Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(4), spring, pp 407 - 424

Prevalence of Violence and Its Relationship with General Health and Resilience among Prehospital Emergency Personnel in Kurdistan Province

Kamel Ahmadian[1], Reza Pira[2], Seyed Mohammad Zahed Habibi[3], Jamileh Ebrahimi Moghadam[4], Sirvan Abbasi[5], Naser Rashad Manesh[6], Farzaneh Khanpour[7]

1. Department of Pre-hospital Emergency and Incident Management, Vice Chancellor for Clinical Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
2. Department of Pre-hospital Emergency and Incident Management, Vice Chancellor for Clinical Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
3. Department of Pre-hospital Emergency and Incident Management, Vice Chancellor for Clinical Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
4. Department of Pre-hospital Emergency and Incident Management, Vice Chancellor for Clinical Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
5. Department of Pre-hospital Emergency and Incident Management, Vice Chancellor for Clinical Affairs, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
6. Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran
7. Department Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

***Corresponding Author:** Farzaneh khan pour**, Email:** far.khanpour@gmail.com

Received: 2025/05/17 **Accepted: 2025/06/21**

Abstract

Background & Aim: Prehospital emergency personnel are the first line of medical response at the patient's bedside and are significantly exposed to various forms of violence. This study aimed to investigate the prevalence of verbal and physical violence against prehospital emergency staff and examine its relationship with general health and resilience among personnel in Kurdistan Province.

Materials & Methods: This observational study employed a descriptive-analytical design. The study population consisted of all prehospital emergency personnel in Kurdistan Province. Using simple random sampling, 230 participants were selected. Data were collected through the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ) , the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) , and a researcher-developed questionnaire assessing workplace violence. Descriptive statistics were used for preliminary data analysis. Due to the non-normal distribution of quantitative variables, Spearman's correlation coefficient and the Mann–Whitney U test were utilized for inferential analysis.

Results: Findings revealed that 62.6% of emergency personnel had experienced verbal violence, 42.6% reported exposure to cultural violence, and 19.1% had encountered physical violence. Among the perceived causes, 53% of participants attributed the violence to the public's lack of awareness regarding emergency services. No statistically significant correlation was found between age, work experience, or working hours and general health or resilience ($p > 0.05$). Additionally, educational level was not significantly associated with general health or resilience ($p > 0.05$). However, a significant positive correlation was identified between general health and resilience scores ($p < 0.05$).

Conclusion: Prehospital emergency personnel are frequently exposed to verbal, cultural, and physical violence, with verbal assaults at the scene of incidents being the most common. The primary cause was reported to be the general public's lack of understanding about the role and responsibilities of emergency responders.

Keywords: Violence, Emergency Medical Personnel, General Health, Resilience

How to cite this article: Ahmadian K, Pira R, Habibi M R, Ebrahimi Moghadam J, Abbasi S, Reshad Manesh N et al . Prevalence of Violence and Its Relationship with General Health and Resilience among Prehospital Emergency Personnel in Kurdistan Province. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; 10 (4) :407-424 http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-665-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

بررسی شیوع انواع خشونت و ارتباط آن با سلامت عمومی و تاب آوری در پرسنل فوریت‌های پیش بیمارستانی استان کردستان

کامل احمدیان[1]، رضا پیرا[2]، سید محمد زاهد حبیبی[3]، جمیله ابراهیمی مقدم[4]، سیروان عباسی[5]، ناصر رشاد منش[6]، فرزانه خان پور[7]*

۱. گروه اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. گروه اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. گروه اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۴. گروه اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۵. گروه اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۶. گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج،ایران
۷. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج ، ایران

* **نویسنده مسئول:** فرزانه خان پور، **ایمیل:** far.khanpour@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۲۷ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۳۱**

چکیده

زمینه و هدف: پرسنل فوریت‌های پزشکی اولین کادر درمان حاضر بر بالین بیمار است اما به طور قابل توجهی در معرض خشونت قرار دارند. پژوهش حاضر با هدف میزان شیوع خشونت کلامی، فیزیکی و فرهنگی علیه پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی و سلامت عمومی و تاب آوری در پرسنل استان کردستان انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مشاهده‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه کلیه پرسنل پیش بیمارستانی در استان کردستان بودند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده بود که بطور تصادفی ۲۳۰ نفر انتخاب شد. پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، تاب‌آوری کانر و دیویدسون و خشونت علیه پرسنل مورد بررسی قرار گرفت. برای اهداف توصیفی از آماره توصیفی و جهت فرضیات مطالعه به دلیل نرمال نبودن توزیع داده‌های کمی از ضریب همبستگی اسپیرمن و آزمون یومن ویتنی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد ۶۲/۶ درصد پرسنل اورژانس مورد خشونت کلامی، ۴۲/۶درصد تجربه خشونت فرهنگی و ۱۹/۱درصد مورد خشونت فیزیکی قرار داشته‌اند. پرسنل اورژانس علل خشونت را کمبود آگاهی مردم با ۵۳ درصد بیان کرده‌اند. بین سن، سابقه کار و ساعات کار با سلامت عمومی و تاب آوری همبستگی معناداری وجود نداشت($P>0/05$). شاخصه‌های سلامت عمومی و تاب آوری با سطح تحصیلات رابطه معناداری نداشت($P>0/05$) اما بین تاب آوری و سلامت عمومی همبستگی معنادار وجود داشت($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی در معرض خشونت قرار دارند و بیشترین خشونت، کلامی و در محل حادثه بوده است و علت آن را ناآگاهی مردم نسبت به وظایف خود بیان کرده‌اند.

واژه‌های کلیدی: خشونت، پرسنل فوریت پزشکی، سلامت عمومی، تاب آوری

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مقدمه

مراقبت‌های پیش بیمارستانی، مراقبت‌های پزشکی فوری است که قبل از ورود به بیمارستان به بیماران ارائه می‌شود(۱) و پرسنل فوریت‌های پزشکی معمولاً اولین کادر درمانی هستند که در بلایا و سوانح با بیماران روبرو شده و بیشتر در معرض درد و رنج بیماران قرار دارند(۲). خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی بخشی حیاتی از سیستم بهداشتی است که مراقبت‌های اورژانسی را ارایه می‌کند و بیماران آسیب دیده را از محل حادثه به بیمارستان مناسب منتقل می‌کند. در محل حادثه، ارائه دهندگان و پیراپزشکان فوریت‌های پزشکی باید بیماران آسیب دیده را به سرعت تشخیص دهند، اقدامات لازم را انجام دهند و بیمار را به بیمارستان مناسب منتقل کنند(۳).

