

ORIGINAL RESEARCH PAPER

Explaining Oncology Nurses' Experiences with Workplace Violence: A Qualitative Study

Fereshteh Araghian Mojarad¹, Akram Snagoo², Leila Joybari^{2*}

¹ Research Center for Traditional and Complementary Medicine, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

² Center for the Study and Development of Medical Education, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Received: 2022-01-16

Accepted: 2022-09-21

ABSTRACT

Introduction: Workplace violence against nurses is regarded as a continuing and prevalent problem across the world. The purpose of this study was to explain oncology nurses' experiences with workplace violence.

Material and Methods: The present study was fulfilled using qualitative content analysis in 2017 based on purposive sampling method. To this end, semi-structured interviews were performed with 23 oncology nurses from two teaching hospitals located in two neighboring provinces in the North of Iran. Then, the interviews were recorded, transcribed, encoded, classified, and subsequently analyzed according to qualitative content analysis developed by Graneheim and Lundman. The criteria proposed by Guba and Lincoln were further utilized to strengthen this research study.

Results: Two main themes and four sub-themes were elicited from data analysis including "imbalance in care supply-demand" and "conflict resolution efforts" with sub-themes of "demand for special care", "supply of task- focused care", "aggressive behaviors", as well as "conflict prevention".

Conclusion: The study findings revealed that failure to meet patients' care needs could bring about aggression and demonstration of violent behaviors. Given the understanding of patients' conditions, the nurses also tried to resolve the conflicts mostly via forgiveness and negligence techniques.

Keywords: Oncology Nursing, Aggression, Patient, Qualitative Research

HOW TO CITE THIS ARTICLE

Araghian Mojarad F, Snagoo A, Joybari J. Explaining Oncology Nurses' Experiences with Workplace Violence: A Qualitative Study, *J Health Saf Work*. 2023; 12(4): 895-908.

1. INTRODUCTION

Violence at workplace is also considered as part of occupational hazards for nurses and healthcare-related professions; which is a continuing and prevalent problem throughout the world. Nurses working in oncology wards are also 2.7 times more likely to be exposed to non-physical violence than their counterparts in emergency departments. Workplace violence can have its own significant physiological and psychological effects on nurses and may even end in leaving workplace and nursing profession.

Despite numerous quantitative and qualitative studies about workplace violence, no investigation

on violence against oncology nurses was available, to our knowledge. Therefore, it was argued that identifying the experiences of nurses in oncology wards in such a situation will shed light on problems they are facing with. In fact, in-depth examination of these experiences and clarification of the obvious and hidden aspects of aggression and violence in these wards could facilitate their pathology and analysis. Therefore, the present study aimed to explain oncology nurses' experiences with workplace violence enforced by patients and their relatives in two central teaching hospitals located in two neighboring provinces in the North of Iran.

* Corresponding Author Email: jouybari@goums.ac.ir

2. MATERIAL AND METHODS

Using qualitative content analysis, this study was conducted in 2017. The study setting was the oncology wards in two central teaching hospitals located in two neighboring provinces in the North of Iran (Mazandaran(imam sari) and Golestan (5 azar Gorgan)) nurses with at least one year of working experience in these wards and selected through purposive sampling method were invited to participate in the study. Data collection continued up to the saturation point, where the richest description of their experience was obtained. Data saturation appeared after 20 interviews; however, three more interviews were conducted to be ensured. Considering data saturation, 23 nurses were recruited. Data collection instrument included a semi-structured interview. In this respect, several key questions such as "Have you ever experienced violence in your workplace?" "What are the causes of violence against nurses in your workplace?" and "Tell us about your experiences" "Please explain what have been the consequences of violence on your work?" were repeated in all interviews and also more exploratory questions such as "Could you please explain further?" and "Could you give an objective example to get a better understanding of your experience?" were employed to deepen such interviews. The duration of each interview averaged 75 minutes and it varied between 30 and 120 minutes based on contribution conditions.

All the interviews were conducted by the researcher, and the data were transcribed verbatim and encoded up to 48 hours later. Data analysis was then carried out simultaneously and continuously with data collection. To analyze the data, qualitative content analysis developed by Graneheim and Lundman was used. To ensure the accuracy and the robustness of the study, the proposed criteria by Guba and Lincoln were employed.

This study was approved by the Ethics Committees of Golestan University of Medical Sciences with the code number of IR.GOUMS.REC.1395.305. As well, informed oral and written consent of the participants were obtained before the study and prior to recording of the interviews. The participants were also allowed to withdraw from the study at any time due to their unwillingness to continue cooperation.

3. RESULTS AND DISCUSSION

Of the 23 participants, 3 individuals were male and the rest were women aged between 26 and 58 years old with a working experience of 1-30 years.

One of the participants was a matron, 3 individuals were head nurses, one of them was a clinical supervisor, and the other ones were clinical nurses.

Using an in-depth and rich description of the participants' interviews, 493 initial codes; and finally, two main categories including "imbalance in care supply-demand" and "conflict resolution efforts" with the sub-themes of "demand for special care", "provision of task-focused care", "aggressive behaviors" and "conflict prevention" were obtained as the result of oncology nurses' experiences with workplace violence. In addition to the themes, there were also direct quote citations for each one as follows.

A. Imbalance in Care Supply-Demand

One of the factors triggering aggression in the oncology wards was imbalance between care services provided and patients' needs. Given the special features of the illness, patient's companions and relatives were expected to receive high-quality care while the oncology nurses were providing such services with no bias and expectations. In this respect, one of the oncology nurses stated that "... once, I was in charge of a shift, a patient companion came over and said that the patient had bleeding from his mouth and asked me to hurry up to help him. So, I sent one of the nurses to his room and called for the doctor...the patient companion then came along and said why I had not visited the patient by myself ...the patient had vomited blood clots and I could not do anything for him ... after all, he filed a complaint against me to the hospital matron ..."(P2)

Demands for Special Care

Demands for special care as one of the sub-themes of the "imbalance in care supply-demand" suggested that patients and their companions had demands for special care from treatment team and nurses, and they could also demonstrate violence if their demands or expectations were not met. Timely attendance at bedside, professional competence, and understanding of critical conditions were among cases claimed by patients and their companions which had not been conducted in accordance with their wishes. Accordingly, such circumstances could cause anger and aggression between them and the nurses.

Timely Attendance at Patient Bedside

Patients and their companions expected nurses to be present without any delays as they called for

them. Failure to act on time was thus a factor in the initiation of aggression by patients and their companions. In this regard, one of the participants reiterated that: "...the companion said that you did not provide care for this patient and you were not at the bedside on time ..." (P7)

Professional Competence

The given theme was explained via codes of "clinical care" and "interpersonal communications". In this respect, nurses' experiences indicated that they had sometimes failed to meet patients' expectations due to lack of experience or insufficient clinical skills.

