

Workplace Violence against Medical Residents in Different Clinical Specialties at Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2019

Shahnam Arshi¹, Ali-Asghar Kolahi^{2*}

1. Professor of Infectious Disease, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor of Community Medicine, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Ali-Asghar Kolahi, Social Determinants of Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

Received: 27 July 2022

Accepted: 17 October 2022

Published: 30 October 2022

How to cite this article:

Arshi Sh, Kolahi AA. Workplace Violence against Medical Residents in Different Clinical Specialties at Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2019. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2022; 9(5): 52-64. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i5.31647>.

Abstract

Background and Objective: The objective of this study was to determine the incidence of workplace violence (WPV) against residents of clinical medicine in Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2019.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study was conducted with the participation of 219 clinical medical residents of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2019. To collect data, an edited version of the Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study questionnaire was completed in one interview session.

Results: Total of 219 residents were studied, of which 85 (38.8%) had experienced physical WPV, and 207 (94.5%) were subjected to psychological WPV at least once in the last 12 months. During this period 21 (80.8%) emergency medicine, 11 (64.7%) psychiatry, 31 (47.0%) surgical sciences, and 22 (20.0%) internal medicine residents, had experienced physical WPV. Male and first-year residents were more subjected to physical workplace violence than female and second-year ($P < 0.001$). All residents in emergency medicine, psychiatry, and surgery groups, and 98 (89.1%) residents of internal medicine groups reported experiencing psychological violence at work during the last 12 months. The residents in the first year were more victims of psychological violence in the workplace than in the second year ($P < 0.001$).

Conclusion: The study shows nearly one-third of the studied residents had been subjected to physical WPV, and roughly all had encountered psychological WPV at least once in the past 12 months. The most violence was directed at emergency medicine and psychiatry residents and the first year.

Keywords: Workplace Violence; Medical Residents; Teaching Hospital

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose except that the corresponding author of this article is this Journal's chief editor.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.SBMU.MSP.REC.1397.764

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

خشونت محل کار علیه دستیاران رشته‌های تخصص بالینی پزشکی در بیمارستان های دانشگاه علوم

پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸

شهنام عرشی^۱ و علی اصغر کلاهی^{۲*}

۱. استاد بیماری‌های عفونی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشیار پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: علی اصغر کلاهی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Email: a.kolahi@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: مهر ۱۴۰۱

تاریخ دریافت: مرداد ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: هدف از انجام این مطالعه تعیین میزان بروز خشونت محل کار علیه دستیاران رشته‌های تخصص بالینی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ و همچنین مقایسه آن بین رشته‌های تخصصی بالینی پزشکی می باشد.

روش و مواد: این مطالعه توصیفی-تحلیلی با مشارکت ۲۱۹ دستیار تخصص بالینی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای جمع‌آوری داده، نسخه‌ی ویرایش شده‌ای از پرسشنامه Workplace Violence In The Health Sector Country Case Study در یک جلسه مصاحبه حضوری تکمیل شد.

یافته‌ها: از مجموع ۲۱۹ دستیار مورد مطالعه، ۸۵ (۳۸/۸٪) دستیار حداقل یک بار در ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی و ۲۰۷ (۹۴/۴٪) دستیار نیز حداقل یک بار مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند. در طی ۱۲ ماه گذشته، ۲۱ (۸۰/۸٪) دستیار طب اورژانس، ۱۱ (۶۴/۷٪) دستیار روان‌پزشکی، ۳۱ (۴۷٪) دستیار گروه رشته‌های جراحی و ۲۲ (۲۰٪) دستیار گروه رشته‌های داخلی تجربه خشونت فیزیکی محل کار داشتند. دستیاران مرد و سال اول بیشتر از دستیاران زن و سال دوم مورد خشونت فیزیکی محل کار قرار گرفته بودند ($P < ۰/۰۰۱$). تمامی دستیاران رشته‌های طب اورژانس، روان‌پزشکی و گروه رشته‌های جراحی و ۹۸ (۸۹/۱٪) دستیار گروه رشته‌های داخلی تجربه خشونت روانی محل کار در طی ۱۲ ماه گذشته گزارش کردند. دستیاران سال اول بیشتر از سال دوم مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد بیش از یک سوم از دستیاران مورد مطالعه، حداقل یک بار مورد خشونت فیزیکی و تقریباً تمام دستیاران حداقل یک بار مورد خشونت روانی محل کار در طول ۱۲ ماه گذشته قرار گرفته بودند. بیشترین خشونت متوجه دستیاران طب اورژانس و روانپزشکی، سال اول بوده است.

واژگان کلیدی: خشونت محل کار، دستیاران بالینی، تخصص های پزشکی، بیمارستان آموزشی.

مقدمه

خشونت‌های محل کار (Workplace Violence) عبارت است از هر گونه رفتار عامدانه فیزیکی (Physical Violence) یا روانی (Psychological Violence) علیه فردی در محل کار که امکان ایجاد آسیب برای وی وجود داشته باشد (۱). طبق این تعریف تقریباً تمام افراد شاغل در معرض تجربه خشونت محل کار قرار دارند، با این حال، این دست خشونت‌ها علیه کارکنان نظام سلامت، خصوصاً آن دسته از کارکنانی که در تماس مستقیم با بیماران هستند، شیوعی بسیار بالاتر و در حد اپیدمی دارد (۲-۴). در مطالعات مربوط به منطقه خاورمیانه نیز خشونت‌های محل کار، بسیار شایع بوده‌اند. در مطالعه‌ای در عربستان سعودی مشخص شد که نزدیک به ۵۷٪ از پرستاران مورد خشونت قرار گرفته‌اند که شایع‌ترین اشکال آن مورد فحاشی قرار گرفتن و سیلی خوردن بوده است (۵). در تحقیقی دیگر مربوط به اردن و لبنان، به ترتیب ۷۵٪ و ۶۴٪ از پرستاران مورد خشونت محل کار قرار گرفته بودند (۶ و ۷). دستیاران بالینی رشته‌های تخصصی پزشکی نیز مانند پرستاران در خط مقدم نظام سلامت و در بیشترین تماس با بیمار و همراهان ایشان قرار دارند. از طرف دیگر، دستیاران بالینی به علت ماهیت آموزشی و تحت تعلیم بودن، در معرض خشونت محل کار، به ویژه خشونت روانی، از طرف سایر اعضای نظام سلامت، از جمله دستیاران ارشد، اساتید و سرپرستاران نیز هستند که این موضوع به نوبه خود موجب دو چندان شدن شیوع خشونت محل کار علیه دستیاران بالینی می‌شود. به عنوان مثال، خشونت محل کار علیه دستیاران بالینی رشته‌های تخصص پزشکی، در جهان شیوعی بین ۴۵ تا ۹۳٪ دارد (۸ و ۹). در مطالعات دیگر نشان داده شده است که خشونت‌های روانی شایع‌ترین نوع خشونت علیه دستیاران بالینی بوده که عمدتاً از نوع خشونت کلامی (Verbal Abuse) شامل اهانت، تحقیر و تمسخر می‌باشد (۱۰ و ۱۱).

