



Clinical Psychology: Research and Practice

Innovations

Online ISSN: [3115-9508](https://doi.org/10.3115/9508)

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

Occupational Violence and its Consequences in Nurses in Psychiatric Wards: A Phenomenological Study

Mojtaba Haghani zemeydani, , Firoozeh Ashouri² , Saba Ahmadi   & Sama Arefinasab⁴ 

1. Assistant Professor, Department of Educational Sciences and Counseling, University of Guilan, Rasht, Iran
E-mail: mojtaba.haghani2014@gmail.com.

2. Master's in Career Counseling, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
E-mail: Firozhashori@yahoo.com.

3. Associate Professor of counselling, Kharazmi University, Tehran, Iran
E-mail: saba.ahmadi@khu.ac.ir

4. Master's in Career Counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran.
E-mail: samaarefinasab@khu.ac.ir.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 14 Mars 2025
Received in revised form: 13 November 2025
Accepted: 21 November 2025
Published Online: 23 September 2025

Keywords:
Occupational Violence,
Nurse,
Psychiatry Department,
Phenomenological Study.

ABSTRACT

Background: Background and Aim: Nurses' perceptions and experiences of occupational violence shape their attitudes and emotions toward themselves, patients, and caregiving practices. This study aimed to investigate the occupational perceptions of nurses regarding patient violence in the psychiatric wards of Razi Psychiatric Complex in Tehran.

Methods: This qualitative study employed an interpretive phenomenological approach. The statistical population included nurses from all wards of Razi Psychiatric Complex. Participants were selected through purposive sampling based on inclusion criteria, and sampling continued until data saturation (13 participants). Data were collected via semi-structured, in-depth interviews, audio-recorded, and transcribed verbatim. Data analysis followed Van Manen's (8) method, involving organizing and coding similar data into thematic categories.

Results: Analysis yielded approximately 1,000 meaning units. Six main themes and 15 subthemes were extracted. The primary themes included: antecedents of vulnerability to violence, conceptualization of violence, attitudes toward violence, individual consequences, occupational consequences, and meaning-making in work.

Conclusion: Workplace violence adversely affects the physical and mental health of nurses in psychiatric wards. Consequently, in-service training on anger management and spiritual coping strategies is recommended for professionals in such high-risk occupational environments.

Citation: Haghani zemeydani, M., Ashouri, F., Ahmadi, S., & Arefinasab, S. (2026). Occupational Violence and its Consequences in Nurses in Psychiatric Wards: A Phenomenological Study. *Journal of Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*, 18(3), 1-19.

DOI: [10.22075/jcp.2025.37068.3140](https://doi.org/10.22075/jcp.2025.37068.3140)

The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Department of Counselling, Kharazmi University, Tehran, Iran.

E-mail: saba.ahmadi@khu.ac.ir

Tel:

09368218062

Extended Abstract

Introduction:

Workplace violence is defined as any incident in which employees are subjected to verbal or physical abuse, assault, rape, harassment, bullying, threats, and mistreatment in their work situations. This type of violence occurs in various healthcare settings, including psychiatric hospitals, and against employees in these settings, including nurses. The physical and psychological consequences of violence against nurses include reduced quality of work life, reduced productivity and job satisfaction, increased stress, anxiety, burnout, accidents, injuries, desire to quit, and even death. Since nurses interact with patients and must manage violence; their perceptions and attitudes determine the type of intervention; management they undertake to control these situations. Most studies have examined workplace violence against psychiatric nurses using quantitative methods and descriptive or correlational approaches. However, this phenomenon is complex and multifactorial, indicating that workplace violence must be effectively addressed with multiple research approaches. A review of the literature revealed that another weakness of the research conducted on occupational violence among nurses was that there was limited information on the psychosocial consequences of patient violence experienced by psychiatric nurses. Therefore, the present study seeks to answer the question of what elements and components do nurses' experiences of occupational violence in psychiatric wards include?

Method

The present study is a qualitative research conducted using the "Van Manen" interpretive phenomenological method. The study population included all nurses (including men and women) in the psychiatric wards of Razi Psychiatric

Complex in Tehran in the first quarter and July and August of the summer of 2022, who were selected to participate in the study using a purposive sampling method. Data saturation lasted up to 11 people, and finally, data collection was completed with 13 interviews.

The data collection tool was a semi-structured interview. One interview session was conducted with each person, and the duration of the interviews ranged from 45 to 90 minutes. The interview began with a broad and general question: "What is your experience of patient violence in your work environment?" The inclusion criteria were: having at least an associate's degree in nursing; age range 20-50 years; employment history of at least 3 months; Having the ability to express opinions and feelings and convey them appropriately; not suffering from any obvious physical or mental problems or illnesses; and willingness to participate in the research; and the exclusion criteria were: incomprehensibility of the recorded content, or withdrawal from further cooperation at any point in the research process.

Results

From the findings of the study, six main concepts were derived: "predispositions to violence, definition of violence, nurse's attitude towards violence, personal consequences, career consequences, and finding meaning in work." All of these themes are interconnecte. The resulting information showed that factors such as employment motivation and the type of prognoses and experiences that arise from socio-cultural contexts provide the basis for creating perceptions and perceptions during the initial encounter and continuation of activities and encounters with violence by patients in psychiatric wards. This main concept was coded as "predispositions to violence". Also, the second main concept extracted was "definition of violence". In such a way that their health, well-being, and safety are

threatened and includes physical, psychological, cultural, and sexual violence; Another theme is related to individual consequences. In this study, nurses' job satisfaction was rooted in a value-belief system, and most participants experienced spiritual job satisfaction as a pleasant feeling and emotion combined with pleasure, by addressing the needs and wants of a patient in need. In this type of satisfaction, the nurse seeks relief from her work fatigue in the peace, security, and satisfaction of the patient. Another main theme extracted was "job consequences" resulting from the experience of patient violence. Among the findings of this study, which at first glance seem unexpected and even somewhat contradictory to other findings, is the high satisfaction of nurses with working in the psychiatric ward and

working with mental patients. Although all participants have experienced negative emotional-psychological, physical, behavioral and etc. consequences, have become angry and internalized, know the problems of work and are involved, they are still satisfied with their work. Learning the skill of differentiating work-family boundaries after a period of employment is one of the things that prevents a person from experiencing work-family conflict and from experiencing work-family interference and vice versa. Also, the meaning-finding theme in the study was that a large number of nurses had a positive view of the patient in describing their experiences in violent situations, which was expressed in the form of moral feelings and attitudes and altruism towards the mental patient.

Table 1. Main and sub-themes from interviews with participants

Sub-theme	Main theme
Motivation for nursing, preconceived notions, poor pre-professional training	Antecedents of being affected by violence
Verbal violence, non-verbal violence	Concept of violence
The nature of mental illness, the nature of the nursing job	Attitude towards violence
Psychological/emotional reaction, behavioral reaction, physical reaction, and feelings of inadequacy	Personal consequences
Insufficient support from the nurse, job satisfaction	Career consequences
Social interest and humanitarian tendencies, spirituality, and religion	Finding meaning in work

Conclusion:

In conclusion, it can be said that the participants of this study experienced contradictory feelings and emotions in relation to patient violence. For example, on the one hand, they emphasized the psychological, physical and occupational harms caused by this phenomenon, and on the other hand, by adopting a positive outlook and attitude towards patients and tying spirituality and value systems to the service they provide, they find a mission and meaning for themselves in their career path. The coexistence of contradictory emotions reported by nurses should not be considered a contradiction, but rather a

complex psychological process for stress management. This phenomenon is well understood in the theoretical framework of "quality of professional life" that proposes the dichotomy of "compassion satisfaction" and "compassion fatigue". They simultaneously participate in an active process of "meaning-making" to cope with this burnout. They reinterpret traumatic experiences by tying their work to a spiritual, humanitarian, and value system. This strategy allows them to focus on the positive, mission-oriented aspects of their work. Thus, high job satisfaction is not the product of the absence of suffering, but rather the result of a high-level

adaptive strategy for resolving internal conflicts and finding purpose in one work environments.

Keywords: Occupational Violence, Nurse, Psychiatry Department, Phenomenological Study.

Ethical Considerations

Code of Ethics: This study was conducted with permission from the Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University.

Financial Support: This study was not financially supported. **Authors' Roles:** F. Ashouri: Conceptualization and Methodology, M. Haghani zemydani, Validation, Data Collection, Qualitative Interview Analysis, and Data Management, S. Arefi nasab: Writing, Editing, and Proofreading, P. Ahmadi: Project Management and Project Supervision.

Conflict of Interest: The authors of this study had no conflict of interest.

Acknowledgements: All nurses participating in this study are gratefully acknowledged.



روانشناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل

شاپا الکترونیکی: 3115-9508

Homepage: <https://cprpi.semnan.ac.ir>

خشونت شغلی و پیامدهای آن در پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی: یک مطالعه پدیدارشناسی

مجتبی حقانی زمیدانی^۱، فیروزه عاشوری^۲، صبا احمدی^۳ و سما عارفی نسب^۴

۱. استادیار، گروه علوم تربیتی و مشاوره، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

ایمیل: mojtaba.haghani2014@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

ایمیل: firozehashori@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

ایمیل: saba.ahmadi@khu.ac.ir

۴. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

ایمیل: samaarefinasab@khu.ac.ir

مشخصات مقاله

چکیده

نوع مقاله:

پژوهشی

زمینه: از آن‌جاکه مفهوم خشونت دارای بار فرهنگی است؛ درک پرستاران از آن بسته به جغرافیای محل زندگی متفاوت است و تأثیر منحصر به فرد بافت ایرانی در بررسی این پدیده، کمتر مورد توجه بوده است. بنابراین، هدف از این مطالعه بررسی ادراک شغلی پرستاران از خشونت بیماران بخش روان‌پزشکی در مجتمع روان‌پزشکی رازی تهران بود.

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۲۴

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۸/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

روش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با روش پدیدارشناسی تفسیری «ون مانن» انجام شد. در این پژوهش، پرستاران تمام بخش‌های مجتمع روان‌پزشکی رازی، به‌عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. شرکت کنندگان بر اساس معیارهای پذیرش با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و نمونه‌گیری تا حد اشباع اطلاعات، ادامه یافت (۱۳ نفر). گردآوری داده‌ها، از طریق مصاحبه نیمه ساخت یافته و عمیق بر روی نوار ضبط و تمامی محتوا (کلمه به کلمه) بر روی کاغذ آورده شد. به این صورت که داده‌های مشابه در طبقات یکسان مرتب‌سازی و کدبندی شدند.

