

Original article

Investigating the Level of Exposure to Violence in the Health Supervisions by Environmental Health Inspectors of the Centers Affiliated with Kashan University of Medical Sciences in 2022

Ehsan Zarei¹Mohammad Rafiee²Habiballah Rahimi³Mohsen Hesami Arani⁴Mehrnoosh Abtahi^{2,5*}

- 1- MPH Environmental Health, MPH Department, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2- Associate Professor, Department of Environmental Health Engineering, School of Public Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
- 4- PhD Student, Department of Environmental Health Engineering, Faculty of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 5- Workplace Health Promotion Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding author: Mehrnoosh Abtahi, Research Center for Improving Workplace Health, Faculty of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: mehrabtahi@yahoo.com

Received: 01 September 2022

Accepted: 15 October 2022

ABSTRACT

Introduction and purpose: One of the dangers that environmental health experts face at work is violence, the incidents of which are observed every year. The type and extent of this violence depend on the ethics of the operator. This study aimed to determine the state of violence among environmental health experts in Kashan and Aran va Bidgol, Isfahan, Iran.

Methods: In this descriptive study, 53 environmental health inspectors working in the centers affiliated with Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran, were selected. The data collection tool was a 58-item reliability-validated questionnaire consisting of four parts, including physical violence (18 items), psychological violence (12 items), sexual violence (12 items), and racial violence (12 items), and there were three open questions at the end of the questionnaire. After the questionnaire was completed, information was recorded in SPSS software, and analysis was performed using independent t, Chi-square, and Fisher statistical tests.

Results: According to the results, 30% of the subjects experienced a physical attack, 90% verbal violence, and 7% racial violence in the past three years. No cases of sexual violence were reported. Moreover, the curator's insult to the inspectors had no relationship with the inspectors' behavior and was influenced by factors related to the curator himself and cultural and social factors.

Conclusion: Based on the results, a combination of personnel training and improving their communication skills, as well as behavioral training for attendants, would be effective in reducing cases of violence.

Keywords: Environmental health inspector, Health monitoring, Kashan, Violence

► **Citation:** Zarei E, Rahimi H, Hesami Arani M, Rafiei M, Abtahi M. Investigating the Level of Exposure to Violence in the Health Supervisions by Environmental Health Inspectors of the Centers Affiliated with Kashan University of Medical Sciences in 2022. Journal of Health Research in Community. Winter 2023;8(4): 28-38.

مقاله پژوهشی

بررسی میزان مواجهه با خشونت در نظارت‌های بهداشتی بازرسان بهداشت محیط مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۴۰۰

چکیده

احسان زارعی^۱
محمد رفیعی^۱
حبیب‌اله رحیمی^۲
محسن حسامی آرانی^۲
مهرنوش ابطحی^{۳،۵،*}

مقدمه و هدف: خشونت یکی از خطراتی است که کارشناسان بهداشت محیط در محل کار با آن مواجه هستند و هرساله حوادث ناشی از آن مشاهده می‌شود. نوع و میزان خشونت با توجه به اخلاق متصدی متفاوت است. هدف از این مطالعه تعیین وضعیت مواجهه با خشونت در کارشناسان بهداشت محیط کاشان و آران و بیدگل است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، ۵۳ نفر از بازرسان بهداشت محیط شاغل در مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه استاندارد شده‌ای مشتمل بر چهار قسمت شامل خشونت جسمی (۱۸ سؤال)، خشونت روانی (۱۲ سؤال)، خشونت جنسی (۱۲ سؤال) و خشونت نژادی (۱۲ سؤال) بود که در انتهای پرسش‌نامه سه سؤال باز وجود داشت. پس از تکمیل پرسش‌نامه، اطلاعات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ ثبت و با استفاده از آزمون‌های آماری تی مستقل، کای اسکور و فیشر تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج به‌دست آمده، ۳۰ درصد از افراد طی سه سال گذشته سابقه مواجهه با حمله فیزیکی، ۹۰ درصد خشونت کلامی، ۷ درصد با خشونت نژادی مواجهه داشته‌اند. در زمینه خشونت جنسی موردی گزارش نشد. همچنین اهانت متصدیان به بازرسان ارتباطی با شیوه برخورد بازرسان نداشت و تحت تأثیر عوامل مرتبط به خود متصدی و عوامل فرهنگی و اجتماعی بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده، برگزاری آموزش‌های ارتقای مهارت‌های ارتباطی در کارکنان و اجرای دوره‌های آموزشی نحوه رفتار برای متصدیان در کاهش موارد خشونت مؤثر خواهد بود.

کلمات کلیدی: بازرس بهداشت محیط، خشونت، کاشان، نظارت بهداشتی

۱. HPM بهداشت محیط، گروه HPM، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
۴. دانشجوی دکتری، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت محیط کار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مهرنوش ابطحی، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت محیط کار، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: mehrabtabhi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۳

◀ **استناد:** زارعی، احسان؛ رفیعی، محمد؛ رحیمی، حبیب‌اله؛ حسامی آرانی، محسن؛ ابطحی، مهرنوش. بررسی میزان مواجهه با خشونت در نظارت‌های بهداشتی بازرسان بهداشت محیط مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۴۰۰. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، زمستان ۱۴۰۱؛ ۸(۴): ۲۸-۳۸.

مقدمه

خشونت به‌عنوان یک رفتار انحرافی برای همه افراد و در تمام محیط‌های اجتماعی از جمله محیط کار، بخشی از خطرات شغلی

مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، زمستان ۱۴۰۱، دوره ۸، شماره ۴، ۲۸-۳۸.