Clinical Care

Nurses' experiences suggested that in case of inconsiderate care, the responses of patients and their companions could be raised in the form of complaints and aggression. Accordingly, one of the participants said that: "... her vein was broken, the drug was going under her skin, it was swelling, and the patient had complaints ...the companions were also complaining ... I had just changed my shift ... and I heard that the nurses could not find her veins ..." (P15)

Interpersonal Communications

The weaknesses in interpersonal communications have repeatedly caused violence and aggression against nurses. In this respect, one of the oncology nurses said that: "...the patient was clashing with one of the nurses, he just wanted more explanations ...the nurse had responded badly ... the patient had become very upset ... so he came and filed a complaint..."(P12)

Provision of Task-Focused Care

The study participants believed that they were performing their tasks well, but the patients and their companions had high expectations and were not able to understand the conditions. "Case-based care patterns" and "needs for family-centered care" were among the emerging sub-categories within this theme.

Case-Based Care Patterns

The findings confirmed that the patients and their companions were demanding individual care and even they had considered care for themselves or their patients as a priority. If this issue was not possible, aggression and violence would occur. In

this regard, one of the nurses said that: "...the patient companion comes here near the nursing station and asks for removing the serum. I said okay ...but please close the regulator by yourself ... I do my job and will come five minutes later...the companions tell me to hurry up... it even leads to swear words and curses ..." (P17)

Needs for Family-Centered Care

The needs for family-centered care as the sub-category of provision of task-focused care suggested that oncology nurses had considered not only meeting patients' needs but also aiding patient companions who were in critical conditions because of their presence at patient beside as their tasks.. In this respect, one of the participants added that: "... patient companions are in worse conditions than the patients themselves, because they are under pressure..."(P10)

No attention to questions and their mental stress as well as the disregard to their needs had also led to patient companions' anger. In this regard, one of the oncology nurses said that: "... the patient companion demanded for more explanations and the nurse was shouting at him and asking why he was raising lot of questions? The nurse said that he did not have time to answer all his questions..."(P8)

B. Conflict Resolution Efforts

This theme indicated that oncology nurses were struggling to resolve conflicts in the face of aggression. The nurses also believed that, in most cases and through taking the special conditions of patients and their companions into account, they had made attempts to ignore violence and aggression. For example, one of the participants said that: "...once I was finding the veins ...the venipuncture was really difficult, I tried it twice but I failed... the patient companion suddenly began to insult, I was so upset, I told him I am really sorry, I apologized, but the patient companion shouted louder..."(P1)

Aggressive Behaviors

Nurses' experiences showed that although they had provided patient care, the companions had suffered from shocks, anger, and anxiety in the face of sudden death of the patients and they had even attacked nurses or showed aggression. In this respect, one of the oncology nurses said that: "... the patient had a sudden arrest and was expired ... we had prepared everything and we had done all the

tasks for the patient, I was leaving the room that I felt something hit my back..."(P11)

The shocks of facing deaths of critically ill patients could similarly lead to anger; moreover, the nurses are always available and they have to tolerate the pressures of the shocks on patient companions. Accordingly, a participant said that: *"we are at patient bedside... doctors just come, prescribe, and leave the room ...we have to implement the orders and we are in charge of patients...there is nobody else"*

Complaints

Patients and their companions expressed their hostile behaviors as the result of complaints of no care provided by nurses. The participants believed that patients and their companions had very high expectations. In this respect, one of the oncology nurses added that: *"...sometimes patients complain and urge you to attend at bedside immediately and change the serum ..."*(P22)

Verbal/Non-Verbal Abuse

Verbal and non-verbal abuse was one of the sub-categories of aggressive behaviors. In this respect, anger and aggression in patients and their companions were much more in the form of verbal insults, demonstration of wrath in the forms of anger, insult, and contempt; swear words, and even threats. In this regard, one nurse said that: *"...you see anger and hear loud shouts ... the nurses have heard lots of insults... they may not hit us, but they insult ... they show disrespect to nurses ..."*(P9)

Physical Assaults

Aggressive behaviors, such as attacking nurses, throwing objects, breaking doors to hurt nurses, kicking, and slapping were among cases experienced by nurses. For example, one of the oncology nurses stated that: *"... patient companions get agitated and show aggression ... they even throw the medical records at you ..."*(P20)

Conflict Prevention

Nurses' experiences suggested that inconsistency between patient demands and provided care had caused conflicts and such problems could occur at

any time in the face of any trivial subjects if care services and treatment expected by patients had not been met. So, patients and their companions could demonstrate anger.

Countering and Complaining

In some cases; nurses could lose their control, show hostile behaviors, and complain in the case of aggression by patients and their companions. In this respect, one of the participants said that: *"...I called the hospital guards...the companion got scared and apologized the 110 police also arrived and calmed down the companions ..."*(P3)

Tolerance in Encounters

One of the sub-categories of conflict prevention was tolerance in encounters. Confronting with aggressive behaviors by patients and their companions, the nurses had often tried to empathize and understand them and do not counter them. For example, one of the participants reiterated that: *"... the guard came in and separated the companions ... he even filed a complaint but I said that I had no complaints..."*(P12)

Moreover, a participant said that: *"...the companions are full of anxiety and worries ...they cannot control themselves; in these cases, we ignore and say no words ... even though we can complain but we forgive them ..."*

4. CONCLUSION

According to the findings of the present study, the imbalance in care supply-demand had caused anger and violent behaviors in patients and their companions; thus, nurses were struggling to solve conflicts because of their understanding of patients' conditions. Moreover, it was suggested to teach communication and anger management skills to nurses. Modifying the care patterns and optimizing treatment teams in this respect could also provide a comfortable environment for patients and healthcare teams.

5. ACKNOWLEDGMENTS

The authors' article expresses gratitude to all the people who helped explain some studies' results.

شناسایی عوامل مؤثر بر خشونت محل کار پرستاران آنکولوژی: مطالعه کیفی

فرشته عراقیان مجرد^۱، دکتر اکرم ثناگو^۲، دکتر لیلا جویباری^{۲*}

^۱ مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، انستیتوی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

^۲ مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۲۶، تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۳۰

چکیده

مقدمه: خشونت محل کار علیه پرستاران یک مشکل مداوم و گسترده در سراسر جهان است. شیوع بالای خشونت محل کار علیه پرستاران به دلیل تماس خیلی نزدیک آنان با بیماران و خانواده آنان می‌باشد. هدف از این مطالعه تبیین تجربیات پرستاران بخش سرطان از خشونت محل کار می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه تحلیل محتوای کیفی، بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف، با ۲۳ پرستار در بخش آنکولوژی دو مرکز آموزشی درمانی، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته انفرادی به عمل آمد. مصاحبه‌ها ضبط و دست‌نویس، کدگذاری، طبقه‌بندی و مطابق رویکرد «تحلیل محتوای گرانهمیم و لوندمن» مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده شد.

یافته‌ها: پس از تحلیل داده‌ها دو مضمون اصلی با عنوان «تلاش برای حل تعارضات» با دو مضمون فرعی «رفتارهای خصمانه، مهار تعارضات» و «عدم تعادل بین عرضه و تقاضا» با دو مضمون فرعی «تقاضای مراقبت ویژه و عرضه مراقبت وظیفه مدار» استخراج شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد پرستاران بخش آنکولوژی بیشتر در معرض خشونت کلامی می‌باشند. بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود از پرستاران علاقه‌مند و با ویژگی اخلاقی مناسب با شرایط بیماران، برای پرستاری در این بخش‌ها به‌کارگیری شود. آموزش مهارت‌های ارتباطاتی و مدیریت خشم نیز برای پرستاران این بخش اهمیت ویژه‌ای دارد.

