مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۲ ، شماره ۴ ، زمستان ۱۳۸۵، ۲۰۲-۲۰۹

خشونت علیه پرسنل پرستاری در بخش‌های اورژانس غیر روانپزشکی

دکتر جواد سلیمی* - دکتر لیلا اعزازی اردی - دکتر مژگان کاربخش داوری*****

* فوق تخصص جراحی عروق، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

** پزشک عمومی، مربی دانشگاه علوم انتظامی

*** متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات تروماو جراحی سینا

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه پرسنل پزشکی مسأله‌ای فراگیر است که به طرق مختلفی روی می‌دهد و عوارض متعددی دارد. خشونت علیه پرسنل پزشکی، پرسنل و مدیران سیستم‌های بهداشتی را درگیر می‌کند و می‌تواند اثر نامطلوبی نیز بر کیفیت مراقبت از بیمار بگذارد. بروز واقعی خشونت در مراکز ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی همچنان ناشناخته است زیرا گزارش‌دهی آن کم انجام می‌شود. بخش اورژانس و پرسنل آن خصوصاً پرستاران به طور ویژه در خطر هستند ولی به دلیل نبود سیستم ثبت و گزارش دهی وقایع، سابقه تحقیق در این رابطه در کشور ما بسیار محدود است. این مطالعه اکتشافی به منظور نشان دادن فراوانی خشونت علیه پرسنل پرستاری شاغل در بخش اورژانس سه بیمارستان اصلی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۳ انجام شده است.

روش بررسی: پرسشنامه این پژوهش مقطعی توسط ۱۳٦ نفر از پرسنل پرستاری شاغل در بخش اورژانس سه بیمارستان امام خمینی، دکتر شریعتی و سینا، تکمیل و سپس جمع آوری شد. پرسشنامه شامل اطلاعات فردی و سؤالاتی در زمینه تجربه انواع خشونت و گزارش دهی آن بود. از نرم افزار آماری SPSS 11.5 جهت ورود و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۳٦ نفر پرسنل پرستاری در مطالعه ما شرکت کردند که ٦٦/۹٪ از ایشان زن و ۳۱/٦٪ مرد بودند. شیوع کلی خشونت بسیار بالا بود (۹۸/٦٪) که در مورد خشونت کلامی ۹۷/۸٪ در خشونت جسمی ۳۹/۷٪ و سایر انواع خشونت غیر جسمی ۸٦٪ بود. میزان گزارش دهی، در مورد خشونت جسمی بیشتر از دیگر انواع بود (٦٤/۲٪ در مقابل ۳۰/۷٪ و ۳۱/۸٪ به ترتیب در خشونت کلامی و سایر انواع). دلیل کم گزارش دهی از سوی پاسخ دهندگان، اعتقاد به بی فایده بودن این کار و اهمیت ندادن به موضوع، عنوان شده است. دلایل بروز خشونت نیز از نظر اکثریت پاسخ دهندگان، مدت زمان طولانی انتظار در اورژانس، بالا بودن هزینه‌های مستقیمی که بیماران باید بپردازند و عدم پوشش کافی بیمه‌ها و کم بودن تعداد پرسنل بخش اورژانس ذکر شده است. نگرانی از وقوع دوباره خشونت در آینده از سوی ۹۱/۱٪ از پاسخ دهندگان اظهار شد.

نتیجه گیری: مواجهه با خشونت خصوصاً نوع کلامی، بین پرستاران شاغل در بخش اورژانس بالاست ولی علیرغم شیوع نگرانی از وقوع مجدد آن، گزارش‌دهی موارد و پیگیری‌های قانونی کم انجام می‌شود. به نظر می‌رسد برگزاری دوره های آموزشی مدون در مورد پیشگیری و نحوه برخورد با رفتارهای خشونت آمیز، ارتقاء سیستم‌های مراقبتی مثل نگهبانی، آموزش پرسنل در مورد مهارت‌های ارتباط مناسب با بیماران بتواند نقش مؤثری در کاهش این مشکل داشته باشد.

واژگان کلیدی: خشونت، پرسنل بهداشتی درمانی، پرستاران، بیمارستان، اورژانس

وصول مقاله: ۱۳۸۵/۸/۱۵ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۷

نویسنده مسئول: تهران، خیابان امام خمینی، بیمارستان سینا، مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا، صندوق پستی: ۱۱۳۶۵/۳۸۷۶

mkarbakh@ sina.tums.ac.ir

مقدمه

طبق مطالعات موجود خشونت علیه پرسنل پزشکی، مسأله فراگیر و گسترده‌ای است که دامنه و فراوانی آن رو به افزایش است (۱). برخی محققین معتقدند، روند رو به افزایش خشونت در بیمارستان‌ها تابعی از افزایش فراگیر خشونت در جوامع است (۲). خشونت به طرق مختلفی روی می‌دهد و با عوارض متعددی همراه است که پرسنل بهداشتی و نیز مدیران سیستم‌های بهداشتی را درگیر می‌کند. تهدیدهای کلامی و خشونت جسمی می‌تواند منجر به از دست رفتن روزهای کاری، محدودیت فعالیت یا کار، از بین رفتن اموال، خاتمه اشتغال، تغییر