یکی از ناامنی‌های شغلی، خشونت در محیط کار می‌باشد که علیه پرسنل درمانی وجود دارد(۴). خشونت فیزیکی، اولین شکل خشونت است که توسط فرد و یا افراد و یا گروه سازماندهی شده که خود را محق به اعمال خشونت برای وادار کردن فرد و یا افراد و یا گاه کل جامعه می‌دانند تا آنچه را که خواستگاه آنان است بدون مقاومت به اجرا درآید و شامل هر گونه تماس فیزیکی ناخوشایند می‌باشد. خشونت کلامی، علیه فرد یا افراد و یا گروه و سازمان و یا در گستره‌های وسیع‌تر عبارت است از بکار بردن لغات و اصطلاحات خشن و ناروا و یا برچسب زنی‌های بی‌پایه و ادبیات سخیف و فحاشی است که منجر به خرد کردن شخصیت فرد و یا درهم شکستن اعتماد بنفس و ایجاد شک و تردید و در نهایت ناتوانی در رویارویی با واقعیت و بیان واقعیت بکار گرفته می‌شوند. خشونت فرهنگی، ابعاد گسترده و عمیق دارد و شاید بتوان گفت که زیر بنای همه اشکال دیگر خشونت است. خشونت‌های فرهنگی در قالب سنت و باورهای مذهبی، اشکال جا افتاده و پذیرفته شده رفتارهای اجتماعی در درون خانواده واجتماع و درک و کاربرد آن‌هادر نهادهای آموزشی و سیاست گذاری است(۵). پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی به دلیل حضور در صحنه‌های بحرانی، تعامل مستقیم با بیماران و همراهان آن‌ها و شرایط استرس‌زای محیط کاری، بیش از سایر گروه‌های درمانی در معرض خشونت قرار دارند. بنابراین خشونت علیه پرسنل اورژانس به یکی از چالش‌های جدی نظام سلامت در سراسر جهان تبدیل شده است(۶). وجود خشونت در محیط کاری پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی یکی از دغدغه‌های پیش روی این قشر قرار دارد. اورژانس پیش بیمارستانی با محیط‌های پرتنشی چون اماکن مملو از مجروح، بیماران بد حال و صحنه‌های دردناک روبرو هستند که شرایط انجام کار در آن بسیار سخت می‌باشد(۷). در این بین وجود رفتارهای خشن و تهاجمی در بیماران یا همراهان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

آن‌هاکارکنان اورژانس پیش بیمارستانی را به چالش می‌کشد و محرک‌های استرس زا برای کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی قابل اجتناب نیست(۸).

نتایج پژوهش Petza و همکاران(۲۰۱۱) نشان داد که ۶۶ درصد از پرسنل آمبولانس در سوئد در طول کار خود تهدید و یا خشونت را تجربه کرده‌اند و ۲۶درصد آنان تهدید کلامی و ۱۶درصد آنان با خشونت فیزیکی روبرو بوده‌اند. خشونت فیزیکی معمولاً به صورت فشار، مشت و ضربات لگد بوده است و در بیشتر موارد، ضارب خود بیمار بوده که اغلب تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر قرار داشته است. یک مطالعه آمریکایی نیز نشان داد که در طی یک دوره ۱۲ ماهه، حدود ۷۵درصد از پزشکان تهدید شده‌اند و ۳۰درصد نیز با نوعی خشونت جسمی روبرو بوده‌اند (۹). پژوهش رحمانی و همکاران(۱۳۸۸) نیز برای بررس خشونت محل کار فوریت‌های پزشکی انجام گرفت و نتایج نشان داد، بیشترین واکنش پاسخگویان به خشونت محل کار دعوت کردن مهاجم به آرامش بوده است(۵۲/۹ درصد) و مهم‌ترین دلیل برای عدم واکنش علیه خشونت را بیهوده بودن موارد خشونت(۳۴/۱ درصد) ذکر کرده‌اند(۱۰).

علی‌رغم شیوع بالای خشونت علیه پرسنل بهداشتی و درمانی، آمار جامعی از این مشکل در ایران در دسترس نیست. نگرش عمیق و جامعی وجود دارد که فقط از دیدگاه بیمار به مساله خشونت نگاه می‌شود، این دیدگاه یک سویه بر حقوق پرسنل پزشکی در بین مردم شکل گرفته است. اما این حق باید برای کلیه انسان‌ها از جمله پرسنل، بیمار و همراهان بیمار وجود داشته باشد که بتوانند بدون مواجهه با خشونت، در محیط با دیگران ارتباط برقرار کنند و در صورت وقوع رفتار خشونت‌آمیز، اقدامات قانونی انجام دهند(۱۱). خشونت علیه پرسنل پزشکی عوارض متعددی دارد. از جمله اضطراب، افسردگی، فرسودگی شغلی و کاهش بهره‌وری شغلی. همچنین احساس ناامنی و کاهش رضایت شغلی می‌تواند منجر به افزایش تمایل به ترک شغل شود(۱۲). تهدیدهای کلامی و خشونت جسمی می‌تواند منجر به از دست دادن روزهای کاری، محدودیت فعالیت یا کار، از بین رفتن اموال، خاتمه اشتغال، تغییر شغل، درمان طبی یا حتی مرگ شود(۱۳). علاوه بر ترومای آنی ناشی از خشونت، تعدد دفعات مواجه شدن با پرخاشگری در محل کار می‌تواند تأثیر تجمعی روی قربانی بگذارد به این صورت که هر قدر دفعات و شدت واقعه بیشتر باشد احتمال آسیب‌های روانی عمده بیشتر است و بنابراین هزینه‌های زیادی در رابطه با خشونت به سیستم‌های بهداشتی تحمیل می‌شود ضمناً چون خشونت اغلب منجر به آزردگی(دیسترس) در پرسنل می‌شود ممکن است اثر نامطلوبی بر کیفیت مراقبت از بیمار نیز بگذارد(۱۴). پژوهش MónicaBernaldo-De-Quirós و همکاران(۲۰۱۵)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

نشان داد پیامدهای روانشناختی قرار گرفتن در معرض خشونت در محل کار برای پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی درصد قابل توجهی اضطراب، خستگی عاطفی و سندرم فرسودگی شغلی را به همراه دارد و فراوانی خشونت کلامی به فرسودگی عاطفی منجر می‌شود و همچنین خشونت و پرخاشگری جسمی به اضطراب زیاد منجر می‌گردد و تکرار پرخاشگری کلامی با فرسودگی شغلی در پرسنل ارتباط نزدیکی دارد(۱۵).

