

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of violence against health care workers among agitated patients in an urban emergency department

Samuel A. Boes BS  | Jon B. Cole MD | Michael A. Puskarich MD, MSCR |
James R. Miner MD | Sarah K. S. Knack MD  | Matthew E. Prekker MD, MPH  |
Brian E. Driver MD 

شیوع خشونت علیه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در میان بیماران آژیته در یک بخش اورژانس شهری

دکتر زینب احمدی
عضو هیأت علمی گروه طب اورژانس
دانشگاه علوم پزشکی تهران

هدف مطالعه

- با استفاده از ناظران آموزش دیده که به صورت ۲۴ ساعته در بخش مراقبت های بالینی مستقر بودند، ما به دنبال توصیف و تعیین کمیت انواع رویدادهای خشونت آمیز مرتبط با بیماران بخش اورژانس دارای بیکراری بودیم.
- هدف از این تحقیق، ارائه تخمینی از شیوع اقدامات خشونت آمیز در بین بیماران آژیه در یک بخش اورژانس شهری و مقایسه این شیوع با رویدادهایی است که رسماً به بیمارستان گزارش شده اند، است.
- مطالعه در یک مرکز ترومای بزرگسالان و کودکان سطح یک در مینه سوتا انجام شده است.

اهمیت

- پرستارانی که مورد حمله فیزیکی قرار می گیرند، افزایش استرس مرتبط با کار و کاهش روحیه را گزارش می دهند.
- تجربه خشونت، فرسودگی شغلی را افزایش و رضایت شغلی را کاهش می دهد.
- خشونت در اورژانس همچنان کمتر از واقعیت گزارش می شود.
- آرتیتیشن حاد در بیش از ۲٪ از کل بیماران اورژانس بروز می کند.
- آرتیتیشن در یک طیف از اضطراب و بی قراری تا شواهد قابل مشاهده آرتیتیشن و پرخاشگری و خشونت آشکار وجود دارد.

طراحی مطالعه

- بخش اورژانس مورد مطالعه سالانه بیش از ۱۰۰،۰۰۰ ویزیت دارد که ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها مربوط به مسمومیت با الکل یا مواد مخدر است.
- بخش اورژانس مورد مطالعه دارای یک واحد اختصاصی است که ترجیحاً بیمارانی با کاهش هوشیاری با علت نامشخص یا آژیتیشن که تصور می‌شود ناشی از مسمومیت با مواد مخدر یا الکل باشد را درمان می‌کند. این واحد توسط همان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی سایر بخش‌های اورژانس اداره می‌شود. گاهی اوقات، در صورت پر بودن ظرفیت خدمات روانپزشکی حاد بخش اورژانس، بیماران دارای مشکلات روانپزشکی نیز ممکن است در اینجا ارزیابی شوند.
- نکته مهم این است که این واحد قرار است به عنوان یک واحد تحت نظر اورژانس معمولی عمل کند، نه یک مرکز سم‌زدایی. این یک واحد تخصصی نیست و بیمارانی که در اینجا تحت درمان قرار می‌گیرند، احتمالاً در میان جمعیت عمومی در سایر بخش‌های اورژانس مشابه درمان می‌شوند. بیماران ممکن است از طریق آمبولانس یا با اسکورت توسط نیروی انتظامی به واحد قفل‌دار برسند یا ممکن است از منطقه تریاژ اورژانس به آنجا منتقل شوند. پوشش و نسبت‌های پرستاری و پزشکی مشابه سایر بخش‌های اورژانس است و به هر بیمار در بدو ورود یک پزشک و پرستار رسمی اختصاص داده می‌شود و مانند بخش اورژانس عمومی از او مراقبت می‌شود.