کلیدواژه‌ها:

بخش روان‌پزشکی،

پدیدارشناسی،

پرستار،

خشونت شغلی

یافته‌ها: با تحلیل داده‌های مربوطه، حدوداً ۱۰۰۰ عبارت و جمله به‌عنوان واحد معنی به دست آمد. در نهایت، ۶ مضمون اصلی و ۱۵ مضمون فرعی استخراج گردید. مضامین و درون‌مایه‌های اصلی عبارت بودند از: «پیشایندهای تأثیرپذیری از خشونت، مفهوم خشونت، نگرش به خشونت، پیامدهای فردی، پیامدهای شغلی و معنایی در کار».

نتیجه‌گیری: خشونت محل کار سلامت جسمی و روانی پرستاران شاغل در بخش‌های روان‌پزشکی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در نتیجه توصیه می‌گردد آموزش‌های ضمن خدمت در مورد مدیریت خشم و مقابله معنوی برای شاغلین این گونه محیط‌های شغلی لحاظ گردد.

استناد: حقانی زمیدانی، مجتبی، عاشوری، فیروزه، احمدی، صبا. و عارفی نسب، سما. (۱۴۰۵). خشونت شغلی و پیامدهای آن در پرستاران بخش‌های

روان‌پزشکی: یک مطالعه پدیدارشناسی. *مجله روان‌شناسی بالینی: نوآوری‌ها در پژوهش و عمل*، ۱۸ (۴)، ۱-۱۹.

DOI: 10.22075/jcp.2025.37068.3140

The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ نویسنده مسئول: صبا احمدی، دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

رایانامه: saba.ahmadi@khu.ac.ir تلفن: ۰۹۳۶۸۲۱۸۰۶۲

مقدمه:

رفتار پرخاشگرانه مشکلی جهانی در مراقبت‌های بهداشتی است (۱). این امر به مسئله مهمی در سیاست‌گذاری‌های نظام بهداشتی و درمانی در سال‌های اخیر تبدیل شده است (۲). خشونت محل کار، به‌عنوان هر حادثه‌ای که کارکنان در موقعیت‌های شغلی مورد سوءاستفاده کلامی، فیزیکی، ضرب‌وجرح، تجاوز، آزار و اذیت، زورگویی، تهدید و بدرفتاری قرار گیرند، تعریف می‌شود (۳ و ۴). این نوع خشونت در بافت‌های مختلفی بهداشتی - درمانی از جمله بیمارستان‌های روان‌پزشکی و علیه شاغلین در این محیط از جمله پرستاران رخ می‌دهد (۵ و ۶).

خشونت علیه پرستاران توسط بیماران یک مشکل جدی و مکرر در کلینیک‌های روان‌پزشکی است. مشخص است که پرستاران شاغل در مراکز بهداشت روان ۲۰ برابر بیشتر از پرستاران شاغل در مراکز بهداشت عمومی در معرض خشونت فیزیکی قرار دارند (۶). شیوع خشونت محل کار در کلینیک‌های روان‌پزشکی نگران‌کننده است، به طوری که مطالعات نشان می‌دهد درصد قابل توجهی از پرستاران روان‌پزشکی انواع مختلف خشونت، از جمله سوء استفاده کلامی، جسمی و جنسی را تجربه می‌کنند (۷). به طوری که بین ۷۵ تا ۱۰۰٪ کارکنان پرستاری در بخش‌های روان‌پزشکی حاد، توسط بیماران در برخی مراحل کار خود مورد حمله قرار گرفته‌اند (۸). خشونت محل کار، تأثیرات منفی مستقیمی بر ایمنی، سلامت و بهره‌وری دارد (۹). عوارض جسمی و روانی خشونت بر پرستاران شامل مواردی همچون کاهش کیفیت زندگی کاری، کاهش بهره‌وری و رضایت شغلی، افزایش استرس، اضطراب، فرسودگی شغلی، تصادفات، جراحات، تمایل به ترک شغل و حتی مرگ است (۱۰ و ۱۱). منابع مختلفی از جمله بستگان بیماران، دیگر پرستاران، سرپرستاران، زبردستان و گروه‌های حرفه‌ای دیگر در ایجاد خشونت محل کار علیه پرستاران نقش دارند (۴). در این میان، بیماران یکی از گروه‌های مهم اعمال-کننده خشونت محل کار نسبت به کارکنان درمانی و به‌ویژه پرستاران هستند (۱۲). یافته‌ها نشان می‌دهد که تقریباً ۱ نفر از هر ۵ بیمار بستری در بخش‌های روان‌پزشکی حاد ممکن است، مرتکب خشونت شوند (۱۳). بیماران بستری در بخش‌های روان‌پزشکی مختلف با سایر بیماران مستقر در بخش‌های دیگر، متفاوت‌اند. بسیاری از آنان، باور و

اعتقادی به بیمار بودن خود و نیازمند بستری و مصرف دارو بودن و ضرورت اقدام تشخیصی و درمانی ندارند (۱۴). بیشتر این بیماران دارای سابقه خشونت، مسائل قضایی و حقوقی، مصرف داروهای روان‌گردان و علائم روانی نظیر توهم و هذیان هستند که از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده خشونت در این بیماران محسوب می‌شود (۱۵).

از آن‌جاکه پرستار در تعامل با بیمار است و مدیریت موارد خشونت باید از جانب پرستار صورت گیرد؛ نوع ادراک و نگرش او تعیین‌کننده نوع مداخله و مدیریتی است که توسط او جهت کنترل این موقعیت‌ها انجام می‌گیرد (۱۲، ۱۶، ۱۷). برای مثال، ممکن است موجب شود تا پرستار به‌منظور اجتناب از رفتارهای تهدیدکننده، نقش حمایتی خود را ندیده گرفته و وقت کمتری را با بیمار سپری نماید و از وی دوری کند (۱۸). همچنین، ممکن است مانع ارتباط مؤثر درمانی شده و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را تحت‌الشعاع قرار دهد. آن‌چه مسلم است تجربه زیسته و ادراک پرستار، عامل تعیین‌کننده اصلی در خصوص این‌گونه موارد است که در تعیین راهبردهای مدیریت خشم از سوی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۱۹). در همین راستا، خیط و همکاران در پژوهشی به بررسی تجربیات پرستاران بخش روان-پزشکی و پیامدهای عاطفی و روانی پس از مورد حمله روانی یا جسمی قرار گرفتن در بخش‌های روان‌پزشکی از طریق روش پدیدارشناختی پرداختند. نتایج پژوهش بیانگر سه مضمون و ده زیرمضمون مانند محیطی مساعد برای خشونت فیزیکی و روانی در محل کار، پیامدهای روانی-عاطفی پس از حمله و راهبردهای پیشگیرانه برای مبارزه با خشونت بود (۲۰). آل عمری و همکاران در پژوهشی پیامدهای روان‌شناختی خشونت شغلی را در میان پرستاران بررسی کردند. نتایج پژوهش بیانگر آن بود که هشتاد درصد پرستاران خشونت شغلی را تجربه کردند و بسیاری از این پرستاران تمایلی به بحث در مورد رویدادهای آسیب‌زای خشونت شغلی پرستاری نداشتند (۲۱). آیهان و همکاران در پژوهشی نشان دادند که پرستاران خشونت فیزیکی، عاطفی و کلامی را تجربه کرده‌اند و تجزیه و تحلیل موضوعی داده‌های مصاحبه، پنج درون‌مایه مانند عادی سازی ادراک شده خشونت بود که برای بسیاری از پرستاران

¹. Ayhan

این خشونت طبیعی بود، زیرا بیماران بخش روان‌پزشکی از نظر روانی بیمار هستند؛ عوامل مؤثر در خشونت بیمار، تأثیر خشونت بیمار، راه‌های مقابله با خشونت، راهکارهایی برای پیشگیری از خشونت بیمار و ۱۴ زیر درون‌مایه را شناسایی کردند (۲۲). همچنین، در پژوهش دیگر نشان داده شد که بررسی تجربه زیسته پرستاران بخش روان‌پزشکی، گویای این مطلب است که بسیاری از آنان، خشونت بیمار را بخشی از کار پرستاری قلمداد می‌کنند (۲۳). لیم و همکاران در پژوهشی خشونت به عنوان یک هنجار در محیط روان-پزشکی، تأثیر ادراک‌شده خشونت در محل کار و «صحبت کردن، گزارش دادن و پذیرفتن» به عنوان مکانیسم‌های مقابله را گزارش کردند. همچنین، به این نتیجه دست یافتند که خشونت در محل کار در سطح جهانی در صنعت پرستاری به ویژه در محیط روان‌پزشکی عادی شده است و خشونت در محل کار، تأثیرات منفی بلندمدت و کوتاه‌مدت فراوانی بر پرستاران دارد. با وجود این، خشونت در محل کار اغلب به دلایل متعدد گزارش نمی‌شود، اما باید با تجهیز پیشگیرانه پرستاران به آموزش‌های لازم از جمله شناسایی خطرات احتمالی خشونت در محل کار، روش‌های مؤثر کاهش تنش و روش‌های مناسب کنترل و مهار به طور فعال تلاش کند تا خطر خشونت در محل کار را کاهش دهد (۲۴). کانیزارو و همکاران در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که خشونت در محل کار به طور بالقوه منجر به کاهش کیفیت مراقبت و افزایش هزینه‌ها می‌شود؛ همچنین، نتیجه پژوهش نشان‌دهنده آن بود که پرستاران را در معرض فرسودگی شغلی، ترک خدمت و قصد ترک حرفه قرار می‌دهد (۲۵). علاوه بر این مطالعات، مطالعه‌ای نشان داد که خشونت در محل کار می‌تواند ارتباط مؤثر بین پرستاران و بیماران را مختل کند و در نتیجه هم ایمنی بیمار و هم سلامت روان کارکنان پرستاری را تهدید کند (۲۶). مطالعه نجفی و همکاران در بررسی درک پرستاران از خشونت محل کار نشان داد که طبق تجربه پرستاران، کرامت انسانی و اعتبار حرفه‌ای آنان در معرض تهدید قرار می‌گیرد (۲۷).

