراقبت سلامت در اتاق عمل، انجام گرفت.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود. جامعه پژوهش کلیه مراقبین سلامت شاغل در اتاق‌های عمل مراکز آموزشی درمانی شهر اصفهان بودند که از این میان تعداد ۲۲۳ نفر به روش نمونه‌گیری آسان با تخصیص متناسب از نوع سهمیه‌ای و طبقه‌ای از فروردین تا مردادماه ۱۳۹۷ انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه استاندارد "بررسی خشونت شغلی در بخش سلامت" که در سال ۲۰۱۰ توسط سازمان بهداشت جهانی ارائه شده است جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۱۶ و آزمون‌های آماری کای ۲ و فیشر و تی مستقل مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تعداد ۹۱/۹ درصد از نمونه‌ها طی ۱۲ ماه گذشته خشونت روحی-روانی، ۲۶ درصد خشونت جسمی-فیزیکی و ۱۹/۳ درصد خشونت قومی را تجربه کرده بودند. بیشترین علت ایجادکننده خشونت شغلی، کارکردن در محیط استرس‌زا (۸۷ درصد) بود و عاملین خشونت شغلی اغلب از میان پرسنل مراقبت سلامت بودند. میانگین سن و سابقه کار در پرسنلی که با خشونت‌های روحی-روانی مواجه شدند به‌طور معناداری کمتر از سایرین بود (به ترتیب $t = 0/01$ ، $P = 0/01$ و $t = 2/63$ ، $P = 0/02$). فراوانی مواجهه با خشونت‌های جسمی-فیزیکی ($\chi^2 = 4/62$ ، $P = 0/03$) و روحی-روانی ($P = 0/04$)، در مراکز دارای پروتکل خاص برای گزارش خشونت به‌طور معناداری کمتر از سایر مراکز بود.

بحث و نتیجه‌گیری: خشونت شغلی در اتاق عمل به میزان قابل‌توجهی بالا است و عاملین خشونت شغلی نه بیمار و همراه بیمار بلکه اغلب از میان پرسنل مراقبت سلامت هستند. این مطالعه وجود پروتکل‌های مستند برای گزارش خشونت شغلی را توصیه می‌کند.

واژه‌های کلیدی: خشونت شغلی، پرسنل مراقبت سلامت، اتاق عمل

مجله پزشکی ارومیه، دوره سی‌ام، شماره دهم، ص ۷۷۰-۷۵۹، دی ۱۳۹۸

آدرس مکاتبه: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۳۱۳۶۲۶۵۰۲۸

Email: aarabi@nm.mui.ac.ir

مقدمه

خشونت شغلی یک عامل استرس‌زای حرفه‌ای است که علاوه بر تأثیرات منفی بر قربانیان خشونت، افرادی که ناظر خشونت هستند و همچنین کل سازمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). خشونت شغلی به رخدادهایی اطلاق می‌گردد که به‌موجب آن افراد در موقعیت شغلی خود مورد سوءاستفاده، سوء رفتار یا تهاجم قرار گیرند، به‌طوری‌که سلامت یا رفاه آن‌ها تهدید شود (۲). خشونت

شغلی یک پدیده رایج است که به‌ویژه در میان پرسنل مراقبت سلامت شایع‌تر است (۳). سازمان جهانی بهداشت^۱، خشونت شغلی را به چهار دسته طبقه‌بندی کرده است: (۱) خشونت فیزیکی مانند مشت زدن، لگد زدن، سیلی زدن (۲) خشونت روانی مانند توهین کردن، تحقیر و فحاشی کردن (۳) خشونت نژادی مانند برخوردهای تهدیدآمیز به علت نژاد، زبان، ملیت، مذهب و قومیت (۴) خشونت جنسی شامل هرگونه رفتار ناخواسته مربوط به جنسیت که در حکم

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ عضو هیئت علمی گروه اتاق عمل، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دکترای تخصصی پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده

^۱ World Health Organization

معتقد بودند که انگیزه کاری و رضایتمندی شغلی را بشدت تحت تأثیر قرار داده است (۱۳).

با توجه به آثار منفی این پدیده، سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) به همراه انجمن بین‌المللی پرستاران (International Council of Nurses) و سازمان بین‌المللی کار (International Labor Office)، پژوهش در این زمینه را در اولویت‌های تحقیقاتی خود قرار داده و بر این باورند که پژوهش‌های انجام شده تا کنون، تنها قله کوه یخ را نمایان ساخته است و ابعاد واقعی خشونت شغلی در مراکز به خوبی مشخص نشده است (۴). پژوهشگران نیز با تجربه کار در اتاق عمل و مشاهده انواع خشونت و تبعات منفی آن بر مراقبین سلامت به کرات به اهمیت لزوم بررسی وضعیت شیوع خشونت و عوامل مرتبط با آن در اتاق عمل پی برده‌اند. لذا نظر به این که پژوهش در زمینه خشونت شغلی در اتاق عمل در ایران بندرت صورت گرفته است، این تحقیق باهدف تعیین شیوع خشونت شغلی و عوامل مرتبط با آن، در پرسنل مراقبت سلامت در اتاق‌های عمل مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهر اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی بود که از فروردین تا مرداد ماه ۱۳۹۷ در اتاق‌های عمل ۹ مرکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. جامعه پژوهش را کلیه مراقبین سلامت شاغل در این اتاق‌های عمل تشکیل دادند که دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و تعداد آن‌ها حدود ۴۰۰ نفر بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل یک سال سابقه کار در اتاق عمل، حداقل مدرک تحصیلی کاردانی، عدم ابتلای نمونه‌ها به اختلالات روانی واضح همراه با مصرف داروهای آنتی سایکوتیک بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسشنامه و انصراف نمونه‌ها از ادامه پژوهش بود. در این پژوهش نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری آسان با تخصیص متناسب از نوع سهمیه‌ای و طبقه‌ای انتخاب شدند. در تخصیص سهمیه‌ای ابتدا تعداد کل پرسنل در اتاق‌های عمل هر مرکز درمانی مشخص شدند و مجموع آن‌ها به دست آمد، سپس به تناسب تعداد پرسنل در اتاق عمل هر مرکز، سهمیه‌ای به آن مرکز اختصاص داده شد. از طرف دیگر از آن جا که پرسنل مراقبت سلامت شامل چندین طبقه یعنی جراحان، متخصصان بیهوشی، رزیدنت‌های جراحی و بیهوشی، پرسنل اتاق عمل و بیهوشی بودند، در نمونه‌گیری طبقه‌ای، سهمیه اختصاص داده شده به اتاق عمل هر مرکز درمانی، در طبقات مختلف به نسبت

تجاوز به شخص تلقی شده و باعث تهدید، توهین یا شرمندگی وی شود (۴).

بر اساس مطالعه آنگلند (Angland) و همکاران (۲۰۱۴)، رفتارهای خشونت آمیز در میان پرسنل مراقبت سلامت رو به افزایش است و سلامت و امنیت شغلی آن‌ها را تهدید می‌کند (۵). در همین راستا مطالعه اتین (Etienne) در سال ۲۰۱۵ در فرانسه، نشان می‌دهد که ۴۸ درصد از پرسنل مراقبت سلامت طی ۶ ماه گذشته مورد خشونت و بدرفتاری قرار گرفته‌اند (۶).