انتخاب بیماران

اطلاعات در دو دوره جمع آور شده است. برای هر دو پروژ، پرسنل آموزش دیده به محض ورود هر بیمار به این واحد، به صورت ۲۴ ساعته در روز، وجود آرتیتیشن را بررسی کردند. علاوه بر این، بیماران در طول اقامتشان در این واحد به طور مداوم تحت نظر بودند تا مشخص شود که آیا بعداً دچار آرتیتیشن می شوند یا خیر. ما داده های دقیقی در مورد بیمارانی که معیارهای آرتیتیشن را داشتند، جمع آوری کردیم. این معیار به صورت امتیاز ۱+ یا بالاتر در مقیاس وضعیت روانی تغییر یافته (AMSS: Altered Mental Status)

Scale) یک مقیاس معتبر برای قضاوت در مورد سطح آرتیتیشن، تعریف می شود. هر بیماری که در زمان مواجهه با بیمار، در بازداشت بود، صرف نظر از آرتیتیشن، از جمع آوری داده ها حذف شد.

■ AMSS از ۴- (بدون واکنش) تا ۰ (عادی) تا ۴+ (بسیار خشن و ستیزه جو) متغیر است. امتیاز ۱+ AMSS به عنوان وجود اضطراب و آرتیتیشن با گفتار و بیان چهره طبیعی تعریف می شود. نمره ۱+ AMSS نشان دهنده سطح پایین آرتیتیشن است که اغلب در بخش اورژانس مشاهده می شود و معمولاً با گفتار تحت فشار و بی قراری مشخص می شود. نه پروژهای بهبود کیفیت و نه این تجزیه و تحلیل اطلاعات دقیقی در مورد بیماران بدون آرتیتیشن (نمرات AMSS از ۰ تا ۴-) ندارند.

روش اندازه گیری

■ کارکنان آموزش دیده‌ی بهبود کیفیت که با مراقبت از بیماران اورژانس مرتبط نبودند، اطلاعات دموگرافیک پایه را از تمام بیمارانی که به این بخش مراجعه می‌کردند، جمع‌آوری کردند. این کارکنان بهبود کیفیت به جز تعطیلات و استراحت‌های گاه‌به‌گاه در طول برنامه، ۲۴ ساعته و ۷ روز هفته در بخش اورژانس حضور دارند. همه کارکنان قبل از جمع‌آوری داده‌ها، آموزش‌های ویژه‌ی مطالعاتی را گذرانده‌اند که شامل راهنمایی در مورد شناسایی سوءاستفاده‌ی کلامی، تهدید به خشونت و اعمال خشونت‌آمیز بود. در موارد ابهام، کارکنان برای تصمیم‌گیری نهایی با سایر پرسنل تحقیقاتی و بالینی مشورت کردند. کارکنان از اهداف خاص مطالعه‌ی ما بی‌اطلاع بودند.

■ اگر بیماری در هر زمانی دچار آژیتیشن می‌شد، این کارکنان جمع‌آوری داده‌های دقیقی را انجام می‌دادند. این شامل استفاده از معیارهای استاندارد برای تعیین اینکه آیا هر بیمار ۱- به طور شفاهی به یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی توهین کرده، ۲- او را تهدید به حمله کرده یا ۳- به طور فیزیکی به یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی حمله کرده است، می‌شد.