به نظر می‌رسد شیوع و همچنین شدت خشونت‌های محل کار در نظام سلامت، روندی رو به رشد داشته و تأثیرات منفی قابل توجهی در تمام سطوح نظام بهداشتی دارد. خشونت‌های محل کار در سطح فردی منجر به آسیب فیزیکی و روانی، تهدید سلامت اجتماعی، تخریب رابطه پزشک-بیمار و کاهش رضایت شغلی می‌شود. این خشونت‌ها در سطح سازمانی و جامعه نیز منجر به تبعات منفی از جمله کاهش کیفیت درمان، کاهش تحمل شغلی و افزایش هزینه‌ها می‌شود (۱۲). از جمله آثار مخرب خشونت‌های محل کار علیه دستیاران بالینی می‌توان به افسردگی، افکار خودکشی و بی‌انگیزگی نسبت به ادامه تحصیل، اشاره کرد، همچنین، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که دستیاران بالینی افسرده خطای پزشکی بیشتری نسبت به همکاران خود انجام می‌دهند، به همین ترتیب، استرس نیز با خطای پزشکی و کیفیت پایین مراقبت از بیمار، همراهی دارد (۱۳ و ۱۴).

تاکنون اقدامات زیادی در راستای حل مشکل خشونت محل کار در نظام سلامت انجام شده است. اغلب این اقدامات بر آموزش و آماده‌سازی کارکنان، خصوصاً استراتژی‌های کاهش تنش، متمرکز بوده است، با این حال، شواهد اندکی حاکی از مؤثر بودن این برنامه‌ها وجود دارد (۱۵). بخش مهمی از برنامه‌های پیش‌گیری مؤثر از وقوع خشونت‌های محل کار، بحث پیگیری سازمانی (Organizational Follow-Up) است که در مطالعات آکادمیک کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پیگیری سازمانی مجموعه اقدامات و ارزیابی‌هایی است که پس از بروز خشونت محل کار انجام می‌شود و از چهار جزء اصلی تشکیل شده است: ۱) حمایت و کمک به شخص قربانی، شامل اقدامات پزشکی، روانی و همچنین حمایت‌های اجتماعی. این حمایت‌ها نه تنها باید بلافاصله پس از بروز حادثه آغاز شوند، بلکه بایستی به جهت کاهش صدمات بلندمدت، تا زمان مناسب تداوم یابند (۱۶). ۲) گزارش و ثبت واقعه، جزئی حیاتی از روند پیگیری سازمانی است. فرآیند گزارش باید ساده، غیروقت‌گیر و مورد تشویق تیم مدیریتی و اکوسیستم محل کار باشد (۱۷). ۳) ارزیابی و بررسی موشکافانه حادثه به کاهش خطر وقوع مجدد و همچنین مرور یا تجدید نظر در اقدامات پیش‌گیرانه فعلی. ۴) برقراری ارتباط و اطلاع‌رسانی جامع به تمام اعضا و کارکنان درباره حادثه و همچنین پیشرفت روند پیگیری سازمانی (۱۸). پیگیری سازمانی علاوه بر این که به دنبال کاهش تبعات منفی واقعه در سطح فردی است، بهبود گزارش‌دهی و کاهش آثار منفی بر محل کار را نیز در بر می‌گیرد (۱۸). عدم وجود فرآیند پیگیری سازمانی قویاً با افزایش سطح خشونت محل کار و همچنین فقدان جریمه برای فرد مهاجم، همراه بوده

است (۱۹ و ۲۰). باوجود اهمیت موضوع گزارش‌دهی در خشونت‌های محل کار، بخش اعظمی از این حوادث در بخش سلامت گزارش نمی‌شوند و متعاقب آن مورد بررسی و پیگیری سازمانی قرار نمی‌گیرد (۵ و ۲۱). از جمله دلایل عدم گزارش این حوادث می‌توان به ناامیدی از تغییر وضعیت و ترس از وقایع احتمالی مانند از دست دادن شغل اشاره کرد (۲۲). از آن جایی که میزان بروز خشونت‌های محل کار علیه دستیاران بالینی رشته‌های پزشکی در مطالعات مختلف تفاوت چشم‌گیری دارند، به نظر می‌رسد عوامل متعددی در بروز این گونه خشونت‌ها دخیل باشد. از جمله این عوامل می‌توان به سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کار به عنوان پزشک عمومی و رشته تخصص بالینی پزشکی اشاره کرد. خشونت محل کار علیه دستیاران بالینی در برخی گروه‌های خاص می‌تواند به میزان قابل توجهی بیشتر باشد، به عنوان مثال، دستیاران بالینی رشته‌هایی که تماس بیشتری با بیمار، خصوصاً بیماران بدحال، دارند در معرض خشونت محل کار بیشتری قرار دارند. در مطالعه‌ای در ترکیه، مشخص شد که دستیاران بالینی رشته جراحی عمومی، نسبت به سایر همکاران خود به طرز معناداری بیشتر مورد خشونت محل کار قرار گرفته‌اند (۲۳)، همچنین، در مطالعه‌ای در آرژانتین نیز نتیجه‌گیری مشابهی انجام شده است (۲۴).

با توجه به اهمیت فرآیند آموزش دستیاران بالینی و سلامت جسمی و روانی آن‌ها و همچنین تأثیر آن بر سلامت و ایمنی بیماران، تدوین برنامه‌ای پیش‌گیرانه جهت کاهش خشونت‌های محل کار علیه دستیاران بالینی، ضروری به نظر می‌رسد. لازمه‌ی دستیابی به این هدف، وجود آمار دقیق و مستندی از میزان بروز انواع خشونت علیه دستیاران بالینی و همچنین عوامل مؤثر بر آن، می‌باشد. با این حال، تاکنون اغلب مطالعات انجام شده در کشور ایران به خشونت‌های اعمال شده از طرف بیماران و همراهان‌شان پرداخته‌اند و مطالعه‌ای که شامل خشونت‌های روانی و فیزیکی از طرف اساتید و دستیاران بالینی ارشد نیز باشد، انجام نشده است. همچنین تاکنون، مطالعه‌ای به منظور تعیین نقش رشته تخصص بالینی پزشکی در بروز خشونت‌های محل کار، صورت نگرفته است. هدف از انجام این مطالعه تعیین بروز خشونت محل کار علیه دستیاران و مقایسه آن بین رشته‌های تخصص بالینی پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ می‌باشد. یافته‌های این مطالعه، می‌تواند تصویر واضح‌تری از بروز و عوامل مؤثر بر خشونت‌های محل کار علیه دستیاران بالینی رشته‌های تخصص پزشکی ارائه کرده و در زمینه سیاست‌گذاری و تدوین برنامه‌های پیش‌گیرانه مؤثر، کمک شایانی به تصمیم‌گیران نماید.

روش و مواد

این مطالعه توصیفی-تحلیلی با مشارکت ۲۱۹ نفر از دستیاران تخصص بالینی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه دستیاران رشته‌های داخلی، قلب، داخلی اعصاب، پوست، طب کار، کودکان، پزشکی قانونی، جراحی عمومی، چشم پزشکی، زنان و زایمان، ارتوپدی، اورولوژی، گوش، حلق و بینی، جراحی مغز و اعصاب، طب اورژانس، روان‌پزشکی، پزشکی اجتماعی و پزشکی ورزشی بودند، که در یافته‌ها در چهار گروه داخلی، جراحی، طب اورژانس و روان‌پزشکی طبقه‌بندی شدند. نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد. شرکت در مطالعه داوطلبانه و با رضایت آگاهانه بود و مشارکت کنندگان هر زمان که تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند. مطالعه نیاز به ثبت اطلاعات شخصی و هویتی افراد نداشته و تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

داده‌ها با استفاده از نسخه ویرایش شده‌ای از پرسشنامه Workplace Violence In The Health Sector Country Case Study در یک جلسه مصاحبه حضوری تکمیل شد. آخرین ویراست این پرسشنامه حاصل کار مشترک سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، انجمن بین‌المللی پرستاران (International Council of Nurses)، دفتر بین‌المللی کار (International Labour Office) سازمان ملل متحد و Public Services International می‌باشد که در سال ۲۰۰۳ منتشر شده است. پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه متشکل از ۳ دسته سوال به شرح زیر بوده است:

۱. مشخصات دموگرافیک، رشته تخصصی، مقطع و سابقه کار به عنوان پزشک عمومی فرد مشارکت‌کننده شامل ۸ سوال درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، ملیت، قومیت، رشته تخصص بالینی، مقطع دوره دستیاری و سابقه کار به عنوان پزشک عمومی، ۲. خشونت فیزیکی در محل کار و ۳. خشونت روانی در محل کار.