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

شغل، درمان طبی و حتی مرگ شود (۳،۴). علاوه بر ترومای آنی ناشی از خشونت، تعدد دفعات مواجه شدن با پرخاشگری در محل کار می‌تواند تأثیر تجمعی روی قربانی بگذارد. به این صورت که هر قدر دفعات و شدت واقعه بیشتر باشد، احتمال آسیب‌های روانی عمده بیشتر است (۲). هزینه‌های زیادی در رابطه با خشونت به سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌شود (۳). مثلاً در انگلستان، خشونت علیه پرسنل پزشکی باعث هزینه‌ای برابر ۳۰ میلیون پوند در سال، به علت غیبت از کار و غیره می‌باشد (۱) . تأثیرات جنایی خشونت در سیستم‌های بهداشتی ممکن است منجر به اختلالات اجتماعی و سیاسی همچون اعتصابات کارگری، تعطیلی خدمات بهداشتی و به دنبال آن تظاهر خشم عمومی شود (۳). ضمناً چون خشونت اغلب منجر به آزردگی (دیسترس) در پرسنل می‌شود، ممکن است اثر نامطلوبی بر کیفیت مراقبت از بیمار نیز بگذارد (۱). در عین حال بروز واقعی خشونت در مراکز ارایه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی همچنان ناشناخته است زیرا گزارش‌دهی از آن کم انجام می‌شود (۶ ، ۵). از سوی دیگر تعریف استانداردی از خشونت به خصوص وقتی به آسیب فیزیکی یا حاد منجر نمی‌شود ، وجود ندارد (۳). از میان تعریف‌های بی‌شمار ارایه شده، عوامل خاصی در پژوهش‌ها و مواد منتشره به نظر ثابت مانده است. این عوامل شامل قصد فرد مهاجم، فرآیند شناختی و آسیب جسمی، روانی و یا احساسی ناشی از رفتار است. بر این اساس تعریف زیر پیشنهاد شده است: اولاً: خشونت رفتاری است با قصد آسیب به یک موجود زنده، چه آسیب ایجاد شود یا نشود؛ ثانیاً: خشونت می‌تواند فیزیکی یا کلامی، فعالانه یا منفعل، مستقیم یا غیرمستقیم و معطوف به قربانی یا قربانیان باشد. خشونت می‌تواند با یا بدون اسلحه روی دهد و می‌تواند ترکیبی از روش‌های روانی و احساسی مثل محرومیت یا منع تغذیه، محبت یا مهربانی باشد. خشونت می‌تواند معطوف به خود یا دیگران باشد، همچنین همراه با خشم یا بدون آن روی دهد (۲). لذا سه شکل مختلف خشونت به ترتیب زیر تبیین شده است: تهدیدهای کلامی، بالا بردن صدا (فریاد زدن) و به نام صدازدن به عنوان سوء استفاده کلامی؛ سیلی زدن، نیشگون گرفتن، پرت کردن اشیاء، گاز گرفتن، زدن، هل دادن، کشیدن، چنگ زدن و ... به عنوان خشونت فیزیکی؛ و بلند کردن مشت‌ها، کوبیدن در و تلاش در جهت اعمال خشونت فیزیکی به عنوان سایر انواع در نظر گرفته شده است (۲). براساس نتایج گزارش شده در مطالعه گربریچ و همکارانش، کار کردن در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، روانپزشکی و اورژانس، عوامل خطر مهمی برای قرار گرفتن در معرض خشونت به شمار می روند (۷). در واقع اورژانس و پرسنل آن به طور ویژه در خطر هستند چون به دلیل فعالیت شبانه‌روزی و طبیعت شغلی آنها (ارتباط با بیماران) در معرض خشونت قرار دارند (۸). مراجعین اورژانس ممکن است در شرایط بحرانی باشند و از این رو بیماران و بستگان آنها که به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند، فشارهای جسمی و روانی گوناگونی را مثل نگرانی در مورد خود یا عزیزانشان، ترس و گاهی خشم را تجربه می‌کنند. با توجه به زیاد بودن تماس‌های فردی پرسنل اورژانس با افرادی همچون سوء مصرف کنندگان مواد مخدر و الکل، بیماران دارای مشکلات ذهنی، همراهان عصبانی بیماران - و عوامل منحصر به بخش اورژانس مثل مدت طولانی انتظار، همراهان نگران، محیط شلوغ و پر سر و صدا و ... این افراد بیشتر مستعد قرار گرفتن در معرض خشونت هستند (۶). پرستاران به دلیل حضور و فعالیت بیشتر در اورژانس و ارتباط مستقیم با بیماران حتی بیش از سایر رده های پرسنل پزشکی در معرض انواع خشونت ها قرار دارند. پژوهش‌های مختلف شیوع این پدیده را در میان پرستاران کشورهای مختلف بین ۵۷ تا ۹۳ درصد گزارش نموده‌اند (۴،۹).

مشکل پژوهش در زمینه انواع خشونت علیه پرسنل پرستاری در اثر عامل دیگری نیز پیچیده‌تر شده که عبارتست از این نگرش فراگیر و عمیق که فقط از دیدگاه بیمار به مسأله خشونت نگاه کنیم. این دیدگاه یک سویه، به عنوان تأکید بر حقوق بیمار در مقابل حقوق پرسنل پزشکی (از نظر امنیت) در اذهان بسیاری از افراد شکل گرفته است (۱۰). ناگفته پیداست که این حق هم برای پرسنل و هم برای بیمار و بستگان وی باید وجود داشته باشد که بدون مواجهه با خشونت بتوانند در محیط با دیگران ارتباط داشته باشند و در صورت برخورد با هر نوع رفتار خشونت‌آمیز اقدام قانونی انجام دهند. در کشورهای در حال توسعه، موضوع خشونت علیه پرسنل مراکز بهداشتی به تازگی مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر به دلیل نبود سیستم ثبت و گزارش دهی چنین وقایعی، در این کشورها سابقه تحقیق در این رابطه بسیار محدود است . این مطالعه اکتشافی که از اولین پژوهش‌ها در این زمینه در کشورمان به شمار می رود ، به منظور نشان دادن فراوانی خشونت علیه پرسنل پرستاری شاغل در بخش اورژانس در سه بیمارستان مهم دانشگاه علوم پزشکی تهران طراحی شده است.

روش بررسی

این مقاله بخشی از یک مطالعه مقطعی برای تعیین شیوع خشونت علیه پرسنل پزشکی شاغل در اورژانس غیر روانپزشکی سه بیمارستان مهم دانشگاه علوم پزشکی تهران (امام‌خمینی، سینا و دکتر شریعتی) می‌باشد که در سال ۸۳-۱۳۸۲ در مرکز تحقیقات تروما و جراحی سینا انجام شده است. جهت تهیه این مقاله اطلاعات مربوط به پرسنل پرستاری (پرستاران، بهیاران و کمک بهیاران) مورد استفاده قرار گرفت. بخش اورژانس این بیمارستان‌ها به صورت شبانه‌روزی فعال است و حجم مراجعات بسیار بالایی را از انواع بیماری‌های اورژانس دارد.