کلمات کلیدی: خشونت محل کار، پرستار، سرطان، مطالعه کیفی

* پست الکترونیکی نویسنده مسئول مکاتبه: Jouybari@goums.ac.ir

دارای نرخ درمان پایین و میزان عود بالا و مرگ‌ومیر بالا و هزینه بالای درمانی هستند و خانواده بیماران به راحتی به نتایج درمان شکایت می‌کنند (۸). خشونت در محیط کار پرستاران اغلب اثرات قابل توجهی از نظر فیزیکی و روان‌شناختی روی آنان دارد. در نتیجه، پرستاران ممکن است به خاطر حوادث خشونت در محیط کار، محل کار خود و بعضی از آن‌ها حتی حرفه پرستاری را ترک کنند (۹). امروزه سرطان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات سلامتی در سراسر دنیا است. یک مرگ از هر چهار مرگ در آمریکا به علت سرطان گزارش شده است (۱۰). در ایران نیز اپیدمیولوژی سرطان در حال تغییر است به طوری که از پنجمین علل مرگ‌ومیر در سال‌های ۱۹۸۱-۱۹۷۹ به سومین عامل در سال‌های اخیر رسیده است (۱۱). سرطان به‌عنوان یک بیماری فلج‌کننده و صعب‌العلاج در جامعه تلقی می‌شود که در کنار علائم جسمانی، موجب بروز مشکلات هیجانی، عاطفی و درماندگی روان‌شناختی عمیقی در بیماران می‌شود (۱۲). پرستاران به‌عنوان یکی از اعضای تیم درمان نقش بسزایی در مراقبت از بیماران سرطانی داشته و وقت بیشتری را نسبت به سایر اعضای تیم درمان با بیماران می‌گذرانند. پرستاران در تشخیص نیاز بیمار و خانواده آن‌ها و کنترل عوارض بیماری و درمان نقش مؤثری داشته و با ارائه حمایت‌های عاطفی و اجتماعی می‌توانند از فشارهای روانی حاصل از فرایند تشخیص و درمان سرطان بکاهند (۱۳). از آنجاکه تجارب پرستاران از خشونت‌های شغلی در بخش سرطان انعکاسی از احساسات، و تفکرات نگرش‌های آنان نسبت به بیمار، و مراقبت بیماران و محیط کارشان می‌باشد، شناسایی تجارب پرستاران در بخش سرطان در چنین موقعیتی نشان خواهد داد که آنان با چه مشکلاتی روبه‌رو هستند و در واقع با مطالعه عمیق این تجارب و روشن‌سازی زوایای آشکار و پنهان آن‌ها می‌توان به آسیب‌شناسی و تحلیل این تجارب پرداخت. با نظر به وجود موارد ذکر شده و با جستجوی پژوهشگران، پژوهش مشابه در ایران یافت نگردید. لذا در همین راستا مطالعه حاضر به تبیین تجارب پرستاران بخش سرطان از خشونت شغلی پرداخته است.

خشونت محل کار به هرگونه حمله فیزیکی، توهین کلامی یا احساسی یا تهدید، آزار و اذیت و رفتارهای اجباری در محیط کار، که منجر به آسیب جسمی و یا احساسی شود، گفته می‌شود (۱). خشونت محل کار به‌عنوان بخشی از مخاطرات شغلی مربوط به پرستاران و حرفه‌های مراقبت سلامتی به حساب آمده و یک مشکل مداوم و گسترده در سراسر جهان است (۲-۴). کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ۱۶ برابر بیشتر از دیگر کارکنان در معرض خشونت در محیط کار هستند و پرستاران به دلیل تماس نزدیک با بیماران و بستگان‌شان سه برابر بیشتر از سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی از خشونت برخوردار هستند (۵). میزان خشونت در نقاط مختلف دنیا از ۷۶ درصد در یونان، ۸۲ درصد در پاکستان و ۶۷ درصد در ایتالیا متفاوت می‌باشد (۶). علت اصلی شیوع بالای خشونت محل کار علیه پرستاران، تماس خیلی نزدیک آنان با بیماران و خانواده آنان در موقعیتی است که تهدیدی برای سلامتی بیماران وجود دارد (۷). خشونت در محل کار برای کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه وجود داشته و می‌تواند بسته به بخشی که پرستاران کار می‌کنند متفاوت باشد. در بخش‌ها/ واحدهای مختلف مانند بخش‌های اورژانس، روان‌پزشکی و مراقبت‌های ویژه، بیشترین میزان آسیب‌های فیزیکی مشاهده شده است (۴). در سال ۲۰۱۷ مطالعه‌ای مقطعی در بیمارستان‌های کودکان چین انجام شد. در این مطالعه بیشترین خشونت فیزیکی علیه پرستاران مربوط به اورژانس و بیشترین خشونت غیر فیزیکی مربوط به بخش آنکولوژی بود؛ به طوری که پرسنل بخش آنکولوژی ۲/۷ برابر بخش اورژانس در معرض خشونت غیر فیزیکی بودند. نویسنده دو احتمال را برای این نتیجه بیان نمود. (۱) تحقیقات روی خستگی، همدلی و فرسودگی شغلی نشان می‌دهد که کارکنان پزشکی بخش‌های آنکولوژی مستعد این اختلالات بوده و پس از مدتی سطح سلامت جسمی و روحی آنان و کیفیت کار و نگرش‌های خدماتی آنان کاهش می‌یابد و اغلب احساسات منفی را تجربه می‌نمایند؛ (۲) سرطان‌ها

روش کار

این پژوهش یک مطالعه کیفی با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی (conventional) می‌باشد که در سال ۲۰۱۷ انجام شد. این روش یک رویکرد پژوهشی و ابزار علمی است که هدف آن ارائه شناخت جدید، درک پدیده پژوهشگر و شناسایی راهبردهای عملیاتی است (۱۴).

محیط پژوهش، بخش انکولوژی دو مرکز آموزشی درمانی (در دو استان مجاور در شمال کشور ایران) بوده است. با استفاده از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف از پرستاران دارای حداقل یک سال سابقه کار در بخش سرطان برای شرکت در مطالعه دعوت شد.

در این پژوهش ۲۳ مشارکت‌کننده با توجه به اشباع داده‌ها شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته بود. چند سؤال کلیدی از قبیل «آیا تجربه‌ای از خشونت در محل کارتون داشته‌اید؟ چه عواملی منجر به خشونت محل کار علیه پرستاران می‌باشند؟» در همه مصاحبه‌ها تکرار شد و از سؤالات کاوشی «لطفاً در این باره بیشتر توضیح دهید؟ منظورتان چیست؟ مثال عینی بزنید تا درک بهتری از تجربه‌تان به دست آورم» برای عمق بخشیدن به مصاحبه‌ها استفاده گردید. مدت هر مصاحبه به‌طور میانگین ۷۵ دقیقه و بین ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه بر اساس شرایط مشارکت‌کننده متفاوت بود. اشباع داده‌ها پس از ۲۰ مصاحبه ظاهر شد، اما سه مصاحبه دیگر برای اطمینان از آن انجام گرفت.