محسوب می شود که قابلیت تبدیل شدن به بحران را دارد و در صورت کنترل نشدن، پیامدهای جدی روحی و روانی، بی انگیزگی و تأثیر بر کیفیت زندگی را برای کارکنان به همراه خواهد داشت [۶-۱]. علاوه بر این، خشونت شغلی باعث از دست رفتن تعهد حرفه ای می شود، لذا بررسی این پدیده نامطلوب ضروری است [۷]. در خصوص مفهوم خشونت تعاریف متفاوتی بیان شده است؛ طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، خشونت استفاده عمدی از نیروی فیزیکی، تهدید کردن علیه خود، شخص دیگر، گروه یا جامعه است که ممکن است منجر به آسیب، مرگ، صدمات روانی یا محرومیت شود [۸]. بر اساس گزارش های جهانی، ۱۰ تا ۵۰ درصد از خشونت ها در محیط های کاری اتفاق می افتد [۹]. در آمریکا در سال های ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۹، ۱/۷ میلیون خشونت در محیط کاری گزارش شده است، البته هیچ یک به مرگ منجر نشده است. بر اساس آمار، در سال ۲۰۰۲ بیش از ۶۰۰ قتل مربوط به کار اتفاق افتاده است [۱۰]. بر اساس آمار مؤسسه ملی سلامت و کار آمریکا (National Institute for Occupational Safety and Health)، ۶۷ درصد از خشونت ها در گروه سنی ۲۵ تا ۵۴ سال رخ داده که ۷۰ درصد این آمار مربوط به زنان است [۱۱]. بر اساس برخی گزارش ها، عمده خشونت وارد شده به مردان از نوع فیزیکی و عمده خشونت وارد شده به زنان از نوع روانی، کلامی و جنسی است [۱۲]. لذا جنسیت عامل مهمی در بروز خشونت محسوب می شود [۱۳]. همچنین برخی از عوامل محیطی و سازمانی نیز به عنوان عامل مهم در بروز خشونت شناخته شده اند [۱۴].

یکی از مهم ترین محیط های شغلی که کارکنان آن در معرض خشونت قرار دارند، مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هستند. نتایج چندین مطالعه در این خصوص نشان دهنده افزایش رفتارهای خشونت آمیز با کارکنان حوزه سلامت است، به طوری که سلامت و امنیت شغلی آن ها را تهدید می کند [۱۵]. بر اساس گزارش سازمان بین المللی کار، کارکنان سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی بیشترین قربانیان خشونت های شغلی در بین تمام گروه های

کاری محسوب می شوند. به طوری که خطر مواجهه با خشونت های شغلی علیه آنان ۱۶ برابر سایر کارکنان خدماتی است [۱۶، ۱۷]. مطالعه Etienne و همکاران در سال ۲۰۱۵ نشان داد ۴۸ درصد از کارکنان مراقبت سلامت طی ۶ ماه مورد خشونت و بدرفتاری قرار گرفته اند [۱۸، ۱۹]. در ایران، مطالعات محدودی شیوع خشونت در محل کار را در سازمان های بهداشتی و درمانی بررسی کرده اند. در مطالعه اورژانس غیر روان پزشکی سه بیمارستان تهران توسط سلیمی و همکاران، میزان شیوع کلی خشونت علیه پرستاران بسیار زیاد (۹۶ درصد) گزارش شده است [۲۰]. همچنین بر اساس نتیجه یک مطالعه مقطعی، ۸۷/۶ درصد از پرستاران ایرانی سابقه مواجهه با توهین کلامی و ۲۷/۶ درصد سابقه مواجهه با خشونت فیزیکی را طی ۶ ماه داشته اند [۲۱].

بیمارستان به عنوان یکی از مراکز مهم متأثر از سلامت جامعه، علاوه بر مشکلات بهداشتی، در معرض آسیب های خشونت نیز قرار دارد [۲۲]. به عقیده پژوهشگران، افزایش میزان خشونت بیمارستانی مشکل عمده بهداشتی و مربوط به کل جامعه است [۲۳]. این افراد معتقدند خشونت در محیط کار در درازمدت موجب اثرات سوء مهمی مانند افت روحیه، عصبانیت، از دست دادن اعتماد، فرسودگی شغلی، تعطیلی کار، ناتوانی در وضعیت شغلی، سردردهای متناوب، مشکلات گوارشی، افسردگی، ناامیدی و از دست دادن اعتماد به نفس در کارکنان بخش سلامت می شود [۲۴، ۲۵]. بر اساس نتایج مطالعه ای در بخش جراحی کانادا، بین محیط پرخشونت با فرسودگی، مصدومیت، اختلال اضطراب و مشکلات خواب پرستاران همبستگی وجود داشت [۲۶، ۲۷]. بر این اساس هرچند مطالعات فراوانی در خصوص خشونت در محیط های بیمارستانی و درمانی، به ویژه در خارج از ایران انجام شده است و اغلب این مطالعات مربوط به کادر درمانی و پرستاران است، با وجود اهمیت این پدیده و تأثیرات مخرب آن، هنوز این معضل در نظام بهداشت و سلامت ایران به صورت جدی بررسی نشده است [۲۸، ۲۹].