بنابراین امروزه توجه به سلامت کارکنان حرفه پزشکی اهمیت فراوانی پیدا کرده است. با توجه به این نکته که سلامت این افراد ارتباط تنگاتنگی با امنیت و سلامتی انسان‌ها دارند، مشکلات آنان بخش مهمی از نگرانی های دولت، دستندرکاران حوزه مراقبت، سلامت و جامعه را تشکیل می‌دهد. افراد حرفه پیش بیمارستانی صرفنظر از هر نوع موقعیت و یا نوع سازمانی که در آن کار می‌کنند، شغل خود را در شرایط سخت، غیرقابل پیشبینی و متغیر انجام دهند. آن‌هاممکن است ساعت‌های طولانی در شرایطی با محدودیت اطلاعات، نیروهای کمکی، نظارت و منابع جهت انجام مأموریت خودکار کنند. آن‌هادر دوره کار خود ممکن است در معرض خطراتی مانند ارگانیسم‌های عفونی، استرس عاطفی، خستگی، خشونت فیزیکی، آسیب شغلی، تصادفات، اقدامات انضباطی و مسئولیتی قرار گیرند(۱۶) بنابراین سلامت آنان دارای اهمیت فراوانی است. پژوهش مشتاق عشق و همکاران(۱۳۹۵) نشان داد که ۲۳/۸ درصد از کارکنان عملیاتی اورژانس دارای سلامت عمومی پایین و ۵۱/۳ درصد متوسط و ۲۴/۹ درصد سلامت عمومی خوبی داشتند(۱۷). ماهیت چرخشی شیفت‌های کاری تکنیسین‌های اورژانس فرصت کمی را به تطبیق پذیری برای الگوهای خواب می‌دهد که می‌تواند منجر به عدم سلامت شود(۱۸). اختلالات شیفت شبانه روزی باعث خستگی، اختلال خواب، شکایات روده‌ای معده‌ای (گاستروآنتریت) و عملکرد ضعیف بدن می‌شود. سرویس‌های پزشکی اورژانس(که توسط تکنیسن های اورژانس) ارائه می‌شود اثرات مخربی نظیر خستگی و کاهش کیفیت خواب بر سلامت دارد به طوری که میزان اختلال سلامت در یک مطالعه که بر روی تکنیسین‌های اورژانس تهران انجام شد ۴۳/۷ درصد بود(۱۹). پرسنل آمبولانس معمولاً با بیماران و بستگان نزدیک بیمار تنها هستند و این امر باعث می‌شود که پرسنل آمبولانس به راحتی طعمه تهدید و خشونت قرار گیرند(۹) و چون تهدیدها و خشونت‌ها بر سلامتی پرسنل آمبولانس تأثیر منفی می‌گذارند و همچنین چون سلامت عمومی انسان با کمیت و کیفیت خواب او در ارتباط است و بی‌خوابی شبانه می‌تواند احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب را افزایش داده و توانایی مقابله با تنش‌های روزمره کم می‌شود و در چنین شرایطی فرد به

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

آسانی برانگیخته شده و عصبانی می‌شود(۲۰) بنابراین باید برای کاهش خطر خشونت در محیط کار و سلامت عمومی پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی اقدامات پیشگیرانه مناسبی باید انجام شود و بررسی عوامل روانشناختی در این کارکنان بیشتر نمود می‌یابد و یکی از سازه‌های روان شناسی مثبت که احساس بهزیستی را در افراد تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت روان را ارتقا می‌دهد، تاب آوری است.

تاب آوری به این مسئله می‌پردازد که فرد علیرغم قرارگرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود داده و بر مشکلات غلبه کند(۲۱). تاب آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلایا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن بوسیله آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد. ورنر و اسمیت تاب آوری را سازو کار ذاتی خود اصلاح گری بشر می‌دانند و می‌گویند آن‌هاکه تاب‌آور هستند، انعطاف پذیرتر هستند. برخی فاکتورهایی که تاب‌آوری را تقویت می‌کنند متمرکز در درون فرد است، مثل طبیعت و سرشت هر شخص، شخصیت و راهبردهای سازگاری از قبیل جنسیت، سن بیشتر و تحصیلات بالاتر و عواملی نیز بافتی اجتماعی‌اند مثل روابط حمایتگر و دسترسی به پیوندهای اجتماعی و در نهایت می‌توان اظهار داشت که تاب آوری سازه‌ای است که قابل آموزش است(۲۲). هال و همکارانش(۲۰۱۸) بیان می‌دارند نیاز به این مسئله احساس می‌شود که افراد مهارت‌هایی را بیاموزند که هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های استرس زا به شیوه‌ی تاب‌آورانه تری تفکر و سپس عمل کنند. از این رو، مداخله‌هایی که هدفشان تحت تأثیر قراردادن فرآیندهای فکری است، می‌توانند گام مهمی در ایجاد مهارت‌ها و توانایی های مربوط به تاب آوری باشند(۹) و همچنین پژوهش‌های دیگری زمینه ارتباط تاب‌آوری با افزایش سلامت روان و رضایتمندی را نشان دادند(۲۳). در پژوهش نظام الدینی و همکاران(۱۳۹۳) در مورد بررسی ارتباط نوبت کاری با سلامت عمومی و کیفیت خواب در بین پرسنل صورت گرفت. مطالعه یک پژوهش مقطعی بود که بر روی ۲۳۰ نفر از کارکنان شیفتی و ثابت کار انجام پذیرفت. نتایج حاصل از مقایسه بین دو گروه نوبت کار و گروه ثابت کار نشان داد که بین میانگین نمرات سلامت روان و کیفیت خواب بین دو گروه، ارتباط معنی داری وجود دارد و این اختلاف در پرسنل نوبت کاری بیشتر است. نتایج نشان داد که پرسنل شیفتی در مقایسه با پرسنل ثابت کار دارای اختلال خواب و خستگی بیشتری بودند. در مقایسه بین شیفت کارها و روز کارها اضطراب و سلامت روان به طور معناداری بالاتر بود(۲۴).