حجم نمونه محاسبه شده بر اساس شیوع خشونت علیه پرسنل پزشکی در مطالعات دیگر و با در نظر گرفتن میزان پاسخگویی هشتاد درصد، ۳۲۴ نفر به دست آمد که ۱۳۶ آنها را پرسنل پرستاری تشکیل می دادند. نحوه نمونه گیری، به صورت نمونه‌گیری در دسترس (Accessible Sampling) بود. پرسشگر این مطالعه در روزها و شیفت‌های کاری متفاوتی در اورژانس‌های مورد نظر حاضر شد و

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

پرسشنامه‌های بدون نام را پس از ارایه توضیح در مورد طرح پژوهشی مربوطه و کسب رضایت شفاهی از افراد، توزیع نمود و پس از تکمیل، آنها را جمع‌آوری کرد. از پاسخ‌دهندگان در مورد تجربه خشونت در مراکز اورژانس محل فعالیت طی دوره اشتغال سؤال شد و از آنها خواسته شد در صورت وجود چنین سابقه‌ای مهم‌ترین موارد آن را ذکر کنند . انواع خشونت مطابق منابع موجود به سه دسته تقسیم شد: خشونت کلامی، خشونت فیزیکی با یا بدون آسیب، و سایر انواع که در دودسته دیگر طبقه‌بندی نمی‌شوند (۲) و برای هر یک از این موارد، ستون‌ها و قسمت‌های جداگانه ای جهت پاسخگویی در نظر گرفته شد.

پرسشنامه با توجه به مطالعات دیگری که در این زمینه انجام شده بود شامل پنج قسمت بود: قسمت اول شامل اطلاعات فردی و اجتماعی مثل سن، جنس و سابقه فعالیت در اورژانس. قسمت‌های دوم، سوم و چهارم، سؤالات مرتبط با خشونت کلامی، جسمی و سایر انواع خشونت (از جمله تعداد دفعات، زمان و مکان بروز، مشخصات فرد مهاجم، علت حادثه، گزارش‌دهی واقعه و نگرانی از مواجهه مجدد با خشونت). قسمت پنجم در مورد آموزش در زمینه مقابله با خشونت و راه‌کارهای پیشنهادی فرد برای مقابله با آن بود. سؤالات متناسب با ادبیات مربوطه و برای دستیابی به اهداف مطالعه طراحی شده بود. در پرسشنامه برای هر یک از انواع خشونت، مثال‌های عینی آورده شده بود تا افراد بتوانند نوع خشونت مربوطه را در صورتی که قبلاً تجربه کرده بودند مشخص کنند. با توجه به نو بودن ایده این پژوهش در سطح کشورمان و جهت مطالعه پایلوت اولیه، پرسشنامه توسط ۳۷ نفر از پرسنل اورژانس تکمیل شد و قسمت‌هایی که مبهم بود تغییر داده شد و پس از انجام تغییرات لازم، نسخه نهایی جهت جمع آوری داده‌ها استفاده شد.

آنالیز آماری با نرم افزار آماری SPSS 11.5 انجام شد. تفاوت‌ها از نظر سن و جنس و سابقه فعالیت در اورژانس و سایر متغیرهای مستقل با استفاده از تستهای Student T-Test و مجذور کای پیرسون ارزیابی شد. سطح معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ در نظر گرفته شد .

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۳۶ نفر از پرسنل پرستاری، پرسشنامه را تکمیل نموده و آن را بازگرداندند. میانگین سنی پاسخ دهندگان ۶/۹ ± ۳۳/۸ با میانهٔ ۳۳ سال و محدوده ۵۳-۲۰سال بود. تعداد ۹۱ نفر (۶۶/۹٪) زن، (با میانگین سنی ۷/۰ ±۳۳/۵ سال)، و ۴۳ نفر (۳۱/۶٪) مرد، (۷/۰ ± ۳۴/۴ سال)، بودند. از کل پاسخ‌دهندگان، ۹۵ نفر پرستار (۶۹/۹٪) و ۴۱ نفر بهیار و کمک بهیار (۳۰/۱٪) بودند. تعداد ۶۱ نفر (۴۴/۹٪) از بیمارستان امام خمینی، ۵۶ نفر (۴۱/۲٪) از بیمارستان شریعتی و ۱۵ نفر (۱۴٪) از بیمارستان سینا بودند.

اغلب پاسخ‌دهندگان خشونت را تجربه کرده بودند: ۹۷/۸٪ (۱۳۳/۱۳۶) خشونت کلامی، ۳۹/۷٪ (۱۳۶/ ۵۴) خشونت جسمی و ۸۶٪ (۱۳۶/ ۱۱۷) سایر انواع خشونت. از افراد خواسته شد زمان رویداد مهم‌ترین خشونتی (از هر سه نوع) را که تاکنون تجربه کرده‌اند حدوداً بیان کنند که بیش از ۶۸٪ پاسخ دهندگان، اظهار کردند که مهم‌ترین مورد خشونتی که تاکنون تجربه کرده‌اند در طی یک‌سال گذشته بوده است (از هر سه نوع خشونت) از میان پاسخ‌دهندگان ۱/۴٪ (۲/۱۳۶) بیان نمودند که تجربه هیچ نوع خشونتی را در طی دوران فعالیت خود در اورژانس نداشتند، و هر دو نفر مؤنث بودند. در کل ۳۷/۵٪ از پاسخ‌دهندگان (۵۱/۱۳۶) هر سه نوع خشونت را تجربه کرده بودند. از کل پاسخ دهندگان، ۶۶/۴٪ از نظر تجربه کار در اورژانس نسبتاً تازه کار بودند (با سابقه ۵-۰ سال). جدول ۱ توزیع فراوانی افراد تجربه کننده خشونت را بر حسب متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک نوع خشونت نشان می‌دهد.

ارتباط معنی‌داری بین سن، جنس و میزان تجربه کار در اورژانس با تجربه یا عدم تجربه هیچ یک از انواع خشونت به دست نیامد. همچنین بین سن و جنس با تعداد دفعات مواجهه با انواع خشونت نیز ارتباط معنی داری یافت نشد.

اما ارتباط معنی‌داری بین میزان تجربه کار در اورژانس با تعداد دفعات مواجهه با خشونت کلامی (P=۰/۰۰۴) و همچنین بین تجربه کار در اورژانس با تعداد دفعات مواجهه با دیگر انواع خشونت غیرفیزیکی به دست آمد (P=۰/۰۴) بدین صورت که با افزایش سابقه فعالیت در اورژانس، تعداد موارد رویارویی با خشونت کلامی و دیگر انواع خشونت غیر فیزیکی افزایش می یافت.