روش اندازه گیری

- کارکنان آموزش دیده همچنین موارد و انواع کاهش شدت آذیتیشن (Deescalation) به کار رفته توسط کارکنان مراقبت های بهداشتی اورژانس را برای هر مواجهه با بیمار آذیته، در زمان واقعی شمارش کردند.
- کاهش شدت آذیتیشن طبق دستورالعمل های پروژه بتا تعریف شد و شامل ۱۳ مداخله از پیش تعریف شده بود. داده های مربوط به تجویز داروهای آرام بخش و استفاده از مهارکننده ها در طول هر مواجهه جمع آوری شد. داروهای آرام بخش تجویز شده در طول مراقبت از بیمار شامل داروهای انتی سایکوتیک (دروپریدول، هالوپریدول، اولانزاپین، زیراسیدون و ریسپریدون)، بنزودیازپین ها (میدازولام، لورازپام) و کتامین بودند.
- بعداً، کارکنان آموزش دیده پرونده الکترونیکی سلامت را برای ثبت سابقه پزشکی، اطلاعات جمعیت شناختی، علائم حیاتی، نحوه ورود، میزان الککل خون و وضعیت بیمار بررسی کردند. با استفاده از کدهای ICD-10، تشخیص ها به تشخیص مسمومیت با مواد مخدر یا الککل یا اختلالات روانی طبقه بندی شدند.
- به عنوان یک مجموعه داده مقایسه ای، از مدیر پزشکی محلی، تعداد کل گزارش های رسمی ارائه شده از اورژانس در مورد موارد سوءاستفاده کلامی و حمله به یک کارمند مراقبت های بهداشتی در طول این دوره های مطالعه یکسان را جمع آوری کردیم. این موارد شامل رویدادهایی از هر کجای اورژانس بود.
- به کارکنان آموزش داده شده است که گزارش سوءاستفاده کلامی، حمله فیزیکی و هر موردی که در طی آن یک کارمند احساس تهدید می کند، الزامی است.

معیارهای پیامد

- پیامد اولیه: وقوع حمله علیه هر یک از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بود که طبق قانون ایالت مینه سوتا به عنوان عملی با قصد ایجاد ترس در دیگری از آسیب فوری بدنی یا مرگ یا آسیب عمدی یا تلاش برای آسیب بدنی به دیگری تعریف شده بود. بنابراین، حمله شامل تهدید به آسیب بدنی، تلاش برای آسیب بدنی و آسیب واقعی بدنی، با یا بدون ایجاد جراحت بود. ما تهدید به آسیب بدنی (که تهدید خشونت نامیده می‌شود) را جدا از تلاش برای آسیب بدنی و آسیب واقعی بدنی (که عمل خشونت‌آمیز نامیده می‌شود) در نظر می‌گیریم. اعمال خشونت‌آمیز شامل تجاوز جنسی نیز بود. قصد یا تمایل به آسیب بدنی باید به صورت شفاهی بیان شود.
- پیامد ثانویه: وقوع سوءاستفاده کلامی بود که به عنوان استفاده از زبان خشن یا توهین‌آمیز توسط بیمار تعریف شد، که به طور خاص به عنوان زبان شفاهی یا اشاره‌ای به قربانی تعریف می‌شود، از جمله آزار و اذیت، برچسب زدن، توهین، سرزنش، فریاد بیش از حد، عبارات تبعیض‌آمیز جنسی صریح یا تحقیرآمیز که با هدف ترساندن، تحقیر یا کوچک شمردن فرد به کار می‌رود. تهدید به خشونت به طور جداگانه ثبت شد و به عنوان خشونت کلامی محسوب نشد.
- ما فقط خشونت یا سوءاستفاده کلامی ناشی از یک بیمار آژیته بخش اورژانس را که به سمت یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی بخش اورژانس هدایت می‌شد، در نظر گرفتیم. ما رویدادهایی را که بین دو یا چند بیمار رخ داده و یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی بخش اورژانس را هدف قرار نداده بود، حذف کردیم.

تحلیل داده‌های اولیه

■ ما نقشه‌های حرارتی ایجاد کردیم که تعداد رویدادهای تجاوز را بر اساس زمان ورود مواجهه در روز و روز هفته نشان می‌دهد و هر روز را به چهار بازه زمانی ۶ ساعته مساوی که از نیمه شب شروع می‌شود، مطابق با کار قبلی، تقسیم می‌کند.