تمام مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام و حداکثر ۴۸ ساعت بعد کلمه به کلمه دست‌نویس و کدگذاری شد. تحلیل داده‌ها هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری داده‌ها انجام پذیرفت. جهت آنالیز داده‌ها از رویکرد کیفی گرانهیم^۱ و لوندمن^۲ استفاده شد (۱۵).

در اولین قدم محقق مصاحبه‌ها را به‌صورت مکتوب درآورده و آن‌ها را چندین بار مورد مطالعه قرار داد تا شناخت کاملی از آن به دست آورد. دوم تمام مصاحبه‌ها

به‌عنوان واحد تحلیل محسوب شده و تحت تحلیل و کدگذاری قرار گرفت. پاراگراف‌ها، جملات و یا کلمه‌ها به‌عنوان واحد معنایی محسوب شدند. سوم واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیده و توسط کدها نام‌گذاری شدند. چهارم کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی گردیدند. در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها محتوای نهفته درون داده‌ها تحت عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی شدند.

جهت صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن^۳ استفاده شد (۱۶). جهت دقت و اعتبار داده‌ها پژوهشگر با درگیری طولانی‌مدت با داده‌ها و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان به مدت یک سال و نیز دادن بخشی از متن مصاحبه همراه با کدهای اولیه به شرکت‌کنندگان، برای مقایسه میزان همگن بودن ایده‌های استخراج‌شده توسط محقق و نظرات اصلی خود، تکرار گام‌به‌گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، بهره‌گیری از بازبینی توسط استاد راهنما، مشاور و افراد صاحب‌نظر اقدام نمود.

این مطالعه توسط کمیته اخلاق با شماره IR.GOUMS.REC.1395. 305 مورد تأیید قرار گرفته است. رضایت آگاهانه شفاهی و کتبی از شرکت‌کنندگان قبل از شروع مطالعه و قبل از ضبط مصاحبه گرفته شد. خروج از مطالعه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری برای شرکت‌کنندگان آزاد بود. مطالب مصاحبه شده کاملاً محرمانه و بدون نام بردن از افراد ثبت شد و امانت‌داری در متن مصاحبه رعایت گردید.

یافته‌ها

از ۲۳ نفر شرکت‌کننده ۳ نفر مرد و بقیه زن با دامنه سنی ۲۶-۵۸ سال و سابقه کاری ۳۰-۱ سال بودند. از شرکت‌کنندگان یک نفر مترون (۴/۳۴)، ۳ نفر سرپرستار

1 Graneheim

2 Lundman

3 Guba & Lincoln

جدول ۱. مشخصات مشارکت‌کنندگان

مشارکت‌کنندگان	جنس	وضعیت شغلی	سن	تجربه کاری
۱	زن	پرستار	۲۷	۱
۲	زن	پرستار	۲۸	۴
۳	زن	سرپرستار	۴۸	۲۵
۴	زن	پرستار	۲۷	۴
۵	زن	پرستار	۲۷	۳
۶	مرد	پرستار	۳۲	۱۲
۷	زن	پرستار	۳۷	۱۳
۸	زن	پرستار	۵۸	۳۰
۹	زن	پرستار	۲۶	۲
۱۰	زن	پرستار	۲۹	۶
۱۱	زن	پرستار	۳۹	۱۳
۱۲	مرد	مترون	۳۷	۱۲
۱۳	مرد	پرستار	۳۰	۱۱
۱۴	زن	سرپرستار	۴۳	۹
۱۵	زن	پرستار	۳۷	۱۲
۱۶	زن	پرستار	۳۵	۱۲
۱۷	زن	سوپروایزر	۴۸	۲۲
۱۸	زن	پرستار	۲۷	۳
۱۹	زن	پرستار	۲۸	۴
۲۰	زن	سرپرستار	۴۸	۲۵
۲۱	زن	پرستار	۲۷	۴
۲۲	زن	پرستار	۲۷	۳
۲۳	زن	پرستار	۳۲	۱۲

الف- عدم تعادل بین عرضه و تقاضای مراقبت یکی از عوامل مسبب پرخاشگری در بخش آنکولوژی عدم توازن بین مراقبت‌های ارائه‌شده با نیازهای بیماران بوده است. همراهان و بیماران به دلیل ویژگی خاص بیماری، انتظار دریافت مراقبتی در سطح عالی و ویژه را داشتند در حالی است که پرستاران بخش آنکولوژی بدون در نظر گرفتن چنین انتظاری ارائه خدمت می‌نمودند: "مسئول شیفت بودم همراهش بدو اومد و گفت مریض خونریزی از دهان داره و شما بلند شین بیاین. من یکی از پرستارا را فرستادم بالای سرش و خودم به دکتر زنگ زدم، همراه اومد پیشم و گفت شما چرا بالای سر مریض من نمیایی؟ گفتم آقا این بیمار خلط خونی بالا

(۱۳/۰۴)، یک نفر سوپروایزر بالینی (۴/۳۴) و بقیه پرستار بالینی (۷۸/۲۶) بودند. ۳ نفر (۱۳/۰۴) از شرکت‌کنندگان مرد بودند (جدول شماره ۱). از توصیف عمیق و غنی مشارکت‌کنندگان، ۴۹۳ کد اولیه و درنهایت از تحلیل داده‌ها دو طبقه اصلی با عنوان «عدم تعادل بین عرضه و تقاضای مراقبت»، «تلاش برای حل تعارضات» با مضامین فرعی به ترتیب «تقاضای مراقبت ویژه و عرضه مراقبت وظیفه مدار»، «رفتارهای خصمانه، مهار تعارضات» به دست آمد که حاصل تجربه پرستاران از خشونت محل کار در بخش سرطان بود (جدول شماره ۲). در ذیل مضامین نقل‌قول‌های مستقیم آورده شد.

جدول ۲. مضامین تبیین تجربیات پرستاران از خشونت و پرخاشگری در بخش انکولوژی

مضامین اصلی	مضامین فرعی	زیر طبقات
الف) عدم تعادل بین عرضه و تقاضای مراقبت	تقاضای مراقبت خاص	- حضور به موقع بر بالین بیمار - برخورداری از صلاحیت حرفه‌ای
	مراقبت و وظیفه‌مدار	- الگوهای مراقبت موردی - نیاز به مراقبت خانواده محور
ب) تلاش برای حل تعارضات	رفتارهای خصمانه	- شاکی شدن - خشونت کلامی و غیر کلامی - خشونت فیزیکی
	مهار تعارضات	- مقابله کردن و شاکی شدن - صبورانه برخورد کردن

پرستاران را فرامی‌خوانند بدون تعلل حاضر شوند. عدم حضور به موقع عاملی برای شروع پرخاشگری از سوی بیمار و همراه بود:

“...می‌گفت شما به مریضمون نرسیدید بالای سر مریضمون نیومدید ...” (م ۷)
پرستار دیگری می‌گفت “میگه شما چرا دیر آمدید من می‌خواستم برم دستشویی شما که شرایط منو میدونید...” (م ۶)

بیماران و همراهان انتظار داشتند هر وقت که نیاز داشتند پرستار آماده بر بالین بیمار باشد درحالی‌که با وضعیت موجود پرستاران قادر به برآورده کردن نیاز بیماران نبودند.