در مورد ارتباط بین جنسیت فرد مهاجم با جنسیت فرد مورد خشونت قرار گرفته، نشان داده شد که خشونت فیزیکی و دیگر انواع خشونت غیر کلامی نسبت به پرسنل مذکر بیشتر از جانب مهاجمین مذکر صورت گرفته ولی در مورد پرسنل خانم، خشونت از جانب هر دو جنس وجود داشت (به ترتیب P=۰/۰۴ و P=۰/۰۲). در مورد محل رخداد خشونت، شایع‌ترین محل، درمانگاه اورژانس (در ۶۷/۶٪ از تجربه کنندگان خشونت کلامی، ۷۴٪ از تجربه کنندگان خشونت جسمی، و ۷۴/۳٪ از تجربه کنندگان سایر انواع خشونت) و بعد از آن بخش اورژانس بوده است. در مورد علت بروز خشونت، سه علتی که پاسخ دهندگان ذکر کرده بودند و به نظر آنها بیشترین نقش را در وقوع تمامی انواع خشونت داشتند، مدت زمان طولانی انتظار در اورژانس، بالا بودن هزینه‌ها و عدم پوشش کافی بیمه‌ها، و کم بودن تعداد پرسنل بخش اورژانس بوده است.

درصد کمی از افراد قربانی خشونت، اقدام به گزارش حادثه به مسئول ذیربط خود نموده بودند. گزارش دهی حادثه در خشونت کلامی در ۳۰/۷٪، در خشونت جسمی ۶۴/۲٪، و در سایر انواع خشونت، ۳۱/۸٪ انجام شده است. تعداد۱۲۴ نفر(۹۱/۱٪) از کل پاسخ دهندگان نگران وقوع دوباره هر یک از انواع خشونت در آینده بودند. همه کسانی که مورد هر سه نوع خشونت قرار گرفته بودند (۵۱ نفر)، باز هم نگران

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

جدول ۱. توزیع فراوانی افراد تجربه کننده خشونت بر حسب متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک انواع خشونت *

متغیرها		کلامی (n=۱۳۳)	جسمی (n=٥٤)	سایر (n=۱۱۷)
تعداد دفعات				
	۱-۵	۴۶(٪ ۳۴ /۶)	۴۹(٪ ۹۰ /۷)	۴۱(٪ ۳۵)
	۶-۱۰	۱۶(٪ ۱۲)	۵(٪ ۹ /۳)	۱۹(٪ ۱۶ /۲)
	> ۱۰	۷۱(٪ ۵۳ /۴)	۰	۵۷(٪ ۴۸ /۷)
زمان مهم‌ترین تجربه خشونت				
	در عرض یک سال گذشته	۸۹(٪ ۷۱ /۸)	۳۳(٪ ۶۸ /۷)	۷۵(٪ ۷۰ /۱)
	بیش از ۱ تا ۵ سال گذشته	۲۹(٪ ۲۳ /۴)	۱۳(٪ ۲۷ /۱)	۲۷(٪ ۲۵ /۲)
	بیش از۵ سال گذشته	۶(٪ ۴ /۸)	۲(٪ ۴ /۲)	۵(٪ ۴ /۷)
* هویت فرد مهاجم				
	بیمار ترومایی	۲۵(٪ ۱۸ /۷)	۴(٪ ۷ /۴)	۱۷(٪ ۱۴ /۵)
	بیمار غیر ترومایی	۲۱(٪ ۱۵ /۷)	۴(٪ ۷ /۴)	۱۸(٪ ۱۵ /۳)
	همراه بیمار ترومایی	۹۷(٪ ۷۲ /۹)	۴۲(٪ ۷۷ /۷)	۹۰(٪ ۷۶ /۹)
	همراه بیمار غیر ترومایی	۵۹(٪ ۴۴ /۳)	۱۱(٪ ۲۰ /۳)	۵۳(٪ ۴۵ /۲)
جنسیت مهاجم				
	مذکر	۴۶(٪ ۳۵ /۴)	۳۲(٪ ۶۲ /۷)	۳۲(٪ ۲۸ /۳)
	مؤنث	۲۳(٪ ۱۷ /۷)	۱۵(٪ ۲۹ /۴)	۲۲(٪ ۱۹ /۵)
	هر دو جنس	۶۱(٪ ۴۶ /۹)	۴(٪ ۷ /۸)	۵۹(٪ ۵۲ /۲)
زمان بروز خشونت				
	صبح و ظهر	۲۹(٪ ۲۲ /۷)	۲۰(٪ ۴۰)	۲۲(٪ ۲۰ /۶)
	عصر وشب	۶۱(٪ ۴۷ /۷)	۲۳(٪ ۴۶)	۴۸(٪ ۴۴ /۹)
	هر دو شیفت	۳۸(٪ ۲۹ /۷)	۷(٪ ۱۴)	۳۷(٪ ۳۴ /۶)
روز حادثه				
	تعطیل	۱۵(٪ ۱۱ /۷)	۱۴(٪ ۲۹ /۲)	۱۵(٪ ۱۳ /۵)
	غیر تعطیل	۵۸(٪ ۴۵ /۳)	۲۲(٪ ۴۵ /۸)	۴۴(٪ ۳۹ /۶)
	هر دو	۵۵(٪ ۴۳)	۱۲(٪ ۲۵)	۵۲(٪ ۴۶ /۸)
دلیل عدم گزارش دهی				
	اهمیت ندادن به موضوع	۴۳(٪ ۳۳ /۶)	۷(٪ ۱۳ /۲)	۳۷(٪ ۳۳ /۶)
	اعتقاد به بی فایده بودن این کار	۴۴(٪ ۳۴ /۴)	۱۲(٪ ۲۲ /۶)	۳۸(٪ ۳۴ /۵)

* در مورد این متغیر ، جمع هر یک از ستونهای مربوط به انواع خشونت برابر صد نمی‌شود که دلیل آن ، انتخاب بیش از یک حالت توسط پاسخ دهندگان است .

وقوع مجدد هر یک از انواع خشونت بودند.