خشونت شغلی اثرات زیان باری بر سلامت پرسنل دارد که می‌تواند شامل استرس‌های روانی، دردهای مزمن، بیماری‌های قلبی عروقی و در نتیجه افزایش غیبت از محل کار باشد (۷). همچنین هیکسون (Hickson) در سال ۲۰۱۴، اظهار می‌دارد که خشونت شغلی منجر به از دست رفتن تعهد حرفه‌ای و تعهد در مقابل بیمار می‌شود (۸). مطالعات نشان می‌دهند که عواملان خشونت شغلی، اغلب از میان پرسنل مراقبت سلامت هستند. به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای که توسط داری و ملیسا^۲ (۲۰۱۸) انجام گرفته است، نتایج نشان داد که از میان عاملان خشونت شغلی، ۱۴ درصد همکاران ارشد، ۱۶ درصد مسئولین، ۴۳ درصد همکاران هم رده و ۲۷ درصد مدیران حوزه سلامت بوده‌اند (۹). همچنین نتایج مطالعات در زمینه عوامل مرتبط با بروز رفتارهای خشونت آمیز شغلی حاکی از این است که عوامل بسیاری مانند سن، جنس، سابقه کاری، نوع بخش محل کار، کمبود نیروی انسانی، بیماران بدحال، سمت شغلی و مسئولیت و همچنین وجود سیستم‌های گزارش دهی، سبب بروز رفتارهای خشونت آمیز در میان پرسنل مراقبت سلامت می‌شود (۱۰-۱۲).

اتاق عمل یک بخش کاری ویژه و بحرانی در بیمارستان است که به‌طور معمول، استرس و برخوردهای بین پرسنلی در آن رایج است (۱۳). درمیان محیط‌های بالینی، محیط مراقبت‌های قبل حین و بعد از عمل جراحی (Perioperative)، نسبت به خشونت آسیب پذیرتر است و احتمال بیشتری برای وقوع این گونه رفتارهای منفی به سبب محیط کاری پر خطر و فضای فیزیکی محدود شده وجود دارد (۱۴). چیپس (Chipps) و همکارانش (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای توصیفی از خشونت شغلی در اتاق عمل به این نتیجه رسیده‌اند که بیش از یک سوم شرکت کنندگان در این محیط بالینی قربانی خشونت هستند، اگرچه در این مطالعه شرکت کنندگان تأثیر رفتارهای خشونت آمیز را بر امنیت بیماران کم‌رنگ دانسته‌اند اما

² Darcy & Melissa

تعداد افراد توزیع شد. تعداد نمونه با توجه به رابطه مقابل $n = (Nz^2 / p(1-p)) / (Nd^2 + z^2 p(1-p))$ حداقل ۱۹۶ نفر به دست آمد که با احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه‌ها از ابتدا ۲۱۸ نفر در نظر گرفته شد و در نهایت ۲۲۳ نفر از جامعه پژوهشی پرسشنامه‌ها را به‌طور کامل تکمیل نمودند. در این رابطه پارامتر n : تعداد نمونه مورد نیاز برای انجام پژوهش، N : حجم جامعه پژوهش (که حدوداً ۴۰۰ نفر بودند)، z : ضریب اطمینان ۹۵ درصد (که برابر با ۱/۹۶ می‌باشد)، p : برآوردی از فراوانی خشونت شغلی علیه مراقبین سلامت در اتاق عمل (که با توجه به در دسترس نبودن آن ۵۰ درصد (۰/۵) در نظر گرفته شد تا بیشترین تعداد نمونه به دست آید) و d : میزان دقت مطالعه (که ۵ درصد (۰/۰۵) در نظر گرفته شد) می‌باشد.

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای با ۵۴ سؤال بود. این پرسشنامه یک پرسشنامه استاندارد بین‌المللی با عنوان "بررسی خشونت شغلی در بخش سلامت" بود که در سال ۲۰۱۰ توسط سازمان جهانی بهداشت، اداره بین‌المللی کار و شورای بین‌المللی پرستاران تهیه شده است. این پرسشنامه دارای دو بخش اصلی بود. بخش اول شامل اطلاعات فردی- حرفه‌ای با ۱۷ سؤال و بخش دوم شامل چهار زیرمجموعه مواجهه با خشونت جسمی-فیزیکی با ۸ سؤال، روحی روانی و قومی هر کدام با ۶ سؤال و نحوه مواجهه با انواع خشونت با ۱۷ سؤال بود. برای جلوگیری از سردرگمی و تعابیر متفاوت از مفاهیم اصلی نظیر خشونت شغلی، خشونت جسمی-فیزیکی، خشونت روحی روانی و خشونت قومی، تعاریف این مفاهیم نیز مطابق با تعریف سازمان جهانی بهداشت، در ابتدای بخش مربوطه در پرسشنامه گنجانده شد. این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف در اکثر کشورها بکار گرفته شده و در ایران نیز توسط پژوهشگران مختلف ترجمه و روایی و پایایی آن به تأیید رسیده است (۱۷-۱۵). به‌عنوان مثال در مطالعه‌ای با عنوان "بررسی مواجهه پرستاران با خشونت‌های کلامی و فیزیکی در بیمارستان" که توسط رفعتی رحیم زاده و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی بابل در سال ۱۳۹۱ انجام گرفته، روایی آن به روش اعتبار محتوا و پایایی آن به روش "آزمون-آزمون مجدد" با ضریب پایایی ۸۰ درصد به تأیید رسیده است (۱۷).

محقق پس از دریافت مجوزهای لازم از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه در مراکز آموزشی درمانی، وارد محیط پژوهش شده و از پرسنل مراقبت سلامت در اتاق عمل جهت شرکت در پژوهش دعوت به عمل آورد. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد، بدین ترتیب که در شروع شیفت کاری صبح با پرسنل در اتاق عمل آشنا شده، هدف از انجام پژوهش، نحوه پاسخ دهی به سؤالات پرسشنامه و نیز محرمانه بودن اطلاعات، برای آن‌ها بیان گردید و با کسب رضایت وارد مطالعه شدند. زمان

لازم برای پر کردن پرسشنامه ۶۰-۳۰ دقیقه در نظر گرفته شد و پرسشنامه‌ها بلافاصله پس از تکمیل توسط محقق جمع‌آوری گردید. از آن جایی که امکان داشت نمونه‌ها مواردی را به خاطر نیاورند تجربه خشونت در ۱۲ ماه گذشته در نظر گرفته شد. طول مدت نمونه‌گیری با رعایت تمامی ملاحظات اخلاقی حدود ۲ ماه بود. در این پژوهش داده‌ها از نوع کمی و کیفی بوده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۱ و شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی (کای اسکور، آزمون دقیق فیشر و تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از ۲۲ تا ۵۷ با میانگین ۳۷/۵ سال و دامنه سابقه کاری آن‌ها از ۱ تا ۳۳ با میانگین ۱۱/۶ سال بود. سایر ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول شماره ۱ آمده است.