در این میان، یکی از گروه‌های شغلی مهم در معرض خشونت شغلی، بازرسان بهداشت محیط هستند که برحسب شرح وظایف خود ضمن بازدید و نظارت بر اماکن و مراکز تهیه و توزیع مواد غذایی، ملزم به ارائه تذکرات بهداشتی، توقیف و برخورد قانونی هستند. این مسئولیت‌ها سبب واکنش نامطلوب از جانب متصدیان خاطی و خشونت می‌شود. با توجه به جست‌وجوی انجام‌شده، تاکنون مطالعه‌ای روی این افراد انجام نشده و ماهیت این پدیده بر بازرسان بهداشت محیط ناشناخته است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی مواجهه با خشونت شغلی و عوامل مرتبط با آن در کارشناسان و بازرسان بهداشت محیط تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۴۰۰ انجام شده است.

روش کار

این مطالعه به صورت مقطعی-تحلیلی روی بازرسان بهداشت محیط شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت پوشش مجموعه معاونت بهداشتی کاشان از اسفند ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ انجام شد. به‌طور خلاصه، دانشگاه علوم پزشکی کاشان ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و درمان به جمعیتی حدود ۵۰۰ هزار نفر در دو شهرستان آران و بیدگل و کاشان است. پس از تشریح اهداف مطالعه و گرفتن رضایت‌نامه شفاهی، پرسش‌نامه اصلاح‌شده توسط دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان که نسخه اصلاح‌شده پرسش‌نامه استاندارد خشونت هنگام کار در پرستاران است، طی جلسه کاری کارشناسان در معاونت بهداشتی به صورت حضوری در اختیار تمام بازرسان بهداشت محیط با مدارک تحصیلی کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری قرار گرفت. پرسش‌نامه بدون نام و به صورت خودگزارش‌دهی تکمیل شد.

به دلیل نبود پرسش‌نامه اختصاصی برای این مطالعه، از پرسش‌نامه خشونت علیه پرستاران استفاده شد. پرسش‌نامه

خشونت محل کار در بخش سلامت توسط اداره بین‌المللی کار (International Labor Office: ILO) وابسته به سازمان جهانی بهداشت و شورای بین‌المللی پرستاران (International Council of Nurses: ICN) تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل ۵۸ سؤال در چهار قسمت خشونت جسمی (۱۸ سؤال)، خشونت روانی (۱۲ سؤال)، خشونت جنسی (۱۲ سؤال) و خشونت نژادی (۱۲ سؤال) است. در انتهای پرسش‌نامه ۳ سؤال باز با عنوان «دیدگاه و عقیده درباره خشونت محل کار» مطرح شد که شامل این سؤال‌ها بود: «وقتی مورد خشونت واقع شدید، چه کار کردید؟»، «به نظر شما چه عواملی در بروز خشونت مؤثر است؟» و «چگونه می‌توان از بروز خشونت در بخش پیشگیری کرد؟». در نسخه فارسی پرسش‌نامه، سؤالات باز به صورت سؤال بسته طراحی و استفاده شد.

این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف در بیشتر کشورها به کار گرفته و در ایران نیز توسط پژوهشگران مختلف ترجمه و استفاده شده است [۱۴-۱۱]. در پژوهش فلاحی، تمیزی و غضنفری (۱۳۹۲) روایی و پایایی آن بررسی و تأیید شد [۲۹]. در این مطالعه، نسخه اصلاح‌شده این پرسش‌نامه بر اساس شرایط محیط کار بازرسان بهداشت محیط استفاده شد. اصلاحات انجام‌شده به نظر خبرگان شامل اعضای هیئت علمی دانشکده بهداشت و کارشناسان بهداشت محیط انجام شد. علاوه بر سؤالات اصلی مربوط به خشونت، سؤالاتی نیز درباره ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد در پرسش‌نامه گنجانده شد. با توجه به اینکه پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه مقیاس لیکرت نداشت و به صورت دو گزینه‌ای (بلی و خیر) بود، امکان ارزیابی اعتبار ساختار و روایی پرسش‌نامه (با سنجش آلفای کرونباخ) میسر نبود، ولی اعتبار محتوای پرسش‌نامه با استفاده از نظر خبرگان بررسی شد.

معیارهای ورود به مطالعه اشتغال در فعالیت بازرسی محیطی با حداقل ۳ سال سابقه کار بود. در این مطالعه به دلیل کم بودن تعداد بازرسان و نبود مطالعه مشابه تصمیم گرفته شد به شیوه تمام‌شماری از تمام واجدان شرایط برای تکمیل پرسش‌نامه دعوت شود.

سپس اطلاعات در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ وارد و تجزیه و تحلیل توصیفی و تحلیلی شد. برای بررسی تحلیلی ارتباط بین متغیرهای کیفی (انواع خشونت با متغیرهای جمعیت شناختی) به دلیل کم بودن نمونه از آزمون ناپارامتریک فیشر استفاده شد در زمینه ارتباط سن با زرس بهداشت محیط با مواجهه با انواع خشونت از آزمون آماری تی مستقل استفاده شد.

یافته ها

این مطالعه از اسفند ۱۴۰۰ تا اردیبهشت ۱۴۰۱ با ارسال پرسش نامه برای گروه هدف انجام شد. در مجموع از کل پرسش نامه های ارائه شده به ۵۳ نفر، ۴۵ نفر (۸۵ درصد) اقدام به تکمیل پرسش نامه کردند و ۸ نفر (۱۵ درصد) به دلایلی نامشخص حاضر به همکاری نشدند. از بین افراد مطالعه شده، ۶۶/۷ درصد مرد و بقیه زن بودند. میانگین سنی و سابقه کار افراد به ترتیب ۳۷/۵ ± ۸/۹ و ۱۲/۳ ± ۸/۹ سال بود. وضعیت استخدامی بیشتر افراد رسمی بود و بیشتر شرکت کنندگان متأهل بودند. سایر جزئیات در جدول ۱ ارائه شده است.