■ ما تعداد رویدادهای مشاهده‌شده را در مقابل رویدادهای گزارش‌شده با محاسبه تفاوت در نسبت مواجهه با یک رویداد سوءاستفاده کلامی یا حمله مقایسه می‌کنیم. برای این تجزیه و تحلیل، فرض کردیم که گزارش‌های رسمی سوءاستفاده کلامی و حمله فقط در بین بیماران آژیته در واحد مورد نظر رخ داده است. اگرچه این فرض محافظه‌کارانه فاقد دقت است، اما از مخرج کوچکتري برای مواجهه‌ها استفاده می‌کند که نسبت مواجهه با یک رویداد گزارش‌شده را افزایش می‌دهد و بنابراین یافتن تفاوت بین رویدادهای مشاهده‌شده و گزارش‌شده را به سمت صفر متمایل می‌کند.

نتایج

ویژگی‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه:

- در طول دوره مطالعه، ۱۷۸۷۳ مورد مواجهه با بیمار در این بخش اورژانس مشاهده شد. ۴۶۰۹ مواجهه (۲۵,۸٪) شامل ۲۸۳۶ بیمار منحصر به فرد وجود داشت که در آنها بیمار بر اساس معیارهای از پیش تعریف شده ما، آرتیتیشن نشان می‌داد و داده‌های دقیقی برای آنها جمع‌آوری شد. میانگین سنی بیماران مبتلا به آرتیتیشن ۳۹ (۳۱-۵۳) سال در مقابل ۴۰ (۳۱-۵۴) سال در بین بیماران بدون آرتیتیشن بود. بیماران مرد ۲۵۲۴ مورد (۵۴,۸٪) مواجهه با آرتیتیشن در مقابل ۶۷۰۹ مورد (۵۰,۶٪) مواجهه بدون آرتیتیشن را نشان دادند.
- مسمومیت با الکل و مواد مخدر، و همچنین تشخیص کلی وضعیت روانی تغییر یافته (که معمولاً در اورژانس ما به مسمومیت با الکل اشاره دارد) در ۴۱۰۸ مورد (۸۹,۱٪) از موارد مواجهه وجود داشت. تشخیص‌های روانپزشکی کمتر رایج بودند و ۲۵۰ مورد (۵,۴٪) از موارد مواجهه را تشکیل می‌دادند. کاهش شدت آرتیتیشن معمولاً انجام می‌شد که در ۳۹۸۴ مورد (۸۶,۴٪) رخ داد.
- نتایج تست تنفسی الکل و استفاده از داروهای آرام‌بخش و مهارکننده‌ها در جدول ۲ نشان داده شده است.

TABLE 1 Characteristics of patients with agitation by occurrence of verbal abuse and assault.

Characteristic	No verbal abuse or assault (n = 1492 patients)	Verbal abuse ^a (n = 1242 patients)	Assault (n = 733 unique patients)	
			Threat of violence ^b (n = 623 patients)	Violent act ^b (n = 321 patients)
Age (years), median (IQR)	36 (28–47.5)	38 (30–50)	39 (30–50)	37 (29–49)
Male sex	760 (50.9)	635 (51.1)	298 (47.8)	161 (50.2)
Race				
Asian	26 (1.7)	13 (1.0)	5 (0.8)	3 (0.9)
American Indian	169 (11.3)	156 (12.6)	83 (13.3)	45 (14.0)
Black, non-Hispanic	595 (39.9)	539 (43.4)	287 (46.1)	140 (43.6)
Hispanic	81 (5.4)	41 (3.3)	21 (3.4)	13 (4.0)
Native Hawaiian or Pacific Islander	1 (0.1)	3 (0.2)	3 (0.5)	2 (0.6)
White, non-Hispanic	582 (39.0)	461 (37.1)	216 (34.7)	112 (34.9)
Multiple races or other race	5 (0.3)	4 (0.3)	2 (0.3)	2 (0.6)
Unknown	33 (2.2)	25 (2.0)	6 (1.0)	4 (1.2)
Language				
English	1425 (95.5)	1194 (96.1)	598 (96.0)	304 (94.7)
Spanish	31 (2.1)	8 (0.6)	6 (1.0)	4 (1.2)
Somali	20 (1.3)	23 (1.9)	12 (1.9)	8 (2.5)
Other	12 (0.8)	9 (0.7)	5 (0.8)	3 (0.9)
Unknown	4 (0.3)	8 (0.6)	2 (0.3)	2 (0.6)
Comorbidities				
Hypertension	232 (15.5)	240 (19.3)	129 (20.7)	66 (20.6)
Asthma or chronic obstructive pulmonary disease	174 (11.7)	178 (14.3)	89 (14.3)	51 (15.9)
Bipolar disorder	164 (11.0)	207 (16.7)	105 (16.9)	56 (17.4)
Schizophrenia	121 (8.1)	133 (10.7)	75 (12.0)	42 (13.1)
Diabetes mellitus	85 (5.7)	82 (6.6)	41 (6.6)	28 (8.7)
Intravenous drug use	62 (4.2)	77 (6.2)	43 (6.9)	23 (7.2)
Liver disease	48 (3.2)	84 (6.8)	47 (7.5)	27 (8.4)
Human immunodeficiency virus	25 (1.7)	24 (1.9)	10 (1.6)	5 (1.6)
Coronary artery disease	20 (1.3)	24 (1.9)	17 (2.7)	2 (0.6)