بررسی تجربه خشونت شغلی در این مطالعه نشان داد که ۹۱/۹ درصد از کل نمونه‌ها خشونت روحی-روانی، ۲۶ درصد از کل نمونه‌ها خشونت جسمی-فیزیکی و ۱۹/۳ درصد از کل نمونه‌ها خشونت قومی را طی ۱۲ ماه گذشته تجربه کرده‌اند. بخش اول نتایج به توزیع فراوانی متغیرهای مورد اندازه‌گیری اختصاص دارد. بررسی توزیع فراوانی فرد عامل خشونت شغلی به تفکیک نوع خشونت شغلی نشان داد که در خشونت روحی روانی بیشترین فراوانی (۷۸/۷ درصد) مربوط به همکاران اتاق عمل، در خشونت جسمی-فیزیکی بیشترین فراوانی (۳۹/۷ درصد) مربوط به همراهان بیمار و در خشونت قومی نیز بیشترین فراوانی (۷۴/۴ درصد) مربوط به همکاران اتاق عمل بود. در ارتباط با فرد حمایت کننده از پرسنل در برابر رفتارهای خشونت آمیز، بیشترین فراوانی (۲۸/۲ درصد) مربوط به مسئول اتاق عمل بود. بررسی توزیع فراوانی پیامد ناشی از گزارش رفتارهای خشونت آمیز برای عامل خشونت (جدول ۲) نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی (۶۵/۲ درصد) مربوط به دادن تذکر کلامی به عامل خشونت بوده است.

بررسی میزان رضایت از روند رسیدگی به رفتارهای خشونت آمیز شغلی نشان داد که اکثر نمونه‌ها (۶۵/۵ درصد) از روند رسیدگی به رفتارهای خشونت آمیز در محل کار خود ناراضی یا بسیار ناراضی بودند. همچنین در بررسی میزان نگرانی از خشونت شغلی، ۴۳/۴ درصد از نمونه‌ها از مواجهه با خشونت شغلی نگران یا به شدت نگران بودند. بررسی توزیع فراوانی گزارش رفتارهای خشونت آمیز نشان داد که در طی ۱۲ ماه گذشته ۷۳ نفر (۳۲/۹ درصد) حادثه‌ای با مضمون خشونت شغلی را گزارش نموده‌اند و ۱۵۰ نفر از قربانیان

خشونت (۶۷/۱ درصد)، رفتارهای خشونت آمیز را گزارش نداده‌اند. فراوانی (۸۶/۲ درصد) مربوط به بی‌فایده تصور کردن گزارش‌دهی در بررسی علل عدم گزارش رفتارهای خشونت آمیز، بیشترین بوده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیک مراقبین سلامت در اتاق عمل طی ۱۲ ماه گذشته

متغیر	حالات متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	خانم	۱۲۰	۵۳/۸
	آقا	۱۰۳	۴۶/۲
	جمع	۲۲۳	۱۰۰
اتاق عمل محل خدمت	چند تخصصی	۱۱۵	۵۱/۶
	یک یا دو تخصصی	۹۳	۴۱/۷
	اورژانس	۱۵	۶/۷
	جمع	۲۲۳	۱۰۰
وضعیت تأهل	متأهل	۱۵۰	۶۷/۳
	مجرد	۶۴	۲۸/۷
	متارکه	۸	۳/۶
	بیوه	۱	۰/۴
	جمع	۲۲۳	۱۰۰
میزان تحصیلات	کارشناسی	۱۰۴	۴۶/۶
	دستپاری دکتری تخصصی	۴۹	۲۲
	دکتری تخصصی و فوق تخصصی	۴۳	۱۹/۳
	کاردانی	۱۹	۸/۵
	کارشناسی ارشد	۸	۳/۶
	جمع	۲۲۳	۱۰۰
	مهاجرت به محل کار فعلی	۹۸	۴۳/۹
	اقلیت قومی - مذهبی	۱۹	۸/۵

جدول (۲): توزیع فراوانی پیامد ناشی از گزارش رفتارهای خشونت آمیز برای عامل خشونت در مراقبین سلامت در اتاق عمل طی ۱۲ ماه گذشته

متغیر	نوع متغیر	تعداد	درصد
پیامد گزارش رفتارهای خشونت آمیز	دادن تذکر کلامی	۱۴۴	۶۵/۲
	بدون هیچ پیامدی	۱۱۲	۵۰/۷۱
	برخورد اداری از نوع تنبیهی	۳۷	۱۶/۷
	گزارش به پلیس	۱۲	۵/۴
	تحت پیگرد قانونی قرار گرفتن فرد مهاجم	۱۲	۵/۴
	سایر موارد	۵	۲/۳

در ارتباط با مشاهده رفتارهای خشونت آمیز شغلی، ۲۰۸ نفر ماه گذشته بوده‌اند. در بررسی توزیع فراوانی عوامل ایجاد کننده رفتارهای خشونت آمیز شغلی در اتاق عمل (جدول ۳)، بیشترین (۹۳/۳ درصد) شاهد وقایعی همراه با خشونت در اتاق عمل طی ۱۲

فراوانی (۸۷ درصد) مربوط به کار کردن در محیط استرس‌زا بوده است. بخش دوم نتایج به ارتباط بین خشونت شغلی و برخی از متغیرهای مورد بررسی اختصاص دارد. در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در پرسنل اتاق عمل با جنسیت آن‌ها، آزمون کای اسکوئر نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی-روانی در پرسنل خانم به‌طور معناداری بیشتر از پرسنل آقا بوده است ($P < 0.001, \chi^2 = 18.34$). همچنین در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی با نوع اتاق عمل محل خدمت، آزمون کای اسکوئر نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی روانی در اتاق عمل‌های یک یا دو تخصصی به‌طور معناداری کمتر از اتاق عمل‌های چند تخصصی و اتاق عمل‌هایی که صرفاً مختص اعمال جراحی اورژانسی هستند بوده است ($P = 0.02, \chi^2 = 7.84$). در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در پرسنل اتاق عمل با وضعیت تأهل آن‌ها (جدول ۴)، آزمون کای اسکوئر با نسبت درست نمایی نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های جسمی-فیزیکی ($P = 0.04, \chi^2 = 6.93$) و قومی ($P = 0.02, \chi^2 = 8.20$) در پرسنل دارای وضعیت متارکه به‌طور معناداری بیشتر از سایرین بوده است. در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در پرسنل با سابقه کار آن‌ها (جدول ۵)، آزمون t مستقل نشان داد که میانگین سابقه کار در پرسنلی که با خشونت جسمی-فیزیکی مواجه شدند

به‌طور معناداری کمتر از سایرین بوده است ($P = 0.02, \chi^2 = 2.41$). همچنین میانگین سن و سابقه کار در پرسنلی که با خشونت‌های روحی روانی مواجه شدند به‌طور معناداری کمتر از سایرین بود (به ترتیب $t = 0.01, P = 0.01$ و $t = 2.63, P = 0.02$). اما بین سن ($t = 0.87, P = 0.39$) و سابقه کار ($t = 0.24, P = 0.81$) و مواجهه با خشونت قومی رابطه معناداری وجود نداشت.