از شـرکت کنندگان در مطالعه ۴/۵٪، اظهار نمودند که در زمینه پیشگیری و اداره خشونت، آموزش دیده بودند، امـا قریب به ۸۰ درصد پاسخ‌دهندگان در تمام گروه‌ها تمایل به گذراندن دوره‌های آموزشی در زمینه کنترل و اداره خشونت داشتند.

بحث

شـیوع خشـونت کلامی یا فیزیکـی علیه پرسـنل در بخش‌های اورژانس کشور ما شناخته شده نیست و با بررسی‌های انجام شده، پیش از این نیز، مطالعه ای در این زمینه انجام نگرفته اسـت. شیوع ۹۸/۶٪ خشونت علیه پرسـنل پرستاری شاغل در اورژانس‌های سه بیمارستان

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

مورد مطالعه، در مقایسه با مطالعات دیگر که شیوع بین ۶ تا ۹۸٪ را در مورد انواع خشونت در اورژانس‌ها اعلام کرده‌اند (۶) در محدوده بالای طیف قرار می‌گیرد. از این رو به نظر می رسد که خشونت در اورژانس‌های غیر روانپزشکی شایع است ولی علی‌رغم اهمیت آن و تأثیرات سوء متفاوتی که بر روحیات، عملکرد و سلامت فرد دارد، کمتر کسی آن را گزارش می‌کند؛ این یافته‌ها توسط مطالعات دیگر نیز ثابت شده است (۸، ۴، ۳). لذا اتخاذ تدابیری جهت پیشگیری از اعمال خشونت علیه پرسنل پرستاری کاملاً ضروری است چرا که اثرات این امر بر روی پرسنل، در نهایت تأثیرات سوء زیادی بر مراقبت از بیمار می‌گذارد و سبب افت کیفیت روابط متقابل بیمار و پرستار می‌شود (۵،۱). در مطالعه ما فقط ۱/۴٪ از افراد زمان پرسشگری دچار خشونت در اورژانس نشده بودند و سایر افراد تجربه حداقل یکی از انواع خشونت را تاکنون ذکر کرده بودند. این در حالی است که درصد گزارش دهی خشونت از ۳۰/۷٪ در خشونت کلامی تا حداکثر ۶۴/۲٪ در خشونت جسمی فراتر نبود. در مطالعات دیگر نیز عدم گزارش دهی در بیش از ۷۰٪ موارد وجود داشت (۴،۸).

از میان انواع خشونت، خشونت کلامی شایع‌ترین نوع خشونت بود و خشونت جسمی کمترین شیوع را در بین انواع خشونت علیه پرسنل پرستاری به خود اختصاص داد که این نتیجه با نتایج مطالعات دیگر نیز شباهت دارد (۱۱،۱۲، ۹، ۵) فراوانی تجربه خشونت کلامی بسیار بالا بود (۹۷/۸٪) که بالاتر از فراوانی گزارش شده در مطالعات دیگر(۵۷ تا ۹۳٪) است (۹، ۴). فراوانی نسبتاً بالای خشونت کلامی در مطالعه ما شاید به دلیل این امر باشد که در تحقیق ما موارد خشونت در بخش اورژانس در تمام دوران فعالیت شغلی فرد مورد پرسش قرار گرفته در حالی‌که در اغلب مطالعات، فقط مقطع خاصی از زمان، مثلاً یک سال اخیر مورد سنجش قرار گرفته است؛ البته پژوهشگران این تحقیق از ابتدا به این تفاوت واقف بودند ولی به علت ماهیت اکتشافی این پژوهش و اینکه اطلاع قبلی در مورد شیوع این پدیده وجود نداشت، تصمیم گرفته شد که از افراد در مورد تجربه خشونت در تمام دوران فعالیت کاری پرسش شود. از سوی دیگر بالا بودن فراوانی خشونت کلامی می‌تواند ناشی از این امر باشد که در کشور ما به صورت سنتی حرفه پرستاری بیشتر موردپسند و توجه خانمهاست و کمتر آقایان به آن مشغول می‌شوند؛ بنا براین بیشتر احتمال دارد که بیمار یا بستگان وی از خشونت فیزیکی نسبت به یک خانم خودداری کرده، خشم و ناامیدی خود را به صورت خشونت کلامی بیان کنند. در مقابل، فراوانی تجربه خشونت فیزیکی (۳۹/۷٪) در طیف وسیعی که منابع مختلف برای شیوع این پدیده عنوان کرده اند (۷ تا ۷۴٪) می گنجد (۴،۵،۹،۱۳). مطالعاتی که فراوانی‌های بالاتری از خشونت جسمی را در پرسنل اورژانس به دست آورده اند، یکی از دلایل آن را وجود افراد الکلیک یا بزهکار در آن جوامع ذکر کرده اند (۵).

با افزایش سابقه فعالیت در اورژانس، تعداد موارد رویارویی با خشونت کلامی و دیگر انواع خشونت غیر فیزیکی به طور معنی داری افزایش داشت که احتمالاً علت آن افزایش تجمعی میزان مواجهه با خشونت در طی زمان است (۴) و از این رو انتظار می‌رود تعداد وقایع خشونت‌بار با افزایش سابقه کار در اورژانس افزایش یابد (۹، ۵، ۴). براساس برخی مقالات افرادی که سابقه کاری کمی دارند بیشتر در معرض مواجهه با رفتارهای خشونت آمیز هستند (۳،۹،۱۴)، ولی چون در مطالعه ما پرسش در مورد تجربه خشونت مربوط به تجربه تا کنون (تا زمان پرسشگری) بود، ارزیابی این مطلب نیاز به پژوهش‌های دیگری دارد که لزوماً از تجربه خشونت در یک مقطع زمانی خاص (مثلاً یک‌سال گذشته) از فرد سؤال شود و نتایج بر حسب تجربه تحلیل شود. برخلاف برخی دیگر از مطالعات بین سن و جنس با تجربه خشونت و تعداد دفعات مواجهه با خشونت ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۲،۳،۱۴). البته با توجه به بیشتر بودن قابل ملاحظه تعداد خانم‌ها و نیز افراد جوان در مطالعه ما، بررسی دقیق ارتباط این دو متغیر (سن و جنس) نیاز به مطالعه ای دارد که به طور اختصاصی با این هدف طراحی شده باشد .