شیوع مواجهه با خشونت و عوامل مرتبط

بر اساس نتایج به دست آمده، تقریباً ۳۰ درصد افراد طی ۳ سال گذشته با حمله فیزیکی، ۹۰ درصد با خشونت کلامی، ۷ درصد با خشونت نژادی مواجهه داشته اند. در زمینه خشونت جنسی موردی گزارش نشد. لذا از بین انواع خشونت، سابقه مواجهه با خشونت کلامی خیلی بیشتر از سایر موارد بوده است. به منظور شناسایی عوامل مرتبط با مواجهه، ویژگی های جمعیت شناختی و شغلی افراد در دو گروه مواجهه دار و بدون مواجهه مقایسه شد. نتایج نشان دهنده رابطه خشونت فیزیکی با جنسیت با زرس بهداشت محیط بود. میزان مواجهه با خشونت فیزیکی به طور معنی داری در مردان بیشتر بود ($P < 0/05$). همچنین ۶۰ درصد از افراد با

تحصیلات فوق لیسانس مورد مواجهه خشونت فیزیکی بودند که به طور معنی داری بیشتر از افراد با تحصیلات کمتر بود ($P < 0/00$). در سایر موارد ارتباط معنی داری مشاهده نشد. به عبارت دیگر، مواجهه با خشونت فیزیکی در گروه های مختلف جنسی یکسان بود (جدول ۲).

در زمینه خشونت نژادی نتایج نشان داد خشونت نژادی با هیچ کدام از متغیرهای بررسی شده ارتباطی ندارد. به عبارت دیگر، میزان مواجهه با خشونت نژادی در گروه های مختلف جنسی، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت استخدامی، تأهل و محل خدمت یکسان بود (جدول ۳). نبود ارتباط معنی دار بیشتر به دلیل حجم نمونه ناکافی است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناسی افراد مطالعه شده

متغیر کمی	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	۳۷/۵	۷/۴
سابقه کار (سال)	۱۲/۳	۸/۹
قد (سانتی متر)	۱۷۰	۱۰/۳
متغیر کیفی	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۰
	زن	۱۵
وضعیت تأهل	مجرد	۷
	متأهل	۳۸
مذهب	شیعه	۴۵
	فارس	۴۴
قومیت	ترک	۱
	فوق دیپلم	۱
	کارشناسی	۳۴
میزان تحصیلات	کارشناسی ارشد	۹
	دکتری	۱
	طرحی	۳
وضعیت استخدام	رسمی	۲۹
	پیمانی	۵
	شرکتی	۸
محل خدمت	کاشان	۳۴
	آران و بیدگل	۱۱

جدول ۲. فراوانی خشونت فیزیکی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و استخدامی بازرسان بهداشت محیط

متغیر	فراوانی مواجهه (درصد)	P
جنس	مرد ۱۳ (۴۳/۳) زن ۰ (۰)	۰/۰۱<*
سابقه کار	<۵ سال ۱۱ (۹/۱) ۵ تا ۱۴ سال ۵ (۳۵/۷) >=۱۵ سال ۷ (۳۶/۸)	۰/۲۳*
تحصیلات	فوق دیپلم و لیسانس ۷ (۲۰) فوق لیسانس ۶ (۶۰)	۰/۰۲*
وضعیت استخدامی	غیر رسمی ۴ (۳۰/۸) رسمی ۹ (۶۹/۲)	۰/۷۴*
وضعیت تأهل	مجرد ۱ (۱۴/۳) متاهل ۱۲ (۳۱/۶)	۰/۶۵*
محل خدمت	کاشان ۹ (۲۶/۵) آران و بیدگل ۴ (۳۶/۴)	۰/۷۰*
سن (SD)	مواجهه‌یافته ۳۶/۲ (۷/۶) بدون مواجهه ۴۰/۵ (۶/۲)	۰/۰۶**

*آزمون فیشر؛ **تی مستقل

در نتایج به‌دست آمده هیچ موردی از خشونت جنسی وجود نداشت. مواجهه با خشونت کلامی نیز در زیرگروه‌های متغیرهای مطالعه‌شده تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

جدول ۴. فراوانی خشونت کلامی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و استخدامی بازرسان بهداشت محیط

متغیر	فراوانی مواجهه (درصد)	P
جنس	مرد ۲۹ (۹۶/۷) زن ۱۲ (۸۰)	۰/۱۰*
سابقه کار	<۵ سال ۱۰ (۹۰/۹) ۵ تا ۱۴ سال ۱۳ (۹۲/۹) >=۱۵ سال ۱۷ (۸۹/۵)	۱/۰۰*
تحصیلات	فوق دیپلم لیسانس ۳۲ (۹۱/۴) فوق لیسانس دکترا ۹ (۹۰)	۱/۰۰*
وضعیت استخدامی	غیر رسمی ۱۵ (۹۳/۸) رسمی ۲۶ (۸۹/۷)	۱/۰۰*
وضعیت تأهل	مجرد ۷ (۱۰۰) متاهل ۳۴ (۸۹/۵)	۱/۰۰*
محل خدمت	کاشان ۳۲ (۹۴/۱) آران و بیدگل ۹ (۸۱/۸)	۰/۵۶*

