

معتبر سازی پرسشنامه نگرش کارکنان نسبت به استفاده از اجبار در درمان بیماران روانی و ارزیابی آن در بیمارستان های منتخب روانپزشکی دولتی شهر تهران در سال ۱۳۹۴

محمد عرب^۱، سراج الدین گری^۲، پژمان حموزاده^۳، فرهاد حبیبی^{۴*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۳۰

چکیده:

زمینه و هدف: مطالعه حاضر با هدف معتبر سازی پرسشنامه نگرش کارکنان نسبت به استفاده از اجبار در درمان بیماران روانی برای کار در ایران و ارزیابی نگرش آنها در بیمارستان های منتخب روانپزشکی دولتی شهر تهران انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی بود که در سال ۹۴ در سه بیمارستان از بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شد. پرسشنامه مورد نظر در بین افراد مورد مطالعه توزیع گردید که در نهایت ۲۷۳ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت. برای تجزیه تحلیل پرسشنامه مورد استفاده از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. همچنین به منظور بررسی نگرش افراد در مورد استفاده از اجبار از آزمون های تی-تست و ANOVA استفاده شد.

نتایج: ۶۱ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه را پرستاران و تنها ۱۱ درصد آنها را پزشکان تشکیل دادند. یافته های این مطالعه نشان داد سه عامل نهایی بدست آمده، ۶۱/۹۳ درصد واریانس کل جامعه را توضیح می دهند که این میزان از واریانس نشان دهنده انتخاب مناسب و بهینه سؤالات مورد استفاده می باشد. بین وضعیت تاهل با بعد توهین، بین متغیرهای شغل و مدرک تحصیلی با ابعاد توهین و مراقبت و محافظت تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: پرسشنامه بررسی نگرش کارکنان در باره بکارگیری اجبار در ایران از ساختار و روایی مناسب برخوردار است. نگرش جامعه مورد مطالعه تا حدی به سمت استفاده از اجبار متمایل می باشد و لازم می نماید که گام هایی در جهت تغییر نگرش ارائه کنندگان سلامت برای کاهش استفاده از اجبار برداشته شود.

کلمات کلیدی: معتبر سازی پرسشنامه، نگرش کارکنان، اجبار، بیماران روانی، بیمارستان های روانپزشکی

^۱ استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول*)، آدرس الکترونیکی: farhad.habibi@rocketmail.com آدرس: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت

مقدمه

بیمارستان ها از جمله اماکن عمومی هستند که طی سال های اخیر به علت رشد روز افزون جمعیت، توسعه قابل ملاحظه ای یافته اند. علاوه بر این بیمارستان ها از جمله پیچیده ترین سازمان هایی می باشند که گروه های مختلف اجتماعی صرف نظر از سن، جنس، نژاد، مذهب... به آن مراجعه می کنند (۱). حفظ شأن و منزلت انسان و رعایت اخلاق و حقوق فردی و اجتماعی انسان ها از موضوعاتی است که در سال های اخیر توجه جوامع مختلف را به خود جلب کرده است. در همین زمینه مفهوم حقوق بیمار و حمایت از او نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمی، روان شناختی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول وی در آن شرایط خاص است که شایسته است توسط تمامی کارکنان مورد توجه قرار گرفته، به اجرا درآید. در مبحث حقوق بیمار یکی از موضوعات مورد توجه در سال های اخیر، رعایت حقوق بیماران بستری در مراکز بهداشتی و درمانی روانپزشکی و نیاز به وجود قوانین پیشرفته برای حفاظت از بیماران روانی شدید بوده است. از آن جا که افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب پذیر اجتماع را تشکیل می دهند، دفاع از حقوق این بیماران امری لازم و ضروری است (۲).

سازمان بهداشت جهانی (WHO) اعلام می کند همه افراد مبتلا به اختلالات روانی حق استفاده از درمان با کیفیت را دارا می باشند و همه آنها باید در برابر هر نوع رفتار غیر انسانی و تبعیض آمیز محافظت شوند. حقوق انسان ها باید بعد جدایی ناپذیر از طراحی، اجرا، نظارت و ارزیابی برنامه ها و سیاست های سلامت روان در جهان باشد که این حقوق شامل: حقوق برابری و عدم تبعیض، عزت و احترام، حفظ حریم خصوصی و استقلال فردی... می باشد (۳). اجبار در مراقبت های بهداشتی در ارتباط با رضایت از درمان و مراقبت، مشارکت در تحقیق و دسترسی به مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته می شود (۴).

استفاده از اجبار در مراقبت های ذهنی و روانی مساله ای بحث برانگیز و مهم برای پژوهش است (۵، ۶). در اینجا اجبار به معنی استفاده از اختیار خود برای محدود کردن اختیار دیگران می باشد. اقدامات اجباری در مراقبت های بهداشتی روانی نسبتاً شایع هستند، اما اجبار مسئله ای اخلاقی است زیرا استفاده از آن باعث می شود استقلال فرد از او گرفته شود (۴). از این رو و به دنبال افزایش تاکید بر حقوق بیماران، توانمندسازی و مشارکت بیماران، کاهش اجبار در مراقبت های بهداشتی روانی به یکی از اولویت های اصلی در سیاست های بهداشتی در سراسر جهان تبدیل شده است (۷، ۸). استفاده از اجبار در مراقبت های بهداشتی و درمانی باعث کاهش اعتماد به نفس بیماران می شود، تصمیم گیری آنها را محدود می کند

و کامل بودن آنها را به عنوان یک انسان نقض می کند که این موارد یک آسیب بزرگ استفاده از اجبار می باشد. همچنین استفاده از اجبار در مواردی می تواند مانع از این شود که بیماران به خود آسیب برسانند (۴).

تحقیق در مورد استفاده از اجبار در مراقبت از سلامت روان موضوعی نسبتاً جدید با حوزه ها و اهداف مختلف است. یکی از زمینه های پژوهش اجبار را به عنوان بخشی از مراقبت های روانی مورد بررسی قرار می دهد (۹) در حالیکه در شاخه ای دیگر شیوع میزان اجبار مورد بررسی قرار گرفته است (۱۰، ۱۱) و زمینه سوم پژوهش تجارب بیماران از اجبار است (۱۲، ۱۳) و زمینه چهارم پژوهش در نگرش کارکنان نسبت به استفاده از اجبار است (۱۴-۱۸). عنوان شده است که تفاوت بین فرهنگ های درمان محلی مانند نگرش کارکنان و افکار آنها در مورد استفاده از اجبار، ممکن است نقش مهمی در استفاده از اجبار بازی کند (۱۴، ۱۹، ۲۰).