در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی با وجود پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز (جدول ۶)، آزمون کای اسکوئر نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های جسمی-فیزیکی ($P = 0.03, \chi^2 = 4.62$) در مراکز دارای پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز به‌طور معناداری کمتر از مراکز فاقد این نوع پروتکل بوده است. ضمناً آزمون دقیق فیشر نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی روانی در مراکز دارای پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز به‌طور معناداری کمتر از سایر مراکز بوده است ($P = 0.004$). در بررسی ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی با وجود اقدامات حمایتی از قربانیان در مقابل رفتارهای خشونت آمیز، آزمون کای اسکوئر نشان داد که تنها فراوانی مواجهه با خشونت‌های قومی در مراکزی که اقدامات حمایتی در آن‌ها وجود دارد، به‌طور معناداری کمتر از سایر مراکز بوده است ($P = 0.001, \chi^2 = 10.63$).

جدول (۳): توزیع فراوانی عوامل ایجاد کننده رفتارهای خشونت آمیز شغلی در اتاق عمل طی ۱۲ ماه گذشته

عوامل ایجاد کننده رفتارهای خشونت آمیز شغلی	تعداد	درصد
کار کردن در محیط استرس‌زا	۱۹۴	۸۷
وضعیت هیجانی-عاطفی فرد	۱۹۱	۸۵/۷
سطح فرهنگی و رایج بودن رفتارهای خشونت آمیز در محیط کار	۱۶۳	۷۳/۱
بروز حوادث بحرانی مانند به خطر افتادن جان بیمار و موارد تنش‌زا	۱۴۶	۶۵/۵
تصور اینکه اقدام سریع و به موقع از سوی مراقب انجام نگرفته است	۱۴۶	۶۵/۵
ناکافی بودن تعداد پرسنل و مراقبین سلامت	۱۳۳	۵۹/۶
فقدان برنامه ریزی و همکاری تیمی (ناهماهنگی در کارها)	۱۳۲	۵۹/۲
سوء مدیریت	۱۲۷	۵۷
انتظار کشیدن طولانی برای دریافت خدمات	۱۱۱	۴۹/۷
عدم پاسخ مناسب به سؤالات فرد مهاجم	۱۰۶	۴۷/۵
کمبود امکانات اتاق عمل	۷۵	۳۳/۶
ممانعت از تردد همراهان	۴۰	۱۷/۹
رفتار تهاجمی ناشی از مصرف مواد و الکل	۳۴	۱۵/۲

جدول (۴): ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در مراقبین سلامت در اتاق عمل با وضعیت تأهل آن‌ها، طی ۱۲ ماه گذشته

وضعیت تأهل	مجرد	متأهل	متارکه	آزمون کای اسکوتر با نسبت درستنمایی	انواع خشونت
تعداد	درصد	تعداد	درصد	χ^2	P
۱۹	۲۹/۷	۳۴	۲۲/۷	۶/۹۳	۰/۰۴
۶۲	۹۶/۹	۱۳۴	۸۹/۳	۵/۴۷	۰/۱۴
۲۹	۴۵/۳	۲۸	۱۸/۹	۱۹/۴۹	<۰/۰۰۱
۱۰	۱۵/۶	۲۸	۱۸/۷	۸/۲۰	۰/۰۲

جدول (۵): ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در مراقبین سلامت در اتاق عمل با سن و سابقه کاری آن‌ها طی ۱۲ ماه گذشته

مواجهه با عدم مواجهه		مواجهه با خشونت شغلی		عدم مواجهه با خشونت شغلی		آزمون t مستقل	
انواع خشونت		با خشونت شغلی		میانگین		انحراف	
شغلی		متغیر سن و سابقه کار		میانگین		انحراف	
				معیار		معیار	
سن		۳۶/۱	۷/۸	۳۷/۹	۸/۹	۱/۴۶	۰/۱۴
سابقه کار		۹/۷	۶/۵	۱۲/۳	۷/۴	۲/۴۱	۰/۰۲
سن		۳۶/۹	۸/۲	۴۴/۴	۱۰/۸	۲/۸۶	۰/۰۱
سابقه کار		۱۱/۱	۶/۸	۱۷/۳	۹/۷	۲/۶۳	۰/۰۲
سن		۳۲/۵	۵/۳	۳۹/۳	۸/۹	۷/۰۱	<۰/۰۰۱
سابقه کار		۸/۲	۵	۱۲/۹	۷/۵	۵/۴۱	<۰/۰۰۱
سن		۳۶/۵	۷/۹	۳۷/۷	۸/۸	۰/۸۷	۰/۳۹
سابقه کار		۱۱/۴	۶/۶	۱۱/۷	۷/۴	۰/۲۴	۰/۸۱

جدول (۶): ارتباط بین فراوانی انواع خشونت شغلی در مراقبین سلامت در اتاق عمل با وجود پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز، طی ۱۲ ماه گذشته

وجود یا عدم وجود پروتکل		عدم وجود پروتکل		وجود پروتکل		آزمون کای اسکوتر
انواع خشونت	تعداد	درصد	تعداد	درصد	χ^2	P
جسمی-فیزیکی	۵۵	۲۸/۵	۳	۱۰	۴/۶۲	۰/۰۳
روحي-روانی	۱۸۲	۹۴/۳	۲۳	۷۶/۷	×	۰/۰۰۴
جنسی	۵۹	۳۰/۹	۳	۱۰	۵/۶۱	۰/۰۲
قومی-مذهبی	۴۰	۲۰/۷	۳	۱۰	۱/۹۲	۰/۱۷

×. آزمون دقیق فیشر

بحث و نتیجه‌گیری

مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در این مطالعه از این قرار است: زنان با تعداد ۱۲۰ نفر (۵۳/۸ درصد) اکثریت واحدهای مورد پژوهش را تشکیل داده‌اند. همچنین اکثریت این واحدها متأهل

(۶۷/۳ درصد) بوده و بصورت تمام وقت (۹۵/۵ درصد) مشغول به کار بودند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۳۷/۵ سال و میانگین سابقه کاری آن‌ها ۱۱/۶ سال بود. اتاق عمل محل خدمت در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۱/۶ درصد) چندتخصصی و