از سوی دیگر، اکثریت پرستاران شاغل در اورژانس سه بیمارستان بزرگ دانشگاه علوم پزشکی تهران که پاسخگوی بسیاری از مشکلات بهداشتی اورژانس این شهر هستند کمتر از ۵ سال سابقه کار در اورژانس دارند و به اصطلاح تازه کار هستند (۶۶/۴٪)؛ به نظر می‌رسد مشابه برخی پژوهشهای انجام شده در سایر کشورها بسیاری از پرسنل بهداشتی ، زندگی حرفه‌ای خود را از بخش اورژانس آغاز می‌کنند (۴).

اغلب تجربه کنندگان خشونت، مهم‌ترین مورد پیش آمده را ظرف کمتر از یک سال گذشته ذکر نمودند، این امر می تواند ناشی از این باشد که حوادث اخیرتر، راحت‌تر توسط افراد به خاطر آورده می شوند ولی از سوی دیگر می تواند بیانگر این امر باشد که خشونت پدیده ای است که مکرراً اتفاق می افتد و افراد در بسیاری از موارد در سال قبل از پژوهش، متحمل شدید ترین نوع آن بوده‌اند. ۵۳/۴٪ از پاسخ دهندگان در طی فعالیت حرفه ای خود در بخش اورژانس بیش از ۱۰ بار قربانی خشونت کلامی شده بودند. بیش از ۶۵٪ موارد خشونت کلامی و سایر انواع خشونت (غیر فیزیکی)، بیش از ۵ بار قربانی خشونت شده بودند. این نتیجه مشابه یافته ریپون می‌باشد (۲). از آنجا که با افزایش میزان تماس با بیماران، خطر نیز افزایش می‌یابد (۷)، لذا پرسنل در معرض تماس بیشتر با بیماران، باید در مورد خطر مورد انتظار، طرح‌های پیگیری در نظر گرفته شده برای حمایت از کارکنان و پیشگیری از وقوع مجدد در آینده آموزش ببینند.

در مطالعه ما نیز مشابه برخی مطالعات دیگر در اکثر موارد فرد مهاجم از همراهان بیمار و یا خود فرد بیمار به علاوه یکی از همراهانش بوده است (۱۱). با توجه به اینکه اکثر موارد خشونت از سوی همراهان رخ داده و محل آن نیز اغلب در درمانگاه اورژانس بوده است، اتخاذ تدابیری جهت کاهش حضور همراهان در درمانگاه اورژانس ممکن است در کاهش میزان بروز خشونت مؤثر باشد.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

همانگونه که در مطالعه ما نیز مشاهده شد، در اغلب موارد جنسیت فرد مهاجم مذکر است (۱۳). بیشتر موارد خشونت در شیفت های عصر و شب و پس از آن شیفت‌های صبح و ظهر روی داده بود که مقالات متعددی الگوی زمانی مشابهی را گزارش کرده بودند (۱۳، ۹، ۳). بروز بالاتر خشونت در شیفت عصر و شب می‌تواند با بالا بردن سیستم‌های مراقبتی مثل نگهبانی در این شیفت‌ها کاهش یابد.در مورد فراوانی خشونت در روزهای تعطیل و غیر تعطیل، با توجه به اینکه از افراد مورد مطالعه به طور کلی در مورد تجربه خشونت تاکنون (ever experienced) سؤال شده بود، امکان استخراج تعداد روزهای تعطیل به عنوان مبنایی برای محاسبه تعداد منتظره (expected) از کل موارد خشونت وجود نداشت ولی با توجه به بالا بودن درصد تجربه خشونت در روزهای تعطیل (از ۱۱/۷٪ در خشونت کلامی تا ۲۹/۲٪ در خشونت جسمی) به نظر می رسد وقوع خشونت در روزهای تعطیل بالاتر از حد انتظار باشد که این یافته‌ها می تواند تا حدودی منتسب به تفاوت در حجم ملاقات‌های بیمارستانی در زمان‌های فوق‌الذکر باشد (۳).

در مورد علت بروز خشونت نیز اکثراً علت آن را معطلی زیاد بیمار در اورژانس، بالا بودن هزینه‌ها و عدم پوشش کافی بیمه‌ها و کم بودن تعداد پرسنل پزشکی نسبت به بیماران در اورژانس ، عنوان نموده اند. در سایر مطالعات نیز به سوءمصرف مواد مخدر و الکل، وجود مشکلات ذهنی در بیماران و مشکلات خاص سیستم اورژانس - همچون معطلی بیمار، تنش زیاد و محیط شلوغ - به عنوان عوامل زمینه‌ساز بروز خشونت اشاره شده است (۵،۱۵). با دقت در اولویت‌بندی علت بروز حادثه طبق نظر پرستاران مورد مطالعه، انجام مداخلات لازم در جهت کاهش این علل نیز ضروری به نظر می‌رسد که شاید بتوان با استفاده از نیروهای با تجربه‌تر در اورژانس و برگزاری کارگاه‌های آموزشی راه‌کارهای پیشگیری از خشونت، این علل را کاهش داد (۱۵، ۱۴، ۵ ، ۲).

نگرانی پرستاران از قرار گرفتن در معرض خشونت کلامی یا جسمی در سایر مطالعات نیز همانند مطالعه ما شایع بود (۴). همه کسانی که مورد هر سه نوع خشونت قرار گرفته بودند (۵۱ نفر)، باز هم نگران وقوع مجدد هر یک از انواع خشونت بودند. این نگرانی که شاید ناشی از کاهش اعتماد به نفس فرد در اثر مواجهه مکرر با خشونت باشد، خود می تواند منجر به کاهش رضایت شغلی، احساس سلامت و کاهش کیفیت ارتباط بین بیمار و پرسنل درمانی شود (۴).

همانطور که در پژوهش‌های قبلی هم مشاهده شده بود، درصد کمی از قربانیان خشونت، اقدام به گزارش حادثه به مسئولین ذیربط نموده بودند که بیشترین میزان گزارش‌دهی مربوط به خشونت فیزیکی بوده است (۱۶، ۱۴)، در مطالعه ما فقط ۳۰/۷٪ موارد خشونت کلامی که از نظر فرد مهم تلقی می شده و ۶۴/۲٪ موارد فیزیکی گزارش شده بودند، علت این امر شاید این باشد که اکثر موارد خشونت علیه پرسنل، آسیب آنی جدی یا صدمه جسمی ایجاد نمی‌کنند و لذا گزارش نشده باقی می‌مانند. از سوی دیگر عده ای، این قبیل اتفاقات را بخشی از شغل خود می‌دانند و گزارش‌دهی آن را یک کار خلاف شئونات حرفه‌ای و حتی درخور سرزنش می‌پندارند (۱۶، ۱۰، ۸، ۴).