بررسی ها نشان می دهد که استفاده از اجبار در کمتر از یک درصد موارد آسیب های جدی به بیماران وارد می کند که نیاز به کمک های پزشکی را برای بیماران به وجود می آورد، در ۱۱ درصد موارد باعث آسیب های جزئی می شود که نیاز به کمک های اولیه برای درمان بیماران را به وجود می آورد، ۵ درصد بیماران با استفاده از ابزار فیزیکی تهدید می شوند و بیش از ۱۸ درصد آنها به صورت کلامی به استفاده از اجبار تهدید می شوند (۲۱). در ۲۵ درصد از کشورهای دنیا قوانین مربوط به حقوق بیماران روانی وجود ندارد که این ۲۵ درصد نزدیک به ۳۱ درصد از کل جمعیت جهان را تشکیل می دهند (۳). در بین رشته های مختلف پزشکی در ایران، رشته تخصصی روانپزشکی از نظر میزان شکایات به علل مختلف در رتبه شانزدهم قرار دارد و بیش از ۸۰ درصد از پزشکان در ایران خواهان تصویب قوانینی مبنی بر رعایت حقوق بیماران بوده اند (۲).

برخی از مطالعات نشان داده اند که اکثر کارکنان موافق استفاده از محدودیت فیزیکی در مراقبت از بیماران بوده و همچنین اکثریت کارکنان بر این باور بوده اند که استفاده از محدودیت فیزیکی بیماران را آرام تر می کند و این کار مانع پرخاشگری و آسیب رسیدن به بیمار می شود (۲۲). مطالعه انجام شده در چهار کشور اروپایی (مجارستان، آلمان، انگلستان و سوئیس) نشان داد که مشارکت کنندگان در این مطالعه با پذیرش و درمان اجباری بیماران موافق بوده اند. میزان توافق بین گروه های مختلف از ۴۱.۱ تا ۹۳.۶ درصد متغیر بوده است (۱۴).

با توجه به تعریف استفاده از اجبار و با عنایت به اهمیت آن در بیمارستان، اولاً بررسی ها نشان می دهد که به استفاده از

نموده است. در هر بیمارستان تعداد ۱۰ نفر را از لیست مربوطه انتخاب و با انجام محاسبه ی آلفای کربناخ (۰.۸۷) و تحلیل عاملی به بررسی پایایی پرسشنامه مبادرت ورزیده شد. همچنین در بررسی روایی خاطر نشان می گردد که از نظر اساتید بهداشت و درمان استفاده گردیده شد. پس از این مرحله پرسشنامه ها توسط پژوهشگر بین اعضای نمونه در واحدهای مختلف توزیع شد و پس از تکمیل جمع آوری شد.

پس از جمع آوری داده ها روایی سازه (Construct Validity) پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گرفت. هدف از ارزیابی روایی سازه پاسخ به این سؤال است که ساختار پرسشنامه تا چه حد با هدف اولیه ساخت پرسشنامه انطباق دارد. برای تحلیل آن از روش تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory Factor Analysis) استفاده شد. این روش برای آزمودن اینکه آیا ساختار عاملی (factor structure) پرسشنامه اصلی در بیمارستان های ایران قابلیت کاربرد دارد یا خیر مورد استفاده قرار می گیرد. در روش مذکور با استفاده از روشهای آماری، الگوی همبستگی بین متغیرهای مورد نظر، اندازه گیری و به دنبال آن گروه بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور تحلیل عاملی تأییدی از نرم افزار spss و از آزمون Factor Analysis استفاده شد. همچنین به منظور تجزیه و تحلیل داده های توصیفی مطالعه از نرم افزار SPSS 16 و از آمار توصیفی و آمار توصیفی آزمون های آماری کولموگروف-اسمیرنوف، t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون های پارامتری، با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف پیش فرض نرمال بودن متغیرها بررسی شد و چون $p > 0.05$ بود از آزمون های پارامتری به منظور تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

روش تعیین حجم نمونه و مقدار آن

در مطالعات مختلف حجم نمونه مورد نظر برای استفاده در تحلیل عاملی تأییدی را برای هر پارامتر (سؤال پرسشنامه) ۵ تا ۲۰ عدد توصیه نموده اند (۲۴-۲۶). با عنایت به اینکه پرسشنامه مورد نظر مشتمل بر ۱۵ سؤال می باشد، حجم نمونه ای معادل ۳۰۰ نفر برای این کار انتخاب شد (۲۰ نفر نمونه برای هر پارامتر). برای انتخاب افراد از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. پرسشنامه مورد نظر در بین افراد مورد مطالعه توزیع گردید که در نهایت ۲۷۳ پرسشنامه مورد استفاده قرار گرفت و مابقی آنها به علت کامل نبودن و یا عدم همکاری افراد، کنار گذاشته شدند (میزان پاسخگویی = ۹۱ درصد).

در نهایت موارد زیر به عنوان ملاحظات اخلاقی مطالعه مورد توجه قرار گرفت:

اجبار در بخش بیمارستانی پرداخته نشده است و ثانیاً تاکنون پژوهشی در داخل کشور در زمینه معتبر سازی ابزار بررسی استفاده از اجبار در بیماران روانی در ایران انجام نگردیده است. لذا مطالعه حاضر با هدف معتبر سازی پرسشنامه نگرش کارکنان نسبت به استفاده از اجبار در درمان بیماران روانی برای کار در ایران و ارزیابی نگرش آنها در بیمارستان های منتخب روانپزشکی دولتی شهر تهران انجام گرفت.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی می باشد که در سال ۹۴ در سه بیمارستان از بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی تهران، ایران و علوم بهزیستی و توانبخشی انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل پزشکان، پرستاران و بهیاران شاغل در بیمارستان های روزبه، روانپزشکی ایران و رازی می باشند. برای جمع آوری داده های مورد نیاز از پرسشنامه نگرش کارکنان نسبت به استفاده از اجبار در درمان بیماران روانی استفاده شد. این پرسشنامه توسط حوسوم^۱ (۲۳) طراحی گردیده است. پرسشنامه مذکور دارای ۱۵ سؤال می باشد که ۳ بعد مختلف نگرش افراد را مورد سنجش قرار می دهد (این ابعاد عبارتند از: اجبار به عنوان توهین یا دیدگاه نكوهشی (موارد ۱۵-۱۴-۸-۱۳-۳-۴)، اجبار به عنوان مراقبت و محافظت یا دیدگاه واقع بینانه (موارد ۲-۵-۱-۹-۷-۱۱) و اجبار به عنوان درمان یا دیدگاه مثبت (موارد ۱۰-۱۲-۶). در ابتدا نیز سؤالاتی در مورد ویژگی های دموگرافیک و شغلی افراد گنجانده شده است. در این پرسشنامه برای بدست آوردن نظرات پاسخ دهندگان از مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت که در آن پاسخ ها از ۱ تا ۵ دسته بندی شده اند، استفاده شده است. گزینه ها در گستره کاملاً مخالفم (معادل یک) تا کاملاً موافقم (معادل پنج) قرار دارند. محدوده ی نمرات در این ابزار بین یک تا پنج بوده و هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد نشان دهنده دیدگاه نكوهشی تر، واقع بینانه تر و مثبت تری نسبت به استفاده از اجبار را نشان می دهد. پرسشنامه اولیه توسط دو نفر از متخصصان فن ترجمه زبان انگلیسی ترجمه و به منظور تایید ترجمه در اختیار ۵ تا از اساتید مدیریت بهداشت و درمان، اقتصاد بهداشت و سیاستگذاری سلامت قرار گرفت. این پرسشنامه پس از برگرداندن به زبان فارسی و تأیید روایی و پایایی برای اندازه گیری هدف مورد نظر در بیمارستان های کشور معتبر و استاندارد گردید. محقق برای معتبر سازی اولیه اقدام به مطالعه ۳۰ نفر و اندازه ۱۰ نفر از سه بیمارستان مورد مطالعه اقدام