از طرفی، اکثر مطالعات، خشونت محل کار علیه پرستاران روان‌پزشکی را با اتخاذ روش‌های کمی و با استفاده از رویکردهای توصیفی یا همبستگی بررسی

کرده‌اند (۲۸). با این حال، این پدیده پیچیده و چند عاملی است و نشان می‌دهد که خشونت محل کار باید با رویکردهای تحقیقاتی متعدد به طور مؤثر مورد بررسی قرار گیرد (۲۹). با بررسی ادبیات پژوهش مشخص شد که یکی دیگر از نقاط ضعف پژوهش‌های انجام شده در زمینه خشونت شغلی پرستاران این بود که اطلاعات محدودی در مورد پیامدهای عاطفی و روانی-اجتماعی خشونت بیمار که توسط پرستاران روان‌پزشکی تجربه می‌شود، وجود دارد. در نتیجه، درک دیدگاه‌های پرستاران ممکن است نیازهای زیستی-روانی-اجتماعی آن‌ها را برجسته کرده و از طراحی مداخلاتی که آن‌ها را از پیامدهای منفی بالقوه پریشانی روانی انباشته شده محافظت می‌کند، پشتیبانی کند. همچنین، از آن‌جا که مفهوم خشونت دارای بار فرهنگی است؛ درک پرستاران از آن بسته به جغرافیای محل زندگی متفاوت است؛ زیرا درک و واژگان خاص خشونت محل کار از موقعیتی به موقعیت دیگر متفاوت است (۳۰). در واقع، عوامل فرهنگی و زمینه‌ای نیز در شیوع و ماهیت خشونت علیه پرستاران روان‌پزشکی نقش دارند. تنوع در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی و نگرش‌های اجتماعی نسبت به سلامت روان می‌تواند بر نحوه درک و مدیریت خشونت تأثیر بگذارد (۳۱). به عنوان مثال، مطالعات نشان می‌دهد که پرستاران در کشورهای مختلف ممکن است به دلیل هنجارهای فرهنگی پیرامون مراقبت‌های بهداشت روان، خشونت را به طور متفاوتی تجربه کنند. علاوه بر این، فقدان یک تعریف جهانی پذیرفته شده از خشونت بیمار، تدوین سیاست‌های مؤثر و استراتژی‌های محافظتی را پیچیده می‌کند (۳۲).

مطالعات انجام‌شده در ایران نیز عمدتاً با رویکرد کمی و آن‌هم در زمینه شیوع شناسی خشونت در محل کار پرستاران بوده و تمامی آن‌ها بر تعریف جهانی خشونت محل کار به طور پیش‌فرض تمرکز داشتند؛ بنابراین، تأثیر منحصر به فرد بافت ایرانی در بررسی این پدیده، کمتر مورد توجه بوده است. از این‌رو درک دیدگاه‌ها و تجربیات پرستاران روان‌پزشکی با رویکرد کیفی منجر به درک مضاعف این پدیده شده و موجبات توسعه مداخلات پیشگیرانه و حمایت از پرستاران شاغل در محیط‌های مراقبتی را فراهم می‌نماید. لذا، پژوهش حاضر به دنبال

پاسخگویی به این سؤال است که تجارب پرستاران از خسونت‌های شغلی در بخش‌های روان‌پزشکی شامل چه عناصر و مولفه‌هایی است؟

روش کار

مطالعه حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است که با روش پدیدارشناسی تفسیری «ون مانن» انجام شده است. جامعه مورد مطالعه، شامل تمامی پرستاران (شامل مردان و زنان) بخش‌های روان‌پزشکی مجتمع روان‌پزشکی رازی تهران در سه‌ماهه اول و دو ماه تیر و مرداد تابستان ۱۴۰۲ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. اشباع اطلاعات تا ۱۱ نفر به طول انجامید و برای اطمینان دو مصاحبه اضافه انجام و درنهایت با ۱۳ مصاحبه، جمع‌آوری داده‌ها به اتمام رسید.

ابزار گردآوری داده‌ها، مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. با هر فرد یک جلسه مصاحبه انجام شد و مدت‌زمان مصاحبه‌ها از ۴۵-۹۰ دقیقه بود. مصاحبه با یک سؤال وسیع و کلی که «تجربه شما از خسونت بیماران در محیط کاریتان چیست؟» شروع و در مواردی که شرکت‌کننده در توصیف تجربه خود دچار مشکل می‌شد، محقق سؤالات پیگیری (برای مثال «منظور شما از آن چیست؟ بیشتر توضیح دهید؟») را به منظور شفاف‌سازی مطرح نمود و تا زمانی که شرکت‌کننده، تجربه خود را کاملاً توصیف می‌نمود، مصاحبه پایان‌یافته تلقی می‌شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: دارا بودن مدرک تحصیلی حداقل کاردانی در رشته پرستاری؛ دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال؛ سابقه اشتغال حداقل ۳ ماه؛ داشتن توانایی در بیان نظرات و احساسات و انتقال مناسب آن‌ها؛ عدم ابتلا به هرگونه مشکل یا بیماری جسمی و روانی مشهود و تمایل به شرکت در پژوهش؛ و معیارهای خروج عبارت بودند از: نامفهوم بودن محتوای ضبط‌شده، یا انصراف از ادامه همکاری در هر نقطه از فرایند پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش ازجمله رضایت آگاهانه، آزادی انصراف از تحقیق، حفظ خلوتی و راحتی مکان مصاحبه، محرمانه بودن مشخصات و پاک شدن فایل مصاحبه‌ها نیز رعایت شد. همچنین، بعد از دریافت مجوز از دانشگاه خوارزمی نمونه‌های پژوهش انتخاب شده و مصاحبه انجام شد.

در اول هر مصاحبه محقق به معرفی خود پرداخته و موضوع تحقیق را بیان کرد. با هر فرد یک جلسه مصاحبه انجام و با استفاده از دستگاه ضبط‌صوت، تمامی محتوای گفتاری، ثبت و ضبط گردید. پس‌ازآن محتوای ضبط‌شده، به‌دقت روی کاغذ به‌صورت کلمه به کلمه پیاده‌سازی شد تا برای کدگذاری و تحلیل آماده شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش ۶ مرحله‌ای رویکرد پدیدارشناسی تفسیری ون مانن انجام شد که شامل بررسی و روی‌آوری به ماهیت تجربه، بررسی عمیق تجربه ۳- تأمل بر درون‌مایه‌های ذاتی پدیده، نگارش و بازنویسی تفسیری، حفظ رابطه مستحکم و جهت‌دار با پدیده و، مطابقت بافت مطالعه با در نظر گرفتن اجزا و کل آن بود (۳۳).

برای افزایش دقت و صحت مطالعه و اعتبار پژوهش در بخش مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا (۳۳) استفاده شد. جهت ارزیابی روایی (اعتبار)، رابطه‌ای اعتمادآمیزی با مشارکت‌کنندگان برقرار شد. برای اعتبار و تاییدپذیری، درگیری طولانی‌مدت محققان با داده‌ها صورت گرفت. همچنین بررسی هم‌تا و بررسی کارشناسان اعمال شد. برای تایید داده‌ها، پس از تجزیه و تحلیل، متن مصاحبه به شرکت‌کنندگان بازگردانده شد و نظرات آن‌ها در فرایند کار لحاظ گردید. برای جنبه قابلیت اطمینان، کدگذاری توسط چند کدگذار (دو دانشجوی دکتری و یک کارشناسی ارشد رشته مشاوره) مورد بررسی قرار گرفت. برای انتقال‌پذیریاز بررسی کارشناسی، نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری ناهمگن استفاده شد. همچنین کدگذاری‌ها توسط دو نفر از دانشجویان دکترای رشته مشاوره موردبررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان این پژوهش بین ۲۵ تا ۴۸ قرار داشت و میانگین سنی آنان ۳۴/۶۱ سال بود. از بین آزمودنی‌ها ۱۱ نفر متأهل و ۲ نفر مجرد بودند. سابقه کاری آنان بین ۳ ماه الی ۲۶ سال متغیر بود. توزیع مشارکت‌کنندگان به لحاظ رشته‌های تحصیلی شامل لیسانس پرستاری (۷ نفر) و مابقی در رشته‌هایی همچون بهداشت، بهداشت خانواده، اقتصاد و سلامت و آسیب‌شناسی بود. در طی انجام پژوهش، با تحلیل داده‌های مربوطه از متن مصاحبه‌های پیاده شده، حدوداً ۱۰۰۰ عبارت و جمله

به‌عنوان واحد معنی به دست آمد. در نهایت، با دسته‌بندی و جمع‌بندی کدهای تکراری، ۶ مضمون اصلی و ۱۵ جدول شماره ۱. مضامین اصلی و فرعی حاصل از مصاحبه با مشارکت‌کنندگان

مضمون اصلی	مضمون فرعی
پیشایندهای تأثیرپذیری از خشونت	انگیزه اشتغال به پرستاری، تصورات قبلی، ضعف آموزش‌های پیش‌حرفه‌ای
مفهوم خشونت	خشونت کلامی، خشونت غیرکلامی
نگرش به خشونت	ماهیت بیماری روانی، ماهیت شغل پرستاری
پیامدهای فردی	واکنش روانی/عاطفی، واکنش رفتاری، واکنش جسمی و احساس بی‌کفایتی
پیامدهای شغلی	حمایت ناکافی از پرستار، رضایت شغلی
معنایابی در کار	علاقه اجتماعی و گرایش‌های انسان دوستانه، معنویت و مذهب

دنبال به شغل بودم... اگر مزیتی نداشت من اصلاً اینجاها نمی‌موندم، منظورم حقوقشه...". با این حال مشاهده شد که افراد دیگری هم هستند که نظر متفاوتی دارند. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۱۳ گفت: "دوست داشتم با مریضای روان کار کنم".

تصورات قبلی: برخی از پرستاران هیچ‌گونه تصویری در مورد شغل پرستاری در بخش روان‌پزشکی قبل از اشتغال در این بخش نداشتند. عدم شناخت و نداشتن پیش‌زمینه قبلی این شرکت‌کنندگان در اظهارنظر شرکت‌کننده شماره ۱ بیان شده است: "نه، تصویری درموردش نداشتیم، بعد که اومدم دیدم نه، خوبه...". شرکت‌کننده شماره ۱۱ نیز گفت: "هیچ تصویری نداشتیم، فقط به خاطر شرایط کاری وارد اینجا شدم... تصویری نداشتیم نمیدونستم با بیمار روان باید چگونه صحبت کرد...". برخی دیگر از پرستاران طرحواره‌هایی قبل از اشتغال نسبت به بخش روان‌پزشکی شناخت نسبی داشتند که این شناخت نسبی بیمار روان و محیط بخش از سوی شرکت‌کننده شماره ۱ به این صورت بیان شده است: "امین آباد معروف بود تا به چیزی میشد میگفتن میبهرمتون امین آباد...". شرکت‌کننده شماره ۶ در این مورد می‌گوید: "بالاخره بخش روان همه اتفاقات میتونه بیفته آره اینارو از قبل میدونستیم و در نظر می‌گرفتیم...".

ضعف آموزش‌های پیش حرفه‌ای: اکثریت شرکت‌کنندگان بیان نمودند در زمان وقوع خشونت برای برقراری ارتباط با بیمار، حمایت روحی از وی و پاسخ به سؤالات و برخورد با رفتارهای بیمار آماده نشده و آموزش صحیح در این زمینه را مؤثر می‌دانستند. پرستاران در موقعیت‌های خشونت‌آمیز بخش احساس می‌نمودند که توانایی کافی جهت مدیریت شرایط را نداشته و اظهارات آنان مبین ناتوانی بیمار و آنان

لازم به توضیح است که تمام این مضامین با یکدیگر در ارتباط بوده و الگویی از تجربیات پرستاران بخش‌های روان‌پزشکی از تجربه خشونت در محیط شغلی‌شان را نمایان می‌سازد و به خواننده در فهم واقعیت زندگی کاری آنان در یک چارچوب مفهومی کمک می‌کنند.