بقیه به ترتیب یک یا دو تخصصی و اورژانس بود. میزان تحصیلات در اکثریت واحدهای مورد پژوهش کارشناسی (۴۶/۶ درصد) و در بقیه به ترتیب دستیاری دکتری تخصصی، دکتری تخصصی و فوق تخصصی، کاردانی و کارشناسی ارشد بود. همچنین اکثریت رسمی (۴۵/۷ درصد) و بقیه به ترتیب پیمانی یا قراردادی و طرحی بودند. گروه بیماران تحت مراقبت در ۷۷/۶ درصد از موارد بزرگسال و جنس بیماران تحت مراقبت در ۸۸/۳ درصد از موارد، هم آقا و هم خانم بود. ۴۳/۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش به محل کار فعلی مهاجرت کرده بودند. ۸/۵ درصد اقلیت قومی مذهبی و همگی (۱۰۰ درصد) در تماس مستقیم با بیمار بودند. سابقه کار در بخش فعلی در اکثریت واحدها (۹۰/۶ درصد) بیشتر از ۱ سال، تعداد ساعت کاری در ماه در ۴۴/۸ درصد از موارد ۲۰۰-۱۵۰ ساعت و تعداد همکاران در هر شیفت کاری در ۶۲/۳ درصد از موارد بیشتر از ۱۵ نفر بود. پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که در زمینه خشونت شغلی در اتاق عمل در ایران انجام می‌گیرد و در مقایسه با پژوهش‌های مشابه که به بررسی خشونت شغلی در سایر بخش‌های بیمارستان پرداخته‌اند (مانند مطالعه عقیلی نژاد و همکاران (۱۳۹۰) یا مطالعه بابایی و همکاران (۱۳۹۳))، متغیرهای دموگرافیک بیشتری مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش قربانی خشونت روحی روانی و سپس با اختلاف زیاد به ترتیب قربانی خشونت‌های جسمی- فیزیکی و قومی بودند. لازم به ذکر است از میان ۲۲۳ نفر شرکت کننده در مطالعه حاضر تنها ۱۸ نفر هیچ نوع خشونت شغلی را طی ۱۲ ماه گذشته تجربه نکرده بودند. در مطالعه چانگ و همکاران (۲۰۱۷) که بر روی مراقبین سلامت دارای مدرک لیسانس شاغل در بخش‌های بیمارستان (به غیر از اتاق عمل) انجام گرفته است، ۲۵/۷۷ درصد از نمونه‌ها قربانی خشونت فیزیکی، ۶۳/۶۵ درصد قربانی خشونت روانی، ۱۱/۷۲ درصد قربانی خشونت نژادی و ۲/۷۶ درصد قربانی آزار جنسی بوده‌اند (۱۸). در مطالعه بابایی و همکاران (۱۳۹۳) در بخش‌های بستری مراکز آموزشی درمانی تبریز شرکت کنندگان فراوان‌ترین نوع خشونت شغلی را به ترتیب خشونت روحی روانی (۲۵ درصد)، قومی (۵/۹ درصد) و فیزیکی (۴/۳ درصد) گزارش نموده‌اند (۱۹). فراوانی بیشتر خشونت روحی روانی در این پژوهش و پژوهش حاضر می‌تواند به این دلیل باشد که اعمال خشونت‌های روحی روانی برای فرد مهاجم آسان‌تر است و می‌تواند طیف بیشتری از پرسنل را تحت تأثیر قرار دهد. درعین حال اثبات این نوع خشونت‌ها برای فرد قربانی دشوارتر است. همچنین علت بالاتر بودن تجربه خشونت روحی روانی در پژوهش حاضر می‌تواند مربوط به وسیع‌تر بودن حیطه خشونت‌های روحی روانی (شامل رفتارهای توهین آمیز، تحقیر، ارباب، استهزاء و فحاشی

کردن) طبق پرسشنامه مورد استفاده باشد. همچنین در محیط اتاق عمل افراد به مدت طولانی‌تری در ارتباط رو در رو قرار دارند و این امر نیز می‌تواند شرایط را برای افزایش این نوع خشونت‌ها که بیشتر از نوع کلامی هستند افزایش دهد.

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی فرد عامل خشونت روحی روانی و قومی مربوط به همکاران اتاق عمل و فرد عامل خشونت جسمی- فیزیکی مربوط به همراهان بیمار بود. گاکي اسمیت (Gacki-Smith) و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خشونت شغلی علیه پرسنل سلامت شاغل در بخش‌های اورژانس، بیشترین فراوانی فرد عامل خشونت را بیمار و همراه بیمار معرفی کرده‌اند (۲۰). در مطالعه شوقی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نتایج حاکی از این است که در مورد خشونت کلامی ۶۴/۴ درصد و در مورد خشونت فیزیکی ۶۰/۹ درصد موارد توسط بیماران و همراهان آن‌ها اتفاق افتاده است (۲۱). به نظر می‌رسد پرسنل اتاق عمل به سبب حضور در محیط بسته، ممنوعیت ورود افراد متفرقه و همچنین شرایط خاص بیماران مثل دریافت داروهای آرامبخش هنگام ورود به اتاق عمل جراحی، شرایط ارتباطی متفاوتی با بیمار و همراهان بیمار دارند، بنابر این خشونت شغلی را بیشتر از جانب همکاران هم ردیف، مسئول اتاق عمل، دستیاران و متخصصین جراحی و بیهوشی، که بیشتر در تعامل با آن‌ها هستند تجربه می‌کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین فراوانی فرد حمایت کننده از مراقبین سلامت در برابر رفتارهای خشونت آمیز (۲۸/۲ درصد) مربوط به مسئول اتاق عمل و سپس مدیر و رئیس بیمارستان (۲۷/۲ درصد) و مدیران پرستاری یا پزشکی (۲۲/۳ درصد) بوده است. در مطالعه چپیس و همکاران (۲۰۱۳)، ۵۸ درصد از شرکت کنندگان مسئول مافوق خود را به‌عنوان فرد حامی از مراقبین سلامت در برابر رفتارهای خشونت آمیز معرفی کرده‌اند (۱۳). در مطالعه گاکي اسمیت و همکاران (۲۰۱۱)، ۶۱ درصد از شرکت کنندگان در پژوهش مدیریت بیمارستان را به‌عنوان مهم‌ترین مرجع حمایت کننده از مراقبین سلامت در برابر رفتارهای خشونت آمیز دانسته‌اند (۲۰). همان‌طور که در مطالعات بالا نیز ذکر شد نتایج این مطالعات تا حدودی حمایتگر مطالعه حاضر است. در پژوهش حاضر مسئول اتاق عمل و سپس مدیر و رئیس بیمارستان به‌عنوان حامیان مراقبین سلامت در برابر رفتارهای خشونت آمیز معرفی شده‌اند. این بدان معنا است که مراقبین سلامت در گزارش موارد خشونت شغلی سلسله مراتب را رعایت کرده و به سوی همکاران رده بالا و دارای قدرت سازمانی پناه می‌برند تا مورد حمایت رسمی آن‌ها واقع شوند. در مطالعه حاضر بیشترین پیامد ناشی از گزارش رفتارهای خشونت آمیز برای عامل خشونت، دادن تذکر کلامی و سپس به ترتیب بدون هیچ پیامدی و برخورد اداری از نوع تنبیهی بوده است

بخش‌ها نهفته باشد، یعنی یا روند مشخصی برای گزارش موارد خشونت شغلی وجود ندارد و قربانیان مرجع معتبری را در این زمینه نمی‌شناسند و یا وقتی گزارش صورت می‌گیرد، مراجع به دلایل مختلف به این امور رسیدگی نکرده و با عامل خشونت برخورد مؤثر و سازنده‌ای ندارند، به‌طوری‌که حتی گاهی قربانیان خشونت مواخذه شده و به‌عنوان افرادی در دسر ساز شناخته می‌شوند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش یعنی ۲۰۸ نفر از ۲۲۳ نفر شرکت‌کننده (۹۳/۳ درصد) شاهد وقایعی همراه با خشونت در محل کار طی ۱۲ ماه گذشته بوده‌اند که این میزان بسیار بالاست و نشان می‌دهد که در طول یک سال گذشته تقریباً همه مراقبین سلامت مشاهده‌گر رفتارهای خشونت آمیز بوده‌اند حتی اگر خود قربانی خشونت شغلی نبوده باشند. پرداختن به این هدف از این لحاظ نیز ارزشمند است که مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش من جمله فراموشی و عدم به‌خاطر آوردن تجربیات شخصی خشونت آمیز شغلی و بی میلی نمونه‌ها برای فاش کردن این تجربیات را تا حدود زیادی پوشش می‌دهد بدان معنی که ممکن است نمونه‌ها تجربیات خشونت شغلی را در مورد خودشان فراموش کرده باشند یا تمایلی به بیان اینکه قربانی خشونت بوده‌اند، نداشته باشند ولی در مورد دیگران به یاد دارند و خود را به‌عنوان مشاهده‌گر رفتارهای خشونت آمیز راحت تر معرفی می‌کنند.

