

## تحقیقی

# مشکلات پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی بیمارستان های سینا و هاجر شهر کرد در برخورد با بیماران پر خاشگر

ندا پروین<sup>۱</sup>، لیلا رفیعی وردنجانی<sup>۱\*</sup>

۱- کارشناس ارشد پرستاری، مربی، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

### چکیده

**زمینه و هدف:** اداره رفتارهای پر خاشگرانه، یکی از مشکلات مهم پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین مشکلات پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی، در اداره بیماران پر خاشگر انجام شده است. **روش بررسی:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی در ۴۱ پرستار شاغل در بخش های روانپزشکی هاجر شهرکرد و سینا در سال ۱۳۹۰ انجام گرفته است. نمونه گیری به روش سرشماری بود. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌ی محقق ساخته حاوی اطلاعات دموگرافیک و مشکلات پرستاران در اداره بیماران پر خاشگر در سه بخش مشکلات فردی، مشکلات مربوط به محیط فیزیکی بخش و مشکلات سازمانی جمع آوری شد. اطلاعات با استفاده از میانگین و فراوانی و آزمون های تحلیلی مانند کای دو و من ویتنی تجزیه و تحلیل شد. **یافته ها:** میانگین سن پرستاران  $6/74 \pm 36/34$  سال و میانگین سابقه کار آن ها در بخش روانپزشکی  $4/85 \pm 6/73$  سال بود. بیشترین مشکل پرستاران در برخورد با بیماران پر خاشگر مربوط به مشکلات فردی بویژه ترس آن ها از برخورد فیزیکی و عوارض مهار فیزیکی بیماران بود. ارتباط معنی داری بین سن، جنس، شیفت کاری، سابقه کاری و نوع استخدام با دفعات پر خاشگری بیماران در پرستاران شاغل در دو بیمارستان مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان پرستاری شاغل در بخش های روانپزشکی در کنترل بیماران پر خاشگر با مشکلاتی بویژه در حیطه های فردی و محیط فیزیکی مواجه هستند؛ لذا توجه مسئولان مربوطه در این مورد ضروری می باشد.

**کلیدواژه ها:** اسکیزوفرنی، بیمار، پر خاشگری، پرستار

\* نویسنده مسئول: لیلا رفیعی وردنجانی، پست الکترونیکی: rafiee.leila@yahoo.com

نشانی: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد. تلفن: ۰۳۸۱)۳۳۳۵۶۴۸

وصول مقاله: ۹۱/۱۱/۲۵، اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۲۰، پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۰

## مقدمه

سیستم مراقبتی بهداشتی، از جمله نهاد هایی است که با حوادث خشونت آمیز مواجه است (۱). در این بین بیمارستان ها مکانی برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی می باشند؛ درحالی که شاغلین آن و به ویژه پرستاران با حوادث و مشکلات شغلی فراوانی مواجه می باشند (۲). مطالعات اخیر نشان داده که میزان بروز خشونت و رفتارهای تهاجمی برعلیه مراقبین بهداشتی افزایش یافته (۶-۳) و در این بین پرستاران از جمله افرادی هستند که بیش از سایر مشاغل با این خشونت ها مواجه می شوند (۶). این در حالی است که خشونت در محل کار به اشکال مختلف، مانند خشونت کلامی، خشونت فیزیکی، آزار و اذیت و ... می باشد (۱) و به شدت با بازنشستگی پیش از موعد، انصراف از کار و فرسودگی شغلی پرستاران در ارتباط است (۹-۷). مطالعه ای در رم نشان داده که ۲۶۵ مورد جراحت و آسیب شغلی در طی دوره مورد بررسی در بیمارستان بروز کرده است که در این بین ۲۴ درصد ناشی از رفتارهای پرخاشگرانه نسبت به کارکنان و به ویژه پرستاران بوده و این تا جایی است که بعد از نیدل استیک ( زخم سر سوزن)؛ خشونت و پرخاشگری دومین عامل آسیب کارکنان به ویژه در بخش های روانپزشکی می باشد (۱۰).