*آزمون فیشر

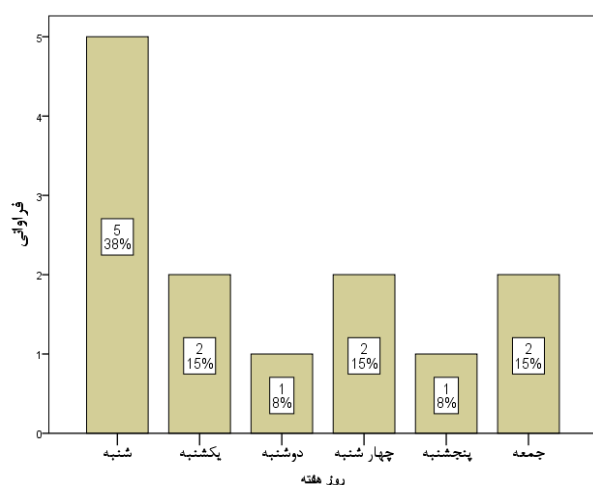
جدول ۳. فراوانی خشونت نژادی بر حسب ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و استخدامی بازرسان بهداشت محیط

متغیر	فراوانی مواجهه (درصد)	P
جنس	مرد ۳ (۱۰) زن ۰ (۰)	۰/۵۴*
سابقه کار	<۵ سال ۲ (۱۴/۳) ۵ تا ۱۴ سال ۱ (۵/۳) >=۱۵ سال ۱ (۵/۳)	۰/۴۵*
تحصیلات	فوق دیپلم لیسانس ۳ (۸/۶) فوق لیسانس دکترا ۰ (۰)	۱/۰۰*
وضعیت استخدامی	غیر رسمی ۱ (۶/۳) رسمی ۲ (۶/۹)	۱/۰۰*
وضعیت تأهل	مجرد ۰ (۰) متاهل ۳ (۷/۹)	۱/۰۰*
محل خدمت	کاشان ۳ (۸/۸) آران و بیدگل ۰ (۰)	۰/۲۴*

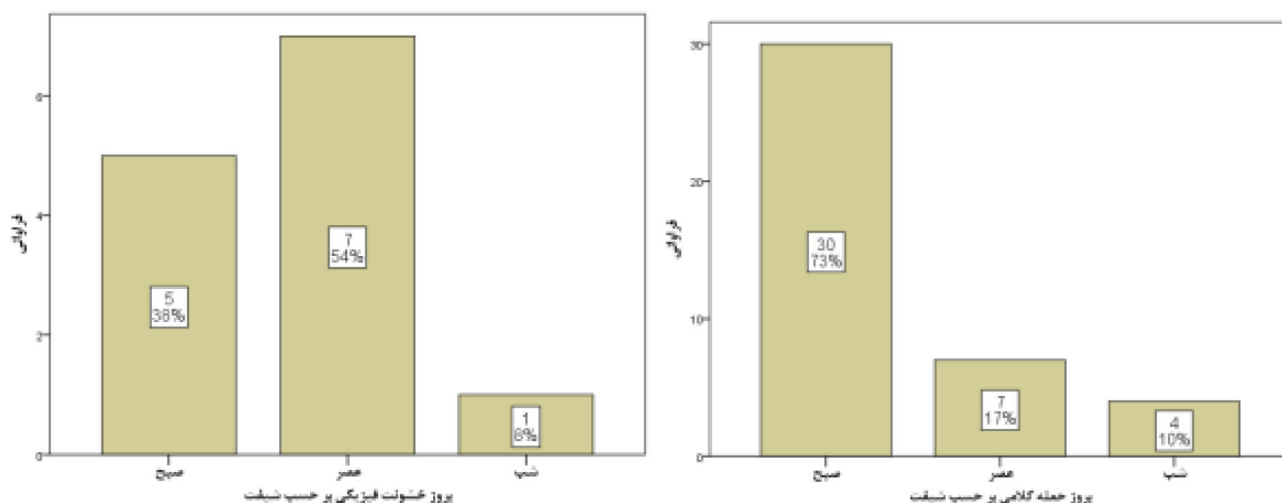
*آزمون فیشر

ارتباط خشونت با زمان

توزیع خشونت بر حسب روزهای هفته نشان داد بیشترین رخداد خشونت (۳۸ درصد) در روز اول کاری هفته (شنبه) است. پس از آن یکشنبه، چهارشنبه و جمعه هر کدام با سهم ۱۵ درصد بیشترین



شکل ۱. ارتباط رخداد خشونت و روزهای هفته



شکل ۲. بروز خشونت بر حسب شیفت

فراوانی خشونت را به خود اختصاص دادند (شکل ۱).

با توجه به حجم کم نمونه خشونت فیزیکی و اینکه عمده فعالیت های بازرسان در ساعات اداری است، امکان اظهار نظر در خصوص زیاد بودن موارد در شیفت خاصی وجود ندارد. در زمینه خشونت کلامی، در شیفت صبح به طور واضحی موارد بیش از سایر شیفت ها بود (شکل ۲).

بحث و نتیجه گیری

بر اساس جست و جوی انجام شده، پژوهش حاضر اولین پژوهشی است که در زمینه بررسی خشونت شغلی در بازرسان بهداشت محیط در ایران انجام می شود. بر اساس نتایج مطالعه، شیوع مواجهه با خشونت در بازرسان بهداشت محیط نشان داد ۹۰ درصد از کارشناسان سابقه مواجهه با خشونت کلامی، ۳۰ درصد خشونت فیزیکی و ۷ درصد خشونت نژادی را داشته اند. یکی از شغل هایی که در حوزه بهداشت و درمان بیش از سایر موارد بررسی شده است، پرستاران هستند. نتایج این پژوهش با نتایج بررسی میزان شیوع خشونت در محیط کار پرستاران مقایسه شد و نشان داد خشونت های روانی و فیزیکی به ترتیب با فراوانی ۹۳/۴