الف) پیشایندهای تأثیرپذیری پرستار از

خشونت: نوع پیش‌آگهی‌ها و تجربه‌هایی که ناشی از زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی (خانواده، مدرسه و دانشگاه، همکلاسی‌ها، اساتید، بازنمایی‌های تصویری رسانه‌ای و ...) است، زمینه ایجاد برداشت‌ها و ادراک‌هایی در هنگام مواجهه اولیه و استمرار فعالیت‌ها در بخش‌های روان‌پزشکی را فراهم می‌نماید؛ از این‌رو از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا دلایل و انگیزه‌های ورود به شغل و تصور و طرح‌واره‌هایی را که از پرستاری در بخش روان‌پزشکی قبل از ورود به این حرفه داشتند، برای مصاحبه‌گر بازگو کنند.

انگیزه اشتغال به پرستاری: پرستاران دلایلی همچون علاقه داشتن به کار در بخش‌های روان‌پزشکی، علاقه به یادگیری بیشتر، امرارمعاش و نیاز به استخدام، سپری کردن طرح و کارآموزی در بخش روان‌پزشکی در دوره دانشجویی در همین بیمارستان، مزیت حقوق و شیفت کاری و ... را ذکر کردند. این موارد نشان‌دهنده طیفی از دلایل اجباری تا انتخاب آزادانه شغل را در برمی‌گیرد که در درک مسائل کاری (ازجمله خشونت) و پاسخ به آن تفاوت‌هایی را ایجاد می‌کند. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۲ در این مورد می‌گوید: "من مادرم بازنشسته اینجا بود. دیگه اینجا استخدامی داشت شرکت کردیم پذیرش شدیم...". شرکت‌کننده شماره ۶ نیز عنوان کرد: "به خاطر استخدام دیگه،

یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار در نحوه واکنش به خشونت، پیامدهای فردی، بین فردی، شغلی و... پرستار باشد. ماهیت بیماری: این مسئله بیانگر این مطلب است که از نظر پرستاران ماهیت بیماری است که باعث بروز پرخاشگری می‌گردد و درواقع این مسئله نوعی برداشتن مسوولیت از دوش بیمار و نسبت دادن خشونت به ابتلا فرد به بیماری روان‌پزشکی در نظر گرفته می‌شود. توهم ناشی از روان‌پریشی، مصرف‌کنندگان مواد محرک، عادت نداشتن به محیط و نپسندیدن محیط از سوی بیمار از مضامین این کد استخراجی شده است. در این زمینه شرکت‌کننده شماره ۱۰ عنوان می‌کند: "اکثراً بیمارانی که به خاطر مصرف دارو، شیشه، مواد اینجا میان اونایی که تازه میان اینجا چون مصرف نمیکنن پرخاشگری رو دارن... یدونی که دست خودش نیست کارایی که میکنه عمدی نیست هیچ کدومشون باب میلشون نیست هیچ اراده ای از خودشون ندارن. اون که به من سیلی زد دست خودش که نبوده...". شرکت‌کننده شماره ۱۳ نیز تجربه خود را اینگونه بیان می‌کند: "آدم عصبی میشه، ولی بعدش میگه مریضه دیگه... اره دیگه اتفاق میفته، فقط خودمون باید یه ذره احتیاط کنیم... ببین همون مریض بعدش اومد گفت با من آشتی کردی، میفهمه که اشتباه کرده، به من میگه با من دوستی...".

ماهیت شغل پرستاری: از دید پرستاران، شغل پرستاری در بخش روان‌پزشکی اقتضا می‌کند که حوادثی رخ دهد. عدم انتظار رفتار صحیح و عادی شدن خشونت بیمار برای پرستار نیز از دلایلی است که پرستاران برای توجیه پرخاشگری بیمار در نظر می‌گیرند. شرکت‌کننده شماره ۲ در این مورد می‌گوید: "چیزی که هست شغله دیگه، هرکسی شغلی داره، سختی خودشو داره... تجربه شرکت‌کننده شماره ۵ نیز جالب است: "تو همه نوعی هست برای ما عادی شده از این گوش میشنویم از اون گوش میدیم بیرون...". همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۳ گفت: "اگه میشد زودتر میومدم به این بخش... من اوایل انتظار خشونت رو داشتم که مریض بزنه، فک میکردم پرستاری که اینجا کار میکنه قدر باشه، هیکلی باشه، قدبلند باشه، فک نمیکردم اینجوری باشه...".

در پیشگیری از کنترل تکانه‌های خشم بوده است و آموختن مهارت کنترل هیجان را در این موقعیت‌ها لازم می‌دانستند تا به صورت سازگارانه واکنش نشان دهند. برخی از کدهای استخراج شده با عناوینی همچون احساس نقص در توان مراقبتی، عدم آگاهی از تازه‌های علمی، عدم موفقیت در ارتباط با بیمار و کمبود آموزش عملی و عینی و... در ادامه ارائه شده است. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۲ عنوان کرد: "بیمار روان با جسمی فرق می‌کنه. این بیماران هر چیزی رو به خودشون می‌گیرن، آموزش دادن به شکل کلی‌گویی و تئوری تأثیری نداره. من باید بدونم در مقابل این رفتار بیمار چه کار کنم، چه حرفی درست نیست و ممکنه تأثیر منفی داشته باشه، لازمه که آموزش عینی و عملی ببینم...". شرکت‌کننده شماره ۳ نیز گفت: "گاهی اوقات کاسه صبرم سر میاد، نمیدانم چه کار کنم؟ حالا سر همکار، بیمار یا تو خونه سر همسر و بچه‌ام درمیارم. خودمو نمیتونم کنترل کنم، خیلی هم دلم می‌خواد این کار رو بکنم، ولی نمیدانم چه کارکنم...".

ب) مفهوم خشونت: تعریف کلی استنباط شده از خشونت بیماران از جانب شرکت‌کنندگان، «هر نوع رفتار کلامی یا غیرکلامی و جسمی که موجب آسیب به پرستار، بیماران و یا وسایل و تجهیزات بخش شود»، بوده است و همگی معتقد بودند که خشونت بخش جدایی‌ناپذیر کار در بخش‌های روان‌پزشکی است. شرکت‌کننده شماره ۱ می‌گوید: "خشونت مته توهین، فحاشی، بیشتر به صورت پرخاشگری و فیزیکیه...". شرکت‌کننده شماره ۵ نیز بیان کرد: "پرخاشگری مریضا فیزیکیه، صندلی رو بر می‌دارن پرتاب می‌کنن... لفظی هست فحش میدن...". همچنین شرکت‌کننده شماره ۱۲ گفت: "خب عکس العمل شدیده، داد زدن، با صدای بلند حرف زدن، پریدن به همدیگه. دیگه توهین کردن، وسایل پرتاب کردن، کتک زدن... لفظی بوده، یه چیزی پرت کردن، موهامو کشیدن، حمله کردن، مقنعه مو کشیدن که بخوان موهامو بکشن...".

ج) نگرش پرستار به خشونت بیمار: دلیل تراشی و توجیه پرستار در مورد بروز خشونت بیمار بخش روان‌پزشکی و دیدگاه و نگرش او به پرخاشگری می‌تواند

[... تپش قلب وحشتناک، فوق العاده از این مریض می ترسیدم...]

واکنش رفتاری: این بعد به دلیل تداخل ابعاد عاطفی - روانی و جسمی که منجر به برخوردها و تظاهرات رفتاری منفی در شرکت کنندگان شده بود مشخص گردید و به صورت عدم تحمل در محیط کاری و خانوادگی با نشانگان تخلیه هیجانات عاطفی، مشاجرات خانوادگی و برخوردهای فردی در محیط کار با همکاران و مسئولین اظهار شده است. شرکت کننده شماره ۳ گفت: " آره دیگه این که اینجا هستیم این خستگی وقتی میریم خونه تاثیر میذاره خونه نمیتونم خودمو کنترل کنم تحریک پذیر شدم". شرکت کننده شماره ۸ نیز معتقد است: " روی روابط و زندگی شخصی تاثیری داشته وقتی بچه ها می رن بیرون وسواس میشم دوست ندارم با همه رفت و آمد کنند. خب این چیزا هست. میترسن که بچه هام با همچین افرادی برخورد کنن...".

احساس بی کفایتی: بر اساس یافته های تجربی شرکت کنندگان این بعد به صورت کاهش احساس موفقیت و پیشرفت در شغل، عدم رضایت از کار، احساس مبتنی بر عدم قابلیت در مدیریت و کنترل بیمار، ناتوانی در قدرت تشخیص موقعیت، ناتوانی در غلبه بر مشکلات و مسایل بافتاری، احساس مورد ظلم و استثمار قرار گرفتن و کاهش عملکرد شغلی ابراز گردید. شرکت کننده شماره ۲ گفت: " با علاقه وارد این حرفه شدم اما به این نتیجه رسیدم چه کار اشتباهی کردم خصوصا در این بخش که کاری سخت و پراسترسه. فکر می کنم عمرم تلف شد وقتی بیمار از کوره درمی ره و می گه و می زنه و می شکنه و من کاری نمی توانم بکنم ناراحت می شم". شرکت کننده شماره ۴ نیز بیان کرد: " گاهی دلم نمی خواد پیام سرکار احساس می کنم تلاش من در محیط کار، بی فایده است". همچنین شرکت کننده شماره ۷ گفت: " اعتماد به نفسم خیلی پایین اومده آدم احساس گناه میکنه. اینکه نتونسته دیگران رو درک کنه، آره اعتماد به نفس آدم پایین میاد"

ه) پیامدهای شغلی:

حمات ناکافی از پرستاران: شرکت کنندگان، مشکلات تجربه شده ی پرستاری را به عنوان مهم ترین نماد اصلی در

د) پیامدهای فردی: عمده ترین واکنش پرستاران به اعمال خشونت محل کار علیه آنان، "دعوت کردن فرد پرخاشگر به آرامش، اقدام و عملی نکردن، نگرهبانی را خبردار کردن و وانمود کردن به این که اتفاقی نیفتاده"، بود. فیکس کردن بیمار نیز که در بخش «تجربه خشونت» به آن اشاره گردید نیز شایع ترین اقدام پرستار علیه خشونت بیماران بود. شرکت کننده شماره ۳ در این مورد می گوید: "مريضاي که تحريکاتي ميشن ما سعی می کنیم در وهله اول آروم شون کنیم... بعضی وقتا ممکنه ما توانایی کنترل اونارو نداشته باشیم درخواست کمک می کنیم از مرکز میان بعد مریض رو یا ایزوله می کنیم یا فیکسش می کنیم...".