از طرفی خشونت و پرخاشگری بیماراران در بخش های روانپزشکی به عنوان یک مشکل بزرگ شناخته شده است. این در حالی است که به اعتقاد برخی نویسندگان، این مشکل روبه افزایش است و از ۰/۰۷ تا ۰/۲۵ درصد در هر تخت بستری متغیر می باشد (۱۱). برخی مطالعات ادعا کرده اند که در ۱۰ درصد بیماراران بستری در بخش های روانپزشکی، پرخاشگری مشاهده می شود (۱۲). از طرفی در هر ۱۶ نفر از ۱۰۰ نفر کارکنان، آسیب های ناشی از پرخاشگری بوجود می آید. پرستاران در طول ۲۴ ساعت، وظیفه مراقبت از بیماراران را بر عهده دارند و به طور معمول بیشتر دچار مشکلات مربوط به پرخاشگری و تهاجم بیماراران می شوند. این امر منبع استرس قابل توجهی در بین پرستاران به شمار می رود و موجب ترک حرفه در بسیاری از آن ها می شود؛ لذا برخورد با بیماراران پرخاشگر و تهاجمی و سازگاری با عواقب آن از جمله چالش های پرستاری می باشد (۵، ۱۳).

انجام شده با هدف بررسی ارتباط تجارب پرستاران و بروز خشونت بیماراران، بر کیفیت مراقبتی پرستاران نشان داده است که تهاجم و خشونت نه تنها یک مشکل سلامتی و بهداشتی برای پرستاران است بلکه این وضعیت بر کیفیت مراقبت های پرستاری تاثیر گذار می باشد (۱۴).

با توجه افزایش میزان خشونت های اعمال شده در محیط های کاری و به ویژه بخش های روانپزشکی با توجه به نوع بیماراران بستری و ماهیت بیماری این بیماراران و از آنجا که بروز این خشونت ها چه کلامی و چه فیزیکی خواه ناخواه بر سلامت روانی و جسمی کارکنان پرستاری و از طرفی کیفیت مراقبتی آن ها تاثیر گذار است، لازم است خشونت و پرخاشگری به شکل مناسب مدیریت گردد. روش های مختلفی برای مدیریت پرخاشگری بیماراران در بخش های روانپزشکی وجود دارد که از جمله این روش ها می توان به مهار فیزیکی، اتاق انفرادی، صحبت کردن با بیماراران، انحراف فکر و دارو درمانی اشاره کرد (۱۵). این در حالی است که استفاده از مهار فیزیکی و اتاق انفرادی به عنوان یک معمای غیر قابل حل برای کارکنان بهداشتی- درمانی بوده و از طرفی اثربخشی این روش ها بر وضعیت روانی و جسمی کارکنان و بیماراران مورد بحث است. بعلاوه از نظر برخی کارکنان این روش ها مشکلات قانونی دارد (۱۶). به نظر می رسد پرستاران در مواجهه با پرخاشگری بیماراران با مشکلاتی مواجه می باشند. لذا شناخت مشکلات موجود در سر راه پرستاران زیر بنای بسیاری از مسائل مربوط به اداره پرخاشگری بیماراران در بخش های روانپزشکی می باشد و لذا این مطالعه در راستای شناخت موانع و مشکلات کارکنان پرستاری شاغل در بخش های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد طراحی شده است.

## روش بررسی

این مطالعه توصیفی- تحلیلی پس از تصویب در دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد در سال ۱۳۹۰ بر روی کلیه کارکنان پرستاری شاغل در بخش های مختلف روانپزشکی بیمارستان های هاجر شهرکرد و سینای جونقان که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، اشتغال در یکی از بخش های روانپزشکی مردان و زنان بیمارستان هاجر شهرکرد و سینای جونقان، داشتن حداقل ۶

میانگین سن کارکنان پرستاری  $61/74 \pm 36/34$  سال، میانگین سابقه کلی کار  $7/69 \pm 11/76$  و میانگین سابقه کار نمونه های مورد بررسی در بخش روانپزشکی  $4/85 \pm 6/73$  سال بود. میانگین زمان فراغت از تحصیل نمونه ها  $12/27 \pm 7$  سال بود. ۲۲ نفر (۵۳٪ درصد) از پرستاران زن و ۱۹ نفر (۴۶٪ درصد) مرد بوده و بیشتر (۵۳٪ درصد) به شکل رسمی در استخدام دانشگاه بودند.