- برخورداری از صلاحیت‌های حرفه‌ای
این مضمون با کدهای «مراقبت‌های بالینی»، «ارتباطات بین فردی» تبیین شد. تجربیات پرستاران حاکی از این بود گاهی پرستاران به دلیل کم تجربه بودن و یا نداشتن مهارت بالینی کافی، انتظارات بیماران را برآورده نمی‌کردند.

- مراقبت‌های بالینی
تجربیات پرستاران حاکی از این است که در صورت بی‌دقتی در مراقبت، واکنش بیماران و همراهان، شکایت و

آورده من چه کاری میتونم براش بکنم بعد رفت پیش مترون بیمارستان از من شکایت کرد” (م ۲)

همراه بیمار انتظار داشت که با توجه به بدحالی بیمار، پرستار کنار تخت داشتند. اما پرستار بدون توجه به نیاز آن‌ها و درک آن لحظه بحرانی، برای آن‌ها مراقبت و وظیفه مدار ارائه نمود که با شکایت همراه از نیامدن بر بالین بیمار و همچنین احساس ندامت پرستار همراه بود.

-تقاضای مراقبت ویژه

تقاضای مراقبت ویژه به‌عنوان یکی از مضامین فرعی «عدم تعادل بین عرضه و تقاضا» مؤید آن است که بیماران و همراهان درخواست مراقبت ویژه را از سوی کادر درمانی و پرستاران دارند و در زمانی که تقاضای آن‌ها و یا انتظارات آن‌ها برآورده نمی‌شود باعث بروز خشونت می‌شود.

حضور به موقع بر بالین بیمار، صلاحیت حرفه‌ای داشتن، درک وضعیت بحرانی از مواردی بود که بیماران و همراهان تقاضا داده بودند و مطابق میل آن‌ها اجرا نشده بود و این شرایطی بود که باعث خشم و پرخاشگری بین آن‌ها و پرستاران شده بود.

-حضور به موقع بر بالین بیمار
بیماران و همراهان انتظار داشتند هرزمانی که

مشارکت‌کننده دیگر بیان کرد: "همراه مریض میاد همین‌جا دم ایستگاه وا می ایسته می‌گه فقط بیا سرم مریض منو باز بکن. می‌گم باشه آقا خودت سرمش را ببند... من کارامو انجام بدم ۵ دقیقه دیگه میام، می‌گه نه همین‌ان باید بیایی... حتی کار به فحش و فحش‌کاری هم می‌رسه (م ۱۷)

-نیاز به مراقبت خانواده محور
«نیاز به مراقبت خانواده محور» به‌عنوان زیرطبقه عرضه مراقبت وظیفه مدار حاکی از آن است که پرستاران بخش آنکولوژی نه‌تنها پاسخگویی به نیازهای بیماران را از وظایف خود می‌دانند بلکه همراهان بیماران که به دلیل شرایط بحرانی بیمار در بالین حضور دارند نیز مددجو نیازمند کمک در نظر می‌گیرند.

همراه بیمار مبتلا به سرطان در برخی موارد بیش از خود بیمار دچار تنش و استرس و اضطراب می‌شوند و هرگاه مشاهده کند که برخی از مراقبت‌ها انجام نمی‌شود یا با تأخیر انجام می‌شود یا بیمار فوت شود، کنترل عاطفی خود را از دست داده و پرخاشگری و خشونت را از خود بروز می‌دهند:

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود: " ... همراه مریض هم مریض‌تر از خود مریض. چون تحت فشار هستند. ... (م ۱۰)

بی‌توجهی به سؤالات همراهان و فشار روحی آن‌ها و برآورده نشدن نیازهای آن‌ها باعث خشم می‌شده است:
یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار نمود: " ... همراه توضیح می‌خواست پرستار هم سرش داد کشید گفت چقدر سؤال می‌پرسی ما وقت نداریم که بخواهیم به سؤالات شما همش جواب بدیم ... " (م ۸)
مشارکت‌کننده دیگر بیان نمود: " بعد در بیمارستان دولتی بستگان بیماران بالای سر بیمار زیاد میان وقتی بهشون می‌گی اقا خانم لطف کنید برید بیرون من کار مریضو انجام بدم ناراحت می‌شن و باعث توهین و درگیری میشه. " (م ۱۶)

پرخاشگری بوده است.

" ... رگش پاره میشه. دارو میره زیر پوستش، ورم کرد، مریض شاکمی شد ... همراه‌ها همه شاکمی، من تازه شیفت رو تحویل گرفتم و دیدم بچه‌ها (پرستاران) می‌گن نتونستیم ازش رگ بگیریم... ". (م ۱۵)

-ارتباطات بین فردی

ضعف ارتباطات بین فردی مکرراً سبب خشونت و پرخاشگری علیه پرستاران بوده است یکی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشت:
" ... بیمار با یکی از پرستارها دعواش شده بود. توضیحی می‌خواست، پرستار بد جواب داده بود ... خیلی ناراحت شد خیلی بهش برخورد، آمد پیش من گله کرد... " (م ۱۲)

-عرضه مراقبت وظیفه مدار

مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند به‌خوبی کار خود را انجام می‌دهند اما بیماران و همراهان انتظارات زیادی از آن‌ها دارند و شرایط را درک نمی‌کنند. «الگوهای مراقبت موردی و نیاز به مراقبت خانواده محور» زیر طبقات ظهور یافته در این مضمون است.

-الگوی مراقبت موردی

یافته‌ها مؤید آن بود که بیماران و همراهان آن‌ها خواستار مراقبت انفرادی هستند و رسیدگی به خود و یا بیمار خود را در الویت می‌دانند و اگر چنین چیزی میسر نشود پرخاشگری و خشونت رخ می‌دهد.
در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان بیان نمود: " ... من دارم رگ می‌گیرم و ۶-۵ مریض دیگر هم دارم و شاید رگ گیری یک ساعت هم طول بکشد و نمی‌تونم وسطش بری سر کار دیگه ... منجر به شکایت مریض میشه. ... ممکنه مریض کد (کد سی پی آر) خورده باشه مریض‌های دیگه هم باهات کار دارن مجبوری که بالای سر بیمار باشی ... " (م ۲۱)

ب) تلاش برای حل تعارضات

این مضمون بیانگر این است که پرستاران انکولوژی در مواجهه با پرخاشگری سعی در رفع تعارض دارند. آنان بیان داشتند در اکثر مواقع با در نظر گرفتن شرایط خاص بیماران و همراهان سعی در چشم‌پوشی و گذشت موارد خشونت می‌کنند.