علت گزارش ندادن موارد خشونت از سوی پاسخ‌دهندگان، از یک سو، اعتقاد به بی‌فایده بودن این کار و از سوی دیگر، اهمیت ندادن به مسأله عنوان شده است که این دو علت از سوی مطالعات دیگر نیز به عنوان دلایل عدم گزارش‌دهی معرفی شده است (۱۴،۱۶).

سیستم‌های قانونی در رابطه با خشونت در محل کار وجود ندارد و اکثر موارد گزارش شده نیز بدون پیگیری باقی می‌مانند. بنابراین پرسنل دلیلی برای گزارش‌دهی نمی‌بینند، زیرا نتیجه‌ای ندارد و مشکل همچنان باقی است. به طور مشابه، به نظر می‌رسد مسئولین بیمارستان نیز معمولاً سکوت و بی تفاوتی نسبت به چنین مشکلاتی را ترجیح می‌دهند. پاسخ‌های داده شده توسط سرپرستهای مربوطه نیز ممکن است بی‌فایده باشد. پرسنل مورد خشونت کلامی یا جسمی قرار گرفته هنوز هم نمی‌توانند حتی مرخصی استعلاجی بگیرند. بنابراین اگرچه اغلب پرسنل دریافته‌اند که این حق آنهاست که اقدام قانونی علیه این وقایع انجام دهند، این را هم می‌دانند که با این کار چیزی به دست نمی‌آورند و اکثراً ترجیح می‌دهند که صرف نظر کنند و سعی کنند واقعه را فراموش نمایند (۴). با توجه به کم گزارش شدن این وقایع و علل آن، به نظر می‌رسد ایجاد و معرفی اداراتی برای گزارش‌دهی حادثه و پیگیری امر در بهبود روحیهٔ پرسنل، افزایش میزان رضایت شغلی و حفظ شغل، کاهش ترس، بهبود روابط بین بیمار و پرسنل و پیشگیری از بروز خشونت تأثیر بسزایی داشته باشد (۱۹ - ۱۷، ۱۴، ۷، ۴).

آموزش‌های گذرانده شده در زمینه مقابله با خشونت احتمالاً به صورت آموزش مدون نبوده و فقط مطالبی در لابلای موضوعات دیگر طرح شده بود، یا افراد آموزش دیده افرادی بودند که در خارج از کشور تحصیل کرده بودند، البته این موضوعات در مطالعه ما به تفکیک مورد بررسی قرار نگرفته بود. با توجه به تعداد بسیار کم پرسنلی که در زمینه مقابله با خشونت شغلی آموزش دیده بودند امکان ارزیابی تأثیر آموزش در وقوع خشونت و یا تعداد دفعات رویارویی با آن وجود نداشت ولی با این حال اکثر پاسخ‌دهندگان با ضرورت آموزش مداوم در مورد پیشگیری و نحوه برخورد با رفتار خشونت‌آمیز در بخش اورژانس موافق بودند.

در آموزش سنتی علوم پزشکی ما امنیت بیمار اولین اولویت است با این حال با افزایش بروز خشونت در جامعه، افزایش خطر بروز خشونت علیه پرسنل بهداشتی نیز اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین امنیت شغلی پرسنل شاغل در بیمارستان‌ها نیز نیاز به توجه دارد. مسئولین بیمارستان باید در جهت اجرای برنامه‌های آموزشی مستمر برای پرسنل و نگهبانان امنیتی بیمارستان در جهت پیشگیری و پاسخ‌دهی مناسب به خشونت و تهاجم تلاش کنند. آموزش در مورد خشونت و بد رفتاری باید بخشی ضروری از برنامه آموزشی رشته‌های علوم پزشکی باشد. سطح توانمندی نگهبانان امنیتی بیمارستان باید ارتقا

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

داده شـود و از نظر امکانات دفاعی به میزان کافی تجهیز شـده و برای مداخله سـریع و بدون ترس و نگرانی در موارد ضروری اختیار داشـته باشـند (۴). با افزایش حمایت‌های سـازماندهی شـده و کافی از سوی مسئولین بیمارسـتانی و اتخاذ تدابیری برای رسیدگی قانونی به موارد بروز خشـونت، همچون دایر کردن اداراتی که پرسنل بتوانند در موارد بروز خشـونت شـغلی به آن مراجعه کنند و پیگیری امور از آن طریق انجام شود، روحیه پرسـنل ارتقا می‌یابد؛ کیفیت خدمات شغلی بهبود پیدا می‌کند و در دراز مدت سبب کاهش بروز خشونت شغلی می‌گردد (۱۴، ۷، ۱). بـا افزایـش تعداد پرسـنل در بخش اورژانـس و خصوصاً اسـتفاده از نیروهای با تجربه‌تر می‌توان زمـان انتظار بیماران و به تبع آن احسـاس مورد غفلت قرار گرفتن و رسیدگی نشدن از سوی پرسنل درمانی را کاهش داد. افزایش پوشـش بیمـه‌ای بیماران، از راهکارهای مهـم و مؤثر در کاهش میزان بروز خشـونت شـغلی در مراکز درمانی اسـت. محول نمودن اقدامات حاشـیه‌ای در مراحل مختلف تشخیص و درمـان، بـه بیمار و یا همراهان وی، مثل تهیـه تجهیزات و دارو و یا پیگیـری اقدامات پاراکلینیکی نیز می تواند سـبب نارضایتی و افزایش زمینه‌های بروز خشونت از سوی بیمار و یا بستگان وی شود؛ لازم است تدابیر لازم در این خصوص از سـوی مدیران بیمارسـتان و مسـئولین بخش‌های اورژانس اندیشیده شود.