اکثر پرستاران مورد مطالعه (۵۱٪ درصد) در تمام شیفت های کاری با پرخاشگری بیماران مواجه شده و این پرخاشگری در ۱۷٪ درصد موارد به شکل کلامی و در ۸۲٪ درصد موارد کلامی و فیزیکی توأم بوده است. بیماران پرخاشگر به ترتیب از نظر تشخیص مبتلا به اسکیزوفرنی ۳۴ (۸۲٪ درصد)، اختلالات خلقی ۴ (۹٪ درصد)، وسواس ۲ (۲٪ درصد) و سوء مصرف مواد ۱ (۲٪ درصد) بودند.

دامنه سنی بیماران پرخاشگر به ترتیب ۳۰ تا ۴۰ سال (۵۱٪ درصد)، ۲۰ تا ۳۰ سال (۴۳٪ درصد) و ۴۰ تا ۵۰ سال (۴٪ درصد) بود. به نظر پرستاران، مهمترین علل پرخاشگری بیماران به ترتیب مربوط به وضعیت روانی بیماران (۶۵٪ درصد)، رفتار سایر بیماران (۱۷٪ درصد)، رفتار کارکنان پرستاری (۱۲٪ درصد) و در نهایت همراهان بیماران (۴٪ درصد) می باشد.

میانگین نمرات بعد مشکلات فردی در مقایسه دو بعد دیگر بالاتر بوده و از نظر پرستاران دو بیمارستان بیشترین مشکل در برخورد با بیماران پرخاشگر مربوط به مشکلات فردی، آن ها بود. در بین مشکلات فردی ترس از برخورد فیزیکی بیماران (۸۰٪ درصد)، ترس از عوارض مهار فیزیکی (۷۰٪ درصد)، ترس از بی احترامی (۶۸٪ درصد)، عدم آشنایی با روش های اداره بیمار (۵۳٪ درصد) و مناسب نبودن داروهای موجود برای کنترل پرخاشگری بیماران (۵۱٪ درصد) بالاترین فراوانی را داشتند. این در حالی است که در بعد مشکلات فیزیکی مربوط به محیط کار، نبودن اتاق انفرادی در بخش (۷۸٪ درصد) و فضای فیزیکی کوچک بخش (۵۸٪ درصد) فراوان ترین مشکلات بودند. در حیطه مشکلات سازمانی و مدیریتی نیز بارکاری (۶۱٪ درصد)، فقدان پروتوکل مصوب در برخورد با بیمار (۵۸٪ درصد) و ترس از

ماه سابقه کار یا بیشتر و داشتن تمایل به شرکت در مطالعه بود. در نهایت ۴۱ پرستار شاغل در یکی از بخش های روانپزشکی دو بیمارستان سینا و هاجر که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش را تکمیل کرده بودند، نمونه پژوهش را تشکیل دادند و روش نمونه گیری سرشماری بود.

ابزار جمع آوری داده ها، شامل دو بخش بود: بخش اول مشخصات فردی که اطلاعات دموگرافیک کارکنان پرستاری را با سئوالاتی مانند سن، جنس، مدت خدمت، نوع استخدام، دانشگاه محل تحصیل، سابقه کار در بخش های روانپزشکی، دفعات برخورد با بیماران پرخاشگر در طول سال مورد بررسی قرار داده و بخش دوم اطلاعات مربوط به مشکلات برخورد با بیماران پرخاشگر که در ۳ بخش مشکلات فردی (۸ سئوال)، مشکلات مربوط به محیط فیزیکی بخش محل خدمت (۵ سئوال) و مشکلات سازمانی و مدیریتی در برخورد با بیماران تهاجمی (۱۰ سئوال) طراحی شد. در صورت داشتن مشکل در هر سئوال نمره یک و در صورت نداشتن مشکل نمره صفر به سوال تعلق گرفته و میانگین نمرات برای هر حیطه محاسبه گردید. این پرسشنامه توسط روان شناسان عضو هیئت علمی از نظر محتوی بررسی و نظرات اعمال و مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسشنامه، از روش آزمون مجدد استفاده شد. پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران شاغل قرار گرفت و دوباره پس از ۲ هفته بررسی و نتایج مقایسه شد و ضریب آلفای کرونباخ  $r=0/8$  بدست آمد. سپس پرسشنامه مذکور در اختیار افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه قرار داده شد. افراد شرکت کننده در مرحله روایی و پایایی پرسشنامه وارد مطالعه نشدند. تجزیه و تحلیل داده ها پس از کد گذاری اطلاعات توسط نرم افزار SPSS-18 و شاخص های آماری - توصیفی، مانند فراوانی میانگین و آمار تحلیلی، مانند کای اسکوئر و من ویتنی صورت گرفت.