و ۷۱/۶ درصد بیشترین رخداد و خشونت های نژادی و جنسی به ترتیب با فراوانی ۱۹/۱ و ۵/۵ درصد کمترین خشونت وارد شده در محیط پرستاری بود [۲۹]. هرچند از نظر روانی و کلامی این نتایج همخوانی دارند، پرستاران از نظر فراوانی خشونت فیزیکی شرایط حادثی را نسبت به کارشناسان بهداشت محیط داشتند که با توجه به وضعیت روانی اطرافیان بیمار توجیه پذیر است، هرچند مطلوب و مقبول نیست. با این وجود، میزان مواجهه با خشونت در زیرگروه های مختلف جنسی، تحصیلی و استخدامی تفاوت معناداری نداشت. فقط میزان خشونت فیزیکی در مردان بیشتر از زنان و در گروه های تحصیلی بالاتر، بیشتر بود.

نتایج مطالعات انجام شده روی پرستاران شهرهای مختلف ایران در سال های مختلف نشان دهنده سابقه مواجهه با خشونت فیزیکی ۹/۱ درصد، ۲۱ درصد و ۲۹ درصد است که در مقایسه با نتایج مطالعه فعلی به نظر می رسد بازرسان به طور یکسان با پرستاران در معرض خشونت فیزیکی قرار گرفته اند [۳۰-۳۲]. همچنین بر اساس نتایج مطالعات مشابه، سابقه مواجهه با خشونت فیزیکی در پرستاران ۷۲/۷ درصد، ۸۷ درصد، ۷۲ درصد و ۶۴ درصد گزارش شد [۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴]. علاوه بر این، نتایج مطالعه نصیرزاده و همکاران در صنایع منتخب آذربایجان حاکی از ۴۶/۶ درصد خشونت کلامی،

بهداشت محیط بوده است. شیوع مواجهه با خشونت کلامی در زیرگروه‌های متغیرهای مطالعه‌شده تفاوت معنی‌داری نداشت که نشان می‌دهد اهانت متصدیان به بازرسان با شیوه برخورد بازرسان ارتباطی ندارد و احتمالاً تحت تأثیر عوامل مرتبط به خود متصدی و عوامل فرهنگی و اجتماعی است.

در مطالعه احمدی و همکاران، خشونت روحی و روانی بیشترین درصد خشونت را در اتاق‌های عمل مراکز آموزشی درمانی اصفهان داشت که حاکی از اعمال آسان خشونت‌های روحی و روانی برای فرد مهاجم است که طیف بیشتری از کارکنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در عین حال اثبات این نوع خشونت‌ها برای فرد قربانی دشوارتر است [۳۲]. همچنین علت بیشتر بودن تجربه خشونت روحی و روانی در پژوهش حاضر، وسیع‌تر بودن حیطه خشونت‌های روحی و روانی مانند رفتارهای توهین‌آمیز، تحقیر، ارباب، استهزا و فحاشی طبق پرسش‌نامه استفاده‌شده است. در محیط اتاق عمل افراد به مدت طولانی‌تری در ارتباط رودررو قرار دارند و این موضوع نیز شرایط را برای افزایش این نوع خشونت‌ها که بیشتر از نوع کلامی است، افزایش می‌دهد. در بازرسی‌های بهداشتی بازرسان بهداشت محیط ارتباط چشمی و نزدیکی وجود دارد که زمینه‌ساز بروز و تداوم خشونت است.

بر اساس نتایج مطالعه Gacki-Smith و همکاران (۲۰۱۲)، شرکت‌کنندگان در مطالعه بر این باور بودند که حمایت نکردن مدیریت بیمارستان از آنان در برابر رفتارهای خشونت‌آمیز مهم‌ترین علت افزایش مواجهه با خشونت شغلی در محیط کار آنها بوده است [۲۷]. همچنین در مطالعه Dunn، مراقبان سلامت معتقد بودند اقدامات حمایتی از سوی مسئولان و مدیریت مهم‌ترین علت وقوع مکرر خشونت شغلی در محل کارشان است [۱۲]. با این وجود، اگرچه در مطالعه حاضر ارتباط خشونت و همکاری مدیران بررسی نشده است، با شناخت نویسندگان از وضعیت مدیریتی بهداشت می‌توان نبود حمایت مدیران بالادستی را با عدم شناخت کامل مدیران از شرح وظایف شغل بازرسی بهداشت محیطی مرتبط دانست [۳۸].

۲۴/۱ درصد زور و اجبار، ۱۸/۹۶ درصد خشونت فیزیکی و ۱۰/۳۴ درصد تهدید بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت [۳۵]. ظاهراً در بین انواع مطالعات بررسی خشونت، خشونت کلامی فراوانی بیشتری است. در مطالعه نصیرزاده و همکاران، ۴۵/۵ درصد از خشونت زور و اجبار در زمان بازرسی و تعمیر مداوم تجهیزات و ۲۷ درصد از خشونت‌ها به دنبال آزار و اذیت و تمسخر اطرافیان اتفاق افتاده بود که با نتایج مطالعه اخیر و نیز شناخت میدانی نویسندگان از حیطه کاری بازرسان بهداشت محیط همخوانی دارد [۳۶].