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پرسنل فوریت‌های پزشکی پیش‌بیمارستانی، به عنوان نخستین پاسخ‌دهندگان در صحنه‌های اورژانسی، نقش کلیدی در حفظ حیات بیماران ایفا می‌کنند. با این حال، این افراد اغلب در معرض انواع مختلف خشونت از سوی بیماران، همراهان آنان یا حتی رهگذران قرار دارند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که شیوع خشونت علیه این پرسنل به طرز نگران‌کننده‌ای بالاست، به‌گونه‌ای که بیش از ۶۰ درصد کارکنان فوریت‌های پزشکی حداقل یک بار خشونت را در حین انجام وظیفه تجربه کرده‌اند(۲۵). این خشونت‌ها نه‌تنها سلامت روانی و جسمی پرسنل را تهدید می‌کند بلکه موجب کاهش تاب‌آوری و کاهش کیفیت مراقبت از بیماران می‌شود(۲۶). عدم آموزش عمومی درباره وظایف پرسنل اورژانس، انتظارات غیرواقع‌بینانه بیماران و ضعف در ساختارهای قانونی حمایت‌کننده، از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز خشونت علیه این قشر است(۲۵). برای کاهش این پدیده، اجرای برنامه‌های پیشگیری از خشونت، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به پرسنل و اصلاح سیاست‌های حمایتی در سطح ملی ضروری به نظر می‌رسد(۲۶). با توجه به اهمیت خشونت علیه پرسنل پیش بیمارستانی و ارتباط آن با سلامت و تاب آوری و با توجه به اینکه تاکنون در پرسنل استان کردستان بررسی نشده است این پژوهش بر آن است میزان شیوع خشونت در استان کردستان و همچنین سلامت عمومی و تاب آوری را بررسی نماید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش مشاهده‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه مورد مطالعه کلیه پرسنل پیش بیمارستانی در استان کردستان (سنندج – سقز- مریوان- دیواندره- بیجار- سروآباد- قروه- کلاترزان- بانه- کامیاران-دهگلان) است. معیارهای ورود شامل کار در اورژانس پیش بیمارستانی(واحدهای شهری- بین جاده‌ای) و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش می‌باشد و معیار خروج عدم تمایل در پژوهش می‌باشد. براساس نتایج مطالعات قبلی(۱)، با فرض p= ٪ ۶۶/۷ ،d= ٪ ۶/۵ و سطح اطمینان ۹۵ درصد(z=۱/۹۶) بر مبنای فرمول زیر حجم نمونه ۲۱۰ نفر می‌شود که برای افزایش دقت ۲۳۰ نفرمورد بررسی قرار می‌گیرند. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده می‌باشد که با در دست داشتن لیست کارکنان اورژانس و جدول اعداد تصادفی از بین آن‌هابطور تصادفی ۲۳۰ نفر انتخاب خواهند شد.

$$n=\frac{z^{2}_{(1-\frac{\alpha}{2})}P(1-P)}{d^{2}}$$

کلیه شهرستان‌های استان کردستان مورد مطالعه قرار گرفته و از پایگاه‌های شهری و جاده‌ای به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند و نمونه مورد مطالعه پرسشنامه‌های سلامت عمومی، خشونت و تاب آوری را تکمیل نمودند. در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

پرسشنامه سلامت عمومی: پرسشنامه سلامت عمومی گلد برگ [1] اولین بار در سال ۱۹۷۲ منتشر شد و هدف آن تمایز بین افراد سالم و بیمار است. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال و دارای فرم‌های کوتاه متعددی است. در این پژوهش فرم ۱۲ سوالی مورد استفاده قرار گرفت. این فرم دارای ۵ سوال با بار مثبت و ۷ سوال با بار منفی است. نمره کمتر در این مقیاس، سلامت روان بهتر را نشان می دهد(۲۸). بذرافکن و همکاران، ضریب پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد به دست آورده‌اند و در پژوهش نظام الدینی و همکاران(۱۳۹۳) پایایی پرسش نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۸۲ به دست آمده است(۲۴).

پرسشنامه تاب آوری: این ابزار در ابتدا توسط کانر و دیویدسون طراحی شد و از ۲۵ گویه مدرج ۵ گزینه از هرگز تا همیشه تشکیل شده است(۲۸). کمبل- سیلس و همکاران، مقیاس اولیه تاب آوری را با انتخاب ۱۰ گویه از میان ۲۵ گویه آن را بر روی نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی نمودند(۲۹) و روایی سازه مقیاس جدید تاب آوری براساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ده سؤال بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد بارگذاری شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای اینمقیاس است(۳۰).

پرسشنامه خشونت علیه پرسنل: این پرسشنامه انواع تجربه خشونت شامل خشونت فیزیکی، کلامی و فرهنگی را مورد بررسی قرار می‌دهد. وجود خشونت، فراوانی خشونت، فرد مهاجم و محل آن و همچنین واکنش پرسنل نسبت به آن و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرا می‌گیرد. روایی پرسشنامه با روش تحلیل محتوا تعیین شده است و روایی و پایایی آن در پژوهش رحمانی و همکاران(۱۳۸۸) انجام گردیده و ضریب همبستگی دو بار انجام مطالعه ۰/۸۱ محاسبه شده است(۱۰).

جهت اهداف توصیفی از آماره توصیفی(میانگین، انحراف معیار و درصد فراوانی) و برای فرضیات تحقیق با توجه به نوع توزیع داده‌های کمی از آزمون‌های پارامتریک مانند: آنالیزواریانس، T.test و ضریب همبستگی پیرسون و از آزمون‌های ناپارامتریک معادل شد. جهت متغیرهای کیفی یا گروهبندی شده از آزمون کای اسکوئر استفاده خواهد شد. نرم افزار مورد استفاده SPSS-23 می‌باشد.

یافته ها

نتایج نشان داد؛ میانگین سن جامعه مورد مطالعه۳۳±۳۱ سال از حداقل ۲۱ تا حداکثر ۵۰ سال بوده است. در مورد سابقه کار میانگین و انحراف معیار۱/۸±۸/۵ سال از حداقل ۱ تا حداکثر ۲۳ سال بود. سایر نتایج در جداول زیر ارایه شده‌اند.