### یافته ها

در این مطالعه ۴۱ پرستار شاغل در بخش های روانپزشکی بیمارستان هاجر شهرکرد و سینای جوققان (به ترتیب ۲۲ و ۱۹ نفر) شرکت داشتند. آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع داده ها را در این مطالعه غیر نرمال نشان داد ( $P < 0/05$ ).

بیماران، ترس از عوارض مهار فیزیکی، ترس از بی احترامی، عدم آشنایی با روش های اداره بیمار و مناسب نبودن داروهای موجود برای کنترل پرخاشگری بیماران از جمله مهمترین مشکلات بودند. نتایج مطالعه Moylan و همکار (۲۰۱۱) نشان داد که از بین پرستارانی که مورد تهاجم بیماران قرار گرفته بودند، ۶۵ درصد دچار آسیب سطحی شده و ۲۶ درصد آسیب جدی دیده بودند (۱۷)؛ لذا خطر آسیب دیدن پرستاران در هنگام برخورد با بیماران پرخاشگر از جمله مشکلات مطرح در مدیریت این بیماران است. رسیدگی و برخورد با این مورد و نیاز به داشتن مهارت و اطلاع از روش های مناسب کنترل بیماران پرخاشگر از یک سو و از سوی دیگر وجود منابع حمایتی در بخش، مانند سیستم هشدار در بخش، وجود نیروهای امنیتی و کارکنان کافی کمکی دارد که تمام این موارد خود به عنوان مشکلات مطرح در کنترل و اداره بیماران پرخاشگر در بخش های مورد بررسی گزارش شده است.

در صورت بروز پرخاشگری، کارکنان لازم است در ابتدا از روش های غیر دارویی استفاده نموده و در صورت عدم کنترل پرخاشگری از درمان های دارویی برای آرام کردن بیماران استفاده نمایند (۱۸). این در حالی است که به شکل سنتی در مواجهه با پرخاشگری بیماران از مهار فیزیکی و اتاق انفرادی استفاده می شود (۱۹). اثربخشی کم و اثرات سوء مهار فیزیکی و اتاق انفرادی از یک طرف و ترس از عوارض و تاثیر داروها موجب شده که مداخلات پرستاری در مواجهه با بیماران پرخاشگر دچار مشکل گردد. از جمله داروهای مورد استفاده در پرخاشگری، بنزودیازپین ها و آنتی سایکوتیک های نسل اول و دوم می باشند. نیاز به داروهای سریع الاثر و دارای عوارض کمتر که مطمئن بوده و مشکلی برای بیماران ایجاد نکند، همچنان مطرح می باشد (۱۸).

در کارکنان پرستاری مورد مطالعه، عدم آشنایی با روش های اداره بیمار از جمله مشکلات در اداره بیماران پرخاشگر می باشد. برخی از مطالعات از این امر حمایت می کنند که ارتباط منفی بیماران و پرستاران موجب بروز رفتارهای پرخاشگرانه در آن ها می شود (۲۰). این در حالی است که به اعتقاد پرستاران مورد مطالعه، ناهماهنگی رفتار کارکنان پرستاری در برخورد با بیماران نیز در این زمینه موجب بروز

عواقب گزارش خشونت (۴۸/۸ درصد) بیشترین فراوانی را داشتند (جدول ۱).

نتایج آزمون آماری کای دو نشان داد که ارتباط معنی داری بین شیفت کاری پرستاران ( $P=0/23$ )، نوع استخدام ( $P=0/57$ ) و بخش ( $P=0/85$ ) با دفعات بروز پرخاشگری وجود ندارد. بر اساس آزمون همبستگی پیرسون بین سابقه کاری ( $P=0/69$ )، سن پرستاران ( $P=0/38$ ) و دفعات پرخاشگری بیماران ارتباط معنی داری وجود نداشت.