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این است که اکثریت نمونه‌ها، مهم‌ترین علت ایجاد کننده رفتارهای خشونت آمیز شغلی در اتاق عمل را کار کردن در محیط استرس‌زا گزارش کرده‌اند. در مطالعه چپیس و همکاران (۲۰۱۴) نیز مهم‌ترین عامل خشونت شغلی از دیدگاه پرسنل مراقبت سلامت در محیط قبل، حین و بعد از عمل استرس شغلی زیاد و بروز حوادث حیاتی مانند به خطر افتادن جان بیمار ذکر شده است (۱۳). در مطالعه طالبی و همکاران (۱۳۹۱) مهم‌ترین عوامل خشونت شغلی در بخش‌های بیمارستانی به ترتیب ممانعت از ورود همراهان (۴۵ درصد)، تأخیر در مراقبت (۴۴ درصد)، کمبود پرسنل (۴۴ درصد)، کمبود امکانات (۳۴/۴ درصد)، رایج بودن رفتارهای خشونت بار (۲۴/۸ درصد) و محیط استرس‌زا (۲۵ درصد) ذکر شده است (۲۳). در مطالعه حیدری خیاط و همکاران (۱۳۹۱) نیز بیشترین عامل خشونت شغلی ممانعت از ورود همراهان جهت ملاقات بیماران در غیر از ساعات ملاقات، تأخیر در شروع مراقبت و کمبود پرسنل و امکانات بیان شده است (۲۵). با توجه به مطالعات ذکر شده به نظر می‌رسد عوامل ایجاد کننده رفتارهای خشونت آمیز در اتاق‌های عمل با دیگر بخش‌های بیمارستان متفاوت است. به‌طوری‌که در اتاق عمل بیشتر متوجه عوامل محیطی و پرسنلی است درحالی‌که در بخش‌های دیگر بیشتر متوجه بیمار و

و حدود نیمی از خشونت‌ها هیچ پیامدی برای عامل خشونت نداشته است. در مطالعه شوقی و همکاران (۱۳۸۹) نیز بیشترین پیامد ناشی از گزارش رفتارهای خشونت آمیز برای فرد عامل خشونت (۷۲ درصد) مربوط به دادن تذکر کلامی به عامل خشونت بوده است (۲۱). در مطالعه گاکي اسمیت و همکاران (۲۰۱۱)، ۵۱ درصد از واحدهای مورد پژوهش گزارش رفتارهای خشونت آمیز را بدون پیامدهای مؤثر دانسته‌اند (۲۰). چنین به نظر می‌رسد که عدم وجود برخوردهای مؤثر و سخت گیرانه با فرد عامل خشونت در اتاق عمل و در نتیجه پیامدهای نه چندان منفی به دنبال رفتارهای خشونت آمیز برای فرد عامل خشونت، راه را برای تکرار این گونه رفتارها هموار کرده و یکی از دلایل شیوع بالای خشونت شغلی به‌ویژه از نوع روحی روانی در اتاق عمل بوده است.

نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر شرکت‌کنندگان، از مواجهه با خشونت شغلی نگران یا به شدت نگران بودند. همچنین اکثر آن‌ها از روند رسیدگی به رفتارهای خشونت آمیز شغلی در محل کار ناراضی یا بسیار ناراضی بودند. در مطالعه چاپمن (Chapman) و همکاران (۲۰۱۳)، نیز ۸۱/۸ درصد از پرسنل مراقبت سلامت از وقوع رفتارهای خشونت آمیز شغلی در محل کار نگران بودند و اکثریت آن‌ها (۷۶/۸ درصد) از روند رسیدگی به موارد خشونت شغلی در محیط کار ناراضی بودند (۲۲). همچنین در مطالعه چانگ (Zhanga) و همکاران (۲۰۱۷)، ۶۹/۹۵ درصد از شرکت‌کنندگان از خشونت شغلی در محل کار نگران بودند (۱۸). نگرانی بالای پرسنل در خصوص مواجهه با خشونت شغلی در اتاق عمل، احتمالاً به روند نامناسب رسیدگی به رفتارهای خشونت آمیز در اتاق عمل مربوط است. این میزان نگرانی و نارضایتی می‌تواند موجب احساس ناامنی شغلی و استرس در اتاق عمل شود.

در مطالعه حاضر، ۱۵۰ نفر (۶۷/۱ درصد) از قربانیان خشونت حتی یک بار هم حوادث خشونت آمیز شغلی را در طول یک سال گذشته گزارش نداده‌اند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش، بی فایده تصور کردن گزارش را مهم‌ترین دلیل عدم گزارش رفتارهای خشونت آمیز ذکر کرده‌اند. در مطالعه طالبی و همکاران (۱۳۹۳)، نیز درصد کمی از قربانیان خشونت کلامی و فیزیکی (۳۰/۱ درصد)، اقدام به گزارش موارد خشونت به مراجع معتبر کرده‌اند و مهم‌ترین علت عدم گزارش خشونت شغلی، بی فایده بودن آن ذکر شده است (۲۳). همچنین چراغی و همکاران (۱۳۹۱)، مهم‌ترین علت عدم گزارش خشونت شغلی را، بی فایده بودن (۶۱/۷ درصد) و ترس از عواقب آن (۲۱ درصد) ذکر کرده‌اند (۲۴). با توجه به نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مذکور به نظر می‌رسد علت این طرز تفکر و رفتار شرکت‌کنندگان در مورد عدم گزارش موارد خشونت می‌تواند در روند رسیدگی به خشونت شغلی در اتاق عمل و همچنین سایر

همراهان بیمار می‌باشد و عوامل محیطی و پرسنلی کم رنگ‌تر هستند.