واکنش روانی/عاطفی: این واکنش ها به صورت احساسات شخصی ناشی از عدم کنترل بر شرایط حاصل از موقعیت خشونت زا ایجاد و منجر به واکنش هایی به صورت بی حوصلگی، ناامیدی، اشکال در تمرکز حواس، افسردگی، اضطراب، ترس از آسیب دیدگی از جانب بیمار و ترس از مورد بازخواست قرار گرفتن، اظهار گردید، برخی از پرستاران نیز از تاخیر نگرهبانی و مسولین حفاظت در انجام وظیفه شان گلایه داشتند و ناراحت بودند. شرکت کننده شماره ۱ در این مورد می گوید: "وقتی بیمار پرخاشگر می شه، به هم می ریزم. ترس و دلهره تمام وجودمو می گیره". تجربه شرکت کننده شماره ۱۲ اینگونه بیان شده است: " بله روی منم تاثیر گذاشته عصبی تر شدم تحریک پذیر تر میشه آدم... صبرم کم شده، زود عصبانی میشم تحریک پذیرتر شدم..."

واکنش جسمی: مشکلاتی در نتیجه ادامه مسایل عاطفی - روانی، موجب تحلیل نیروی جسمانی پرستاران و بروز واکنش جسمی در آنان مانند احساس درد در نقاط مختلف بدن، خستگی، تشدید بیماری های قبلی و... شده بود. شرکت کننده شماره ۶ در این مورد گفت: " نارسایی قلبی دارم. سر پا نباید زیاد واستم و استرس نباید داشته باشم. اما با این وضعیت بخش باید کار کنم، هر روز ما حداقل یک مورد جنگ و دعوا در بخش داریم، فشار خونم بالا میره و پشت سرم درد میاد و قلبم درد می گیره...". تجربه شرکت کننده شماره ۱۱ نشان داد: " [موقع درگیری با یک مریض

برگردم و اگر شرایطشو داشته باشم که پیام اینجا، مسلما و حتما اینجا رو انتخاب میکنم و بیمارستانای دیگه نمیرم...". شرکت کننده شماره ۱۳ نیز عنوان کرد: "البته تازه اومدم، ولی راضی هستم. با اینکه همه مخالفت میکردن ولی من جلوشوم وایسام و اومدم الانم راضی ام".

(و) معنایابی در کار

بیشتر پرستاران در تشریح و به تصویر کشیدن تجربه‌های خود در شرایط عادی و خشونت‌زا، دیدگاهی نسبتا مثبتی از بیماران داشته و این مفاهیم به صورت خصایصی همچون اعتقادات اخلاقی، احترام‌گذاری و توجه به بیماران و پرهیز از سرزنش آنان کدگذاری شده است.

علاقه اجتماعی و گرایش‌های انسان دوستانه: درک بیمار، دوست داشتن و احترام به بیمار، احساس خدمت به هم‌نوع و مفید بودن، هویت جمعی، دل‌تنگی برای مریض و اخلاق و وجدان کاری و... باعث تلطیف روابط پرستار - بیمار در اکثر مواقع و هنگام پرخاشگری بیمار می‌شود. شرکت کننده شماره ۲ عنوان کرد: "مریضای روانو خیلی دوست دارم و خیلی احترام میذارم واسشون... از نظر وجدانی می ترسم، اگر به بیمار روانی بی اعتنائی کنم احساس گناه می کنم". شرکت کننده شماره ۴ متذکر شد: "مریضا رو دوست دارم... اگه ۱۰ روز نباشم دلم براشون تنگ میشه... اخلاق و وجدان کاری باعث می شه که کارم رو خوب انجام بدم و معتقد به این هستم که بیمار روانی رو باید درک کرد نه این که ترک کرد. ما از بیمار روانی توقعی نداریم اگر چیزی بگه یا آسیبی بهمون برسونه، لازمه شرایط کاری ایمنی رو برامون درست کنند...". تجربه شرکت کننده شماره ۵ اینگونه بیان شد: "با ده سال سابقه دو و دویست حقوقمه، کمه، ولی آرامش دارم که دارم کمکی به افراد درمانده می کنم ... ما داریم اینجا باهاشون زندگی می کنیم... ما معتاد اینجا هستیم ما به خاطر خدمت به هم‌نوع خود اینجا هستیم...". شرکت کننده شماره ۱۱ نیز گفت: "خب احساس میکنم مریضای روان هیچ کسی رو ندارن همه طردشون کردن فقط مارو دارن..."

مسائل معنوی و مذهبی: تقدس مریض، انتظار اجر اخروی، افزایش صبر و سازگاری و انتظار استجابت دعای بیمار از دید پرستار، ازجمله مسائل معنوی و مذهبی است که

بروز، شدت و عدم کنترل موقعیت‌های خشونت‌زا مطرح نمودند و باوجود آگاهی از ماهیت اختلالات روانی و اولویت توجه و مراقبت از این‌گونه بیماران به کم‌توجهی مسئولین پرستاری و بیمارستان نسبت به مشکلات درون و برون بخشی نظیر عدم کفایت تعداد کارکنان، عدم کفایت ایمنی و امکانات در بخش، بالا بودن بارکاری بخش با توجه به تعداد زیاد بیماران، کم بودن شاغلین مرد در بخش‌های مربوطه، بی‌پناهی در مقابل مشکلات حقوقی و قانونی و عدم درک کارکنان در موقعیت فوق که سبب ایجاد و تکرار تجربه موقعیت‌های خشونت‌آمیز بخش می گردد، اشاره نموده و در این رابطه احساس شدید عدم امنیت در محیط کاری می‌نمودند. شرکت کننده شماره ۲ گفت: "این قدر فشار کار تو بخش وجود داره که متاسفانه فرصت لازم برای بررسی بیمار رو نداریم. شوک، ویزیت، آماده کردن دارو، پاسخ به تلفن و همراهی و...". شرکت کننده شماره ۳ در همین راستا گفت: "در بخش روان، پرسنل باید مرتب چهار طرفشون رو بپایند که اتفاقی نیفته. هر گونه خسارتی هم که پیش آمد مثل پارگی لباس و کفش، شکستن عینک و غیره، خودمون باید هزینه شو بدیم، حتی جراحات جزیی و کبودی و دررفتگی های کوچک را پرسنل تجربه می کنند و کسی از مسئولین نمی فهمند چون پیگیری نمی کنند ما هم گزارشی نمی دهیم...".

رضایت شغلی: یکی از یافته‌های این پژوهش که در نگاه اول دور از انتظار و حتی تا حدودی متناقض با سایر یافته‌ها به نظر می‌رسد، رضایت بالای پرستاران از کار در بخش روان‌پزشکی و کار با بیمار روان است، گرچه تمامی شرکت‌کنندگان، پیامدها منفی عاطفی - روانی، جسمی، رفتاری و ... را نیز تجربه کرده‌اند، خشمگین شده‌اند و درون‌ریزی نموده‌اند، مشکلات کار را می‌دانند و درگیر هستند، بازهم از کارشان راضی هستند. در ادامه دلایلی برای این نگرش شغلی ارائه می‌گردد. برای مثال شرکت کننده شماره ۱ بیان کرد: "اگه کسی بخواد بیاد پرستاری تو بخش روان توصیه می کنم که بیاد البته به روحیه بستگی داره ولی من به طور کلی راضی ام... هم به خاطر شیفتش هم کارش...". همچنین شرکت کننده شماره ۱۰ گفت: "من کاملا راضی هستم... اگه به عقب

پرستاران چنین به نظر می‌رسد میزان حداقل ۲-۳ مورد خشونت فیزیکی در سال، نسبت به گزارش پژوهش‌های اخیر بسیار زیاد بوده که نیازمند توجه متصدیان است که این یافته با یافته‌های پژوهش رضانی (۳۶) همسو می‌باشد. از دیگر یافته‌های تحقیق، استنباط شش مفهوم اصلی «پیشایندهای تأثیرپذیری از خشونت، تعریف خشونت، نگرش پرستار به خشونت، پیامدهای فردی، پیامدهای شغلی و معنایی در کار» بوده است.

اطلاعات حاصل نشان داد عواملی همچون انگیزه اشتغال و تصورات و نوع پیش‌آگهی‌ها و تجربه‌هایی که ناشی از زمینه‌های اجتماعی - فرهنگی است، زمینه ایجاد برداشت‌ها و ادراک‌هایی در هنگام مواجه اولیه و استمرار فعالیت‌ها و مواجهه با خشونت بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی فراهم می‌نماید، این مفهوم اصلی با عنوان *پیشایندهای تأثیرپذیری از خشونت* «کدگذاری شد. در تبیین نتیجه پژوهش می‌توان گفت، پرستاران روان‌پزشکی تمایل دارند که حوادث مکرر خشونت در محیط کار خود را به عنوان ماهیت شغل خود درک کنند. این وضعیت با قرار گرفتن مداوم در معرض خشونت، ناکافی بودن مکانیسم‌های حمایتی نهادی و این واقعیت که حوادث خشونت‌آمیز معمولاً بی‌نتیجه هستند، عادی می‌شود. با توجه به هویت حرفه‌ای آن‌ها، تلاش برای درک رفتارها و افکار بیمار مانند "بالاخره او بیمار است" ممکن است باعث شود که آن‌ها خشونت را به حداقل برسانند؛ این برداشت با این واقعیت که خشونت نه تنها از نظر فیزیکی، بلکه در اشکالی مانند آزار و اذیت کلامی و تهدید نیز نامرئی می‌شود، بیشتر تقویت می‌شود (۲۲). مطالعات گزارش داده‌اند که پرستاران روان‌پزشکی، خشونت بیمار را عادی‌سازی می‌کنند زیرا آن را بخشی از شغل خود می‌دانند (۳۷). در واقع، نوع بیماری نیز اطلاعات مهمی در مورد این که پرستاران باید با کدام بیماران تشخیص داده شده بیشتر مراقب باشند و چگونه باید در محیط‌های درمان روان‌پزشکی برخورد کنند، ارائه می‌دهد. بستری اجباری بیماران و عدم بینش نسبت به بیماری آن‌ها به عنوان یک علت مهم رفتار خشونت‌آمیز ظاهر می‌شود. بستری اجباری می‌تواند منجر به از دست دادن حس کنترل بیماران و ابراز خشونت‌آمیز آن شود و فقدان بینش می‌تواند منجر به عدم

پرستاران برای کار در بخش روان‌پزشکی قائل هستند. برای مثال شرکت‌کننده شماره ۲ گفت: "من مریض روان دوست دارم کلاً من شخصیتم اینه که به مریض روان خیلی احترام می‌ذارم به دو قشر خیلی احترام می‌ذارم یکی شهید یکی مریض روان ...". شرکت‌کننده شماره ۵ نیز گفت: "نه من از وقتی که اوادم اینجا، دیدم به زندگی فرق کرده، الان این کار برام مقدس شده... ما همیشه اینو داریم که فحش مریض برای ما دعاس، کتکش برای ما عاقبت بخیریه، اون دنیارو داریم... یعنی حالت معنوی داره... می‌گیم یه دعایی واسمون کنن دیگه بسه. موقعی که می‌خوام پیام اینجا کار کنم با ذوق و شوق میام چون بعد معنیش خیلی زیاده خدا اون دنیا بهمون می‌ده همیشه می‌گم به واسطه اینا مشکل مارو هم حل کن...".