از طرف دیگر، بر اساس آزمون فیشر، بین وضعیت استخدامی و بروز خشونت فیزیکی ارتباطی وجود ندارد. به نظر می‌رسد نبود ارتباط ناشی از نادر بودن خشونت فیزیکی و حجم ناکافی نمونه‌ها باشد. همچنین ارتباطی بین خشونت کلامی و وضعیت استخدامی، بین وضعیت تأهل و خشونت فیزیکی و بین شهرستان محل خدمت و خشونت فیزیکی مشاهده نشد. هرچند حجم نمونه ناکافی است، نتایج نشان‌دهنده رابطه خشونت فیزیکی با جنسیت بازرسان بهداشت محیط بود و میزان مواجهه مردان با خشونت فیزیکی به‌طور معنی‌داری نسبت به زنان بیشتر بود که با آمار NIOSH در تناقض است که بروز خشونت را در زنان شاغل در سال ۲۰۱۷ حدود ۶۷ درصد اعلام کرده بود. علت احتمالی آن، ماهیت شغل و بهره‌برداری از طیف وسیع مشاغل است [۳۷]. هرچند در برخی مطالعات نیز نتایج مشابهی گزارش شد و زنان نسبت به مردان بیشتر دچار خشونت کلامی شده و مردان در مواجهه با خشونت فیزیکی بودند [۳۹-۳۸]. خشونت کلامی حین بازرسی‌های بهداشت محیطی در مطالعه حاضر ۹۰ درصد بود که با یافته‌های سلیمی و همکاران همخوانی دارد. آنان شیوع کلی خشونت و خشونت کلامی را در پرستاران بخش‌های غیروان‌پزشکی ۹۸/۶ درصد و خشونت کلامی را ۹۷/۸ درصد گزارش کردند [۲۱]. در سایر تحقیقات نیز بیشترین نوع خشونت اعمال‌شده علیه پرستاران، خشونت لفظی بوده است. لذا نتایج پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر همخوانی دارد و خشونت کلامی بیشترین خشونت اعمال‌شده علیه بازرسان

دادن مدیران برای حمایت سازمانی از بازرس می تواند به عنوان اقدام پیشگیرانه در کاهش وقوع خشونت شغلی مؤثر باشد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد کارشناسان بهداشت محیط شاغل در مراکز بهداشتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی کاشان در معرض خشونت های کلامی و به طور محدود خشونت فیزیکی قرار دارند و بیشتر این خشونت ها از طرف متصدیان فروشگاه ها رخ می دهد. هرچند واکنش های مختلفی در مقابل این خشونت وجود دارد، نگرانی از بابت پیامدهای احتمالی نیازمند اقدامات پیشگیرانه به ویژه برگزاری دوره های آموزشی از جانب سازمان های ذی ربط در این مورد است.

قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه با کد پژوهشی ۳۱۳۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۱۰/۱۲ با کد اخلاق ۱۴۰۰.۱۵۶ IR.SBMU.PHNS.REC در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی است. محققان بر خود لازم می دانند از مسئولان و کارشناسان مراکز بهداشتی کاشان و آران و بیدگل به خاطر همکاری در اجرای مطالعه قدردانی کنند.

تعارض در منافع

هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به یادآوری نکردن برخی از خشونت ها در گروه هدف، کم بودن تعداد گروه هدف، بی میل بودن برخی افراد نسبت به تکمیل پرسش نامه و ترس از بیان برخی خشونت ها از جانب کارکنان زن اشاره کرد. همچنین از دیگر معایب پرسش نامه می توان به عدم سنجش پایایی پرسش نامه اشاره کرد. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی پایایی پرسش نامه به روش آزمون و بازآزمون بررسی شود. از دیگر نکته های مورد توجه، زیاد بودن موارد خشونت در روزهای شنبه در مقایسه با سایر روزهای هفته بود. بخشی از این افزایش ممکن است به دلیل ناراحتی عصبی بعد از تعطیلی در بازرسان و متصدیان باشد و بخشی از آن شاید به دلیل بیشتر بودن بازرسی ها در این روز باشد که لازم است در مطالعات بعدی با افزایش سؤال روزهای هفته با بیشترین بازرسی ها ارزیابی شود.

با توجه به اینکه بسیاری از علل زمینه ساز خشونت شغلی مشروط به شناخت کامل عوامل و شرایط حاکم بر خشونت شغلی مخصوصاً در بازرسی بهداشت محیط است، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی لازم برای مقابله با خشونت شغلی و استقرار سیستم گزارش دهی خشونت های مشهود به منظور حمایت از کارکنان طراحی، تدوین شود. علاوه بر این، اقداماتی مانند فرهنگ سازی و آموزش متصدیان، برگزاری دوره های مدیریت استرس و کارگاه های آموزشی مدیریت احساسات، ارتقای مهارت های برخورد با شرایط تنش زا برای کارکنان و نیز آگاهی

References

1. Chappell D, Di Martino V. Violence at work. Geneva: International Labour Organization; 2006.
2. Aghajanolou A, Haririan H, Ghafourifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan universities of medical sciences. IJNR 2010; 5(17): 46-54 (Persian).
3. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. J Clin Nurs 2010; 19(17-18): 2520-30.
4. Fida R, Paciello M, Tramontano C, Fontaine RG, Barbaranelli C, Farnese ML. An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: the roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement. J Busin Ethics 2015; 130(1): 131-44.
5. FitzGerald D, Reid A. Frequency and consequences