سوالات بخش‌های دوم و سوم پرسشنامه هر کدام مشتمل بر ۱۷ سوال بوده است: (۱) تعداد موارد بروز خشونت در ۱۲ ماه گذشته، (۲) میزان احساس امنیت دستیار درباره خشونت محل کار، (۳) معمول بودن خشونت محل کار از نظر دستیار، (۴-۶) نقش، جنس و سن آخرین عامل خشونت محل کار علیه دستیار در ۱۲ ماه گذشته، (۷-۸) محل و زمانی از روز که آخرین خشونت محل کار علیه دستیار رخ داده بوده است، (۹) واکنش دستیار به آخرین خشونت محل کار، (۱۰) میزان خاطرات تکرارشونده و آزاردهنده دستیار پس از آخرین خشونت محل کار، (۱۱) میزان پرهیز دستیار از صحبت کردن درباره آخرین خشونت محل کار، (۱۲) میزان حالت تدافعی، هوشیار و مراقب دستیار پس از آخرین خشونت محل کار، (۱۳) میزان احساس سختی و درد دستیار در امور دیگر پس از آخرین خشونت محل کار، (۱۴) مجازات انجام شده برای عامل آخرین خشونت محل کار علیه دستیار، (۱۵) وضعیت گزارش شدن آخرین خشونت محل کار علیه دستیار، (۱۶) علت عدم گزارش در صورت گزارش نشدن و (۱۷) آخرین خشونت محل کار علیه دستیار.

داده‌های این مطالعه با استفاده از زبان برنامه‌نویسی Python نسخه ۳/۶ مورد پردازش و پاکسازی قرار گرفتند. جهت بررسی معناداری تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری Two Samples t استفاده شد، همچنین برای تعیین مستقل بودن گروه‌ها در متغیرهای اسمی از آزمون آماری Chi-squared استفاده گردید. در تمام آزمون‌های آماری، سطح ۰/۰۵ جهت تفسیر معناداری در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها و محاسبه آماره‌های توصیفی و تحلیلی از زبان برنامه‌نویسی Python نسخه ۳/۶ و برای مصورسازی داده‌ها از نرم‌افزار Tableau نسخه ۲۰۲۰ استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع از ۲۳۸ دستیار بالینی رشته‌های تخصص پزشکی که موافقت خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام کردند، مصاحبه ۲۱۹ (۹۲٪) دستیار تکمیل شد. از این تعداد ۱۱۵ (۵۲٪/۵) دستیار زن و ۱۰۴ (۴۷٪/۵) دستیار مرد بودند، میانگین (انحراف معیار) سنی دستیاران (۱/۱) ۲۸ سال بود. از مجموع ۲۱۹ دستیار، ۱۶۱ (۷۳٪/۵) نفر هرگز ازدواج نکرده، ۱۳ (۵٪/۹) نفر نامزد و ۴۵ (۲۰٪/۶) نفر متأهل بودند. تنها ۵ دستیار ملیتی غیرایرانی داشتند، همچنین از ۲۱۴ دستیاری که ملیت ایرانی داشتند، ۹۹ نفر فارس، ۳۶ نفر آذری، ۲۷ نفر کرد، ۲۱ نفر لر، ۱۹ نفر عرب و ۱۲ نفر سایر قومیت‌ها بودند. میانگین (انحراف معیار) سال‌های فعالیت دستیاران به عنوان پزشک عمومی (۱/۰۱) ۲/۰۵ سال بود، همچنین، ۱۴ دستیار هیچ‌گونه تجربه‌ای از فعالیت به عنوان پزشک عمومی نداشتند. در مجموع، ۱۱۰ (۵۰٪/۲) دستیار بالینی مشغول تحصیل در گروه رشته‌های داخلی، ۶۶ (۳۰٪/۱) دستیار در گروه رشته‌های جراحی، ۲۶ (۱۱٪/۹) دستیار طب اورژانس و ۱۷ (۷٪/۸) نفر دستیار رشته روان‌پزشکی بودند. تعداد ۱۵۸ (۷۲٪/۱) از دستیاران سال اول و ۶۱ (۲۷٪/۹) سال دوم بودند، جزئیات مشخصات دموگرافیک، مقطع و سابقه کار به عنوان پزشک عمومی هر یک از گروه‌های تخصص بالینی در جدول شماره ۱ آمده است.

در طی ۱۲ ماه گذشته از مجموع ۲۱۹ دستیار مورد مطالعه، ۱۳۴ (۶۱٪/۲) نفر تجربه خشونت فیزیکی محل کار نداشتند، ۵۳ (۲۴٪/۲) نفر یک بار، ۳۲ (۱۴٪/۷) نفر بین ۱۰-۲ بار مورد خشونت فیزیکی محل کار قرار گرفته بودند. از مجموع ۸۵ دستیاری که تجربه خشونت فیزیکی محل کار در طی ۱۲ ماه گذشته داشتند، ۵۵ (۶۴٪/۷) دستیار مرد و ۳۰ (۳۵٪/۳) دستیار زن بودند که دستیاران زن به طور معناداری کمتر مورد خشونت فیزیکی محل کار قرار گرفته بودند ($P < ۰/۰۰۱$). در میان رشته‌های دستیاری تخصص بالینی، ۲۱ (۸۰٪/۸) دستیار طب اورژانس، ۱۱ (۶۴٪/۷) دستیار روان‌پزشکی، ۳۱ (۴۷٪) دستیار گروه رشته‌های جراحی و ۲۲ (۲۰٪) دستیار گروه رشته‌های داخلی در طی ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی قرار گرفته بودند. از بین ۸۵ دستیاری که مورد خشونت فیزیکی محل کار قرار گرفته بودند، ۷۹ (۹۲٪/۹) دستیار سال اول و ۶ (۷٪/۱) سال دوم بودند. بنابراین دستیاران سال اول بیشتر از سال دوم با خشونت فیزیکی محل کار

مواجهه شده بودند ($P < 0/001$). همچنین، این دستیاران به طور میانگین ۱/۸ سال سابقه فعالیت به عنوان پزشک عمومی داشتند، در حالی که این عدد برای دستیاری که تجربه خشونت فیزیکی محل کار نداشتند ۲/۲ سال بود ($P < 0/001$).