مشارکت‌کننده‌ای بیان نمود: "یک‌بار داشتم از مریض رگ می‌گرفتم ... واقعاً رگ‌گیری مشکل بود دو بار تلاش کردم ولی نشد ناگهان همراه بیمار شروع کرد به توهین کردن، خیلی ناراحت شدم بهش گفتم متأسفم... عذرخواهی کردم اما همراهم صدا شو بلندتر کرد..." (م ۱)

-رفتارهای خصمانه

تجربیات پرستاران بیانگر آن بود با توجه به اینکه مراقبت بیمار را انجام داده‌اند اما در زمانی که بیمار فوت می‌کند همراهان به علت مواجهه شدن ناگهانی با مرگ بیمارشان دچار شوک و عصبانیت و اضطراب شده و به‌سوی پرستاران حمله‌ور و پرخاشگر می‌شوند:

یکی از پرستاران بیان کرد: "... مریض یک‌دفعه اریست کرد و اکسپایر شد. ما همه‌چیز را آماده کرده بودیم همه کار برای مریض انجام دادیم، داشتم (از اتاق بیمار) برمی‌گشتم که دیدم از پشت چیزی داره به سمتم پرت میشه..." (م ۱۱)

پرستاران معتقد بودند کسی بیماران و همراهان را برای مقابله با مرگ آماده نکرده است و یا با دادن امید کاذب باعث شوک در آن‌ها می‌شوند:

یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت: "... مریض جوانی فوت شده بود ... علیرغم تمام تلاشی که برای مریض کرده بودیم اما همراه شروع کرد به دادوبیداد..." (م ۱۸)

شوک مواجهه با بدحالی و مرگ بیمار زمینه‌ساز خشم و خشونت است و پرستاران همواره در دسترس همراهان قرار دارند، لذا آن‌ها فشار ناشی از این شوک را بر پرستاران خالی می‌کنند:

مشارکت‌کننده دیگری بیان داشت: "... ما بالای سر

مریضیم اونا (پزشکان) که میان دستور میزارن و میرن. اجرا کردن با ماست اصلاً مریض با ماست. همین کس دیگه ای نیست... " (م ۱۴)

-شاک‌ی شدن

بیماران و همراهان رفتارهای خصمانه خود را به‌صورت شکایت از رسیدگی نکردن توسط پرستاران ابراز می‌کنند. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند بیماران و همراهان انتظارات بیش‌ازحد از آن‌ها دارند:

مشارکت‌کننده‌ای اظهار داشت: "... پیش‌آمده که مریض آمده شاکی شده که بیا همین الان سرم مریض منو در بیار..." (م ۲۲)

-خشونت کلامی و غیرکلامی

"سوء رفتار کلامی و غیرکلامی" یکی از زیر طبقات رفتارهای خصمانه است. خشم و پرخاشگری بیماران و همراهان وی بیشتر به‌صورت توهین کلامی، ابراز خشم و غضب به‌صورت عصبانیت، توهین، بی‌احترامی و فحش و دل‌چرکین شدن بود:

مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: "همین عصبانیت و دادوبیداد... این‌قدر پرستاران ناسزا شنیدند، شاید در حد کتک کاری نباشد ولی حرف زیاد می‌شنویم... توهین می‌کنند... بی‌احترامی نسبت به پرستارها..." (م ۹)

-خشونت فیزیکی

رفتارهای تهاجمی، از قبیل حمله‌ور شدن به‌سوی پرستاران، پرتاب کردن اشیاء، شکستن درب برای آسیب زدن به پرستار، لگد زدن و سیلی زدن از مواردی بود که پرستاران تجربه نموده بودند:

مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: "همراه‌های مریض اژیته می‌شن و تهاجمی برخورد می‌کنند پرونده پرت می‌کنند..." (م ۲۰)

-مه‌ار تعارضات

تجربیات پرستاران بیانگر این است، تناقض مراقبت

خشونت کلامی توسط همراهان به صورت تهدید و توهین به پرستار بود. در مطالعه‌ای که در کره جنوبی در خصوص خشونت در محیط‌های کاری پرستاران از جمله بخش آنکولوژی صورت گرفت بیشترین نوع خشونت، کلامی (۶۳/۸٪) بوده است که به ترتیب فراوانی از جانب بیماران، پزشکان و خانواده بیماران بوده است (۱۸). در مطالعه حاضر عدم تعادل بین عرضه و تقاضای مراقبت از دلایل مهم تجربه خشونت بود. بیماران و همراهان، انتظار مراقبتی ویژه و حضور به موقع بر بالین از پرستاران را داشتند؛ درحالی‌که در بسیاری از موارد به دلیل بارکاری زیاد چنین چیزی مقدور نبود. تقاضای کاری زیاد، اعتماد کمتر بیماران با بروز خشونت نسبت به پرستاران مرتبط است (۱۸) و پژوهش‌های متعددی نیز به وجود این عدم تعادل بین نیاز مراقبتی و توان ارائه مراقبت اشاره داشته‌اند (۲۱، ۲۲، ۲۰، ۱۹). مراقبت موردی از بیماران و گاهی وجود بیماران بدحال که نیاز به مراقبت بیشتر بیماران را می‌طلبد، ممکن است مانع از حضور به موقع و ارائه مراقبت مناسب برای سایر بیماران و برآورده نشدن انتظارات برخی بیماران و خانواده‌هایشان گردد که زمینه‌های بروز خشم برای بیمار و همراهان ایجاد می‌شود. این موضوع در شواهد پژوهشی دیگری نیز مورد اشاره قرار گرفته است (۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۳). شواهد نشان می‌دهد واکنش‌های عاطفی خشم و اندوه در میان بیماران مبتلا به سرطان امری رایج است و درک بیمار و خانواده‌اش از فقدان خدمات مراقبتی مناسب و نادیده گرفتن احساسات خانواده بیماران و عدم مهارت ارتباطی نیز زمینه را برای بروز خشونت فراهم می‌آورد (۲۷، ۲۳)؛ همان‌طور که یافته‌های پژوهش حاضر نیز گویای این موضوع بود. به نظر می‌رسد علاوه بر موانع سازمانی، پرستاران بخش آنکولوژی فاقد مهارت کافی برای برقراری ارتباط توأم با همدلی با بیماران و خانواده آن‌ها می‌باشند، وجود موقعیت‌های چالش‌برانگیز و تفاوت‌های فرهنگی بین پرستار و بیمار/ همراهان بیمار به ایجاد تنش بین این دو کمک می‌نماید (۲۸). درک کمبود شایستگی پرستاران در میان بیماران

ارائه‌شده با تقاضاهای بیماران باعث تعارض می‌شود و هر لحظه با کوچک‌ترین موضوعی که درمان و مراقبت مورد انتظار بیماران از قبیل رسیدگی به بیمار و بهبودی او میسر نگردد باعث تعارض شده و باعث ابراز خشم از سوی همراهان و بیماران می‌شود.