آزمون من ویتنی نشان داد که به طور کلی تفاوت معنی داری بین نظرات پرستاران دو بیمارستان در ابعاد مشکلات مربوط به محیط فیزیکی ( $P=0/03$ ) و مشکلات فردی ( $P=0/11$ ) وجود دارد (جدول ۲). نامناسب بودن وضعیت فیزیکی بیمارستان هاجر از نظر پرستاران مورد بررسی به عنوان مشکل بیشتری نسبت به بیمارستان سینا مطرح شده بود.

جدول ۱: وضعیت کلی حیطه های مختلف مشکلات برخورد با بیماران

پرخاشگر در دو بیمارستان		
حیطه مشکل	میانگین $\pm$ انحراف معیار	تعداد
مشکلات فردی	۰/۳۰ $\pm$ ۰/۵۷	۴۱
مشکلات فیزیکی	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۴۱	۴۱
مشکلات مدیریتی	۰/۲۷ $\pm$ ۰/۳۸	۴۱

جدول ۲: مقایسه دیدگاه پرستاران شاغل در دو بیمارستان هاجر و سینا در

خصوص مشکلات برخورد با بیماران پرخاشگر			
بیمارستان	میانگین $\pm$ انحراف معیار	ارزش P	
مشکلات فردی	سینا هاجر	۰/۲۸ $\pm$ ۰/۴۴ ۰/۲۸ $\pm$ ۰/۶۸	* ۰/۰۱۱
مشکلات فیزیکی	سینا هاجر	۰/۲۲ $\pm$ ۰/۳۱ ۰/۱۹ $\pm$ ۰/۵۰	* ۰/۰۰۳
مشکلات مدیریتی	سینا هاجر	۰/۱۳ $\pm$ ۰/۲۸ ۰/۳۳ $\pm$ ۰/۴۷	۰/۱۲۱

\* آزمون من ویتنی تفاوت معنی داری بین دو بیمارستان در بعد مشکلات مرتبط با محیط فیزیکی و فردی نشان داد.

## بحث

از نظر پرستاران شرکت کننده در این مطالعه، مشکلات فردی به عنوان مهمترین مشکل در برخورد با بیماران پرخاشگر بود که در این بین، ترس از برخورد فیزیکی

در مطالعه حاضر به اعتقاد کارکنان پرستاری، در حیطه مشکلات سازمانی و مدیریتی بارکاری، ترس از عواقب گزارش خشونت به عنوان مهمترین مشکلات اداره بیماران پرخاشگر بوده است. نبودن سیستم حمایتی مناسب از کارکنان پرستاری موجب بروز نگرانی از اداره بیماران پرخاشگر می گردد. کمبود کارکنان پرستاری و تعداد زیاد بیمار بستری در بخش های روانپزشکی مورد بررسی، موجب تحمیل فشار کاری زیادی به کارکنان پرستاری شده و این کمبود نیرو و عدم تناسب تعداد پرستار- بیمار موجب نگرانی کارکنان در برخورد با بیماران پرخاشگر می شود. در بسیاری از موارد، کارکنان پرستاری از گزارش خشونت و پرخاشگری بیماران می ترسند و حتی پرخاشگری را به عنوان بخشی از کار روتین خود دانسته و آن را گزارش نمی کنند. این مورد نیز به عنوان یکی از مشکلات موجود در مطالعه حاضر مطرح شده است که با نتایج مطالعات دیگر مشابه می باشد (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط معنی داری بین شیفت کاری پرستاران، سابقه کاری، نوع استخدام، بخش زنان و مردان و سن پرستاران در بروز و دفعات پرخاشگری بیماران وجود ندارد.

در بررسی عقیلی نژاد و همکاران (۱۳۹۰) نیز سن، جنس، موقعیت شغلی، سابقه کار پرستاران با پرخاشگری و خشونت بیماران رابطه معنی داری نداشت که مشابه با یافته های مطالعه حاضر بود. از طرفی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بیشترین پرخاشگری بیماران در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال بود. در مطالعات مختلف دامنه سنی بیماران پرخاشگر در محدوده های متفاوتی گزارش شده است. از جمله در مطالعه عقیلی نژاد نیز دامنه سنی بیماران پرخاشگر در سنین ۴۵ سال و بالاتر اندکی کمتر از بیماران جوان تر گزارش شد. بعلاوه جنس بیماران نیز با میزان پرخاشگریشان رابطه معنی داری نشان نداد، که با نتایج مطالعه حاضر مشابه می باشد (۲۵). در بررسی Saverimuttu و همکار (۲۰۰۰) پرخاشگری در جنس مونث بیشتر بود، اما این بیماران بیشتر نسبت به خود پرخاشگری (self-harm) نشان می دادند. در این مطالعه نیز بیماران با تشخیص اسکیزوفرنی بیشترین پرخاشگری را در مقایسه با سایر تشخیص ها نشان داده بودند (۲۶).