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک، مقطع و سابقه کار به عنوان پزشک عمومی دستیاران بالینی

مورد مطالعه در هر یک از رشته‌های تخصص بالینی پزشکی

متغیر	گروه رشته‌های داخلی	گروه رشته‌های جراحی	طب اورژانس	روان‌پزشکی
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد
جنس				
زن	۵۳ (۴۸/۲)	۳۲ (۴۸/۵)	۱۹ (۷۳/۰)	۱۱ (۶۵/۰)
مرد	۵۷ (۵۱/۸)	۳۴ (۵۱/۵)	۷ (۲۹/۰)	۶ (۳۵/۰)
وضعیت تأهل				
هرگز ازدواج نکرده	۸۲ (۷۴/۵)	۴۵ (۶۸/۲)	۲۱ (۸۰/۸)	۱۳ (۷۶/۵)
نامزد	۸ (۷/۳)	۳ (۴/۵)	۲ (۷/۷)	۰
متأهل	۲۰ (۱۸/۲)	۱۸ (۲۷/۳)	۳ (۱۱/۵)	۴ (۲۳/۵)
قومیت				
فارس	۴۶ (۴۱/۸)	۳۳ (۵۰/۰)	۱۳ (۵۰/۰)	۷ (۴۱/۲)
آذری	۲۰ (۱۸/۲)	۸ (۱۲/۱)	۴ (۱۵/۴)	۴ (۲۳/۵)
کرد	۱۵ (۱۳/۶)	۱۱ (۱۶/۷)	۰	۱ (۵/۹)
لر	۱۱ (۱۰/۰)	۶ (۹/۱)	۳ (۱۱/۵)	۱ (۵/۹)
عرب	۱۰ (۹/۱)	۶ (۹/۱)	۱ (۳/۸)	۲ (۱۱/۸)
سایر	۸ (۷/۳)	۲ (۳/۰)	۵ (۱۹/۳)	۲ (۱۱/۸)
مقطع				
سال یک	۷۹ (۷۱/۸)	۴۸ (۷۲/۷)	۲۲ (۸۴/۶)	۹ (۵۲/۹)
سال دو	۳۱ (۲۸/۲)	۱۸ (۲۷/۳)	۴ (۱۵/۴)	۸ (۴۷/۱)

در طول یک سال گذشته، ۱۹۴ (۸۸/۶٪) دستیار بیش از ده بار، ۱۲ (۵/۵٪) دستیار پنج الی ده بار، و یک (۰/۴٪) دستیار دو بار مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند. تنها ۱۲ (۵/۵٪) دستیار در معرض این نوع خشونت محل کار قرار نداشتند. از مجموع ۲۰۷ دستیاری که در ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند، ۱۱۲ (۵۴/۱٪) دستیار زن و ۹۵ (۴۵/۹٪) دستیار مرد بودند که تفاوت معناداری بین آن‌ها وجود نداشت. همچنین از این تعداد، ۱۵۶ (۷۵/۴٪) نفر هرگز ازدواج نکرده، ۱۳ (۶/۳٪) نفر نامزد و ۳۸ (۱۸/۳٪) نفر متأهل بودند که دستیاران متأهل به طور معناداری کمتر مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند ($P < 0/001$). تمامی دستیاران رشته‌های طب اورژانس، روان‌پزشکی و گروه رشته‌های جراحی و ۹۸ (۸۹/۱٪) دستیار گروه رشته‌های داخلی تجربه خشونت روانی محل کار در طی ۱۲ ماه گذشته داشتند که دستیاران گروه رشته‌های داخلی به طور معناداری کمتر از سایر دستیاران در معرض خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند ($P < 0/001$). به علاوه، از مجموع ۲۰۷ دستیاری که در معرض خشونت روانی محل کار قرار داشتند، ۱۵۶ (۷۵/۴٪) دستیار سال اول و ۵۱ (۲۴/۶٪) دستیار سال دوم بودند، بنابراین دستیاران سال اول بیشتر از سال دوم با خشونت فیزیکی محل کار مواجه شده بودند ($P < 0/001$). همچنین، این دستیاران به طور میانگین ۲ سال سابقه فعالیت به عنوان پزشک عمومی داشتند، در حالی که این عدد برای دستیاری که تجربه خشونت روانی محل کار نداشتند ۲/۴ سال بود ($P = 0/07$). جزئیات مقایسه مشخصات دموگرافیک، رشته تخصص بالینی پزشکی، مقطع دوره دستیاری و همچنین میزان سابقه کار به عنوان پزشک عمومی بین دستیاران مورد مطالعه از نظر تجربه‌ی خشونت‌های فیزیکی و روانی محل کار در جدول شماره ۲ آورده شده است.

عاملین خشونت فیزیکی محل کار، به ترتیب همراهان بیمار با ۶۵ (۷۶/۵٪) مورد، دستیاران ارشد با ۱۱ (۱۲/۹٪)، بیماران با ۸ (۹/۴٪) مورد و کادر غیردرمانی با ۱ (۱/۲٪) مورد بودند، رده سنی ۲۹ (۳۴/۱٪) نفر از عاملین خشونت فیزیکی محل کار ۳۰ تا ۳۹ سال، ۲۷ (۳۱/۸٪) نفر ۱۸ تا ۲۹ سال، ۱۵ (۱۷/۷٪) نفر ۴۰ تا ۴۹ سال، ۷ (۸/۲٪) نفر ۵۰ سال و بیشتر و نهایتاً ۷ (۸/۲٪) نفر کمتر از ۱۸ سال بود، همچنین، جنسیت ۷۵ (۸۸/۲٪) نفر از این افراد مرد و ۱۰ (۱۱/۸٪) نفر زن بود.

مجموعاً ۳۴ (٪۴۰) مورد از ۸۵ خشونت فیزیکی محل کار در شب، ۲۶ (٪۳۰/۶) مورد عصر، ۱۲ (٪۱۴/۱) مورد نیمه‌شب، ۹ (٪۱۰/۶) مورد ظهر، ۲ (٪۲/۴) مورد سحر و ۲ (٪۲/۴) مورد صبح رخ داده بوده است. به علاوه، ۶۰ (٪۷۰/۶) مورد از این وقایع در اورژانس، ۱۷ (٪۲۰) مورد در راهرو، ۵ (٪۵/۹) مورد در بخش درمانی و در نهایت ۳ (٪۳/۵) مورد در درمانگاه رخ داده بوده است.

جدول شماره ۲ - توزیع مشخصات دموگرافیک و رشته تخصص و سال دستیاران مواجه یافته با

خشونت فیزیکی و روانی محل کار

تجربه خشونت فیزیکی	تجربه خشونت روانی	متغیر	محل کار	محل کار
محل کار	محل کار		تعداد	تعداد
(درصد)	(درصد)			
جنس	زن	۳۰ (۳۵/۳)	۱۱۲ (۵۴/۱)	
	مرد	۵۵ (۶۴/۷)	۹۵ (۴۵/۹)	
وضعیت تأهل	هرگز ازدواج نکرده	۶۷ (۷۸/۸)	۱۵۶ (۷۵/۴)	
	نامزد	۴ (۴/۷)	۱۳ (۶/۳)	
	متأهل	۱۴ (۱۶/۵)	۳۸ (۱۸/۳)	
رشته تخصصی	گروه رشته‌های داخلی	۲۲ (۲۰)	۹۸ (۸۹/۱)	
	گروه رشته‌های جراحی	۳۱ (۴۷)	۶۶ (۱۰۰)	
	طب اورژانس	۲۱ (۸۰/۸)	۲۶ (۱۰۰)	
	روان‌پزشکی	۱۱ (۶۴/۷)	۱۷ (۱۰۰)	
سال دستیاری	سال اول	۷۹ (۹۲/۹)	۱۵۶ (۷۵/۴)	
	سال دوم	۶ (۷/۱)	۵۱ (۲۴/۶)	