محدودیت‌هـای بالقـوه در روش اجـرای ایـن مطالعـه شـامل خطـای احتمالـی در یادآوری و خطای انتخاب اسـت. تکیه بر حافظه پاسـخ‌دهندگان ممکن است سـبب شده باشـد که افراد مورد مطالعه بیشـتر موارد شدیدتر را به یاد آورند یا موارد خفیف‌تر را فراموش کرده باشند. محدود کردن یادآوری خاطرات به دوازده ماه گذشته به صورت موفق در دیگر مطالعات مربوط به خشـونت در محل کار استفاده شده اسـت (۷). خطـای بالقوه انتخاب، محدودیت دیگری اسـت که در آن شـرکت کنندگان در این پژوهش به هر دلیلی ممکن اسـت نسبت به افرادی که در نمونه ما قرار نگرفتند تجربه بیشتر یا کمتری از خشونت داشـته باشـند. همچنین به دلیل انتخاب مراکز محدود و صرفاً بخش اورژانس، نتایج مطالعه لزوماً قابل تعمیم به سایر بخش‌های بیمارستانی و مؤسسات بهداشتی نیست.

نهایتـاً اینکه فقط فراوانی خشـونت از سـوی بیماران نسـبت به پرسـتاران مورد ارزیابی قرار گرفته است، و فراوانی خشونت احتمالی از سوی سایر پرسنل و همکاران نسبت به فرد یا از سوی پرسنل نسبت به بیماران مورد بررسی قرار نگرفت. در این خصوص این نکته شایان توجه اسـت که با توجه به شـرایط پر تنش و آزاردهنده‌ای که بیمار اورژانس و همراهان وی در آن به سـر می‌برند، برخورد پرسنل و انجام اقدامات لازم، بخشـی از هنر پرسـتاری و از اصول اخلاقی است که در بسیاری از کشـورها، آموزش این مهارت‌ها (برقراری ارتباط مناسب با بیماران، بیان اخبار ناگوار و ...) جزئی از برنامه آموزشـی دانشجویان پرستاری و پزشکی است که در کشور ما وجود ندارد. افزایش توانمندی‌ها و مهارت-های عملی در این زمینه و پایبندی به اصول اخلاقی و قداسـت حرفه پزشـکی از جنبه های مهم در کاهش خشـونت و آرام کردن بیماران و همراهان آنها در چنین شرایطی است که این جنبه ها در مطالعه ما به طور اختصاصی مورد توجه قرار نداشت.

پژوهش‌هـای آتـی بـرای تعییـن عوامل خطـر سـاز و توصیف اپیدمیولوژی خشـونت نسبت به سـایر گروه‌های شاغل در قسمت‌های مختلـف نظام ارایه خدمات بهداشـتی درمانی ضروری اسـت تا بتوان راهکارهای پیشگیرانه و حمایتی مناسب را ارایه داد.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشـی از طرح تحقیقاتی اسـت که در مرکز تحقیقات تروما و جراحی سـینا انجام شده است، نویسـندگان مقاله بدین‌وسیله مراتب تقدیر و تشـکر خود را برای همکاری صمیمانه کارکنان محترم و تلاشـگر این مرکز به خصوص جناب آقای دکتر خاجی و نیز پرسنل محترم اورژانس بیمارستان‌های مورد مطالعه که وقت ارزشمند خود را در اختیار ما قرار دادند اعلام می کنند.

References

1. Whittington, R, Wyker T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. Journal of Clinical Nursing. 1996 July; 5 (4): 257 – 261.
2. Rippon Thomas J.Aggression and violence in health care professionsi. Journal of Advanced Nursing 2000 Feb; 31(3): PP 452-460.
3. Adib S M, Al-Shatti A K, et al. Violence against nurses in health care facilities in Kuwait. International journal of nursing studies. 2002; 39: 469-478.
4. Senuzum Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. International Nursing Review. 2005 June. 52(2): 154-160.
5. Fernandes Christopher MB, Bouthillette France, Raboud Janet M, Bullock Linod, Moore Catherine F, Chistenson James M, Grafstein Eric, Rae

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]

Sandra, Ouellet Leisa, Gillrie Clay, Way Michele. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. Canadian Medical Association Journal. 1999; 161(10): 1245-1252.

6. Ayranci U. Violence toward health care workers in emergency departments in west Turkey. The Journal of Emergency Medicine. 2005; 28(3): 361-365.
7. Findorff MJ, McGovern PM, Wall M, Gerberich SG, Alexander B. Risk factors for work related violence in a health care organization. Inj Prev. 2004; 10: 296-302.
8. Lyneham J. Violence in New South Wales Emergency Departments. Aus J Adv Nurs 2000; 18: 8-17.
9. Wells John, Bowers Len. How prevalent is violence toward nurses working in general hospitals in the UK? Journal of Advanced Nursing. 2002 Aug; 39 (3): 230 – 240.
10. Lanza Marilyn Lewis. Nursing staff as victims of patient assault. In: Burr S. Eichelman, Anne c. Hartwig. Patient violence and the clinician. American Psychiatric Press; 1993.
11. Uzon O. Perceptions and experiences of nurses in Turkey about verbal abuse in clinical settings. J Nurs Scholarsh. 2003; 35(1): 81-85.
12. Duchateau FX, Bajolet – Laplante MF, Chollet C, Richard – Hibon A, Marty J. Exposure of French emergency medical personnel to violence. Ann Fr Anesth Reanim. 2002 Dec; 21(10): 775-778.
13. Grange JT, Corbett SW. Violence against emergency medical services personnel. Prehosp Emery Care. 2002 Apr- Jun; 6(2): 186-190.
14. Burr S Eichelman, Anne C. Hartwig. Patient violence and the clinician. American Psychiatric Press; 1993.
15. Whittington R, Shuttle Worth S, Hill L. Violence to staff in a general hospital setting. Journal of Advanced Nursing. 1996 Aug; 24(2): 326-333.
16. Ray Braithwaite. Violence, understanding, intervention and prevention. Radcliffe Professional Press; 1992.
17. US Department of Health and Human Services. Violence in the workplace: risk factors and prevention strategies. DHHS (NIOSH) Publication; No 96-100.
18. US Office of Personnel Management. Dealing with workplace violence: a guide for agency planners; 1998.
19. Smith – Pittman Mable H, Mc Koy Yvonne D. Workplace violence in health care environments. Nursing Forum; 1999 July- September; 34(3);5-13.

[Downloaded from sjfm.ir on 2026-09-12]