نتایج

یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد از ۲۷۳ نفر افراد شرکت کننده در مطالعه ۱۰۱ نفر مرد و بقیه زن بوده اند. بیشتر افراد شرکت کننده در مطالعه دارای مدرک کارشناسی بوده اند. ۶۱ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه را پرستاران و تنها ۱۱ درصد آنها را پزشکان تشکیل داده اند. یافته های مربوط به ویژگی های دموگرافیک افراد در جدول شماره یک نشان داده شده است.

کسب مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه و ارائه مجوزهای لازم به مدیریت بیمارستان های حاضر در پژوهش و جلب همکاری مدیریت بیمارستان، حفظ احترام و رعایت حقوق و کسب اعتماد هر یک از نمونه های پژوهش؛ تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای نمونه های پژوهش؛ عدم ذکر نام و نام خانوادگی افراد مورد پژوهش در ابزار گردآوری داده ها و تضمین محرمانه بودن کلیه اطلاعات کسب شده از نمونه های پژوهش.

جدول ۱- ویژگی های دموگرافیک افراد مورد مطالعه

نوع متغیر	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	۵- سن			
	مرد	۱۰۱	۳۶	۴۱/۴
وضعیت تاهل	زن	۱۷۲	۶۴	۴۴
	متاهل	۱۳۴	۴۹.۱	۱۴/۷
شغل	متاهل	۱۳۴	۴۹.۱	۱۴/۷
	مجرد	۱۱۵	۴۲.۴	۶۷/۴
نوع شیفیت	سایر	۲۴	۸.۵	۳۲/۶
	پزشک	۳۱	۱۱.۴	۲۶
وضعیت تاهل	متاهل	۱۳۴	۴۹.۱	۱۴/۷
	مجرد	۱۱۵	۴۲.۴	۶۷/۴
شغل	سایر	۲۴	۸.۵	۳۲/۶
	پزشک	۳۱	۱۱.۴	۲۶
نوع شیفیت	پزشک	۳۱	۱۱.۴	۲۶
	پرستار	۱۶۹	۶۱.۸	۴۲
نوع شیفیت	بهبیار	۷۳	۲۶.۸	۲۱
	دکتر/متخصص	۳۱	۱۱	۱۱

معناداری تحلیل عاملی داده ها را می سنجد و اگر این مقدار کمتر از ۰/۵۰ باشد تأیید دیگری بر مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی است (۲۷، ۲۸). جدول شماره دو شاخص KMO را می سنجد که نشان می دهد داده ها برای تحلیل عاملی مناسب هستند. همچنین در مطالعه حاضر از شاخص های «نیکویی برازش»^۳ و شاخص «نیکویی برازش تعدیل شده برای درجه آزادی»^۴ به منظور شناخت میزان همخوانی بین داده های تجربی با مدل مفهومی و نظری استفاده شده و با توجه به اینکه میزان آنها به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۹۳ بدست آمد، مدل دارای برازش خوبی نسبت به داده ها بود (در مطالعات مختلف مقدار این دو شاخص برای برازش قابل قبول را بیشتر از ۰/۹۰ عنوان کرده اند).

یافته های مربوط به تحلیل عاملی ابعاد پرسشنامه

در مسیر انجام تحلیل عاملی آمارهای وجود دارد که محقق از طریق آن ها قادر به تعیین و تشخیص مناسب بودن داده ها برای تحلیل عاملی است، از جمله این روش ها آزمون KMO^۱ می باشد که مقدار آن همواره بین ۰ و ۱ است. در صورتی که این مقدار کمتر از ۰/۵۰ باشد داده ها برای تحلیل عاملی مناسب نخواهد بود و اگر مقدار آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۹ باشد می توان با احتیاط بیشتر به تحلیل عاملی پرداخت؛ اما در صورتی که این مقدار بیشتر از ۰/۷۰ باشد همبستگی موجود میان داده ها برای تحلیل داده ها مناسب خواهد بود. از سوی دیگر برای اطمینان از داده ها برای تحلیل عاملی مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی که پایه تحلیل عاملی قرار می گیرد در جامعه برابر صفر است یا خیر باید از آزمون بارتلت^۲ استفاده کنیم. این آزمون

³ Goodness of Fitness Index - GFI

⁴ Adjusted Goodness of Fitness Index - AGFI

1. Kaiser-Mayer-Olkin

2. Bartlett Test

جدول سه نشان می‌دهد که متغیرهای موجود می‌توانند به چند عامل تبدیل شوند و این عامل‌ها چند درصد از واریانس مورد نظر را تبیین و پوشش می‌دهند. با محاسبه ماتریس اولیه عوامل، مشخص شد که سه عامل، دارای ارزش ویژه بیش از ۱ هستند که ۶۱/۹۳ درصد از واریانس کل متغیرها را تحت پوشش قرار داده‌اند. سه عامل نهایی که به این ترتیب به دست آمده‌اند ۶۱/۹۳ درصد واریانس کل جامعه را توضیح می‌دهند که این میزان از واریانس نشان‌دهنده انتخاب مناسب و بهینه سؤالات مورد استفاده و دقت تحلیل عاملی صورت گرفته بر روی آن‌ها می‌باشد.