-مقابله کردن و شاکی شدن

در برخی از موارد پرستاران به هنگام پرخاشگری از سوی بیماران و همراهان، کنترل خود را از دست داده و نسبت با آن‌ها خصمانه برخورد می‌کردند و شاکی می‌شدند:

مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: "تا حراست هم کشوندمش، ترسید و خودش اومد عذرخواهی کرد پلیس ۱۱۰ آمد همراهان را آرام کردند ..." (م ۳)

-صبورانه تحمل کردن

یکی از زیر طبقات مهار تعارضات، صبورانه تحمل کردن بوده است. پرستاران در مقابل رفتارهای پرخاشگرانه از سوی بیماران و همراهان اکثراً سعی داشتند از درک کردن و همدلی استفاده نمایند و مقابله به مثل نکنند. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان داشت: "...نگهبان آمد و همراهان را جدا کرد و یک فرم شکایت هم تنظیم کرد اما گفتم من شکایتی ندارم ..." (م ۱۲)

مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت: "...از همون لحظه‌ای که شیفت تحویل گرفتم سعی کردم دوروبر بیمار باشم همراه رو اروم بکنم. شاکی نشن." (م ۵)

≡ بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد عدم تعادل بین تقاضای مراقبتی بیماران و همراهان و توان ارائه خدمات پرستاری، مهم‌ترین عامل برای خشونت در بیماران و همراهان بوده است. بیماران و اغلب اعضاء خانواده اگر احساس ناامیدی، استرس، درماندگی کنند، ممکن است رفتارهای خشونت‌آمیز نسبت به پرستاران نشان دهند (۱۷). در مطالعه حاضر بیشترین خشونت تجربه‌شده

و بستگان آنان، ممکن است شرایطی را ایجاد کند که موجب خشونت شود. نظارت بیشتر بر عملکرد پرستاران و برگزاری دوره‌های آموزشی برای ارتقاء صلاحیت پرستاران می‌تواند مفید باشد.

از یافته‌های دیگر مطالعه، بروز واکنش‌های پرخاشگرانه به دنبال وقوع شوک حاصل از فوت ناگهانی بیماری بود. فشارهای روحی و استرس فراوان و شرایط مبهم و غیرقابل پیش‌بینی و ترس از ناشناخته در بیماری سرطان رایج است (۲۹). پرستاران اغلب شاکی بودند که پزشکان به بیماران امید کاذب می‌دهند و در نتیجه وقتی بیمار/ همراه با بدتر شدن وضعیت خود مواجه می‌شود خشمگین شده و نسبت به پرستار پرخاشگر می‌شوند. گفتن اخبار ناگوار برای پرستاران نیز همانند بار سنگینی است و فشار زیادی را بر آنان وارد می‌سازد (۲۸). اگرچه برخی از درخواست‌ها یا انتظارات بیمار و خانواده‌هایشان ممکن است غیرقانونی، نامناسب و یا فراتر از توانایی‌ها یا مسئولیت‌های پرستاران باشد، کادر مراقبتی می‌توانند با نشان دادن همدلی (از جمله با تأیید جدی بودن بیماری بیمار) و استفاده از زبان بدن، لبخند داشتن، رفتار محترمانه و توجه بیشتر به بیمار و ارائه اطلاعات درخواست شده به بیمار و خانواده‌اش، خطر رفتارهای خشونت‌آمیز آنان را کاهش دهند.

از یافته‌های دیگر مطالعه حاضر نیاز به مراقبت خانواده محور بود. دوستان نزدیک و خانواده نقش مهمی در مراقبت از بیمار در بیمارستان از همراهی بیمار تا برنامه‌ریزی و اعمال نقش مدافع بیمار دارند (۳۰). در بیمارستان نقش خانواده بیماران بسیار پررنگ‌تر است زیرا خانواده ستون اصلی جامعه به شمار می‌آید. از طرفی حمایت خانواده از بیمار مبتلا به بیماری مزمن نیز منوط به ویژگی‌های خانوادگی و زمینه اجتماعی از قبیل روابط خانوادگی، باورها، انتظارات، سطح وابستگی احساسی، توانایی حل مسئله دارد (۳۱).

از یافته‌های دیگر مطالعه رفتارهای خصمانه بیمار و خانواده آنان بود. بیماران مبتلا به سرطان که در مراحل پایانی عمر هستند آرزو دارند تا خلوت، شأن و وقار و

آسودگی را تجربه کنند (۳۲)، بدیهی است چنانچه این خواسته در محیط مراقبتی بیمارستانی برآورده نشود سبب خشم و پرخاشگری بیماران یا خانواده آنان شود. از طرفی بروز خشم و پرخاشگری از جانب بیمار تهدیدکننده سلامتی پرستاران است. اگرچه در خصوص ارتباط بین این موضوع در محیط‌های کاری مختلف به‌ویژه بخش انکولوژی اطلاعات اندکی در دسترس است اما نتایج مطالعه پکورینن^۱ و همکاران نشان داد بین خشم بیماران با سلامت پرستاران، خواب، توانایی کاری و دیسترس ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد (۳۳).

پرستاران بیان داشتند در برخورد با موارد خشونت در اکثر موارد اقدام خاصی نشان نداده و صبوری نموده و مهاجمان را به آرامش دعوت می‌کنند. برخی از شواهد پژوهشی نیز حاکی از کنترل خشم و گذشت پرستاران در هنگام خشونت بیماران بود. مطالعه‌ای در پیشاور نشان داد در بیش از نیمی (۶۱٪) از حوادث؛ کارکنان مراقبت‌های بهداشتی از خود دفاع کردند و به مهاجم گفتند که خشونت را متوقف کند. یک توضیح می‌تواند این باشد که هیچ سیستم رسمی برای رفع این مسائل در سطح سازمانی وجود ندارد. بنابراین کارمند بهداشتی چاره‌ای جز دفاع از خود ندارد و فرهنگ محلی در چنین شرایطی دفاع از خود را تشویق می‌کند (۳۴،۳۵). بنابراین نیاز است که پرستاران با توجه به این موارد و حمایت لازم از بیمار و خانواده آنان، زمینه‌های بروز خشم را در آن‌ها بکاهند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به احتمال

فراموشی برخی از تجربیات به دلیل گذشت زمان و یا عدم تمایل به یادآوری و یا عدم بیان تعدادی از تجربیات به علت ایجاد ناراحتی اشاره نمود.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد پرستاران بخش انکولوژی بیشتر در معرض خشونت کلامی توسط همراهان به دلیل عدم تعادل بین عرضه و تقاضا مراقبت

1 Pekurinen

نیز در مورد شیوع خشونت فیزیکی و علل ایجادکننده خشونت در بخش سرطان مطالعات بیشتری انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از کار رساله دکتری و حاصل طرح پژوهشی با کد تصویب ۲۸۴۹۵۱۲۱۷۲۹۹ شماره مورخ ۱۳۹۶/۰۱/۱۹ است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلیل حمایت مالی و از مشارکت کنندگان به دلیل بیان تجارب ارزنده خویش تشکر و قدردانی می نمایند.