مشکلاتی در اداره بیماران پرخاشگر شده و نیاز به هماهنگی در این زمینه می باشد.

میزان مشکلات فردی پرستاران در اداره پرخاشگری در دو بیمارستان متفاوت بوده که احتمالاً به دلیل تفاوت های فردی بین کارکنان پرستاری شاغل در دو بیمارستان و نیز تفاوت نوع بیماران بستری در دو بیمارستان می باشد. بیماران بستری در بیمارستان هاجر شهرکرد شامل بیماران روانی حاد و مزمن بودند، در حالی که بیمارستان بستری در بیمارستان سینای جوققان، تنها بیماران روانی مزمن می باشند.

از دیگر مشکلات کنترل پرخاشگری در این مطالعه، مشکلات مربوط به محیط فیزیکی بخش ها و بویژه نداشتن اتاق انفرادی و فضای فیزیکی کوچک بیمارستان هاجر شهرکرد بود. در نقطه مقابل، فضای آزاد و محیط باز بیمارستان سینای جوققان محیطی امن را برای بیماران فراهم کرده و با محیط زندگی آنها مطابقت می کند؛ لذا احتمال موارد پرخاشگری در این حالت کاهش می یابد. بعلاوه در بیمارستان سینا علاوه بر این مورد اتاق انفرادی نیز وجود داشته و امکان مهار و کنترل بیماران پرخاشگر فراهم است. پرستاران در این بیمارستان، با محدود کردن و اجازه ندادن به بیماران پرخاشگر در استفاده از فضای باز بیمارستان به نوعی آن ها را مورد تقویت منفی قرار داده و بازخورد مناسبی از این امر می گیرند، در حالی که این حالت در بیمارستان هاجر به دلیل فضای فیزیکی نامناسب فراهم نبوده و خود موجب ایجاد احساس ترس در کارکنان در مهار پرخاشگری بیماران می شود.

این در حالی است که لازم است بیمارستان ها محیطی راحت، شبیه به منزل و امن داشته باشند و این شرایط موجب تغییر در وضعیت بیماران شده و روش درمانی کم هزینه ای می باشد. به نظر می رسد محیط بیمارستان می تواند در تجارب بیماران تاثیرگذار بوده و بر سلامت جسمی و روانی آن ها موثر باشد. از طرفی امکان ارائه مراقبت بهتر پرستاران را فراهم می کند (۲۲، ۲۱). در بررسی Duxbury و همکار (۲۰۰۵) نیز عامل محیط به عنوان یک عامل مشکل زا هم برای بیماران و هم پرستاران مطرح بود. برخی از بیماران محیط بخش را به زندان تشبیه نموده و ادعا می کردند که می خواهند قفل آن را باز کنند (۲۳).

فراوانی یکسانی بود. ویژگی های کارکنان مانند سن، تجربه کار در بخش روانپزشکی، دوره های آموزشی مربوط به کنترل پرخاشگری، استفاده از کارکنان موقت در بخش از جمله مواردی است که در مطالعات مختلف با پرخاشگری بیماران بستری در بخش روانپزشکی مرتبط دانسته شده است (۲۹)، ۳۱، ۳۲). در مطالعه حاضر پرسنل شاغل بیشتر سابقه کار در بخش روانپزشکی داشته و ثابت بودند که این امر موجب تفاوت در این مورد با نتایج اشاره شده می باشد.

### نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که کارکنان پرستاری شاغل در بخش های روانپزشکی در کنترل بیماران پرخاشگر با مشکلاتی بویژه در حیطه های فردی و محیطی مواجه هستند که نیازمند رسیدگی، توجه و برنامه ریزی مسئولان مربوطه می باشد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی HSR به کد ۳۷۴، تاریخ ۱۳۹۰/۸/۲۲ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بوده و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از کلیه مسئولان و پرستاران شاغل در بخش های روانپزشکی بیمارستان های هاجر شهرکرد و سینیای جوتقان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند اعلام می دارد.