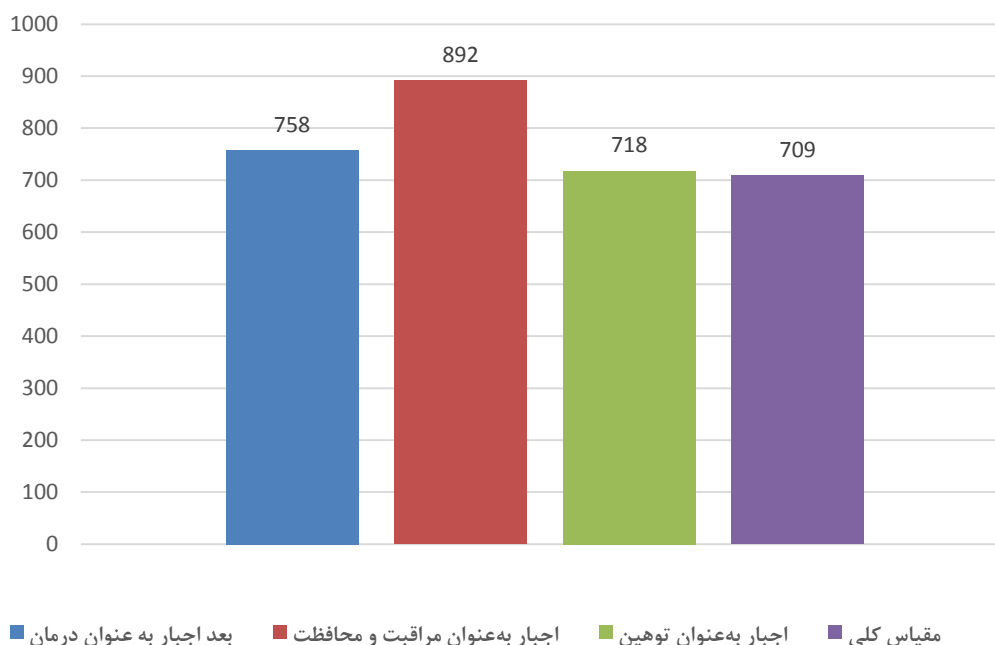
جدول ۲- نتایج آزمونهای KMO و بارتلت

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		۰.۸۲۰
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	۲۱۷۴.۶۶۳
	df	۱۰۵
	Sig.	۰.۰۰۰۰

جدول ۳- مقدار واریانس کل تحت پوشش توسط سه عامل قبل از دوران و بعد از دوران

مجموع مجذورات بارهای عاملی بعد از دوران			مجموع مجذورات بارهای عاملی قبل از دوران			ردیف
درصد تجمعی	درصد واریانس	مقدار ویژه	درصد تجمعی	درصد واریانس	مقدار ویژه	
28.726	28.726	4.309	36.336	36.336	5.450	عامل اول
47.385	18.659	2.799	51.352	15.016	2.252	عامل دوم
61.929	14.544	2.182	61.929	10.577	1.587	عامل سوم

نمودار ۱- ضرایب آلفای کرونباخ برای خرد مقیاس‌ها و مقیاس کلی پرسشنامه بر حسب ۱۰۰۰



ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمودار شماره ۱ مشاهده می‌گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه همبستگی درونی سؤالات برای هریک از خرده مقیاس‌های نسخه فارسی و نیز

بررسی میانگین و انحراف معیار هر یک از ابعاد پرسشنامه

استفاده از اجبار در درمان بیماران روانی

پرسشنامه مورد استفاده در مطالعه دارای سه بعد و در مجموع ۱۵ سوال بود که یافته های مربوط به پاسخ افراد به هر یک از سوالات آن در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. بیشترین میانگین نمره در بُعد اجبار به عنوان توهین مربوط به گوینه «با» صرف زمان و تعاملات شخصی بیشتر با بیماران، می توان میزان استفاده از اجبار را کاهش داد» (۴/۴۲) می باشد.

بیشترین میانگین نمره در بُعد اجبار به عنوان مراقبت و محافظت مربوط به گوینه «با هدف نگهداری و حفظ امنیت مراکز درمانی و تسهیلات فیزیکی، اجبار گاهی اوقات باید استفاده شود» (۴/۰۰) و بیشترین میانگین نمره در بُعد اجبار به عنوان درمان مربوط به گوینه «اجبار برای بیماران فاقد صلاحیت تصمیم گیری می تواند مورد استفاده قرار گیرد» (۳/۴۵) می باشد.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار پاسخ های افراد شرکت کننده به سوالات پرسشنامه

بُعد	سؤال	سؤال	میانگین	انحراف معیار
اجبار به عنوان توهین				
۳	استفاده از اجبار می تواند به رابطه درمانی بیمار-کادر درمانی آسیب برساند.		۳/۶۸	۱/۰۲
۴	استفاده از اجبار برای بیماران روانی، به معنای قبول شکست درمان بیمار است.		۲/۷۳	۱/۱۷
۸	اجبار شأن و منزلت بیمار را از بین می برد.		۳/۰۱	۱/۱۰
۱۳	اجبار زیادی در درمان بیماران روانی استفاده می شود.		۳/۴۲	۱/۰۹
۱۴	کمبود تجهیزات درمانی منجر به استفاده بیشتر از اجبار می شود.		۴/۱۹	۰/۸۷
۱۵	با صرف زمان و تعاملات شخصی بیشتر با بیماران، می توان میزان استفاده از اجبار را کاهش داد.		۴/۴۳	۰/۸۴
اجبار به عنوان مراقبت و محافظت				
۱	استفاده از اجبار برای بیماران روانی به منظور محافظت از افراد (بیماران و کارکنان) در شرایط خطرناک ضروری است.		۳/۹۷	۰/۹۲
۲	با هدف نگهداری و حفظ امنیت مراکز درمانی و تسهیلات فیزیکی، اجبار گاهی اوقات باید استفاده شود.		۴/۰۰	۰/۹۴
۵	استفاده از اجبار به معنای مراقبت و محافظت از خود بیماران روانی است.		۳/۶۰	۰/۹۵
۷	اجبار ممکن است از ایجاد یک وضعیت خطرناک جلوگیری کند.		۳/۸۶	۰/۹۸
۹	استفاده از اجبار برای بیماران بسیار بدحال، به منزله تأمین ایمنی آنان است.		۳/۷۰	۰/۸۹
۱۱	استفاده از اجبار برای بیماران خطرناک و پرخاشگر ضروری است.		۳/۱۲	۱/۱۲
اجبار به عنوان درمان				
۶	در درمان بیماران روانی بهتر است اجبار بیشتری مورد استفاده قرار گیرد.		۲/۶۵	۱/۱۹
۱۰	اجبار برای بیماران فاقد صلاحیت تصمیم گیری می تواند مورد استفاده قرار گیرد.		۳/۴۵	۰/۹۷
۱۲	برای بیماران پسرقت کننده در فرآیند درمانی می توان از اجبار استفاده کرد.		۳/۰۶	۱/۰۳

میانگین و انحراف معیار نمرات کسب شده افراد در هر یک از ابعاد اجبار به تفکیک متغیرهای مطالعه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول شماره ۶ آورده شده است.