عاملین خشونت روانی محل کار علیه دستیاران مورد مطالعه عبارت بودند از دستیاران ارشد با ۸۰ (٪۳۸/۶) مورد، همراهان بیمار با ۴۸ (٪۲۳/۲) مورد، اساتید با ۲۹ (٪۱۴) مورد، پرستاران با ۲۸ (٪۱۳/۶) مورد، بیماران با ۱۴ (٪۶/۸)، سایر دستیاران با ۵ (٪۲/۴) و در نهایت کادر غیردرمانی با ۳ (٪۱/۴). رده سنی ۷۷ (٪۳۷/۲) نفر از عاملین خشونت روانی محل کار ۱۸ تا ۲۹ سال، ۶۳ (٪۳۰/۴) نفر ۳۰ تا ۳۹ سال، ۳۲ (٪۱۵/۵) نفر کمتر از ۱۸ سال، ۳۰ (٪۱۴/۵) نفر ۴۰ تا ۴۹ سال و نهایتاً ۵ (٪۲/۴) نفر ۵۰ سال و بیشتر بودند، همچنین، جنسیت ۱۰۸ (٪۵۲/۲) نفر از عاملین خشونت روانی محل کار مرد و ۹۹ (٪۴۷/۸) نفر زن بود. از مجموع ۲۰۷ مورد خشونت روانی محل کار، زمان وقوع ۱۱۱ (٪۵۳/۷) مورد شب، ۳۵ (٪۱۶/۹) مورد عصر، و ۶۱ (٪۲۹/۴) مورد صبح بوده است. به علاوه، ۱۴۸ (٪۷۱/۵) مورد از این وقایع خشونت‌بار در اورژانس، ۲۷ (٪۱۳) مورد در بخش درمانی، ۲۱ (٪۱۰/۲) مورد در راهروها و ۱۱ (٪۵/۳) مورد در درمانگاه رخ داده بوده است.

عکس العمل دستیار مورد خشونت فیزیکی محل کار در ۴۶ (٪۵۵/۴) مورد اطلاع به نگهبانی، ۲۴ (٪۲۸/۹) مورد پاسخ کلامی، ۶ (٪۷/۲) مورد هیچ واکنشی، ۵ (٪۶) مورد دفاع به صورت فیزیکی، ۱ (٪۱/۲) مورد دعوت عامل خشونت به آرامش و ۱ (٪۱/۲) مورد شکایت از عامل خشونت بوده است، همچنین، مجازات عامل خشونت فیزیکی محل کار در ۵۸ (٪۶۸/۲) مورد تذکر کلامی، ۲۴ (٪۲۸/۲) مورد هیچ مجازاتی و در ۳ (٪۳/۶) مورد دستیار از مجازات عامل بی‌اطلاع بود. در ۸۳ (٪۹۷/۶) مورد از خشونت‌های فیزیکی محل کار، گزارشی از ما وقع صورت نگرفته بود و تنها در ۲ (٪۲/۴) مورد واقعه به مراجع بالاتر گزارش شده بود. از مجموع ۸۳ موردی که گزارش نشده بودند، در ۷۲ (٪۸۶/۷) مورد علت عدم گزارش بی‌فایده بودن گزارش، ۶ (٪۷/۲) مورد ترس از عواقب منفی گزارش، ۳ (٪۳/۶) مورد بی‌اهمیتی موضوع، ۱ (٪۱/۲) مورد احساس شرمندگی و ۱ (٪۱/۲) مورد احساس گناه بوده است.

جدول شماره ۳ - توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک عامل خشونت به همراه زمان و مکان بروز خشونت محل کار بین دستیاران به تفکیک خشونت فیزیکی و روانی محل کار

متغیر	خشونت فیزیکی محل کار (درصد) تعداد	خشونت روانی محل کار (درصد) تعداد
عامل خشونت		
استاد	-	۲۹ (۱۴)
بیمار	۸ (۹/۴)	۱۴ (۶/۸)
پرستار	-	۲۸ (۱۳/۶)
دستیار ارشد	۱۱ (۱۲/۹)	۸۰ (۳۸/۶)
سایر دستیاران	-	۵ (۲/۴)
کادر غیردرمانی	۱ (۱/۲)	۳ (۱/۴)
همراه بیمار	۶۵ (۷۶/۵)	۴۸ (۲۳/۲)
رده سنی عامل خشونت		
کمتر از ۱۸	۷ (۸/۲)	۳۲ (۱۵/۵)
۱۸ تا ۲۹	۲۷ (۳۱/۸)	۷۷ (۳۷/۲)
۳۰ تا ۳۹	۲۹ (۳۴/۱)	۶۳ (۳۰/۴)
۴۰ تا ۴۹	۱۵ (۱۷/۷)	۳۰ (۱۴/۵)
۵۰ و بیشتر	۷ (۸/۲)	۵ (۲/۴)
جنسیت عامل خشونت		
زن	۱۰ (۱۱/۸)	۱۰۸ (۵۲/۲)
مرد	۷۵ (۸۸/۲)	۹۹ (۴۷/۸)
محل وقوع خشونت		
اورژانس	۶۰ (۷۰/۶)	۱۴۸ (۷۱/۵)
بخش درمانی	۵ (۵/۹)	۲۷ (۱۳/۰)
درمانگاه	۳ (۳/۵)	۱۱ (۵/۳)
راهرو	۱۷ (۲۰)	۲۱ (۱۰/۲)
زمان وقوع خشونت		
صبح	۱۳ (۱۵/۲)	۶۱ (۲۹/۴)
عصر	۲۶ (۳۰/۶)	۳۵ (۱۶/۹)
شب	۴۶ (۵۴/۲)	۱۱۱ (۵۳/۷)

تمامی دستیاران رشته‌های طب اورژانس و روان‌پزشکی اعتقاد به غیرمعمول بودن خشونت فیزیکی محل کار داشتند در حالی که ۳ (۲/۷٪) دستیار گروه رشته‌های داخلی و ۳ (۴/۵٪) دستیار گروه رشته‌های جراحی اذعان به معمول بودن خشونت فیزیکی محل کار داشتند. روی هم رفته میزان احساس امنیت دستیاران درباره خشونت فیزیکی محل کار در ۳۲ (۱۴/۶٪) مورد بسیار زیاد، ۸۷ (۳۹/۷٪) زیاد ۸۴ (۳۸/۳٪) متوسط، ۱۲ (۵/۵٪) کم و در ۴ (۱/۹٪) بسیار کم گزارش شده است. میزان احساسات آزاردهنده و رفتارهای روانی ناسالم پس از آخرین خشونت فیزیکی محل کار در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۴ - احساسات آزاردهنده و رفتارهای ناسالم دستیاران بالینی پس از آخرین خشونت فیزیکی محل کار

متغیر	خیلی کم (درصد) تعداد	کم (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	زیاد (درصد) تعداد	خیلی زیاد (درصد) تعداد
خاطرات تکرارشونده و آزاردهنده	۵ (۵/۹)	۴ (۴/۷)	۲ (۲/۳)	۶۱ (۷۱/۸)	۱۳ (۱۵/۳)
پرهیز از صحبت کردن درباره‌ی واقعه	۱۰ (۱۱/۸)	۳۰ (۳۵/۳)	۳۲ (۳۷/۶)	۱۱ (۱۲/۹)	۲ (۲/۴)
داشتن حالت تدافعی، هوشیار و مراقب	۸ (۹/۵)	۱۶ (۱۸/۸)	۳۳ (۳۸/۸)	۱۹ (۲۲/۳)	۹ (۱۰/۶)
احساس سختی و درد در تمام کارها	۵ (۵/۹)	۱۶ (۱۸/۸)	۳۶ (۴۲/۴)	۲۱ (۲۴/۷)	۷ (۸/۲)