### References

1. Estryng-Behar M, Van Der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT' Study. *Occupational medicine*. 2008;58(2):107-14.
2. Simonowitz JA. Health care workers and workplace violence. *Occupational medicine (Philadelphia, Pa)*. 1996;11(2):277.
3. Alexander C, Fraser J, Hoeth R. Occupational Violence in an Australian Healthcare Setting: Implications for Managers. *Journal of Healthcare Management*. 2004;49(6):377-92.
4. Åström S, Karlsson S, Sandvide Å, Bucht G, Eisemann M, Norberg A, et al. Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(4):410-6.
5. Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, Tachimori H. Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*. 2001;52(2):232-4.

در مطالعه زمان زاده و همکار (۱۳۸۶) نیز بیشترین خشونت از نوع کلامی و سپس فیزیکی گزارش شده و خشونت جنسی و نژادی کمترین میزان خشونت نسبت به پرستاران را تشکیل می داد که با نتایج مطالعه حاضر تفاوت دارد. این تفاوت ممکن است بدلیل تفاوت بخش های مورد مطالعه و ویژگی بیماران در دو مطالعه باشد (۲۷). در بررسی EL-Badri و همکار (۲۰۰۶) نیز اکثر موارد پرخاشگری به شکل کلامی و در درجه دوم فیزیکی گزارش شد. از طرفی اکثر بیماران پرخاشگر تشخیص اسکیزوفرنی و در درجه دوم دوقطبی داشتند که نوع پرخاشگری و تشخیص بیماران با نتایج مطالعه حاضر مشابهت دارد (۲۸). بعلاوه در بررسی EL-Badri اکثر بیماران پرخاشگر مرد بوده و موارد پرخاشگری در شیفت عصر بیشتر اتفاق افتاده بود که این یافته با نتایج تحقیق حاضر متفاوت می باشد (۱۸). در مطالعه Cohen و همکاران (۲۰۰۸) نیز مانند مطالعه حاضر تفاوت معنی داری بین بیماران زن و مرد در بروز پرخاشگری مشاهده نشد، ولی بیماران مرد بیشتر پرخاشگری فیزیکی از خود نشان دادند (۲۹). این در حالی بود که در بررسی Grassi و همکاران (۲۰۰۱) علاوه بر این که اکثر موارد پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی اتفاق افتاده بود، بروز این حالت در طی روز بوده و در بیمارانی که سابقه پرخاشگری قبلی نداشتند (۳۰). در حالی که در بررسی حاضر بروز پرخاشگری به اعتقاد کارکنان در تمام شیفت ها با

6. King L, McInerney P. Hospital workplace experiences of registered nurses that have contributed to their resignation in the Durban metropolitan area. *Curationis*. 2006;29(4):70.
7. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *Journal of nursing management*. 2002;10(1):13-20.
8. Sofield L, Salmond SW. Workplace violence: A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopaedic Nursing*. 2003;22(4):274.
9. Chang EM, Hancock KM, Johnson A, Daly J, Jackson D. Role stress in nurses: review of related factors and strategies for moving forward. *Nursing & health sciences*. 2005;7(1):57-65.
10. Dimitri L, Figà Talamanca I, Salerno S, editors. Hospital as a factory: Working and environmental risks: A need for an integrated approach. 2005;102.
11. Cooper A, Mendonca J. A prospective study of patient assaults on nursing staff in a psychogeriatric unit. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*. 1989;34(5):399-404.