جدول ۵- میانگین (انحراف معیار) نمرات کسب شده در هر یک از ابعاد اجبار به تفکیک متغیرهای مورد بررسی با استفاده از آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یکطرفه

مجموع	درمان	مراقبت و محافظت	توهین	ابعاد اجبار ← متغیر ↓	
۳/۵۳ (۰/۵۲)	۲/۹۹ (۰/۸۰)	۳/۷۰ (۰/۶۹)	۳/۶۲ (۰/۵۲)	الف	بیمارستان
۳/۵۱ (۰/۵۴)	۳/۱۵ (۰/۹۹)	۳/۵۵ (۰/۹۹)	۳/۶۶ (۰/۵۵)	ب	
۳/۵۳ (۰/۴۰)	۳/۰۶ (۰/۷۶)	۳/۷۸ (۰/۷۴)	۳/۵۰ (۰/۵۸)	ج	
۰/۹۸۴	۰/۵۲۲	۰/۱۹۹	۰/۱۳۷	سطح معنی داری	
۳/۵۸ (۰/۳۶)	۲/۹۹ (۰/۷۵)	۳/۷۹ (۰/۶۵)	۳/۶۸ (۰/۵۱)	مرد	جنسیت
۳/۴۹ (۰/۴۷)	۳/۰۹ (۰/۸۶)	۳/۶۶ (۰/۸۴)	۳/۵۲ (۰/۵۷)	زن	
۰/۰۸۵	۰/۳۵۴	۰/۲۰۴	۰/۰۲۲*	سطح معنی داری	
۳/۵۴ (۰/۴۰)	۳/۰۱ (۰/۸۴)	۳/۶۸ (۰/۷۵)	۳/۶۶ (۰/۵۱)	متأهل	وضعیت تأهل
۳/۴۸ (۰/۴۳)	۳/۱۰ (۰/۷۷)	۳/۷۳ (۰/۷۶)	۳/۴۳ (۰/۵۴)	مجرد	
۳/۶۵ (۰/۶۱)	۳/۰۷ (۰/۹۶)	۳/۷۷ (۱/۰۳)	۳/۸۱ (۰/۶۹)	سایر	
۰/۲۰۷	۰/۶۸۰	۰/۸۳۷	۰/۰۰۰*	سطح معنی داری	
۳/۵۱ (۰/۳۴)	۳/۲۵ (۰/۶۴)	۴/۱۰ (۰/۶۰)	۳/۰۴ (۰/۵۴)	پزشک	شغل
۳/۵۲ (۰/۴۵)	۳/۰۲ (۰/۸۵)	۳/۶۳ (۰/۸۲)	۳/۶۵ (۰/۵۱)	پرستار	
۳/۵۵ (۰/۴۴)	۳/۰۵ (۰/۸۲)	۳/۷۲ (۰/۷۱)	۳/۶۳ (۰/۵۴)	بهیار	
۰/۸۲۳	۰/۳۶۷	۰/۰۰۹*	۰/۰۰۰*	سطح معنی داری	
۳/۴۸ (۰/۴۶)	۳/۰۱ (۰/۸۳)	۳/۶۳ (۰/۸۷)	۳/۵۷ (۰/۶۰)	گردشی	شیفت کاری
۳/۵۹ (۰/۳۰)	۳/۱۲ (۰/۷۵)	۳/۸۶ (۰/۴۲)	۳/۵۶ (۰/۴۸)	ثابت صبح	
۳/۶۱ (۰/۴۵)	۳/۱۸ (۰/۸۶)	۳/۸۴ (۰/۶۹)	۳/۶۱ (۰/۴۸)	ثابت عصر و شب	
۰/۰۹۴	۰/۳۸۹	۰/۰۸۳	۰/۸۷۲	سطح معنی داری	
۳/۵۶ (۰/۴۴)	۳/۰۳ (۰/۸۵)	۳/۷۴ (۰/۷۱)	۳/۶۶ (۰/۵۳)	فوق دیپلم	مدرک تحصیلی
۳/۴۷ (۰/۴۶)	۲/۹۸ (۰/۸۷)	۳/۵۵ (۰/۸۲)	۳/۶۳ (۰/۵۴)	لیسانس	
۳/۶۰ (۰/۴۳)	۳/۱۳ (۰/۷۸)	۳/۷۸ (۰/۷۹)	۳/۶۶ (۰/۴۷)	فوق لیسانس	
۳/۵۱ (۰/۳۴)	۳/۲۵ (۰/۶۴)	۴/۱۰ (۰/۶۰)	۳/۰۴ (۰/۵۴)	دکتر و متخصص	
۰/۲۰۹	۰/۳۵۴	۰/۰۰۴*	۰/۰۰۰*	سطح معنی داری	
۳/۴۶ (۰/۴۶)	۳/۰۰ (۰/۹۱)	۳/۶۶ (۰/۸۸)	۳/۴۸ (۰/۶۰)	کمتر از ۳۰	سن
۳/۵۸ (۰/۴۲)	۳/۰۹ (۰/۷۶)	۳/۷۵ (۰/۶۹)	۳/۶۴ (۰/۵۱)	بین ۳۰ تا ۴۰	
۳/۵۶ (۰/۴۲)	۳/۰۸ (۰/۷۵)	۳/۷۲ (۰/۷۵)	۳/۶۴ (۰/۵۳)	بیشتر از ۴۰	
۰/۰۹۳	۰/۶۶۲	۰/۶۴۱	۰/۰۶۸	سطح معنی داری	
۳/۵۰ (۰/۴۰)	۳/۰۱ (۰/۸۱)	۳/۷۳ (۰/۷۶)	۳/۵۳ (۰/۵۵)	کمتر از ۵ سال	سابقه کاری
۳/۵۷ (۰/۵۱)	۳/۱۵ (۰/۸۵)	۳/۶۶ (۰/۸۱)	۳/۶۸ (۰/۵۴)	بیشتر از ۵ سال	
۰/۲۷۶	۰/۱۸۰	۰/۴۸۲	۰/۰۳۲*	سطح معنی داری	

دارد. همچنین یافته های این جدول نشان می دهد که بین متغیرهای شغل و مدرک تحصیلی با ابعاد توهین؛ و مراقبت و محافظت، تفاوت آماری معناداری وجود دارد.

یافته های جدول ۵ نشان می دهد تفاوت آماری معناداری بین جنسیت افراد با بعد توهین وجود دارد. همچنین بین وضعیت تاهل افراد با بعد توهین تفاوت آماری معناداری وجود

بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه بررسی روایی و پایایی پرسشنامه «نگرش کارکنان نسبت به اجبار» در استفاده برای بیماران بستری در بیمارستان های روان شناسی در شهر تهران و نگرش پرستاران، بهیاران و پزشکان در مورد آن بوده است. همانطور که عنوان شد، سه عامل نهایی حاصل از تحلیل عاملی نسخه ترجمه شده، ۶۱/۹۳ درصد واریانس کل جامعه را توضیح می دهند، این میزان در اولین بکارگیری پرسشنامه در نروژ توسط حسوم (۲۰۱۱) نیز که با ۲۲ سوال بکار رفته بود، ۶۱ درصد گزارش شده است (۲۹). میزان آلفای کرونباخ برای حیطة ها و کل پرسشنامه نیز بین ۰/۷۰۹-۰/۸۹۲ بوده است. میزان این شاخص در مطالعه اولیه تدوین پرسشنامه نیز بین ۰/۶۹-۰/۷۸ گزارش شده است (۲۹). نتیجه به ساختار مناسب و روایی پرسشنامه می تواند اشاره داشته باشد.