عکس العمل دستیار مورد خشونت روانی محل کار در ۷۴ (۳۵/۷٪) مورد وانمود به عدم رخداد واقعه، ۴۶ (۲۲/۲٪) مورد صبور، ۴۵ (۲۱/۷٪) هیچ واکنشی، ۲۸ (۱۳/۵٪) پاسخ کلامی، ۱۲ (۵/۸٪) اطلاع به نگهبانی و در دو مورد دعوت عامل خشونت به آرامش بوده است، همچنین، مجازات عامل خشونت روانی محل کار در ۱۷۹ (۸۶/۴٪) مورد هیچ مجازاتی، ۲۶ (۱۲/۶٪) مورد تذکر کلامی و در ۲ (۱٪) مورد قطع درمان بود. در ۲۰۴ (۹۸/۶٪) مورد از خشونت‌های روانی محل کار، حادثه به مراجع بالاتر گزارش نشده بود و در مقابل تنها ۳ (۱/۴٪) مورد از آن‌ها گزارش شده بودند. از مجموع ۲۰۴ موردی که گزارش نشده بودند، علت عدم گزارش در ۱۵۵ (۷۶٪) مورد بی فایده بودن گزارش، ۴۲ (۲۰/۵٪) مورد ترس از عواقب منفی گزارش، ۴ (۲٪) بی‌اهمیتی موضوع، ۲ (۱٪) مورد احساس شرمندگی و ۱ (۰/۵٪) احساس گناه بود.

تمام ۲۶ دستیار طب اورژانس، ۱۵ (۸۸/۲٪) نفر از دستیاران روان‌پزشکی، ۱۰۰ (۹۰/۹٪) نفر از دستیاران گروه‌های رشته‌های داخلی و ۶۰ (۹۰/۹٪) نفر از دستیاران جراحی اعتقاد به معمول بودن خشونت‌های روانی محل کار داشتند. با این حال، میزان احساس امنیت دستیاران بالینی درباره خشونت‌های روانی محل کار در ۹۱ (۴۱/۵٪) نفر کم، ۸۰ (۳۶/۵٪) نفر بسیار کم، ۳۹ (۱۷/۸٪) نفر متوسط، ۵ (۲/۳٪) نفر زیاد و ۴ (۱/۸٪) نفر بسیار زیاد بود. میزان احساسات آزاردهنده و رفتارهای روانی ناسالم پس از آخرین خشونت روانی محل کار در جدول شماره ۵ آورده شده است.

جدول شماره ۵ - احساسات آزاردهنده و رفتارهای ناسالم دستیاران بالینی پس از آخرین خشونت روانی محل کار

متغیر	خیلی کم (درصد) تعداد	کم (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد	زیاد (درصد) تعداد	خیلی زیاد (درصد) تعداد
خاطرات تکرارشونده و آزاردهنده	۴۰ (۱۹/۳)	۶۲ (۳۰)	۹۱ (۴۴)	۹ (۴/۳)	۵ (۲/۴)
پرهیز از صحبت کردن درباره‌ی واقعه	۱۳ (۶/۳)	۵۴ (۲۶/۱)	۸۳ (۳۰/۱)	۵۱ (۲۴/۶)	۶ (۲/۹)
داشتن حالت تدافعی، هوشیار و مراقب	۳ (۱/۴)	۲۴ (۱۱/۶)	۷۷ (۳۷/۳)	۸۰ (۳۸/۶)	۲۳ (۱۱/۱)
احساس سختی و درد در تمام کارها	۱۰ (۴/۸)	۶۰ (۲۹)	۹۵ (۴۵/۹)	۳۵ (۱۶/۹)	۷ (۳/۴)

بحث

مطالعه نشان داد که بیش از یک سوم دستیاران رشته‌های تخصص بالینی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۸، در طول ۱۲ ماه گذشته حداقل یک بار مورد خشونت فیزیکی محل کار قرار گرفته بودند، همچنین به طور قابل توجهی تنها ۵/۵٪ از این دستیاران در طول ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت روانی محل کار قرار نداشتند. گزارش‌ها و مطالعات حاکی از آن هستند که خشونت‌های محل کار تبدیل به معضلی جدی برای تقریباً تمام کارکنان بخش‌های مختلف حوزه سلامت شده است، به عنوان مثال، تحقیقات نشان دادند که بیشتر از نیمی از کارکنان حوزه سلامت در بلغارستان (۷۶٪)، استرالیا (۶۷٪)، آفریقای جنوبی (۶۱٪) و تایلند (۵۴٪) حداقل یک نوبت مورد خشونت فیزیکی یا روانی محل کار قرار گرفته بودند (۲۸ و ۲۹). در مطالعه‌ی پوریعقوب در سال ۲۰۱۷، از بین دستیاران دانشگاه علوم پزشکی تهران، ۱۹/۷٪ تجربه خشونت فیزیکی محل کار و ۶۳/۷٪ تجربه خشونت روانی محل کار داشتند در حالی که در مطالعه‌ی فعلی این عدد برابر با ۳۸/۸٪ برای خشونت فیزیکی و ۹۴/۵٪ برای خشونت روانی محل کار بود (۲۶). بر اساس نتایج این مطالعه خشونت محل کار در دستیاران مورد مطالعه به میزان قابل توجهی بیشتر از سایر نقاط جهان و حتی سایر دانشگاه‌های کشور ایران می‌باشد.

در پژوهش حاضر، دستیاران جوان‌تر بیشتر از همکاران خود، در معرض خشونت فیزیکی محل کار قرار داشتند ولی در زمینه‌ی تجربه خشونت روانی محل کار، تفاوتی بین دستیاران از نظر سنی وجود نداشت، به علاوه، دستیاران متأهل نسبت به سایر همکاران خود کمتر مورد خشونت روانی محل کار قرار گرفته بودند ولی از نظر تجربه خشونت فیزیکی محل کار، تفاوتی بین گروه‌های وضعیت تأهل وجود نداشت. دستیاران زن نسبت به مردان کمتر در معرض خشونت فیزیکی محل کار قرار داشتند در حالی که بین دو گروه جنسی خشونت روانی محل کار تفاوتی وجود نداشت. این تفاوت بین گروه‌های جنسی در بروز خشونت فیزیکی محل کار پیش از این در مطالعات مختلفی در اقصی نقاط جهان نشان داده شده است (۲۹-۳۱)، از

جمله علی که می‌تواند توجیه‌کننده‌ی این پدیده باشد، اعتقادات فرهنگی و سنتی جامعه ایران مبنی بر حرمت و احترام به جایگاه زن است.

رشته‌های تخصص بالینی طب اورژانس، روان‌پزشکی و گروه رشته‌های جراحی، گروه رشته‌های داخلی به ترتیب بیشترین میزان خشونت فیزیکی محل کار را متحمل شده بودند. به طور قابل توجهی، تمام دستیاران رشته‌های طب اورژانس، روان‌پزشکی و گروه رشته‌های جراحی در طی ۱۲ ماه گذشته، خشونت روانی محل کار را تجربه کرده بودند و تنها ۱۰/۹٪ از دستیاران گروه رشته‌های داخلی در معرض خشونت روانی محل کار نبودند. این نرخ بالاتر تجربه خشونت محل کار در بین رشته‌های طب اورژانس، روان‌پزشکی و گروه رشته‌های جراحی می‌تواند با ماهیت این رشته‌ها، یعنی تماس بیشتر و نزدیک‌تر دستیاران این رشته‌ها با منابع بالقوه خشونت و همچنین قرارگیری در موقعیت‌های حساس و پرتنش باشد که در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است (۲۳، ۲۴ و ۳۲). این فرضیه با ارتباط معکوسی که بین مقطع دستیاری و بروز خشونت محل کار، اعم از فیزیکی و روانی وجود داشت، تقویت می‌شود، زیرا به طور کلی با افزایش مقطع دستیاری، تماس دستیاران با بیماران و همراهان ایشان به میزان قابل توجهی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، در مطالعات مختلفی نشان داده شده است که نظام سلسله‌مراتبی موجود در گروه رشته‌های جراحی، خصوصاً رشته‌ی ارتوپدی، از جمله عوامل سوء استفاده و خشونت‌های محل کار می‌باشد (۳۳ و ۳۴). در این مطالعه نشان داده شد که همراهان بیمار عامل اصلی خشونت فیزیکی محل کار و دستیاران ارشد عامل اصلی خشونت روانی محل کار علیه دستیاران بودند که این نتایج موافق با مطالعات قبلی خشونت محل کار علیه دستیاران در سایر نقاط جهان بودند (۸، ۳۱ و ۳۵).