بحث

این پژوهش با هدف بررسی تجارب زیسته پرستاران از خشونت بیماران در بخش‌های مجتمع روان‌پزشکی رازی تهران انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش، تمامی پرستاران اظهار کردند که خشونت جزء جدایی‌ناپذیر کار در بخش روان‌پزشکی بوده و اعمال خشونت در اکثر مواقع از طرف بیمار صورت می‌گیرد. بر اساس مطالعات موجود خشونت علیه کارکنان پزشکی، مسئله فراگیر و گسترده‌ای است که دامنه و فراوانی آن رو به افزایش است و خشونت شغلی یکی از مخاطرات جدی است که کارکنان بیمارستان‌ها را تهدید می‌کند، به‌طوری‌که بیشترین فراوانی خشونت کاری در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد (۳۰). در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۸ در تایوان انجام گرفت، مشخص شد که طی یک سال، ۶۲ درصد پرستاران در معرض خشونت قرار گرفته بودند. همچنین پژوهش دیگری که در استرالیا انجام شد نشان داد که ۹۳ درصد موارد خشونت محل کار علیه پرستاران توسط بیماران اعمال شده بود (۳۴). در مطالعه‌ای که در ایران، انجام شده است ۸۷/۴ درصد از کارکنان بیمارستان‌ها در طی ۶ ماه گذشته خشونت کلامی و ۲۷/۶ درصد خشونت فیزیکی را تجربه نموده بودند (۳۵). سمیر و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که ۸۶/۱ درصد پرستاران با خشونت‌های محل کار مواجه شده بودند و شایع‌ترین نوع خشونت، خشونت فیزیکی (۷۸/۱ درصد از موارد) بود (۳). طبق گزارش

پذیرش بیماری توسط بیماران و مقاومت در برابر روند درمان شود که این امر احتمال خشونت علیه پرستاران را افزایش می‌دهد. (۲۲). این یافته‌ها توجه را به تقویت کارکردهای حمایتی نهادهی، افزایش آگاهی از طریق برنامه‌های آموزشی و فعال کردن فرآیندهای گزارش‌دهی برای جلوگیری از خشونت بیمار در بخش‌های روان‌پزشکی جلب می‌کند. از این رو پرستاران مطالعه حاضر، با زیر سؤال بردن اعتبار منبع اطلاعات اولیه خود و تغییر در شناخت‌واره‌های خود، تعادل سیستم شناختی خود را حفظ نموده و در ادامه روند فعالیت‌های کاری، سازگاری با محیط شغلی را حفظ نموده‌اند. اکثریت شرکت‌کنندگان بیان نمودند در زمان وقوع خشونت برای برقراری ارتباط با بیمار، حمایت روحی وی و پاسخ به سؤالات و برخورد با رفتارهای بیمار آماده نشده و آموزش صحیح در این زمینه را مؤثر می‌دانستند. در مطالعه‌ای ۸۵/۷ درصد از پرستاران با توجه به این که قبل از شروع به کار دوره‌های آموزش عملی را به‌منظور کنترل شرایط خشونت‌زا گذرانده بودند، این آموزش‌ها را کافی ندانسته و ۸۱ درصد آنان احساس عدم اطمینان به خود در مورد کنترل شرایط فوق را داشتند و نیاز به تداوم آموزش‌های عملی را در رشد حرفه‌ای خود مهم تلقی می‌نمودند

دومین مفهوم اصلی استخراج‌شده، «تعریف خشونت» بود. جهت جلوگیری از سوءگیری و دستیابی به اشتراک مفاهیم، از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا خشونت در محیط کار روان‌پزشکی را تعریف و تشریح کنند. تعریف استنباط شده در این پژوهش با تعریف سازمان جهانی بهداشت از خشونت محیط کار یکسان است که عبارت است از هر حادثه‌ای که کارکنان در موقعیت‌های شغلی خود، مورد سوءاستفاده، بدرفتاری، تهدید یا آزار و اذیت قرار گیرند؛ به‌طوری‌که سلامت، رفاه و ایمنی آنان مورد تهدید قرار گیرد و شامل خشونت فیزیکی، روانی، فرهنگی و خشونت جنسی است (۳۸). مهم‌ترین عواملی که سبب ایجاد خشونت از طرف بیماران می‌شوند، شامل سوءتفاهم و مصرف داروهای روان‌گردان توسط بیماران، داشتن بیماری‌های روانی و عصبانیت در بیماران گزارش‌شده است که این یافته نیز با پژوهش‌های دیگر همسو است. در بخش روان‌پزشکی خشونت به شیوه‌های گوناگونی رخ می‌دهد که

عوارض بسیاری را با خود دارد که کارکنان و مدیران نظام بهداشتی را درگیر می‌سازد. تهدیدهای کلامی و پرخاشگری فیزیکی می‌تواند موجب از دست رفتن روزهای کاری، محدودیت در فعالیت و کار، از بین رفتن اموال، ترک و تغییر شغل و حتی مرگ می‌شود. علاوه بر آسیب و ترومای آتی ناشی از خشونت و پرخاشگری، تعداد دفعات مواجهه شدن با این پدیده در کار می‌تواند تأثیر تجمعی بر قربانی به‌جای بگذارد؛ به این صورت که هرچه تعداد دفعات و شدت واقعه بیشتر باشد، احتمال آسیب‌های روانی عمده بیشتر می‌شود. همچنین، از دیگر یافته‌ها چنین استنباط گردید که کارکنان با توجه به ذهنیات شخصی و همان‌گونه که خودشان فکر می‌کردند در مقابل بیمار پرخاشگر واکنش نشان می‌دادند که از یافته‌ها نیز تحت عنوان «نگرش پرستار به خشونت» کدگذاری شد. پرستاران عنوان کردند که ماهیت بیماری است که باعث بروز پرخاشگری می‌گردد؛ برای مثال توهم ناشی از روان‌پریشی، مصرف‌کنندگان مواد محرک، عادت نداشتن به محیط و نپسندیدن محیط از سوی بیمار از ماهیت بیماری برخاسته و عدم انتظار رفتار صحیح و عادی شدن خشونت بیمار برای پرستار نیز از دلایلی است که پرستاران برای توجیه پرخاشگری بیمار در نظر می‌گیرند و این مساله را به ماهیت شغل پرستاری نسبت می‌دهند (۲۲). موقعیت‌هایی که پرستاران نیاز به مداخله در مراقبت از بیمار دارند، به ویژه موقعیت‌هایی مانند دادن دارو یا اجرای قوانین که می‌توانند محرک خشونت باشند. چرا که بسیاری از بیماران اعتقادی به بیمار بودن خود و نیاز به بستری و مصرف دارو و ضرورت اقدام تشخیصی و درمانی ندارند (۳۹). به منظور محافظت از پرستاران در برابر خشونت بیمار و کاهش خشونت بیمار، می‌توان آموزش‌هایی برای کاهش خطر خشونت، اطلاعات در مورد ویژگی‌های رفتاری گروه‌های تشخیصی، اقداماتی برای افزایش ایمنی جسمی و عاطفی در کلینیک‌های روان‌پزشکی، مسیرهای فرار امن و پروتکل‌های اورژانسی برای پرستاران ارائه داد. علاوه بر این، اتخاذ رویکردی همدلانه و همراه با درک متقابل توسط پرستاران در ارتباط با بیماران می‌تواند باعث افزایش رعایت درمان توسط بیماران و کاهش موارد خشونت شود و می‌توان مقررات انسانی‌تر و محترمانه‌تری در مورد فرآیندهای بستری اجباری بیماران وضع کرد (۲۲). از دیگر

مضامین استخراج شده در این پژوهش، "پیامدهای فردی" بود. در واقع مشکلات عاطفی - روانی، جسمی، رفتاری و کاهش احساس کفایت شخصی نیز از پیامدهای فردی تجربه خشونت است که در این مطالعه یافت شد. نتایج برخی از بررسی‌ها دلالت بر این ادعا است که پرستاران به ویژه کارکنان بخش روان‌پزشکی که با بیماران روانی آشفتۀ و نامتعادل سر و کار دارند بیشتر در معرض مشکلات روانی عاطفی و جسمی قرار می‌گیرند. در تبیین این نتیجه می‌توان اظهار داشت، پرستاران روان‌پزشکی به دلیل ماهیت کارشان که اغلب شامل مدیریت بیماران با مشکلات شدید سلامت روان است که ممکن است رفتارهای پرخاشگرانه از خود نشان دهند، در معرض خطر قابل توجهی برای تجربه خشونت از سوی بیماران هستند (۴۰). این خطر فزاینده، درک عمیق‌تری از تجربیات خاص و مکانیسم‌های مقابله پرستاران روان‌پزشکی را ضروری می‌کند، زیرا ادبیات موجود نشان می‌دهد که تجربیات آن‌ها اغلب نادیده گرفته می‌شود یا به طور ناکافی مورد توجه قرار می‌گیرد (۳۹). پرستاران در بخش‌های روان‌پزشکی خود را در موقعیت‌های ناامنی می‌بینند که باعث استرس بالقوه می‌شود. همچنین، باعث شده است که پرستاران هوشیار بمانند و در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به علائم افسردگی قرار گیرند (۴۱). همچنین مشخص شد که پریشانی عاطفی در پرستارانی که در محیط‌های سلامت روان مورد حمله قرار گرفته‌اند، بیشتر بوده و کیفیت زندگی به دلیل خشونت در محل کار پایین‌تر بوده است (۲۹). بررسی‌های نظام‌مند اخیر نیز نشان داده‌اند که پرستاران بخش روان‌پزشکی علائم افسردگی، مشکلات روانی-اجتماعی و اختلالات خواب را تجربه می‌کنند (۴۲). نجفی و همکاران نیز نشان دادند که احساس ترس، اضطراب، خشم، برانگیختگی، درماندگی و ناامیدی، بی تفاوتی، عدم رضایتمندی شغلی، تمایل به ترک شغل، تحریک‌پذیری، افسردگی، بروز حین مراقبت از بیمار، احساس عدم امنیت در محیط کاری، احساس شایستگی فردی کم‌تر و بهره‌وری پایین‌تر مهم‌ترین واکنش پرستاران به خشونت بود (۲۷).