در این پژوهش میانگین نمره پرسشنامه استفاده از اجبار $3/52 \pm 0/44$ از ۵ بوده است. این میانگین در حیطة اجبار به عنوان درمان $3/05 \pm 0/82$ ، حیطة اجبار به عنوان مراقبت و محافظت $3/71 \pm 0/78$ ، حیطة اجبار به عنوان توهین $0/55 \pm 3/58$ از ۵ بدست آمد. در مطالعه حسوم (۳۰) گویه های مرتبط با بعد اجبار به عنوان امنیت نمرات بالاتری را کسب کرده بودند و اجبار به عنوان توهین در مرتبه بعدی قرار داشتند. در حالی که در مطالعه حاضر حیطة اجبار به عنوان درمان و مراقبت نسبت به حیطة اجبار به عنوان توهین نمره بالاتری را کسب نموده است. این مسئله نشان می دهد که مشارکت کنندگان مطالعه حاضر نسبت به مشارکت کنندگان مطالعه حسوم نگرش مناسبتر و بهتری در رفتار با بیماران داشته اند.

اما با در نظر گرفتن نمره ۳ به عنوان نقطه مرزی بین بکارگیری و عدم بکارگیری اجبار به هر منظوری، می توان بیان نمود که جامعه مورد مطالعه تا حدی به استفاده از اجبار تمایل دارند. از آنجا که افراد مبتلا به اختلال روانی، بخش آسیب پذیر اجتماع را تشکیل می دهند، دفاع از حقوق این بیماران امری لازم و ضروری است. بر خلاف منشور حقوق بیماران (۲) و همسو با این مطالعه، نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان می دارد که «امکان انصراف از ادامه درمان از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمانی»، «امکان رد درمان پیشنهادی از سوی بیمار روانی برخلاف نظر تیم درمانی» و «امکان ترک بیمارستان با رضایت شخصی بیمار برخلاف نظر تیم درمانی»، حقوقی بودند که اکثر افراد در هر سه گروه پزشک، پرستار و بیمار آن را در مورد بیمار روانی ضروری نمی دانستند (۲). همچنین همسو با مطالعه حاضر در مطالعه والی پور و همکاران (۱۳۸۶)

نیز بیان شده است که بیش از ۵۰٪ روانپزشکان با احترام گذاشتن به حق بیمار روانی برای قبول نکردن درمان مخالف بودند، به علاوه بیش از ۸۵ درصد از روانپزشکان با این نظر که بستری بیماران روانی بر خلاف میل آنها بی فایده است، مخالفت داشتند (۳۱). در مطالعه حاضر نیز یکی از گویه هایی که کمترین امتیاز را به خود اختصاص داده است «استفاده از اجبار برای بیماران روانی، به معنای قبول شکست درمان بیمار است» این بوده است.

همسو با مطالعه حاضر مطالعه آسایبی و همکاران (۱۹۹۸) در میان تمام بیمارستان های دارای بخش روان درمانی در ژاپن در مورد درمان های روان شناختی غیرداوطلبانه علاقه ای فزاینده به این مسئله را گزارش نموده بودند (۳۲). همچنین مطالعه تاتنو و همکاران (۲۰۰۹) در میان روانشناسان جوان ژاپن نیز نشان داده است که میانگین نمره آنان برای بکارگیری اجبار برای بیماران روانی $8/91$ از 9 بوده است (۳۲). بنابراین به طور کلی می توان بیان کرد که ارائه کنندگان خدمات سلامت برای بیماران بستری در بیمارستان های روانپزشکی تا حدودی به سمت استفاده از اجبار تمایل دارند. با توجه به وجود این درک که استفاده از اجبار مانند بستری اجباری بیماران در میان بیماران روانی، به منظور حفاظت از خود آنها و جامعه می باشد (۳۳) و با وجود آمارهایی از بستری های اجباری در بسیاری از کشورهای دنیا (۳۴) شاید این امر طبیعی به نظر آید که دیدگاه افراد مورد مطالعه به سمت بکارگیری اجبار پیش رود؛ اما باید اذعان داشت تجاوز و حمله به ارائه کنندگان خدمات صرفاً در مراکز روان شناختی وجود ندارد و بروز آن در بسیاری از بیمارستان های معمولی و حتی در مطب ها نیز گزارش شده است (۳۵). بنابراین لازم می نماید که گام هایی در جهت تغییر نگرش ارائه کنندگان سلامت برای کاهش استفاده از اجبار برداشته شود.

در تأیید این مساله، در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان عقیده داشتند با صرف وقت کافی می توان میزان استفاده از اجبار در درمان را کاهش داد (این سوال بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داده بود). اما صرف وقت کافی برای بیماران به معنای افزایش بار کاری درمانگران می باشد که این مساله با توجه به ازدحام بیماران و کمبود پرسنل در مراکز روانپزشکی دولتی امروز در تناقض است. شاید بتوان اذعان کرد که استفاده از اجبار علاوه بر نگرش درمانگران به وجود امکانات و تسهیلات کافی نیز وابسته است، همانطور که گویه مرتبط با امکانات و تسهیلات در پرسشنامه (گویه ۱۴) نیز نمره بالایی را کسب کرده است که نشان می دهد کمبود امکانات و تسهیلات استفاده از اجبار را تشویق خواهد نمود.