1 General Health Questionnaire (GHQ)

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی ویژگی دموگرافیک جامعه مورد بررسی

ویژگی	فراوانی	درصد نسبی
وضعیت تأهّل مجرد		
متأهّل	۸۹	۳۸/۷
	۱۳۸	۶۱/۳
تحصیلات		
دیپلم	۳	۱/۳
فوق دیپلم	۲۲۰	۹۵/۶
فوق لیسانس	۷	۳/۱

جدول شماره ۲: میانگین نمره سلامت عمومی و تاب آوری در جمعیت مورد مطالعه

متغییر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سلامت عمومی	۴/۸۵	۲/۵۸	۰	۱۲
تاب آوری	۷۳/۷۷	۱۲/۰۴	۳۹	۹۹

جدول بالا نشان می‌دهد از نظر سلامت عمومی نمره میانگین ۴/۸۵ از میانگین موردانتظار ۶ کمتر است و نمونه‌های مورد مطالعه از سلامت عمومی نسبتاً مناسبی برخوردار بوده‌اند و از نظر تاب‌آوری هم میانگین بدست آمده ۷۷/۷۳ از میانگین مورد انتظار ۵۰ بیشتر است در نتیجه از این نظر نیز در کل جمعیت مورد مطالعه از نظر تاب‌آوری وضعیت مناسبی دارند.

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی انواع خشونت در جمعیت مورد بررسی

انواع خشونت	وضعیت	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
فیزیکی	آری	۴۴	۱۹/۱
	خیر	۱۸۴	۸۰/۰
	بدون پاسخ	۲	۰/۹
کلامی	آری	۱۴۴	۶۲/۶
	خیر	۸۰	۳۴/۸
	بدون پاسخ	۶	۲/۶
فرهنگی	آری	۹۸	۴۲/۶
	خیر	۱۲۴	۵۳/۹
	بدون پاسخ	۸	۳/۵

جدول بالا نشان می‌دهد؛ از نظر تجربه خشونت فیزیکی ۴۴ نفر(۱۹/۱ درصد) پاسخ آری داده‌اند و ۱۸۴ نفر(۸۰ درصد) مورد خشونت قرار نگرفته‌اند و از نظر خشونت کلامی ۱۴۴ نفر(۶۲/۶درصد) مورد خشونت قرار گرفته‌اند و در مورد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

خشونت فرهنگی ۹۸ نفر(۴۲/۶ درصد) تجربه خشونت فرهنگی داشته اند.

جدول شماره ۴: فراوانی تعداد موارد خشونت و درصد نسبی آن

تعداد خشونت	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
کمتر از ۵	۱۸۰	۷۸/۳
۵ تا ۱۰ مورد	۱۴	۶/۱
بیشتر از ۱۰ مورد	۱	۰/۴
بدون پاسخ	۳۵	۱۵/۲
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول شماره ۵: فراوانی انواع خشونت فیزیکی از دیدگاه جامعه مورد بررسی

انواع خشونت	فراوانی	درصد نسبی
هل دادن	۵۶	۲۴/۳
مشت زدن	۱۲	۵/۲
لگد زدن	۴	۱/۷
برخورد با اشیا	۵	۲/۲
گرفتن	۳	۱/۳
سایر موارد	۱۰۲	۴۴/۳
بدون پاسخ	۴۸	۲۰/۹
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می دهد بعد از سایر موارد هل دادن بیشترین

فراوانی را در انجام خشونت داشته است و کمترین آن گرفتن

بوده است.

جدول شماره ۶: فراوانی محل رخ دادن خشونت فیزیکی

محل خشونت	فراوانی	درصد نسبی
در محل حادثه	۱۱۲	۴۸/۷
داخل آمبولانس	۱۶	۷/۰
منزل بیمار	۱۷	۷/۳
داخل بیمارستان	۱۴	۶/۱
بدون پاسخ	۷۱	۳۰/۹
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می دهد بیشترین محل رخ دادن خشونت در

محل حادثه بوده و کمترین آن در بیمارستان بوده است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول۷ شماره: فراوانی ویژگی های مهاجم در جامعه مورد مطالعه

ویژگی مهاجم	فراوانی	درصد نسبی
همکاران	۶	۲/۶
بیمار	۱۸	۷/۸
حاضرین در صحنه	۵۸	۲۵/۲
خانواده بیمار	۷۴	۳۲/۲
سایر پرسنل	۴	۱/۷
بدون پاسخ	۷۰	۳۰/۴
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می دهد خانواده بیمار با۳۲/۲ درصد بیشترین خشونت را نسبت به کادر درمان انجام داده‌اند و کمترین مربوط به سایر پرسنل بوده است.

جدول شماره ۸: فراوانی تعداد دفعات خشونت کلامی از دیدگاه جامعه مورد بررسی

تعداد خشونت	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
کمتر از ۵ مورد	۱۴۰	۶۰/۹
۵ تا ۱۰ مورد	۴۰	۱۷/۴
بیشتر از ۱۰ مورد	۲۰	۸/۷
بدون پاسخ	۳۰	۱۳/۰
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می‌دهد اغلب شرکت کنندگان در پژوهش تجربه خشونت کلامی را کمتر از پنج بار گزارش کرده اند.

جدول شماره ۹: فراوانی ویژگی های مهاجم در خشونت کلامی

ویژگی مهاجم	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
همکاران	۱۰	۴/۳
بیمار	۱۸	۷/۸
حاضرین در صحنه	۷۳	۳۱/۷
خانواده بیمار	۸۲	۳۵/۷
بدون پاسخ	۴۳	۱۸/۷
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

جدول بالا نشان می‌دهد در مورد خشونت کلامی نیز خانواده بیمار بیشترین درصد را بخود اختصاص داده(۳۵/۷ درصد) و کمترین مربوط به همکاران بوده است.