در پژوهش حاضر فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی روانی در زنان به‌طور معناداری بیشتر از مردان بوده است. همچنین فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی روانی در اتاق عمل‌های یک یا دو تخصصی به‌طور معناداری کم‌تر از سایر مراکز بوده است، بنابر این به نظر می‌رسد که در اتاق عمل‌های چند تخصصی نیاز به مراقبت بیشتری برای کنترل خشونت شغلی وجود دارد. ضمناً فراوانی مواجهه مراقبین سلامت در اتاق عمل با خشونت‌های جسمی-فیزیکی و قومی-مذهبی در مراقبین دارای وضعیت متارکه به‌طور معناداری بیشتر از سایر مراقبین بوده است که می‌تواند به دلیل شرایط فرهنگی و نوع نگاه جامعه به افراد متأهل و متارکه کرده باشد. همچنین میانگین سن و سابقه کار در پرسنلی که با خشونت‌های روحی روانی مواجه شدند به‌طور معناداری کم‌تر از سایر پرسنل بود. مجموع این موارد حاکی از این است که در پژوهش حاضر ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان مثل زن بودن، وضعیت متارکه، جوان بودن و تازه کار بودن شرایط را برای مواجهه با خشونت شغلی تسهیل کرده است. نتایج مطالعه چانگ و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که مراقبین سلامت با سابقه کاری کم‌تر، شیفت کاری در گردش و شیفت در بخش‌های اورژانس، روانی و جراحی ریسک بیشتری در مواجهه با خشونت شغلی داشته‌اند (۱۸). این در حالی است که در مطالعه رمکسیاتی (Ramacciati) و همکاران (۲۰۱۸) که به بررسی خشونت شغلی در مراقبین سلامت شاغل در بخش‌های تریاژ اورژانس بیمارستان‌های دانشگاهی ایتالیا پرداخته است، مردان بیشتر از زنان در معرض خشونت روحی روانی و فیزیکی قرار داشتند. اما در خصوص سن، مردان کم‌تر از ۴۰ سال بیشترین هدف خشونت فیزیکی در مقایسه با زنان در این رده سنی بوده‌اند (۲۶). همچنین در مطالعه طالبی و همکاران (۱۳۹۳)، مواجهه با خشونت شغلی در مراقبین شاغل در بخش‌های بستری، در افراد بالاتر از ۳۵ سال و در جنسیت مرد بیشتر بوده و با افزایش سابقه کار، تعداد دفعات مواجهه با خشونت شغلی افزایش یافته است (۲۳). در مجموع به نظر می‌رسد که ارتباط بین خشونت شغلی با جنسیت و سابقه کار در اتاق عمل با سایر بخش‌های بیمارستان تفاوت دارد. به عبارت دیگر در اتاق عمل مردان با سابقه کار بیش‌تر، کم‌تر قربانی خشونت شغلی می‌شوند.

در مطالعه حاضر، فراوانی مواجهه با خشونت‌های جسمی-فیزیکی در مراکز دارای پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز به‌طور معناداری کم‌تر از مراکز فاقد این نوع پروتکل بوده است. ضمناً آزمون دقیق فیشر نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های روحی-روانی در مراکز دارای پروتکل خاص برای

گزارش رفتارهای خشونت آمیز به‌طور معناداری کم‌تر از سایر مراکز بوده است. در نگاه کلی به نتایج مطالعه در خصوص ارتباط بین فراوانی خشونت شغلی با وجود پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز، به این نتیجه می‌رسیم که فراوانی مواجهه با انواع خشونت‌های شغلی به غیر از خشونت قومی در مراکز دارای پروتکل خاص برای گزارش خشونت، کم‌تر بوده و نشان می‌دهد که وجود پروتکل خاص برای گزارش رفتارهای خشونت آمیز، وقوع خشونت شغلی را کنترل می‌کند.

همچنین آزمون کای اسکور در این مطالعه نشان داد که فراوانی مواجهه با خشونت‌های قومی در مراکز که اقدامات حمایتی از پرسنل در مقابل رفتارهای خشونت آمیز (مانند پیگیری قانونی موارد خشونت، برخورد اداری تنبیهی با عامل خشونت و مشاوره روانی قربانیان خشونت) وجود دارد، به‌طور معناداری کم‌تر از سایر مراکز بوده است. در مطالعه گاکی اسمیت و همکاران (۲۰۱۲)، شرکت کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که عدم حمایت مدیریت بیمارستان از ایشان در برابر رفتارهای خشونت آمیز مهم‌ترین علت افزایش مواجهه با خشونت شغلی در محیط کار آن‌ها بوده است (۲۰). همچنین در مطالعه دان (۲۰۱۱) مراقبین سلامت معتقد بودند که عدم وجود اقدامات حمایتی از سوی مسئولین و مدیریت مهم‌ترین علت وقوع مکرر خشونت شغلی در محل کارشان است (۲۷). با توجه به مطالب پیش گفت می‌توان اظهار داشت که عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین وجود اقدامات حمایتی و فراوانی خشونت روحی روانی و جسمی-فیزیکی در پژوهش حاضر به مرجع و نوع اقدامات حمایتی و برخورد با فرد مهاجم برمی گردد. بدین معنی که با مرجع اقدامات حمایتی از قربانیان خشونت در مقابل رفتارهای خشونت آمیز، مرجع معتبر، قانونی و قدرتمندی نبوده است و یا اقدامات حمایتی موثری در این خصوص انجام نشده است. همچنین ممکن است مرجع معتبر بوده باشد، اقدامات حمایتی موثری هم انجام شده باشد اما عامل مهاجم را فقط برای مدت محدودی متوقف کرده باشد. در این موارد علاوه بر اقدامات حمایتی موجود، بسته به خصوصیات عامل مهاجم، اقدامات کنترل کننده نظیر اقدامات امنیتی، پیگردها و پیامدهای قانونی و برگزاری دوره‌های مدیریت خشم برای پرسنل مراقبتی نیز کمک کننده به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری نهایی

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و با آگاهی از این که بسیاری از علل زمینه ساز خشونت شغلی منوط به آگاهی از عوامل و شرایط حاکم بر خشونت شغلی است، به نظر می‌رسد خشونت شغلی بایجاد سیستمی که در آن هر یک از پرسنل در صورت

را به خاطر نیاورند چون حافظه قابل اعتماد نیست، بنابر این ۱۲ ماه گذشته برای جمع‌آوری داده‌ها در نظر گرفته شد اگرچه ممکن بود در همین مدت هم مواردی را به خاطر نیاورند. عدم تمایل برای بیان کردن برخی اطلاعات نیز با توضیح محرمانه بودن اطلاعات و بی نام بودن پرسشنامه‌ها به حداقل رسید. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش احتمال سوگیری مراقبین سلامت و عدم پاسخگویی صادقانه به پرسشنامه بود که پژوهشگر سعی کرد با توضیح اهداف پژوهش و کاربردهای آن و نیز اهمیت نتایج پژوهش در بررسی سلامت و امنیت شغلی مراقبین سلامت این مشکل را به حداقل برساند.

تشکروقدردانی: این پژوهش حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق IR.MUI.REC.1396.3.822 در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. پژوهشگران همچنین لازم می‌دانند از همکاری مدیران و شرکت کنندگانی که در این پژوهش همکاری داشتند قدردانی نمایند.