سایر گروهها (فوق دیپلم، لیسانس، فوق لیسانس) و افراد با سابقه بیشتر از ۵ سال بیشتر از افراد با سابقه کمتر از ۵ سال اعمال اجبار برای بیماران را توهین می انگاشتند. مطالعه والی پور و همکاران بیان می کند که اکثر پزشکان روان پزشک برای تصمیم گیری در مورد بستری اجباری بیماران، نظر خود را مقدم بر هر گونه مرجع خارجی میدانند و عملکرد یکپارچه‌ای در شرایط یکسان ندارند و بیان می دارد که یکی از علل اصلی آن می تواند نبود قوانین جامع در کشور می باشد (۳۱). اما مطالعه مشابهی در انگلیس و آلمان نشان داده است که علی‌رغم قوانین ناهمسان در دو کشور، نگرش متخصصان در مورد بستری های اجباری بیماران روانی یکسان است (۱۸). شاید بتوان گفت که برخلاف نتایج مطالعه والی پور و همکاران، هدایت نگرش افراد با آموزش بتواند در کاهش تمایل به اجبار در میان ارائه کنندگان کمک کننده باشد. بنا به نتایج مطالعه حاضر به طور کلی تحصیلات بیشتر و سابقه بیشتر کار در مراکز درمانی روانی می تواند افراد را به سمت استفاده کمتر از اجبار سوق دهد. همسو با این، نتایج لپینگ و همکاران (۲۰۰۴) بیان می دارد که روان پزشکان انگلیسی نسبت به سایر افراد-پزشک، افراد عادی و وکلای حقوقی- و مددکاران اجتماعی آلمانی نسبت به سایر افراد حرفه ای حمایت کمتری از مراقبت اجباری بیماران روانی داشته اند (۱۸). همسو با مطالعه حاضر، مطالعه تاتنو و همکاران (۲۰۰۹) نیز بیان کرده است که روان پزشکی که در بیمارستان های دانشگاهی و درمانی مشغول به فعالیت هستند، نسبت به روان پزشکانی که در بیمارستان های تخصصی مشغول به فعالیت هستند (که قطعاً آموزش بیشتر و مواجهه با افراد بیمار روانی بیشتری را تجربه خواهند نمود)، تمایل بیشتری به درمان غیرداوطلبانه بیماران دارند (۳۲). تجارب افراد جامعه از بکارگیری اجبار در گذشته برای درمان بیماران نیز می تواند بر نگرش آنها در مورد استفاده از آن مؤثر باشد. برای مثال مردم آلمان به دلیل سوء استفاده های احتمالی گذشته از مقوله مراقبت اجباری از بیماران روانی تمایل کمتری بدان دارند (۱۸، ۳۷).

نتیجه گیری

پرسشنامه بررسی نگرش کارکنان در بکارگیری اجبار در ایران از ساختار و روایی مناسب برخوردار است. نگرش جامعه مورد مطالعه تا حدی به سمت استفاده از اجبار متمایل می باشد و لازم می نماید که گام هایی در جهت تغییر نگرش ارائه کنندگان سلامت برای کاهش استفاده از اجبار برداشته شود. عدم وجود ذهنیت و درک کامل و تعریف شده در مورد بکارگیری اجبار در جامعه ارائه کنندگان خدمات سلامت به بیماران روان شناختی و

میانگین نمره کل پرسشنامه استفاده از اجبار و میانگین نمره حیطه اجبار به عنوان درمان بین بیمارستان های مختلف، جنسیت ها، گروه های سن، وضعیت تأهل، شغل، شیفت کاری، مدرک تحصیلی و گروه های با سابقه کار متفاوت مشارکت کنندگان در مطالعه، تفاوت معناداری از خود نشان نداده است. بر خلاف مطالعه حاضر، در مطالعه لپینگ و همکاران همبستگی مثبتی بین افزایش سن افراد و تمایل آنها به بستری و مراقبت غیرداوطلبانه بیماران روانی ۱۹ ساله گزارش شده است، اما این همبستگی برای بیماران روانی ۳۳ ساله گزارش نشده است (۱۸). مطالعه والی پور و همکاران (۱۳۸۶) و وای و بنکس (۲۰۰۱) ویژگی های فردی هر بیمار مانند احتمال آسیب به دیگران، عدم همکاری برای درمان آسیب به خود، عدم بینش به بیماری خود، عدم توانایی در برآوردن نیازهای خود، عدم توانایی مهار تکانه، حمایت ناکافی از بیمار، استفاده از داروهای روان گردان و در آخر شغل بیمار را مرتبط با بستری اجباری بیماران دانسته اند (۳۱). به علاوه باید در مقوله اجبار باید درک بیمار از اجباری بودن یا نبودن و همچنین جنبه قانونی داشتن یا نداشتن اعمال آن مد نظر قرار گیرد (۱۲). شاید بتوان اذعان نمود که در بکارگیری اجبار برای بیماران روانی، بیش از آنکه ویژگی های درمانگران مهم باشد، ویژگی های خود بیماران تعیین کننده تر است.

میانگین نمره حیطه اجبار به عنوان مراقبت و محافظت براساس شغل و مدرک تحصیلی افراد شرکت کننده در مطالعه تفاوت معناداری از خود نشان داده است. به گونه ای که پزشکان بیشتر از پرستاران و افراد دارای مدرک تحصیلی دکترا و متخصص بیشتر از افراد لیسانس به اجبار به عنوان ابزاری برای مراقبت و محافظت می نگرند. در مطالعه عباسی و همکاران (۲۰۱۰) همسو با مطالعه حاضر تعداد کمتری از پزشکان (۸۹٪) نسبت به پرستاران (۹۲٪) موافق ضرورت «بستری کردن بیمار روانی در اتاق های انفرادی و محدود کردن فعالیتهای فیزیکی وی جهت درمان» بودند، اما بر خلاف مطالعه حاضر تعداد بیشتری از پزشکان (۹۷٪) نسبت به پرستاران (۹۱٪) موافق ضرورت «استفاده از روشهای فیزیکی اجباری مانند بستن بیمار یا تزریق اجباری در درمان بیمار» بوده اند (۲).

همچنین میانگین نمره حیطه اجبار به عنوان توهین جنسیت ها، وضعیت تأهل، شغل، مدرک تحصیلی و گروه های با سابقه کار متفاوت مشارکت کنندگان در مطالعه، تفاوت معناداری از خود نشان داده است. به گونه ای که مردان بیشتر از زنان، افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد، پزشکان بیشتر از پرستاران و بهیاران، افراد دارای مدرک تحصیلی دکترا و متخصص بیشتر از

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۲۵۸۶۸ می باشد. نویسندگان از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بخاطر حمایت مالی و از پزشکان، پرستاران و بهیاران شرکت کننده در مطالعه برای مشارکت در این طرح کمال تشکر را دارند.

کمبود امکانات و تسهیلات شاید یکی از مهمترین عوامل باشد. از طرف دیگر احتمالاً در بکارگیری اجبار برای بیماران روانی، بیش از آنکه نگرش درمانگران مهم باشد، وضعیت بیماری بیماران تعیین کننده تر به نظر می رسد. پیشنهاد می شود تعریف مناسب، جامع و کاربردی از اجبار و زمان بکارگیری آن ایجاد شود و به طور گسترده به آگاهی کارکنان مراکز درمانی روان شناختی رسانده شود و با توجه به حقوق انسانی بیماران روانی، بهتر است آموزش ها و تسهیلات کافی برای کاهش تمایل ارائه کنندگان به اجبار ارائه گردد.