- of violence in community pharmacies in Ireland. *Occup Med* 2012; 62(8):632-7.
6. Glomb TM, Cortina LM. The experience of victims: using theories of traumatic and chronic stress to understand individual outcomes of workplace abuse. California: Sage Publications; 2006.
 7. Shirbagi N, Moradi O. Representation of Teachers' Experience From inappropriate Interactions with School Principals. *JSA* 2018; 5(2): 63-85 (Persian).
 8. Hickson J. New nurses' perceptions of hostility and job satisfaction: Magnet versus non-magnet. *J Nurs Admin* 2014; 43(5): 293-301.
 9. Shavers CA. Intimate partner violence: A guide for primary care providers. *Nurse Pract* 2013; 38(12): 39-46.
 10. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work* 2015; 51(1): 19-28.
 11. Nachreiner NM, Gerberich SG, McGovern PM, Church TR, Hansen HE, Geisser MS, et al. Relation between policies and work related assault: Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2005; 62(10): 675-81.
 12. CDC. The national institute for occupational safety and health (NIOSH). Occupational exposure banding. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention; 2017.
 13. Aytac S, Bozkurt V, Bayram N, Yildiz S, Aytac M, Sokullu Akinci F, et al. Workplace violence: a study of Turkish workers. *Int J Occup Saf Ergon* 2011; 17(4): 385-402.
 14. Menéndez-Menéndez MI. Cultural industries and symbolic violence: practices and discourses that perpetuate inequality. *Proc Soc Behav Sci* 2014; 161: 64-9.
 15. Hearn J. The organization(s) of violence: men, gender relations, organizations, and violences. *Hum Relat* 1994; 47(6): 731-54.
 16. Angland S, Dowling M, Casey D. Nurses perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: a qualitative study. *J Int Emerg Nurs* 2014; 22(11): 134-9.
 17. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48(3): 129-30.
 18. Cashmore AW, Indig D, Hampton SE, Hegney DG, Jalaludin BB. Workplace violence in a large correctional health service in New South Wales, Australia: a retrospective review of incident management records. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 1-13.
 19. Etienne E. Exploring workplace bullying in nursing. *J Workplace Health Safety* 2015; 62(1): 6-11.
 20. Darcy C, Melissa H. The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *Int Emerg Nurs* 2018; 10(5):290-306.
 21. Salimi J, Ezazi AL, Karbakhsh Davari M. Workplace violence against nursing personnel of nonpsychiatric emergency wards. *Sci J Forens Med* 2006; 12: 202-9.
 22. Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heidari S, Salemi S, Mirzabeigi G. Workplace violence and abuse against nurses in hospitals in Iran. *Asian Nurs Res* 2008; 2(3): 184-93.
 23. Nazeri M, Arani JS, Ziloochi N, Delkhah H, Arani MH, Asgari E, et al. Microbial contamination of keyboards and electronic equipment of ICU (Intensive Care Units) in Kashan University of medical sciences and health service hospitals. *MethodsX* 2019; 6: 666-71.
 24. Tomas J. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2002; 31(2): 452-60.
 25. Macintosh J. Experiences of workplace bullying in a rural area. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26(9): 893-910.
 26. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs* 2003; 42(1): 90-6.
 27. Havaei F, Astivia OL, MacPhee M. The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: A moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *Int J Nurs Stud* 2020; 109: 103666.
 28. Gacki-Smith J, Altair M, Juare Z, Boyett H, Robinson L, Susan L. Violence against nurses working in US Emergency Departments. *J Nurs Admin* 2012; 39(8): 340-9.
 29. Zamanzadeh V, Soliman-Nejad N, Abdullah-Zadeh F. Nature of violence toward nurses working in East Azerbaijan State hospitals. *Med J Tabriz Univ Med Sci Health Serv* 2007; 29: 61-6 (Persian).
 30. Fallahi KM, Tamizi Z, Ghazanfari N. Workplace violence status, vulnerable and preventive factors among nurses working in psychiatric wards. *JHPM* 2013; 2(3): 1-10 (Persian).
 31. Ghodsbin F, Dehbozorgi Z, Tayari N. Survey of Violence against Nurses Personnel. *Daneshvar Med* 2009; 16(78): 45-52 (Persian).
 32. GHasemi M, Rezaei M, Fathi-Ashtiani A, Mirzaei P,

- Jonaidi N. Exposure of nurses with physical violence in academic hospitals of Baqiyatallah Medical University. *J Mil Med* 2007; 9(2): 113-21 (Persian).
33. Ahmadi M, Farahmand H, Aarabi A. Workplace violence and related factors in operating rooms in iran: a cross-sectional study. *Med Sci* 2019; 30(10): 759-70 (Persian).
 34. Shoghi M, Mirzai GH, Salemi S, Sanjari M, Heidari SH, Shirazi F. Verbal abuse against nurses in hospitals in Iran. *Koomesh* 2008; 9(4): 273-8 (Persian).
 35. Zamanzadeh V, Solimannezhad N, Abdollahzadeh F. Nature of violence toward nurses working in hospitals. *Tabriz Univ Med Sci* 2005; 5: 4-13 (Persian).
 36. Teymoorzadeh E, Rashidian A, Arab M, Akbari Sari A, Ghasemi M. Exposure to psychological violence among the nursing staff in a large teaching hospital in Tehran. *SJSPH* 2009; 7(2): 41-9 (Persian).
 37. Nasirzadeh N, Nazarpavar M, Mahmoudi D, Alishzadeh A, Mirzae V. Individual and Job Factors Affecting the Incidence of Occupational Violence among Workers in Industries. *J Occup Hyg Eng* 2021; 8(1): 46-54 (Persian).
 38. Dunn H. Horizontal violence among nurses in the operating room. *J AORN* 2011; 78(6): 977-88.
 39. DaneshKohan A, Foruzanfar F, Zarei E, Ramezankhani A, Damiri S. Supportive supervision in health centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *JHF* 2019; 7(2): 32-44 (Persian).