REFERENCES

1. Hassankhani H, parizad N, Gacki-Smith J, Rahmani A, Mohammadi E. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: A qualitative study. *Int Emerg Nurs*. 2018;39:20-5. [Persian]
2. Martinez AJS. Managing workplace violence with evidence based intervention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2016; 54(9): 31-6.
3. Al-Qadi Mm. Workplace Violence In Nursing: A Concept Analysis. *Journal Of Occupational Health*. 2021;63(1):E12226.
4. Boafu IM, Hancock P. Workplace Violence Against Nurses: A Cross-Sectional Descriptive Study of Ghanaian Nurses. *SAGE Open*. 2017: 1 –9.
5. 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, 245.
6. Shi L, Zhang D, Zhou C, Yang L, Sun T, Hao T, Peng X, Gao L, Liu W, Mu Y, Han Y, Fan L. A cross-sectional study on the prevalence and associated risk factors for workplace violence against Chinese nurses. *BMJ Open*. 2017 . 24;7(6):e013105. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013105.
7. Fallahi Khoshknab M, Oskouie F, Ghazanfari N, Najafi F, Tamizi Z, Afshani S, Azadi G. The Frequency, Contributing and Preventive Factors of Harassment towards Health Professionals in Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2015; 3(3):156–64.
8. Li Z, Yan C-m, Shi L, Mu H-t, Li X, Li A-q, et al.

بوده و پرستاران همواره در حال تلاش برای حل تعارضات موجود بودند. لذا پیشنهاد می شود از پرستاران باصلاحیت و علاقه مند با ویژگی والای اخلاقی، برای ارائه مراقبت پرستاری در این بخش ها به کارگیری شود. ضمن راه اندازی سیستم ثبت خشونت های محل کار و بررسی خشونت های اعمال شده، آموزش مهارت های ارتباطاتی و مدیریت خشم نیز برای پرستاران این بخش اهمیت ویژه ای دارد. پیشنهاد می شود در مطالعاتی کیفی و یا کمی دیدگاه واقعی خود افراد کننده خشونت، در مورد خشونت محل کار علیه پرستاران بررسی گردد و

- Workplace violence against medical staff of Chinese children's hospitals: A cross sectional study. *PLoS ONE*. 2017; 12(6): e0179373.
9. Dalvand S, Ghanei Gheshlagh R, Najafi F, Zahednezhad H, Sayehmiri K. The Prevalence of Workplace Violence Against Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Shiraz E-Med J*. 2018;19(9):e65923. [Persian]
 10. Rebecca L. Siegel, Kimberly D. Miller, Hannah E. Fuchs, Ahmedin Jemal. *CA CANCER J CLIN* 2021;71:7–33 Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*. 2012; 62(1):10-29.
 11. Basharpour S, Amani S, Narimani M. The Effectiveness of Narrative Exposure Therapy on Improving Posttraumatic Symptoms and Interpersonal Reactivity in Patients With Cancer. *jrehab*. 2019; 20 (3):230-241. [Persian]
 12. Gorman, L M. The Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family, and Society. Chapter 1. Retrieved from: https://www.ons.org/sites/default/files/publication_pdfs/Sample%20Chapter%200554%20PsyNsgCare2nd.pdf (accessed Sep 2018)
 13. Baghaei R, Sharifi M, Mohammadpour Y, Sheykhi N. Evaluation Of The Effects Of Educational Package On Controlling the Complications Of Chemotherapeutic Agents On Symptom Scales Of Quality Of Life In Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy. *J Urmia Nurs Midwifery*. 2013; 11(9): 667- 79. [Persian]
 14. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24: 105-12.

15. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
16. Spelten E, Thomas B, O'Meara P, van Vuuren J, McGillion A. Violence against Emergency Department nurses; Can we identify the perpetrators?. PLoS One. 2020;15(4):e0230793.
17. Park M, Cho S-H, Hong H-J. Prevalence and Perpetrators of Workplace Violence by Nursing Unit and the Relationship Between Violence and the Perceived Work Environment. J Nurs Scholarsh. 2015; 47: 1, 87-95.
18. Farrell GA, Shafiei T. Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). Int J Nurs Stud. 2012; 49:1423-31.
19. Moghadam MF, Pazargadi M, Khoshknab MF. Iranian nurses' experiences of aggression in psychiatric wards: A qualitative study. Issues Ment Health Nurs. 2013; 34(10): 765-71. [Persian]
20. Pinar R, Ucmak F. Verbal and physical violence in emergency departments: A survey of nurses in Istanbul, Turkey. J Clin Nurs. 2011; 20(3-4): 510-7.
21. Najafi F, Fallahi-Khoshknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Antecedents and consequences of workplace violence against nurses: A qualitative study. J Clin Nurs. 2018; 27: e116-e128.
22. Hahn S, McEuler M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: A cross-sectional survey. J Clin Nurs. 2010; 19: 3535-46.
23. Tan MF, Lopez V, Cleary M. Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study. Nursing & Health Sciences. 2015; 17: 307-12.
24. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: A national questionnaire survey. J Clin Nurs. 2015; 24: 1210-22.
25. AbuAlRub RF, Al-Asmar AH. Physical violence in the workplace among Jordanian hospital nurses. J Transcult Nurs. 2011; 22: 157-65.
26. Shafran-Tikva S, Chinitz D, Stern Z, Feder-Bubis P. Violence against physicians and nurses in a hospital: how does it happen? A mixed-methods study. Isr J Health Policy Res. 2017;6(1):59.
27. Banerjee SC, Manna R, Coyle N, Shen MJ, Pehrson C, Zaider T, Hammonds S, Krueger CA, Parker PA, Bylund CL. Oncology nurses' communication challenges with patients and families: A qualitative study. Nurse Educ Pract 2016; 16(1):193-201.
28. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: A literature review. Australas Emerg Nurs J. 2004; 7: 27-37.
29. Miller AD, Mishra SR, Kendall L, Haldar S, Pollack AH, Pratt W. Partners in Care: Design Considerations for Caregivers and Patients During a Hospital Stay. CSCW Conf Comput Support Coop Work; 2016: 756-69.
30. Mangolian Shahrabaki P, Nouhi E, Kazemi M, Ahmad F. Family support as a reliable resource for coping in patients with heart failure. Acta Medica Mediterranea. 2016; 32: 873.
31. Henson L A, Gomes B, Koffman J, Daveson B A, Higginson I J, Gao W. Factors associated with aggressive end of life cancer care. Support Care Cancer. 2016; 24: 1079-89.
32. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. Int J Environ Res Public Health. 2017; 14(10): 1245.
33. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abousaif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. East Mediterr Health J 2012; 18(3): 198-204.
34. Khan MN, Haq ZU, Khan M, Wali S, Baddia F, Rasul S, Khan S, Polkowski M, Ramirez-Mendoza JY. Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. BMC Public Health. 2021 Feb 10;21(1):330.
35. Khan MN, Haq ZU, Khan M, Wali S, Baddia F, Rasul S, Khan S, Polkowski M, Ramirez-Mendoza JY. Prevalence and determinants of violence against health care in the metropolitan city of Peshawar: a cross sectional study. BMC Public Health. 2021 Feb 10;21(1):330.