جدول شماره ۱۰: فراوانی تعداد دفعات خشونت فرهنگی از دیدگاه جامعه مورد بررسی

تعداد خشونت	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
کمتر از ۵ مورد	۱۴۴	۶۲/۶
۵ تا ۱۰ مورد	۲۲	۹/۶
بیشتر از ۱۰ مورد	۱۲	۵/۲
بدون پاسخ	۵۲	۲۲/۶
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می‌دهد در خصوص خشونت کلامی هم بیشترین تعداد کمتر از ۵ مورد بوده است(۶۲/۶درصد)

جدول شماره ۱۱: فراوانی ویژگی مهاجم خشونت فرهنگی از دیدگاه جامعه مورد بررسی

همکاران	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
بیمار	۱۷	۷/۴
حاضرین در صحنه	۲۳	۱۰/۰
همکاران	۶۸	۲۹/۶
خانواده بیمار	۴۲	۱۸/۳
سایر پرسنل	۷	۳/۰
بدون پاسخ	۷۳	۳۱/۷
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می‌دهد در مورد خشونت کلامی حاضرین در صحنه بیشترین خشونت کلامی را ابراز داشته‌اند(۲۹/۶ درصد) و کمترین مربوط به سایر پرسنل بوده است.

جدول شماره ۱۲: فراوانی علل اصلی خشونت در محل کار از دیدگاه جمعیت مورد مطالعه

تعداد خشونت	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
کمبود آگاهی مردم درباره وظایف پرسنل فوریت پزشکی	۱۲۲	۵۳/۰
تاخیر در رسیدن آمبولانس	۳۴	۱۴/۸
مرگ بیمار	۱	۰/۴
کمبود تعداد پرسنل	۱۰	۴/۳
مصرف الکل یا داروهای روان گردان توسط بیمار	۷	۳/۰
نداشتن برنامه پیشگیری	۱۶	۷/۰

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

کمبود تجهیزات ایمنی	۷	۳/۰
کمبود نیروی انسانی کارآزموده جهت پشتبانی	۹	۳/۹
فقدان برنامه بازآموزی مستمر	۵	۲/۲
سایر موارد	۱۳	۵/۷
بدون پاسخ	۶	۲/۶
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می‌دهد شایع‌ترین علت خشونت از دیدگاه پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی، کمبود آگاهی مردم است.

جدول شماره ۱۳: فراوانی دلایل جمعیت مورد مطالعه برای بروز واکنش یا عدم واکنش

دلایل	فراوانی(نفر)	درصد نسبی
بی‌فایده بودن پیگیری	۸۰	۳۴/۸
خشونت در کار ما امری طبیعی است	۹۳	۴۰/۴
نمی‌دانستم به کجا گزارش کنم	۲۱	۹/۱
عدم آموزش	۱	۰/۴
بدون پاسخ	۳۵	۱۵/۳
جمع	۲۳۰	۱۰۰/۰

جدول بالا نشان می‌دهد از نظر جمعیت مورد مطالعه طبیعی بودن خشونت با ۴۰/۴ درصد بیشترین عاملی بوده که واکنشی در مورد خشونت توسط کادر درمان ابراز نشود و عدم آموزش کمترین علت بوده است.

جدول شماره ۱۴: میزان همبستگی بین سن، سابقه کار با سلامت عمومی و تاب آوری

متغیرها		سن	سابقه کار	ساعات کار
سلامت عمومی	r	۰/۰۴۹	۰/۰۵۹	۰/۰۱۱
	p	۰/۴۷۲	۰/۳۷۸	۰/۸۸۰
تاب آوری	r	۰/۰۶۴	۰/۰۷۶	۰/۰۴۲
	p	۰/۳۴۱	۰/۲۵۲	۰/۵۴۷

جدول بالا نشان می‌دهد بین سن، سابقه کار و ساعات کار با سلامت عمومی و تاب آوری همبستگی معناداری وجود ندارد($p<۰/۰۵$).

جدول شماره ۱۵: رابطه سلامت عمومی و تاب آوری با سطح تحصیلات در جمعیت مورد مطالعه

سطح تحصیلات	سلامت عمومی				تاب آوری			
	میانگین رتبه ها	میانگین	Z	P	میانگین رتبه ها	میانگین	Z	P

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

فوق دیپلم	۱۱۵/۵	۴/۹۱	۱/۲۹	۰/۱۹۶	۱۱۵/۲۴	۷۳/۹۳	۰/۹۶۲	۰/۳۴۱
فوق لیسانس	۸۳/۲۱	۳/۵۷			۹۱/۱۴	۷۰/۱۴		

جدول بالا نشان می‌دهد با افزایش سلامت عمومی تاب آوری هم بیشتر بوده است. در خصوص نیاز آموزشی به مدیریت خشم ۱۳۶ نفر(۵۹/۱ درصد)پاسخ آری و ۹۴ نفر(۴۰/۹) پاسخ خیر داده‌اند. همچنین ۵۵ نفر(۲۳/۹ درصد) وجود دستور العمل در محل کار برای پیشگیری از خشونت را تأیید کردند و ۱۷۵ نفر(۷۶/۱ درصد) رد کردند.

بحث

در پژوهش فوق که در استان کردستان اجرا شد پرسنل پیش بیمارستانی ۶۲/۶ درصد تجربه خشونت کلامی، ۴۶/۲ درصد تجربه خشونت فرهنگی و۱۹/۱درصد تجربه خشونت فیزیکی داشته اند. در حالی که نتایج پژوهش پی‌تزا و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که ۶۶ درصد از پرسنل آمبولانس در سوئد در طول کار خود تهدید و یا خشونت را تجربه کرده‌اند و ۲۶درصد آنان تهدید کلامی و ۱۶درصد آنان با خشونت فیزیکی روبرو بوده‌اند خشونت فیزیکی معمولا به صورت فشار، مشت، ضربات لگن و نیش بوده است و در بیشتر موارد، مرتکب خود بیمار بود که اغلب تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر قرار داشته است(۹). در پژوهش حاضر بیشترین درصد خشونت همراهان بیمار بوده است نه خود بیمار. Berger (۲۰۰۶) گزارش کرد که بیش از ۸۰ درصد پرسنل در معرض انواع پرخاشگری کلامی بودند (۱۹). در پژوهش حاضر در مورد خشونت کلامی نیز خانواده بیمار بیشترین درصد را بخود اختصاص داده(۳۵/۷درصد) و کمترین مربوط به همکاران بوده است. در خصوص خشونت کلامی هم بیشترین تعداد به حاضرین در صحنه بیشترین خشونت کلامی را ابراز داشته‌اند(۲۹/۶درصد) و کمترین مربوط به سایر پرسنل بوده است. در پژوهش مقامی و همکاران(۱۳۹۳) در بررسی خشونت کلامی در محل کار علیه کارکنان فوریت‌های پزشکی صورت گرفت و نتایج نشان داد که در ۱۲ ماه گذشته ۷/۶۶ درصد پرسنل حداقل یکی از خشونت‌های کلامی را تجربه کرده بودند و به تفکیک ۶۵/۳ درصد خشونت روانی و ۱/۲۰ درصد نیز خشونت فرهنگی یا نژادی را تجربه کرده بودند. بین خشونت اعمال شده با جنسیت مرد بیماران رابطه معنا داری وجود داشت($p=۰/۰۰۲$) و شایع‌ترین علت خشونت از نظر پرسنل کمبود آگاهی مردم نسبت به وظایف فوریت‌های پزشکی بود. شایع‌ترین واکنش در مقابل خشونت، دعوت کردن مهاجم به آرامش بود(۴). در پژوهش حاضر در خصوص علل خشونت در محل کار کمبود آگاهی مردم با ۵۳ درصد بیشترین علت بوده و مرگ بیمار کمترین علت بوده است که با پژوهش مقامی همسو است. از نظر جمعیت مورد