مواجهه با خشونت شغلی، بتوانند آن را بر اساس پروتکل مشخصی به مراجع رسمی گزارش نمایند و از عواقب آن نترسند کم‌تر بروز می‌کند. بنابر این مسئولین ذی‌ربط ضمن ایجاد چنین سیستمی می‌توانند اطلاعات مربوط به انواع خشونت شغلی و عوامل مرتبط را در جهت رفع علل زمینه ساز انواع خشونت شغلی به کار گیرند. با توجه به علل مساعد کننده خشونت شغلی که در پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش معرفی شده است با اقداماتی نظیر بالا بردن سطح فرهنگ سازمانی، ارتقاء روحیه مشارکت و کار گروهی، تخصیص نیروهای حرفه‌ای و در نهایت تجهیز اتاق عمل از نظر امکانات لازم و ضروری، می‌توان در جهت پیشگیری و کاهش وقوع خشونت شغلی حرکت کرد. همچنین از آن جایی که کار کردن در محیط پرسترس به‌عنوان مهم‌ترین عامل ایجاد خشونت شغلی در پژوهش حاضر معرفی گردید، مدیریت استرس می‌تواند در پیشگیری و کنترل خشونت شغلی در اتاق عمل مؤثر باشند. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش این بود که امکان داشت نمونه‌ها مواردی

References:

1. Hyoung Eun Ch, Sung-Hyun Ch. Workplace Violence and Job Outcomes of Newly Licensed Nurses. J Asian Nurs Res 2017;15(9):124-143.
2. Sahebi L, Gholamzadeh Nikkjoo R. Workplace Violence against Clinical Workers in Tabriz Educational Hospitals. Iran J Nurs 2012; 24(73):27-35.
3. Castronovo M, Pullizzi A, Evans S. Nurse Bullying: A Review And A Proposed Solution. J Nurse Outlook 2016; 64(3):208-14.
4. World Health Organization. workplace violence in the health sector: Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health. Available at <http://www.who.int/niosh/docs/2010/> accessed on 2/1/2019.
5. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: aqualitative study. J Int Emerg Nurs 2014; 22(11):134-9.
6. Etienne E. Exploring workplace bullying in nursing. J Workplace Health Safety 2015; 62(2):6-11.
7. ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. Int Emerg Nurs 2016; 24(3):61-65.
8. Hickson J. New nurses' perceptions of hostility and job satisfaction: Magnet versus non-magnet. J Nurs Admin 2014; 43(5):293-301.
9. Darcy C, Melissa H. The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. Int Emerg Nurs 2018; 10(5):290-306.
10. Heidari Gorji MA, Jannati Y, Yazdani Cherati J, Jafari K. Horizontal Violent Behavior in Critical Care Nurses and related factors. J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(23):78-86.
11. Lancett N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. J Aggres Violent Behav 2014; 19(5):492-501.
12. Ching-Yao Weia b, Shu-Ti Chiouc d, Li-Yin Chiene Y, Nicole Huang B. Workplace violence against nurses – Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion

- efforts: Cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016; 25(8):527-78.
13. Chipps E, Stelmaschuk S, Albert N, Bernhard L, Holloman CH. Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study. *AORN J* 98. 2014; 98(6):479-93.
 14. Lisa A, Cydne P, Paul R, Michael D. Workplace bullying in emergency nursing: Development of a grounded theory using situational analysis. *Int Emerg Nurs* 2018; 15(1):58-69.
 15. Yousefi P, Salehi B, Sanginan T. the types and contributing factors of aggression toward physicians and students of medicine in hospitals of Arak. *J Arak Uni Med Sci* 2011; 13(1):155-64.
 16. Aghajanloo A, Haririan HR, Ghafurifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences. *Iran J Nurs Res* 2012; 5(17):47-54.
 17. Rafati Rahimzadeh M, Zabihi A, Hosseini SJ, Verbal and Physical Violence on Nurses in hospitals of Babol University of Medical Sciences. *J Fac Nurs Midwifery* 2012; 17(2):5-11.
 18. Zhanga L, Wangb A, Xie X, Zhou Y, Lid J, Yange L & Zhangb J. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2017; 21(72):8-14.
 19. Babaei N, Rahmani A, Mohajjel-aghdam AR, Zamanzadeh V, Dadahzadeh A, Avazeh M. Perception of Patients' Companions about Nature of Workplace Violence against Nurses in Tabriz Medical Educational Centers. *Sci J Forensic Med* 2014; 20(3):111-117.
 20. Gacki-Smith J, Altair M, Juare Z, Boyett H, Robinson L, Susan L. Violence Against Nurses Working in US Emergency Departments. *J Nurs Admin* 2012; 39(8):340-9.
 21. Shoghi M, Mirzai Gh, Salemi S, Sanjari M, Heidari Sh, Shirazi F. Verbal abuse against nurses in hospitals in Iran. *J Semnan Univ Med Sci* 2011; 9(4):273-8.
 22. Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *J Clin Nurs* 2013; 19(4):479-88.
 23. Talebi Sh, Rahnema Rahsepar F, Talebi S, Shahrabadi H, Safari E. Verbal and physical violence against nurses in Sabzevar hospitals. *J Educ Ethics Nurs* 2014; 3(2):29-35.
 24. Cheraghi MA, Noghan N, Moghim Beige A, Beik Moradi A. Survey the Violence of Nurses Work Environment in Iran. *Iranian. J Crit Care Nurs* 2012; 5(2):87-94.
 25. Heydarikhayat N, Mohammadinia N, Sharifipour H, Almay A. Assessing Frequency and causes of verbal abuse against the clinical staff. *J Nurs Manag* 2012; 1(2):71-8.
 26. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B. Violence against nurses in the triage area: An Italian qualitative study. *Int Emerg Nurs* 2015; 25(6):678-87.
 27. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *J AORN* 2011; 78(6): 977-88.

WORKPLACE VIOLENCE AND RELATED FACTORS IN OPERATING ROOMS IN IRAN: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Marziyeh Ahmadi¹, Hassan Farahmand², Akram Aarabi^{3*}

Received: 01 Sep, 2019; Accepted: 20 Nov, 2019

Abstract

Background & Aims: According to the International Labor Organization, the prevalence of workplace violence has increased in the last decade and of the entire professional groups, health care personnel are the most likely victims of workplace violence but the documentary information on workplace violence in the operating room is very limited. Therefore, this study was conducted with the aim of determining the frequency of workplace violence and related factors among the health care personnel in operating rooms.

Materials & Methods: This was a descriptive cross-sectional study. The research sample consisted of 223 health care personnel working in the operating rooms in the educational-medical centers of Isfahan in Iran. The sampling method was proportional allocation of quota and category. Data were collected from March to July 2018 using the WHO standard questionnaire "surveillance of workplace violence in the health sector" whose validity and reliability have been confirmed in previous studies.

Results: The percentage of verbal violence was 91.9 and physical violence and ethnic violence were in turn 26 and 19.3 during the past 12 months. The most common cause of workplace violence (87percent), was working in a stressful environment and the perpetrators of workplace violence are often among health care personnel. The average age and work experience of personnel exposed to verbal violence were significantly lower than the others ($P=0.01$ and $P=0.02$, respectively). Frequency of physical ($P=0.03$) and verbal ($P=0.004$) violence in centers with specific protocols for reporting violence were significantly lower than other centers.

Conclusion: Experience of workplace violence among the health care personnel in the operating rooms is considerable. The perpetrators of workplace violence are often among health care personnel instead of patients and their families. This study recommends the existence of documentary protocols for reporting workplace violence in all operating rooms.

Keywords: Workplace Violence, Health care Personnel, Operating Room

Address: Nursing and Midwifery Care Research Center. Department of Operating Room. Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Tel: +983136265028

Email: aarabi@nm.mui.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2020; 30(10): 770 ISSN: 1027-3727

¹ MSc Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

² Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center. Department of Operating Room. Faculty of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (corresponding author)