مضمون اصلی استخراج‌شده دیگر "پیامدهای شغلی" ناشی از تجربه خشونت بیماران بود. ازجمله یافته‌های این پژوهش که در نگاه اول دور از انتظار و حتی تا حدودی

متناقض با سایر یافته‌ها به نظر می‌رسد، رضایت بالای پرستاران از کار در بخش روان‌پزشکی و کار با بیمار روان است، گرچه تمامی شرکت‌کنندگان، پیامدهای منفی عاطفی - روانی، جسمی، رفتاری و ... را نیز تجربه کرده‌اند، خشمگین شده‌اند و درون‌ریزی نموده‌اند، مشکلات کار را می‌دانند و درگیر هستند، بازهم از کارشان راضی هستند. فراگیری مهارت متمایزسازی مرزهای کار - خانواده پس از سپری شدن مدتی از اشتغال یکی از مواردی است که باعث می‌شود فرد دچار تعارض کار - خانواده نگردد و تداخل امور کار در خانواده و برعکس را تجربه نکند؛ تجربه کار در بیمارستان عمومی (جنرال) و مقایسه آن با اشتغال در بخش روان‌پزشکی بیمارستان رازی نیز از دیگر دلایلی است که موجب می‌شود فرد از رضایت شغلی مطلوبی برخوردار باشد. گرچه عدم حمایت کافی از پرستاران از سوی مسئولین از سوی پرستاران عنوان گردید با این حال داده‌ها نشان داده است که خود شرکت‌کنندگان نیازهای روحی یکدیگر را درک و از هم حمایت روحی می‌نمودند. محققان دیگر به این نکته اشاره نموده که پرستار مهم‌ترین منبع حمایت عاطفی جهت بیمار و سایر پرستاران در محیط‌های شغلی اش می‌باشد که به نظر می‌رسد خلأ حاصل از عدم ارضای این نیاز اساسی پرستاران در چنین موقعیتی به این طریق جبران می‌شده است (۴۳).

در این مطالعه رضایت شغلی پرستاران ریشه در یک نظام ارزشی - اعتقادی داشته و اغلب مشارکت‌کنندگان، رضایت شغلی معنوی را به عنوان احساس و هیجان خوشایند توأم با لذت، به واسطه برطرف کردن نیاز و احتیاج یک بیمار نیازمند تجربه کرده‌اند. در این نوع از رضایت، پرستار حس خوب بودن و برطرف شدن خستگی کاری‌اش را در آرامش، امنیت و رضایت بیمار جستجو می‌کند. در این بافت و بر اساس این نگرش و باور که پرستار به آن قائل است و بیمار را مایه خیر و برکت می‌پندارد، مراقبت از او نیز تعریف دیگری می‌یابد. دیگر مراقبت پرستاری از بیمار در انجام یک سری اقدامات مکانیکی بر اساس شرح وظایف خلاصه نمی‌شود. همچنان که از تجربه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش استنتاج می‌شود، آنان مراقبت مستمر از بیماران را با مفاهیم و انگاره‌های اعتقادی و ارزشی چون دلسوزی در مراقبت،

که تعداد مقالات کیفی در حوزه خشونت بیماران در بخش‌های روان‌پزشکی و ادراک پرستاران به‌تبع آن، در کشور بسیار اندک بود، پیشنهاد می‌شود تا مطالعات کیفی بیشتری در مورد این موضوع به انجام برسد تا درک عمیقی از تأثیرات عوامل مختلف بر ادراک خشونت شغلی پرستاران ارائه و امکان استنتاج علی فراهم شود. ازجمله خصوصیات پژوهش‌های کیفی، دخیل بودن ذهنیات پژوهشگر در گستره انجام پژوهش و ازاین‌رو احتمال ارتکاب سوگیری‌های مختلف (سوگیری تأییدی، سوگیری مطلوبیت؛ سوگیری «من سوگیری ندارم») وجود دارد؛ لذا علی‌رغم تلاش برای «تعلیق پیش‌فرض‌ها»، امکان جداسازی عملی پژوهشگر از موضوع، فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها دشوار بود که این امر به‌عنوان یکی از محدودیت‌های پژوهش است. برای مثال جنسیت مصاحبه‌کننده (زن) ممکن است پیش‌فرض‌های جنسیتی را در مصاحبه با مشارکت‌کنندگان و تحلیل داده‌ها وارد پژوهش کرده باشد. لذا با توجه به آنچه گفته شد نتایج به‌دست‌آمده باید در چارچوب مشارکت‌کنندگان همین پژوهش در نظر گرفته شوند. برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود، برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود پایداری بلندمدت سازوکارهای مقابله‌ای شناسایی‌شده، به‌ویژه «معنایابی»، از طریق یک مطالعه طولی بررسی شود تا مشخص گردد آیا این راهبرد در طول زمان منجر به تاب‌آوری پایدار می‌شود یا فرسودگی شغلی را به تعویق می‌اندازد. همچنین، طراحی و ارزیابی اثربخشی برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر «مقابله معنامحور» می‌تواند راهکارهای عملی برای حمایت از پرستاران ارائه دهد. در نهایت، انجام مطالعات تطبیقی میان‌فرهنگی برای درک عمیق‌تر نقش بافت فرهنگی در شکل‌دهی به این تجارب ضروری به نظر می‌رسد.

نتیجه‌گیری

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت که مشارکت‌کنندگان این پژوهش، احساسات و هیجانات ضدونقیضی را در ارتباط با خشونت بیماران تجربه می‌کردند. برای مثال از یک‌سو، آسیب‌های روانی، جسمی و شغلی ناشی از این پدیده را مورد تأکید قرار می‌دادند و از سوی دیگر با اتخاذ نگاه و نگرش مثبت به بیماران و گر زدن معنویت و نظام ارزشی

مراقبت مسئولانه و پاسخگو، تعهد نسبت به سلامتی بیمار و ایثار و فداکاری در مراقبت عجین کرده‌اند. این یافته با پژوهش‌های بسیاری ازجمله پژوهش قلی‌پور خانمیری و همکاران همسو است (۴۳).

تعداد زیادی از پرستاران در توصیف تجارب خود در موقعیت‌های خشونت زا دیدگاه مثبت به بیمار داشته که به‌صورت احساسات و نگرش‌های اخلاقی و نوع‌دوستی نسبت به بیمار روانی ابراز گردید. این مفاهیم در قالب مضمون «معنایابی در کار» کدگذاری شد. برخلاف پژوهش رفیعی و همکاران که در آن پرستاران بخش سوختگی بااهمیت ندادن به مسائل بیمار، عدم همدردی و دوری‌گزینی از آنان درواقع درصدد بودند که به‌نوعی تنیدگی خود را کاهش دهند (۴۴)؛ در پژوهش حاضر با توجه به تنیدگی‌های شدید بخش روان‌پزشکی، نگرش شرکت‌کنندگان مثبت و به‌صورت درک انسانی و توجهات عاطفی متجلی شد. همچنین یافته‌های پژوهش‌های دیگری نیز مغایر با نتیجه فوق در دست می‌باشد که پرستاران دلسردی و کاهش ارتباط با بیماران روانی را گزارش نمودند (۴۵). شاید یافته فوق در پژوهش حاضر به دلیل حقانیتی است که شرکت‌کنندگان برای بیماران روانی قائل بودند. در این مورد آمده است که گاهی پرستاران در بخش روان‌پزشکی، قربانی تحقق آرمان‌های درمانی و روند درمان بیماران می‌شوند و بدون آن‌که بخواهند، به‌اجبار در منازعه‌ها قرار می‌گیرند که گاه منجر به صدمات جسمی در ایشان می‌گردد. روان‌پرستار در این گستره تنها خود را مکلف به تلاش برای کنترل وضعیت بیمار و تسکین آلام وی و نه مقابله با بیمار می‌داند. درک بیمار، دوست داشتن و احترام به بیمار، احساس خدمت به هم‌نوع و مفید بودن، هویت جمعی، دل‌تنگی برای مریض و اخلاق و وجدان کاری و... باعث تلطیف روابط پرستار - بیمار در اکثر مواقع و هنگام پرخاشگری بیمار می‌شود (۴۳)

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به مواردی اشاره کرد: اگرچه ماهیت تفسیری و انعطاف‌پذیری بالا در تحلیل‌های پدیدارشناسانه، یک مزیت است؛ اما همین امر می‌تواند به‌عنوان محدودیت نیز در نظر گرفته شود. چراکه پژوهشگر اغلب خود به‌تنهایی ناچار است تصمیم بگیرد که به چه محتوایی در داده‌ها تمرکز نماید. همچنین، از آنجایی

سیاسگزاری: از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر قدردانی می‌شود.

منابع

1. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*. 2017; 68 (8): 819-31. DOI: [10.1176/appi.ps.201600314](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314)
2. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department *Journal of clinical nursing*. 2011; 20 (7-8): 1072-85. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03342.x)
3. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2012; 18 (3): 198-204. DOI: [10.26719/2012.18.3.198](https://doi.org/10.26719/2012.18.3.198)
4. Anderson L, FitzGerald M, Luck L. An integrative literature review of interventions to reduce violence against emergency department nurses. *Journal of clinical nursing*. 2010; 19 (17-18): 2520-30. doi: [10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03144.x).
5. Niu SF, Kuo SF, Tsai HT, Kao CC, Traynor V, Chou K R. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PloS one*. 2019; 14(1): e0211183. doi: [10.1371/journal.pone.0211183](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211183).
6. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE*. 2021;16:e0258346. doi: [10.1371/journal.pone.0258346](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346).
7. Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, et al. Violence toward staff in the inpatient psychiatric setting: nurses' perspectives: A qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;29:1-13. doi: [10.1111/jocn.15987](https://doi.org/10.1111/jocn.15987).
8. di Giacomo E, Iozzino L, Ferrari C, Strozza C, Large M, Nielssen O, et al. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: Systematic review and meta-analysis—A 2019 update. *Violence and*

به خدمتی که ارائه می‌کنند، برای خود در مسیر شغلی‌شان، رسالت و معنایی می‌یابند. هم‌زیستی هیجانات ضدونقیض گزارش‌شده توسط پرستاران را نباید یک تناقض، بلکه باید یک فرآیند پیچیده روان‌شناختی برای مدیریت استرس و حفظ هویت حرفه‌ای در نظر گرفت. این پدیده در چارچوب نظری «کیفیت زندگی حرفه‌ای» که دوگانگی «رضایت از شفقت» و «خستگی از شفقت» را مطرح می‌کند، به خوبی قابل درک است. در حالی که پرستاران به وضوح پیامدهای منفی خشونت، یعنی خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی را تجربه می‌کنند (۴۶ و ۲۵) نیز همسو است، آن‌ها به طور همزمان در یک فرآیند فعال «معناسازی» شرکت می‌کنند تا با این فرسودگی مقابله نمایند. آن‌ها با نسبت دادن خشونت به ماهیت بیماری و نه به خود بیمار—فرآیندی که در ادبیات پژوهش به عنوان «عادی‌سازی خشونت» نیز شناخته می‌شود (۴۷). با گره زدن کار خود به یک نظام ارزشی، معنوی و انسان‌دوستانه، تجربیات آسیب‌زا را بازتفسیر می‌کنند. این راهبرد به آن‌ها اجازه می‌دهد تا بر جنبه‌های مثبت و رسالت‌محور شغل خود متمرکز شوند (۴۸). بنابراین، رضایت شغلی بالا محصول نبود رنج نیست، بلکه نتیجه یک راهبرد انطباقی سطح بالا برای حل تعارضات درونی و یافتن هدفمندی در یکی از دشوارترین محیط‌های کاری است که تعادلی پویا میان هزینه‌های روانی و پاداش‌های درونی شغلشان ایجاد می‌کند.