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

مطالعه طبیعی بودن خشونت با ۴۰/۴ درصد بیشترین عاملی بوده که واکنشی در مورد خشونت توسط کادر درمان ابراز نشود و عدم آموزش کمترین علت بوده است و همین مسئله لزوم آگاه سازی مردم نسبت به وظایف پرسنل و وجود قوانین مشخص در موارد خشونت علیه پرسنل را آشکار می‌سازد. در پژوهش نظام الدینی و همکاران(۱۳۹۳) میزان میانگین سلامت روان ۲۵/۱۶ در پرسنل شیفتی و ۱۹/۹۱ در پرسنل ثابت بود و نتایج حاصل از مقایسه بین دو گروه نوبت کار و گروه ثابت کار نشان داد که بین میانگین نمرات سلامت روان و کیفیت خواب بین دو گروه، ارتباط معنی داری وجود دارد و این اختلاف در پرسنل نوبت کاری بیشتر است. نتایج پژوهش نظام الدینی نشان داد که پرسنل شیفتی در مقایسه با پرسنل ثابت کار دارای اختلال خواب و خستگی بیشتری بودند. در مقایسه بین شیفت کارها و روز کارها اضطراب و سلامت روان به طور معنادارای بالاتر بود(۲۴). در پژوهش حاضر از نظر سلامت عمومی نمره میانگین ۴/۸۵ بدست آمد و نمونه های مورد مطالعه از سلامت عمومی نسبتا مناسبی برخوردار بوده‌اند و از نظر تاب‌آوری هم میانگین بدست آمده ۷۷/۷۳ بدست آمد که از میانگین نقطه برش ۵۰ بیشتر است در نتیجه از این نظر نیز در کل جمعیت مورد مطالعه از نظر تاب‌آوری وضعیت مناسبی دارند. در پژوهش حاضر میزان سلامت عمومی بیشتر بوده و بر عکس پژوهش نظام الدینی ارتباط سلامت روان و تاب‌آوری در شیفت شب و روز مقایسه نشده است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این مورد مورد بررسی قرار گیرد. پژوهش رحمانی و همکاران(۱۳۸۸) در بررس خشونت محل کار فوریت‌های پزشکی نتایج نشان داد، بیشترین واکنش پاسخگویان به خشونت محل کار دعوت کردن مهاجم به آرامش بوده است(۵۲/۹ درصد) و مهم‌ترین دلیل برای واکنش علیه خشونت بیهوده بودن موارد خشونت (۳۴/۱درصد) ذکر شده است(۱۰). در پژوهش حاضر نیز ۳۴/۸ درصد بی‌فایده بودن پیگیری خشونت و ۴۰/۴ درصد طبیعی بودن خشونت را در کار خود ذکر کرده‌اند. پژوهش مشتاق عشق و همکاران(۱۳۹۵) نشان داد که ۲۳/۸ درصد از کارکنان عملیاتی اورژانس دارای سلامت عمومی پایین و۵۱/۳ درصد متوسط و ۹/۲۴ درصد سلامت عمومی خوبی داشتند(۱۷). در پژوهش حاضرسلامت عمومی پرسنل ۴/۸۵ بدست آمد و بین سلامت عمومی و تاب‌آوری ارتباط معنی داری مشاهده گردید بطوریکه با افزایش سلامت عمومی تاب‌آوری هم بیشتر بوده است. در پژوهش بین‌المللی که توسط Bentley و همکاران(۲۰۲۳) انجام گرفت، مشخص شد که کارکنان پیش بیمارستانی در ایالات متحده نیز به میزان زیادی با خشونت فیزیکی و کلامی مواجه‌اند و این تجربه با افزایش سطح فرسودگی شغلی و کاهش تاب‌آوری در آن‌ها همراه بوده است(۳۱). این مطالعه و پژوهش‌های ذکر شده تأکید می‌کند

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

که نبود حمایت سازمانی و ضعف قوانین حمایتی، عدم آموزش عمومی در مورد وظایف پرسنل از عوامل اصلی خشونت در پرسنل پیش بیمارستانی است. همچنین در خصوص نیاز به آموزش مدیریت خشم پرسنل۵۹/۱ درصد پاسخ آری و ۹/۴۰ درصد پاسخ خیر داده‌اند.

نتیجه گیری

پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی خشونت کلامی زیادی را تجربه می‌کنند و علت آن را ناآگاهی مردم نسبت به وظایف خود بیان کرده‌اند. بین سن، تحصیلات، سابقه کار، ساعات کار و تعداد مأموریت با سلامت عمومی و تاب‌آوری همبستگی معناداری وجود نداشت اما بین تاب‌آوری و سلامت عمومی همبستگی معنادار وجود دارد. اجرای برنامه‌های حمایتی نظیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، حمایت روان‌شناختی بعد از مأموریت‌های پرتنش، تدوین دستورالعمل‌های قانونی در حمایت از پرسنل و آموزش عمومی به شهروندان از جمله راهکارهای پیشنهادی برای کاهش آثار خشونت و بهبود سلامت و تاب‌آوری کارکنان اورژانس پیش بیمارستانی می‌باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با کد اخلاق IR. MUK. REC.1402.042 می‌باشد. با تشکر از دانشگاه علوم پزشکی کردستان، مدیریت و کلیه پرسنل اورژانس پیش بیمارستانی که در اجرای پژوهش ما را یاری کردند. امید است که نتایج پژوهش در فراهم کردن تدابیر لازم برای کاهش خشونت علیه نیروهای پیش بیمارستانی مؤثر واقع شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچگونه تعارض منافعی جهت چاپ مقاله وجود ندارد.