References

1. Arab m, Habibi Nodeh F, Rahimi Foroushani A, Akbari Sari A. Evaluation of Hospital Waste Collection Safety Measures by Cleaning Staff of Public Hospitals Affiliated with Tehran University of Medical Sciences, 2012. Hospital. 2015;13(4):31-9.
2. Abbasi M, Rashidian A, Arab M, Amini H, Hoseini M. Medical Staff and Hospitalized Patients' Attitude in Selected Psychiatric Hospitals in Tehran about Adaptation of Patients Rights Charter of Patients with Mental Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010;16(3):172-80.
3. World Health Organization. Dept. of Mental H, Substance A. Mental health atlas: 2005: World Health Organization; 2005.
4. O'BRIEN A, Golding C. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2003;10(2):167-73.
5. Høyer G. Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions. Journal of Mental Health. 2008;17(3):281-92.
6. Kallert TW. Coercion in psychiatry. Current opinion in psychiatry. 2008;21(5):485-9.
7. Parker C. Developing mental health policy: a human rights perspective. Mental Health Policy and Practice across Europe: the future direction of mental health care Open University Press, PA. 2007:308-35.
8. Freeman M, Pathare S. World Health Organization Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation: World Health Organization; 2005.
9. Olofsson B, Norberg A. Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians. Journal of advanced nursing. 2001;33(1):89-97.
10. Kallert TW, Glöckner M, Onchev G, RABOCH J, Karastergiou A, Solomon Z, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry. 2005;4(3):168.
11. Martin V, Kuster W, Baur M, Bohnet U, Hermelink G, Knopp M, et al. Incidence of coercive measures as an indicator of quality in psychiatric hospitals. Problems of data recording and processing, preliminary results of a benchmarking study]. Psychiatrische Praxis. 2007;34(1):26.
12. Bindman J, Reid Y, Szmukler G, Tiller J, Thornicroft G, Leese M. Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40(2):160-6.
13. Iversen KI, Høyer G, Sexton H, Grønli OK. Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. Nordic Journal of Psychiatry. 2002;56(6):433-9.
14. Steinert T, Lepping P, Baranyai R, Hoffmann M, Leherr H. Compulsory admission and treatment in schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2005;40(8):635-41.
15. Alem A, Jacobsson L, Lynöe N, Kohn R, Kullgren G. Attitudes and practices among Ethiopian health care professionals in psychiatry regarding compulsory treatment. International journal of law and psychiatry. 2002;25(6):599-610.
16. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. Nurse Education Today. 2004;24(6):435-42.
17. Brooks RA. US psychiatrists' beliefs and wants about involuntary civil commitment grounds. International journal of law and psychiatry. 2006;29(1):13-21.
18. Lepping P, Steinert T, Gebhardt R-P, Röttgers HR. Attitudes of mental health professionals and lay-people towards involuntary admission and treatment in England and Germany—a questionnaire analysis. European Psychiatry. 2004;19(2):91-5.
19. Korkeila JA, Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Lehtinen V, Joukamaa M. Predicting use of coercive measures in Finland. Nordic Journal of Psychiatry. 2002;56(5):339-45.
20. Kjellin L, Östman O, Östman M. Compulsory psychiatric care in Sweden—development 1979–2002 and area variation. International journal of law and psychiatry. 2008;31(1):51-9.

21. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*. 1999;30(4):934-41.
22. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(6):453-9.
23. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2011;46(9):893-901.
24. Bryant FB, Yarnold PR. Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. 1995.
25. Garson D. Factor Analysis: Statnotes. Retrieved March 22, 2008 from North Carolina State University Public Administration Program. 2008.
26. Ghanbarnezhad A. psychometric analysis of the psychological health questionnaire (GHQ-28) applied among skin patients in Razi hospital in 1385 using confirmatory factor analysis. Master thesis in biostatistics, public health faculty of Tehran university of medical sciences 1386.
27. Yazdi M, Mahjub H. Ranking Maternal Health Status in Rural Areas in Iran Based on Multivariate Techniques of Factor and Cluster Analysis. *Iranian Journal of Epidemiology* 2011;7(1):7-14.
28. Neil HT. Applied Multivariate Analysis. Springer Text in Statistics New York: Springer. 2002.
29. Husum Tonje Lossius. Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway 2011.
30. Husum TL. Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway. 2011.
31. Valipoor M, Zarghami M, Masoodzade M, Khalilian A, Tirgari A, Mousavi T. Assessment of knowledge, attitude and practice of psychiatrists about compulsory admission of psychiatric patients and the laws in Iran in 2006 . *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006;17(61):148-60.
32. Tateno M, Sugiura K, Uehara K, Fujisawa D, Zhao Y, Hashimoto N, et al. Attitude of young psychiatrists toward coercive measures in psychiatry: a case vignette study in Japan. *International journal of mental health systems*. 2009;3(1):1.
33. Tuohimäki C, Kaltiala-Heino R, Korkeila J, Tuori T, Lehtinen V, Joukamaa M. The use of harmful to others-criterion for involuntary treatment in Finland. *European journal of health law*. 2003;10(2):183-99.
34. Riecher- Rössler Au, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients—an international comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1993;87(4):231-6.
35. JANSEN GJ, Dassen TW, Groot Jebbink G. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(1):3-13.
36. Way BB, Banks S. Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services. *Psychiatric services*. 2001.
37. Röttgers HR, Lepping P. Treatment of the mentally ill in the Federal Republic of Germany. *The Psychiatrist*. 1999;23(10):601-3.

Validation of the "staff attitude toward coercion use in treatment of mentally ill patients" questionnaire in selected public psychiatric hospitals of Tehran in 2015

Arab M¹, Gray S², Hamouzadeh P³, Habibi F^{4*}

Submitted: 2016.14.16

Accepted: 2016.7.20

Abstract

Background: This study was conducted to validate the "staff attitude toward the use of coercion in the treatment of mentally ill patients" questionnaire and assessed their attitude in selected public psychiatric hospitals in Tehran city.

Materials and Methods: This is a descriptive and analytical study which was carried out on three hospitals of Tehran University of Medical Sciences, Iran University of Medical Sciences and social welfare and Rehabilitation University in 2015. The questionnaires were distributed to the participants and finally 273 questionnaires were used. Data were analyzed using confirmatory factor analysis test. Moreover, ANOVA and independent t-test were applied to evaluate the participants' attitude on using coercion for treatment of mentally ill patients.

Results: Study findings revealed that 61% of participants were nurse and 11% were physicians. According to the study results, three final obtained factors explained 61.93% of the total variance; this variance reflects the proper and appropriate selection of the questions. In addition, there were statistically significant differences between marital status and offending attitude domain; between job and education and offending attitude; and security and treatment domains.

Conclusion: The current questionnaire has a high validity and reliability and is also appropriate for the context of Iran. The attitude of the studied participants was a bit towards using coercion in treatment of mentally ill patients. Therefore, it is recommended that authorities take some steps toward changing health services providers' attitude of using coercion.

Keywords: Questionnaire validation, Staff attitude, Coercion, Mentally ill patients, Psychiatric hospitals

1. Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran
2. Ph.D. student in Health Policy, Department of Health Management and Economics, School of Public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran
3. Ph.D. student in Health Policy, Department of Health Management and Economics, School of Public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran
4. Ph.D. student in Health Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, (corresponding author), Email: farhad.habibi@rocketmail.com, Address: Fourth Floor, Department of Health Management and Economics, School of Public health, Tehran University of medical sciences, Tehran, Iran