علی رغم بروز بالای خشونت‌های محل کار، موارد بسیار ناچیزی از این وقایع به مراجع بالاتر گزارش شده بودند که متناسب با نتایج سایر تحقیقات می‌باشد (۵، ۸، ۲۱ و ۲۳). توضیحات مختلفی برای این پدیده می‌تواند وجود داشته باشد. اول، این عدم تمایل به گزارش می‌تواند منعکس‌کننده جایگاه ضعیف دستیار به عنوان تازه‌کار بی‌تجربه در نظام سلامت و بیمارستان باشد. دوم، ممکن است دستیاران مایل به گذراندن و اتمام دوره دستیاری خود بدون دردسر اضافه ناشی از شکایت باشند. سوم، عدم کارایی گزارش‌های قبلی و چه بسا عواقبی بدتر از اصل واقعه، می‌تواند منجر به این پدیده شده باشد به طوری که بیش از سه چهارم دستیاران مورد مطالعه به بیهوده بودن گزارش اعتقاد داشتند. نهایتاً، وجود نداشتن دستورالعمل و نظام پیگیری سازمانی (Organizational Follow-Up) شناخته شده در نظام سلامت می‌تواند باعث سردرگمی و ناامیدی دستیاران از پیگیری گزارش خود شود. بخش مهمی از برنامه‌های پیش‌گیری مؤثر از وقوع خشونت‌های محل کار، بحث پیگیری سازمانی است که خود مجموعه اقدامات و ارزیابی‌هایی است که پس از بروز خشونت محل کار انجام می‌شود و از چهار جزء اصلی تشکیل شده است: ۱) حمایت و کمک به شخص قربانی، شامل اقدامات پزشکی، روانی و همچنین حمایت‌های اجتماعی. این حمایت‌ها نه تنها باید بلافاصله پس از بروز حادثه آغاز شوند، بلکه بایستی به جهت کاهش صدمات بلندمدت، تا زمان مناسب تداوم یابند (۱۶). ۲) گزارش و ثبت واقعه جزئی حیاتی از روند پیگیری سازمانی است. فرآیند گزارش باید ساده، غیر وقت‌گیر و مورد تشویق تیم مدیریتی و اکوسیستم محل کار باشد (۱۷). ۳) ارزیابی و بررسی موشکافانه حادثه با رویکرد به کاهش ریسک وقوع مجدد و همچنین مرور یا تجدید نظر در اقدامات پیش‌گیرانه فعلی. ۴) برقراری ارتباط و اطلاع‌رسانی جامع به تمام اعضا و کارکنان درباره حادثه و همچنین پیشرفت روند پیگیری سازمانی (۱۸). پیگیری سازمانی علاوه بر این که به دنبال کاهش تبعات منفی واقعه در سطح فردی است، بهبود گزارش‌دهی و کاهش آثار منفی بر محل کار را نیز در بر می‌گیرد (۱۸). در مطالعات متعدد، عدم وجود فرآیند پیگیری سازمانی قویا با افزایش سطح خشونت محل کار و همچنین فقدان جریمه برای فرد مهاجم، همراه بوده است (۱۹ و ۲۰). بنابراین، با توجه به اهمیت سلامت جسمی و روانی دستیاران بالینی رشته‌های پزشکی و همچنین تأثیر آن بر سلامت و ایمنی بیماران، بهبود هزینه-اثربخشی نظام سلامت و افزایش تحمل شغلی، تدوین برنامه‌ای پیش‌گیرانه با تمرکز بر پیگیری سازمانی جهت کاهش خشونت‌های محل کار علیه دستیاران بالینی، نیازی مبرم و ضروری به نظر می‌رسد.

محدودیت‌های پروژه

مهم‌ترین محدودیت این پژوه عدم دسترسی مناسب به دستیاران ارشد و همچنین کاهش نرخ مشارکت سایر دستیاران با افزایش مقطع بود، همچنین، ماهیت پرتنش و پرفشار دوره دستکاری در بسیاری از موارد مانع تکمیل مصاحبه در بازه زمانی مناسب حداقل ۱۵ دقیقه‌ای بود که ممکن است منجر به عدم پاسخ‌گویی دقیق توسط دستیار شده باشد. مورد دیگری که نیازمند توجه است جامعه مورد مطالعه این پژوهش، یعنی دستیاران بالینی رشته‌های تخصص پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد که علی‌رغم بیانگر (Representative) بودن برای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قابل تعمیم به شرایط دستیاران بالینی رشته‌های تخصص پزشکی در تمام کشور ایران نمی‌باشد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد بیش از یک سوم از دستیاران مورد مطالعه، حداقل یک بار مورد خشونت فیزیکی و تقریباً تمام دستیاران حداقل یک بار مورد خشونت روانی محل کار در طول ۱۲ ماه گذشته قرار گرفته بودند. بیشترین خشونت متوجه دستیاران طب اورژانس و روانپزشکی، سال اول و مرد بوده است. وضعیت نامناسب دستیاران از نظر خشونت‌های فیزیکی و روانی محل کار، تدوین و اجرای دستورالعمل‌های پیش‌گیرانه متناسب با فرهنگ و جامعه ایران، نیازی جدی و ضروری است.

پیشنهادهای

از آنجایی که یافته‌های این پژوهش، وضعیت نامناسب دستیاران بالینی رشته‌های تخصص پزشکی از نظر خشونت‌های فیزیکی و روانی محل کار را نشان داد، تدوین و اجرای دستورالعمل‌های پیش‌گیرانه با تمرکز بر پیگیری سازمانی ضروری به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، سازمان دانشکده‌های پزشکی آمریکا دستورالعملی برای مقابله با خشونت علیه دانشجویان پزشکی توصیه کرده است (۳۶)، همچنین، دانشگاه‌های مختلفی در سرتاسر جهان سیاست‌های متنوعی برای این معضل تدوین و اجرا کرده‌اند (۳۷-۳۹) که الگوبرداری از آن‌ها در کنار توجه به مسائل فرهنگی و سنتی جامعه ایران باید به عنوان یک ضرورت و نیاز مبرم مد نظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دوره پزشکی عمومی و طرح مصوب ۲۹۸۳۲ مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. از همکاران محترم محمدرضا ملک پور، صهبارضازاده خادم، میرهادی قمری و محسن عباسی کنگوری به علت همکاری در جمع‌آوری داده‌ها و تمامی دستیارانی که با مشارکت خود امکان اجرای این مطالعه را فراهم نمودند، صمیمانه سپاس‌گزاریم. این مطالعه دارای کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1401.158 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسنده مسئول اظهار می‌دارد که سردبیر مجله سلامت اجتماعی می‌باشد. بجز این مورد تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد. دانشجوی پزشکی صاحب پایان نامه تمایل به قرار گرفتن به عنوان نویسنده نداشت.