12. Geser AM. Aggressionen von hospitalisierten psychisch Kranken: Eine systematische Evaluation von knapp 2000 Aggressionsfällen 1999;79.
13. Vanderslott J. A study of incidents of violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. 24. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand.* 2006;20(40):41-5.
14. Arnetz JE, Arnetz BB. Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social science & medicine.* 2001;52(3):417-27.
15. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 1999 ;6(2):107-14.
16. Kontio R, Välimäki M, Putkonen H, Cocoman A, Turpeinen S, Kuosmanen L, Joffe G. Nurses' and physicians' educational needs in seclusion and restraint practices. *Perspect Psychiatr Care.* 2009 Jul;45(3):198-207. doi: 10.1111/j.1744-6163.2009.00222.x.
17. Moylan L, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 2011;18(6):526-34.
18. Hankin CS, Bronstone A, Koran LM. Agitation in the Inpatient Psychiatric Setting: A Review of Clinical Presentation, Burden, and Treatment. *Journal of Psychiatric Practice®.* 2011;17(3):170.
19. Johnson ME. Violence and restraint reduction efforts on inpatient psychiatric units. *Issues in Mental Health Nursing.* 2010;31(3):181-97.
20. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002 ;9(3):325-37.
21. Feeney L, Kavanagh A, Kelly B, Maureen M. Moving to a purpose built acute psychiatric unit on a general hospital site—does the new environment produce change for the better? *Ir Med J.* 2007 ;100(3):391-3.
22. St Clair R. Psychiatric hospital design. *The Psychiatric Hospital.* 1987;18(1):17.
23. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing.* 2005;50(5):469-78.
24. Ferns T. Under-reporting of violent incidents against nursing staff. *Nurs Stand.* 2006 Jun 14-20;20(40):41-5.
25. Aghilinejad M, Nojomi M, Mehdi S, Mohammad S. Study of prevalence of violence against nurses and related factors. *RJMS Journal Systems.* 2011;18(86):49-58.
26. Saverimuttu A, Lowe T. Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987).* 2000;14(35):33.
27. Zamanzadeh V, Soleymannezhad N. Nature of violence toward nurses working in hospitals. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences.* 2007;29(2):61-67.
28. El-Badri SM, Mellso G. Aggressive behaviour in an acute general adult psychiatric unit. *Psychiatric Bulletin.* 2006;30(5):166-8. *Journal of psychiatric and mental health nursing.* 1998;5:291-8.
29. Cohen DP, Akhtar MS, Siddiqui A, Shelley C, Larkin C, Kinsella A, et al. Aggressive incidents on a psychiatric intensive care unit. *Psychiatric Bulletin.* 2008;32(12):455-8.
30. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2001;104(4):273-9.
31. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs.* 2002 Aug;16(4):187-95.
32. James DV, Fineberg NA, Shah AK, Priest RG. An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *The British Journal of Psychiatry.* 1990;156(6):846-52.

## Original Paper

# Problems of the Nurses Working in Psychiatric Wards of Sina and Hajar Hospital in Dealing with Aggressive Patients in Shahrekord

Neda Parvin (MSc)<sup>1</sup>, Leila Rafiee Vardanjani (MSc)<sup>\*1</sup>

1- MSc of Nursing, Nursing and Midwifery School, Shahrekord University of Medical Sciences.

---

### Abstract

**Background and Objective:** Management of aggressive behavior is one of the important problems for nurses working in psychiatric wards. This study aimed at determining nurses' problem in dealing with aggressive behavior in psychiatric wards.

**Material and Methods:** This descriptive-analytic study, via census sampling, was conducted on 41 nurses engaging in psychiatric wards of Hajar and Sina Hospitals in Shahrekord, 2011. The data collected by a research-made questionnaire including demographic data and nurses' problems for management of patient aggression in three domains of personal, physical environment of ward and organizational factors. Using means, frequency, Mann-Whitney and Chi square, we described and analyzed the data.

**Results:** The average age of nurses was  $36.34 \pm 6.74$  and their record of services in psychiatry ward was  $6.73 \pm 4.85$  years. The most frequent nurses' problem in management of aggressive patients was related to personal problem specially the threat of having physical conflict with patients and encountering with the consequences of patients' physical restriction. There was no significant relationship between the frequency of aggression and the variables such as age, sex, work shift, work history and type of employment ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** Based on the results, the nurses working in psychiatry wards are faced with some problems in dealing with aggressive patients especially in personal and physical environment domains. Hence, it needs to be considered by the officials.

**Keywords:** Aggression, Nurse, Patient, Schizophrenia

---

\* **Corresponding Author:** Leila Rafiee Vardanjani (MSc), **Email:** rafiee.leila@yahoo.com

Received 13 Feb 2013

Revised 11 Aug 2013

Accepted 30 Apr 2014

This paper should be cited as: Parvin N, Rafiee Vardanjani L. [Problems of the Nurses Working in Psychiatric Wards of Sina and Hajar Hospital in Dealing with Aggressive Patients in Shahrekord]. J Res Dev Nurs Midwifery. Spring and Summer 2014; [Article in Persian]