ملاحظات اخلاقی

کد اخلاق: این پژوهش با کسب مجوز از دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه خوارزمی انجام شد.

حمایت مالی: این مطالعه فاقد حمایت مالی بوده است.

نقش نویسندگان: فیروزه عاشوری: مفهوم‌سازی و روش‌شناسی، مجتبی میدانی زحقانی: اعتبارسنجی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل مصاحبه کیفی و مدیریت داده‌های بدست آمده، سما عارفی نسب: نگارش مقاله، ویرایش و اصلاح مقاله، صبا احمدی: مدیریت پروژه و نظارت بر پروژه انجام شده است.

تعارض منافع: نویسندگان این مطالعه فاقد تعارض منافع بودند.

- high secure hospital: staff and patient attitudes. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2013; 20 (4): 296-304. doi: [10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x).
18. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of clinical nursing*. 2004; 13(1): 3-10. doi: [10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00807.x).
 19. Tomagová M, Bóriková I, Lepiešová M, Čáp J. NURSES' EXPERIENCE AND ATTITUDES TOWARDS INPATIENT AGGRESSION ON PSYCHIATRIC WARDS. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2016; 7(3): 462-9. doi: [10.15452/CEJNM.2016.07.0016](https://doi.org/10.15452/CEJNM.2016.07.0016)
 20. Khait AA, Shaher Hamaideh S H, Aldalaykeh M, ALhamdan A, Lazenby M. Psychiatric nurses' experiences and the emotional and psychological sequelae after being psychologically or physically assaulted in psychiatric units: A phenomenological study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022; 40:115-123. doi: [10.1016/j.apnu.2022.06.005](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.06.005).
 21. Alamri M, Almalki W, Almaghtly NT, Al-Harbi KM, Almutairi MH. Assessment of Psychological Consequences of Violence in Psychiatric Nurses. *Cureus*. 2023; 31;15 (10): e48025. doi: [10.7759/cureus.48025](https://doi.org/10.7759/cureus.48025).
 22. Ayhan C H, Aktaş MC, Karan E. Psychiatric nurses' experiences of patient violence on acute psychiatric units in Turkey: a qualitative study. *BMC Nursing*. 2025; 24 (363). doi: [10.1186/s12912-025-03030-y](https://doi.org/10.1186/s12912-025-03030-y).
 23. Khankeh H, Khorasani-Zavareh D, Hoseini S, Khodai-Ardekandi M R, Bohm K, Nakhaie M, Ranjbar M, Castrén M. The journey between ideal and real: Experiences of beginners psychiatric nurses. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(4): 396-403. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4145496/#sec1-2>
 24. Lim ZY, Idris DR, Abdullah HMAL, Omar HR. Violence toward staff in the inpatient psychiatric setting: Nurses' perspectives: A qualitative study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2023; 46: 83-90. doi: [10.1016/j.apnu.2023.08.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2023.08.008)
 25. Cannizzaro D, Saguatti L, Caleffi D, mental disorders. 2020; 181-202. doi: [10.1371/journal.pone.0128536](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536).
 9. Yosep I, Mardhiyah A, Hendrawati H, Hendrawati S. Interventions for Reducing Negative Impacts of Workplace Violence Among Health Workers: A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc*. 2023; 22(16):1409-1421. doi: [10.2147/JMDH.S412754](https://doi.org/10.2147/JMDH.S412754)
 10. Jiao M, Ning N, Li Y, Gao L, Cui Y, Sun H, et al. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ open*. 2015; 5(3): e006719. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006719>
 11. Blair PL. Lateral violence in nursing. *Journal of Emergency Nursing*. 2013; 39(5): e75-e8. doi: [10.1016/j.jen.2011.12.006](https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.006).
 12. Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury J, Halfens R. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006; 13 (2): 197-204. doi: [10.1111/j.1365-2850.2006.00941.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00941.x).
 13. Cavallera C, Ferrari C, Bianconi G, Bulgari V, Candini V, Carrà G, et al. Substance use disorders and violent behaviour in patients with severe mental disorders: A prospective, multicentre study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2020; 54(12): 1212-23. doi: [10.1177/0004867420963732](https://doi.org/10.1177/0004867420963732).
 14. Varasteh Mogaddam Y, Sadegfard M, Mohammadi S, Ahanjan P.. Stressors and coping strategies of psychiatric nurses in psychiatric wards. *Iran J Psychiatr Nurs*. 2013;1, 54-61. (persian) https://ijpn.ir/browse.php?a_id=56&sid=1&slc_lang=en
 15. Rahmani F, Ebrahimi H, Asghari E. Workplace violence, its determinants and reaction toward it perceived by nurses working in psychiatric wards: A cross-sectional study. *Iran Journal of Nursing*. 2015; 28(97):1-10. (persian) DOI:10.29252/ijn.28.97.1
 16. 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(1-2):e116-e128. doi: [10.1111/jocn.13884](https://doi.org/10.1111/jocn.13884).
 17. Pulsford D, Crumpton A, Baker A, Wilkins T, Wright K, Duxbury J. Aggression in a

- [pers?referenceid=3107160](#)
34. Somani R, Muntaner C, Hillan E, Velonis A J, Smith P. A systematic review: effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and health at work*. 2021; 12(3): 289-95. doi: [10.1016/j.shaw.2021.04.004](#).
 35. Cope DG. editor *Methods and meanings: credibility and trustworthiness of qualitative research*. *Oncology nursing forum*; 2014. doi: [10.1188/14.ONF.89-91](#).
 36. Ramezani T. Nurses' experiences of occupational aggression in the psychiatric wards: Phenomenology approach. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011;13 (52):27-314. (persian). https://jfmh.mums.ac.ir/article_921.html?lang=en
 37. Küçük Öztürk G, Başer E, Engin E. On the slope of an erupting volcano': A qualitative study on the workplace violence experiences of psychiatric nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2024; 31:515–24. doi: [10.1111/jpm.13003](#).
 38. International Council of Nurses (ICN). *Violence against health care*; 2013. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/violence-against-health-care-current-practices-prevent-reduce-or>
 39. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS ONE*. 2021;16:e0258346. doi: [10.1371/journal.pone.0258346](#)
 40. Varghese A, Joseph J, Vijay VR, Khakha DC, Dhandapani M, Gigini G, et al. Violence toward staff in the inpatient psychiatric setting: nurses' perspectives: A qualitative study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019; 29:1–13. doi: [10.1111/jocn.15987](#).
 41. Kelly EL, Fenwick K, Brekke JS, Novaco RW. Well-being and safety among inpatient psychiatric staff: the impact of conflict, assault, and stress reactivity. *Adm Policy Mental Health Mental Health Serv Res*. 2016; 43:703–16. doi: [10.1007/s10488-015-0683-4](#).
 42. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J*
 - Rovesti S, Ferr P. Physical and psychological consequences on nurses affected by workplace violence: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2025; 15: e105171. doi: [10.1136/bmjopen-2025-105171](#).
 26. Edward K, Stephenson J, Ousey K, Lui S, Warelow P, Giandinoto J. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *J Clin Nurs*. 2016;25:289–99. doi: [10.1111/jocn.13019](#).
 27. Najafi F, Fallahi-Khosknab M, Ahmadi F, Dalvandi A, Rahgozar M. Human dignity and professional reputation under threat: Iranian Nurses' experiences of workplace violence. *Nursing & health sciences*. 2017; 19(1): 44-50. DOI: [10.1111/nhs.12297](#).
 28. Al-Omari H, Khait AA, Al-Modallal H, Al-Awabdeh E, Hamaideh S. Workplace violence against nurses working in psychiatric hospitals in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2019; 33 (5): 58-62. DOI: [10.1016/j.apnu.2019.08.002](#)
 29. Hilton NZ, Addison S, Ham E, Rodrigues C, Seto N. Workplace violence and risk factors for PTSD among psychiatric nurses: systematic review and directions for future research and practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2022;29:186–203. DOI: [10.1111/jpm.12781](#)
 30. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC nursing*. 2014; 14, 1-13. doi: [10.1186/s12912-015-0079-5](#)
 31. Konttila J, Pesonen H, Kyngäs H. Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *Int J Ment Health Nurs*. 2018; 27:1592–605. doi: [10.1111/inm.12478](#).
 32. Schlup N, Gehri B, Simon M. Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-related characteristics: Cross-sectional multicentre study. *Int J Ment Health Nurs*. 2021; 30:1550–63. doi: [10.1111/inm.12905](#).
 33. Van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Routledge; 2016. <https://www.scirp.org/reference/referencespa>

- Work Environ Health. 2020;46:339. doi: 10.5271/sjweh.3877.
43. Fry AJ, O'Riordan D, Turner M, Mills KL. Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2002;11(2):112-20. doi: 10.1046/j.1440-0979.2002.00234.x.
44. Rafii F, Oskouie F, Nikraves M. Conditions affecting quality of nursing care in burn centers of Tehran. *Iran Journal of Nursing*. 2007; 20(51):7-24. (persian) doi: 10.1186/1472-6955-3-6
45. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatric services*. 1998; 49 (11): 117-145. DOI: 10.1176/ps.49.11.1452
46. Kobayashi Y, Oe M, Ishida T, Matsuoka M, Chiba H, Uchimura N. Workplace violence and its effects on burnout and secondary traumatic stress among mental healthcare nurses in Japan. *International journal of environmental research and public health*. 2020; 17(8): 2747. doi: 10.3390/ijerph17082747.
47. Bekelepi N, Martin P. Experience of violence, coping and support for nurses working in acute psychiatric wards. *South African Journal of Psychiatry*. 2022; 28. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v28i0.1700.
48. Hudays A, Gary F, Voss JG, Arishi A, Alfar ZA, Algodimi AM, Fitzpatrick JJ. Factors influencing job satisfaction among mental health nurses: a systematic review. *In Healthcare*. 2024; 12 (20): 2040