REFERENCES

1. World Health Organization. World report on violence and health [Internet]. Available from: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/worldreport/en/full_en.pdf
2. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Ghazanfari N, Najafi F, Tamizi Z, Afshani S, et al. The Frequency, Contributing and Preventive Factors of Harassment towards Health Professionals in Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015;3(3):156-64.
3. Gates DM. The epidemic of violence against healthcare workers. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004;61(8):649-50.
4. Alkorashy HAE, Al Moalad FB. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *Int Nurs Rev*. 2016;63(2):226-32.

5. Alsaleem SA, Alsabaani A, Alamri RS, Hadi RA, Alkhayri MH, Badawi KK, et al. Violence towards healthcare workers: A study conducted in Abha City, Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2018;25(3):188–93.
6. ALBashtawy M, Aljezawi M. Emergency nurses' perspective of workplace violence in Jordanian hospitals: A national survey. *Int Emerg Nurs.* 2016;24:61–5.
7. Alameddine M, Mourad Y, Dimassi H. A National Study on Nurses' Exposure to Occupational Violence in Lebanon: Prevalence, Consequences and Associated Factors. *PLoS One.* 2015;10(9):e0137105.
8. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ.* 2009;43(7):628–36.
9. Crutcher RA, Szafran O, Woloschuk W, Chatur F, Hansen C. Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment, and discrimination during residency training. *BMC Med Educ.* 2011;11(1):88.
10. Cohen JS, Leung Y, Fahey M, Hoyt L, Sinha R, Cailler L, et al. The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Res Notes.* 2008 29;1:105.
11. Fnais N, al-Nasser M, Zamakhshary M, Abuznahdah W, Dhukair SA, Saadeh M, et al. Prevalence of harassment and discrimination among residents in three training hospitals in Saudi Arabia. *Ann Saudi Med.* 2013;33(2):134–9.
12. Hassard J, Teoh KRH, Cox T. Estimating the economic burden posed by work-related violence to society: A systematic review of cost-of-illness studies. *Safety Science.* 2019;116:208–21.
13. Anagnostopoulos F, Demerouti E, Sykioti P, Niakas D, Zis P. Factors associated with mental health status of medical residents: a model-guided study. *J Clin Psychol Med Settings.* 2015;22(1):90–109.
14. Al-Shafae M, Al-Kaabi Y, Al-Farsi Y, White G, Al-Maniri A, Al-Sinawi H, et al. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: a cross-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open.* 2013;3(2).
15. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed toward healthcare workers by patients and patient advocates. Cochrane Work Group, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 May 18 [cited 2021 Mar 7]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD012662>
16. Friis K, Pihl-Thingvad J, Larsen FB, Christiansen J, Lasgaard M. Long-term adverse health outcomes of physical workplace violence: a 7-year population-based follow-up study. *European Journal of Work and Organizational Psychology.* 2019;28(1):101–9.
17. Thomas B, McGillion A, Edvardsson K, O'Meara P, Van Vuuren J, Spelten E. Barriers, enablers, and opportunities for organisational follow-up of workplace violence from the perspective of emergency department nurses: a qualitative study. *BMC Emerg Med.* 2021;21(1):19.
18. Wiskow C. Guidelines on workplace violence in the health sector. World Health Organization/International Labour Office; 2003.
19. Morphet J, Griffiths D, Innes K. The trouble with reporting and utilization of workplace violence data in health care. *J Nurs Manag.* 2019;27(3):592–8.
20. Andersen LP, Høgh A, Biering K, Gadegaard CA. Work-related threats and violence in human service sectors: The importance of the psycho-social work environment examined in a multilevel prospective study. *Work.* 2018;59(1):141–54.
21. Alshehry AS, Alquwez N, Almazan J, Namis IM, Moreno-Lacalle RC, Cruz JP. Workplace incivility and its influence on professional quality of life among nurses from multicultural background: A cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2019;jocn.14840.
22. Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing: Unreported workplace violence in nursing. *Int Nurs Rev.* 2014;61(3):344–51.
23. Acik Y, Deveci SE, Gunes G, Gulbayrak C, Dabak S, Saka G, et al. Experience of workplace violence during medical speciality training in Turkey. *Occup Med (Lond).* 2008;58(5):361–6.
24. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi M del R, Lasala F. [Perception of mistreatment during medical residency training]. *Medicina (B Aires).* 2005;65(4):295–301.
25. Judy K, Veselik J. Workplace violence: a survey of paediatric residents. *Occupational Medicine.* 2009;59(7):472–5.

26. GHOLAMREZA POURYAGHOUB, RAMIN MEHRDAD, PEGAH ALIREZAEI. Workplace Violence in Medical Specialty Training Settings in Iran: A Cross-sectional Study. *Int J Occup Hyg* [Internet]. 2017 Apr 29 [cited 2021 Mar 8];9(1). Available from: <https://ijoh.tums.ac.ir/index.php/ijoh/article/view/251>
27. Kaya S, Bilgin Demir İ, Karsavuran S, Ürek D, İlğün G. Violence Against Doctors and Nurses in Hospitals in Turkey. *J Forensic Nurs*. 2016;12(1):26–34.
28. di Martino V. Workplace Violence in the Health Sector: Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand, and an Additional Australian Study [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://www.hrhresourcecenter.org/node/29.html>
29. Cooper CL, Swanson N. Workplace Violence in the Health Sector: State of the Art [Internet]. [cited 2021 Mar 13]. Available from: <https://www.hrhresourcecenter.org/node/1120.html>
30. Tolhurst H, Baker L, Murray G, Bell P, Sutton A, Dean S. Rural General Practitioner Experience of Work-Related Violence in Australia: WORK RELATED VIOLENCE. *Australian Journal of Rural Health*. 2003;11(5):231–6.
31. Alexander C, Fraser J. Occupational violence in an Australian healthcare setting: implications for managers. *J Healthc Manag*. 2004;49(6):377–90; discussion 391-392.
32. Nieto-Gutierrez W, Toro-Huamanchumo CJ, Taype-Rondan A, Timaná-Ruiz R, Alva Diaz C, Jumpa-Armas D, et al. Workplace violence by specialty among Peruvian medical residents. Hutchinson G, editor. *PLoS ONE*. 2018;13(11):e0207769.
33. Lubitz RM, Nguyen DD. Medical student abuse during third-year clerkships. *JAMA*. 1996;275(5):414–6.
34. Komaromy M, Bindman AB, Haber RJ, Sande MA. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med*. 1993;328(5):322–6.
35. Sun T, Gao L, Li F, Shi Y, Xie F, Wang J, et al. Workplace violence, psychological stress, sleep quality and subjective health in Chinese doctors: a large cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(12):e017182.
36. Association of American Medical Colleges. GSA – Student Mistreatment Guidelines. Reaffirming Institutional Standards of Behavior in the Learning Environment. [Internet]. 2008 [cited 2021 Mar 10]. Available from: <http://www.aamc.org/members/gsa/mistreatment.htm>
37. Tarquinio C, Rotonda C, Houllé WA, Montel S, Rydberg JA, Minary L, et al. Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence: A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(11):787–99.
38. Wasser TD. How do we keep our residents safe? An educational intervention. *Acad Psychiatry*. 2015;39(1):94–8.
39. Arnetz JE, Hamblin L, Ager J, Aranyos D, Upfal MJ, Luborsky M, et al. Application and implementation of the hazard risk matrix to identify hospital workplaces at risk for violence. *Am J Ind Med*. 2014;57(11):1276–84.