References

1. Ariès P, Montelescaut E, Pessey F, Danguy des Déserts M, Giacardi C. Pre-hospital emergency medicine. The Lancet. 2016;386(10012): 2526-34.
2. Dadashzadeh A , Rahmani A , yavary H. the severity of emergency operation related stressors in the medical emergency technicians in east azerbaijan province. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2015;13(4): 311-9. [persion]
3. Gholipour C, Vahdati SS, Notash M, Miri SH, Ghafouri RR. Success Rate of Pre-hospital Emergency Medical Service Personnel in Implementing Pre Hospital Trauma Life Support Guidelines on Traffic Accident Victims. Turk J Emerg Med. 2014;14(2): 71-4.
4. Maghami M, Aghababaeian HR, Bosak S. Evaluation of verbal violence against emergency medical personnel at work in 2014. Journal of Occupational Medicine. 2014;7(1): 32-40. [persion]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

5. Shafiee Ruhi. An analysis of the nature and types of violence (No. 1). Roshan Afghanistan Online University. https://www.afghanistan-uni.org. 2024/7/4
6. Najafi F, Azizi SM, & Jafari M. Workplace violence against emergency department staff: Causes, consequences, and preventive strategies. Journal of Emergency Nursing. 2024; 50(1): 15–22.
7. Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, Gonzalez JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. Int J Nurs Stud. 2008;45(3): 418-27.
8. Negahdari A, Jadid-Milani M , Alemohammad SN, Pishgooei ASH. The Relationship between Job Stress and Quality of Work Life among Pre-hospital Emergency Personnel in Shiraz, 2017. Iranian Journal of Nursing Research. 2019;13(6)): 49-53). [persion]
9. K. Petza¨ll RNT, J. Ta¨llberg RN, T. Lundin RN, Bjo¨rn-Ove Suserud. Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care International Emergency Nursing. 2011;19:5-11.
10. Rahmani A, Dadashzadeh A, Famous H, Akbari M. A, Allah Bakhshan A. Investigation of workplace violence against pre-hospital emergency personnel in East Azerbaijan province. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2009;15(2): 100-7. [persion]
11. Mozafari M, Tavan H. Survey of Violence Against Nursing in The Ilam Training Hospitals at 2012. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2012;21(2): 152-60. [persion]
12. Rahmani, R. , Ebrahimi, H. , & Ghaffari, M. The prevalence and impact of workplace violence against emergency medical staff in Iran: A cross-sectional study. Iranian Journal of Occupational Health.2025; 22(1): 33–41.
13. Senuzum Ergün F, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. International Nursing Review. 2005; 52(2): 154-160
14. Salimi J, Azazi Ardi L, Arbitration M. Violence against nursing staff in non-psychiatric emergency departments. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2006;12(4): 202-9. [Persian]
15. MónicaBernaldo-De-Quirós, Ana T. Piccini, M. MarGómez, Jose C. Cerdeira. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies. 2015;52(1): 260-70.
16. AliAbadi HE, Rajabi R , Asadi F. Burnout among emergency medical services (EMS) staff. Nursing Managemen 2016;5(384): 61-9. [Persian]
17. Moshtagh-Eshgh Z, Aghaeinejad A. A, Shahsavani A , koochaki G. M , Chehregosha M , Kalantari S , et al. An Assessment of General Health of Operational Staff of Pre-Hospital Emergency In Golestan Province. Journal of Health and Care. 2017;18(4): 359-67. [Persian]
18. Patterson PD, Suffoletto BP, Kupas DF, Weaver MD, Hostler D. Sleep quality and fatigue among prehospital providers. Prehospital Emergency Care. 2010;14(2): 187-93.
19. Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2006; 10(4): 465-71
۲۰. Khoshabeh, Sabzevari S, Gholam Hosseini Nejad, Ali Rezaei M. Comparison of physicians, nurses and patients 'views on the factors related to patients' sleep disorders. Health Promotion Management. 2013;2(2): 16-24. [Persian]
۲۱. Bahmani B, Javadi MB, Khalilzadeh N, Mehraban S. The effectiveness of training resiliency skills on soldier’s mental heath Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2018;5(4): 78-86. [Persian]
۲۲. Besarat M, Abbaspour Duplani i. The relationship between metacognitive strategies and creativity with resilience in students. New discoveries in psycologie. 2011: 110-22. [Persian]
۲۳. Samani s, Jokar B, Sahragard N. Resilience. mental health and life satisfaction iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2007;13(3): 290-5. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]

۲٤. Nezamodini ZS, Hoseyni P, Behzadi E, Latifi SM. Relationship between Shift Works with Sleep Disorders And Public Health in a Pipe Co. Journal of Safety Promotion and Injury Prevention. 2014;2(3): 189-95. [persion]
۲٥. Karimi H, Salimi M, & Ahmadi F. Workplace violence against pre-hospital emergency personnel: A cross-sectional study in Iranian EMS. Iranian Journal of Emergency Medicine. 2024; 12(2): 101-108.
۲٦. Rezaei, N. , & Mohammadi, R. The impact of workplace violence on general health and resilience in emergency medical technicians. Journal of Occupational Health and Safety. 2025; 29(1): 45-53.
۲۷. Madid S. Effect of night shift schedules on nurses working in a private hospital in South Africa. J Luella Univ Technol. 2003;58(3): 97-103.
۲۸. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2): 76-82.
۲۹. Compell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. J Trauma Stress. 2007;20(6): 1019-28.
۳۰. Mahnaz Keyhani, Davood Taghvaei, Abolfazl Rajabi, Borzoo Amirpour. internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female Students. Iranian Journal of Medical Education. 2014;14(10): 851-9. [persion]
۳۱. Bentley, M. A. , Levine, R. , & Anderson, R. Workplace violence against EMS responders in the United States: A cross-sectional survey of prevalence and predictors. Journal of Emergency Medical Services. 2023; 48(2): 78–86.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-17]