TABLE 2 Characteristics of encounters in which patients had agitation.

Characteristic	No verbal abuse or assault (n = 2667 encounters)	Verbal abuse ^a (n = 1786 encounters)	Assault (n = 937 unique encounters)	
			Threat of violence ^b (n = 802 encounters)	Violent act ^b (n = 362 encounters)
Unique patients	1492 (55.9)	1242 (69.5)	623 (77.7)	321 (88.7)
Mode of patient arrival				
Ambulance	2111 (79.2)	1390 (77.8)	620 (77.3)	288 (79.6)
Police	183 (6.9)	134 (7.5)	73 (9.1)	27 (7.5)
Walk-in	313 (11.7)	221 (12.4)	90 (11.2)	37 (10.2)
Other	60 (2.2)	39 (2.2)	18 (2.2)	10 (2.8)
Unknown	0	2 (0.1)	1 (0.1)	0
Vitals, median (IQR)				
Heart rate (beats/min)	93 (81–106)	91 (80–102)	91 (80–102)	91 (81–104)
Respiratory rate (breaths/min)	18 (16–18)	18 (16–18)	18 (16–18)	18 (16–18)
Systolic blood pressure (mm Hg)	126 (114–141)	124 (111–137)	123 (111–137)	123 (110–136.5)
Oxygen saturation (%)	97 (95–99)	97 (95–99)	97 (95–99)	97 (95–99)
Breath alcohol concentration >0	1479/2187 (67.6)	1064/1445 (73.6)	489/646 (75.7)	194/282 (68.8)
Alcohol concentration, if nonzero (g/dL), median (IQR)—%	0.28 (0.16–0.28)	0.21 (0.15–0.26)	0.21 (0.15–0.26)	0.20 (0.14–0.26)
Restraints applied	1120 (42.0)	1123 (62.9)	614 (76.6)	307 (84.8)
Sedating medication administered	1634 (61.3)	1307 (73.2)	636 (79.3)	312 (86.2)
Diagnosis ^c				
Altered mental status ^c	2140 (80.2)	1509 (84.5)	698 (87.0)	311 (85.9)
Alcohol intoxication	897 (33.6)	633 (35.4)	269 (33.5)	115 (31.8)
Drug intoxication	272 (10.2)	142 (8.0)	61 (7.6)	28 (7.7)
Bipolar mood disorder or psychosis	140 (5.2)	103 (5.8)	44 (5.5)	24 (6.6)
De-escalation attempted ^d	2256 (84.6)	1601 (89.6)	708 (88.3)	304 (84.0)
Transfer to resuscitation bay	36 (1.3)	24 (1.3)	13 (1.6)	7 (1.9)

پیامدهای اصلی

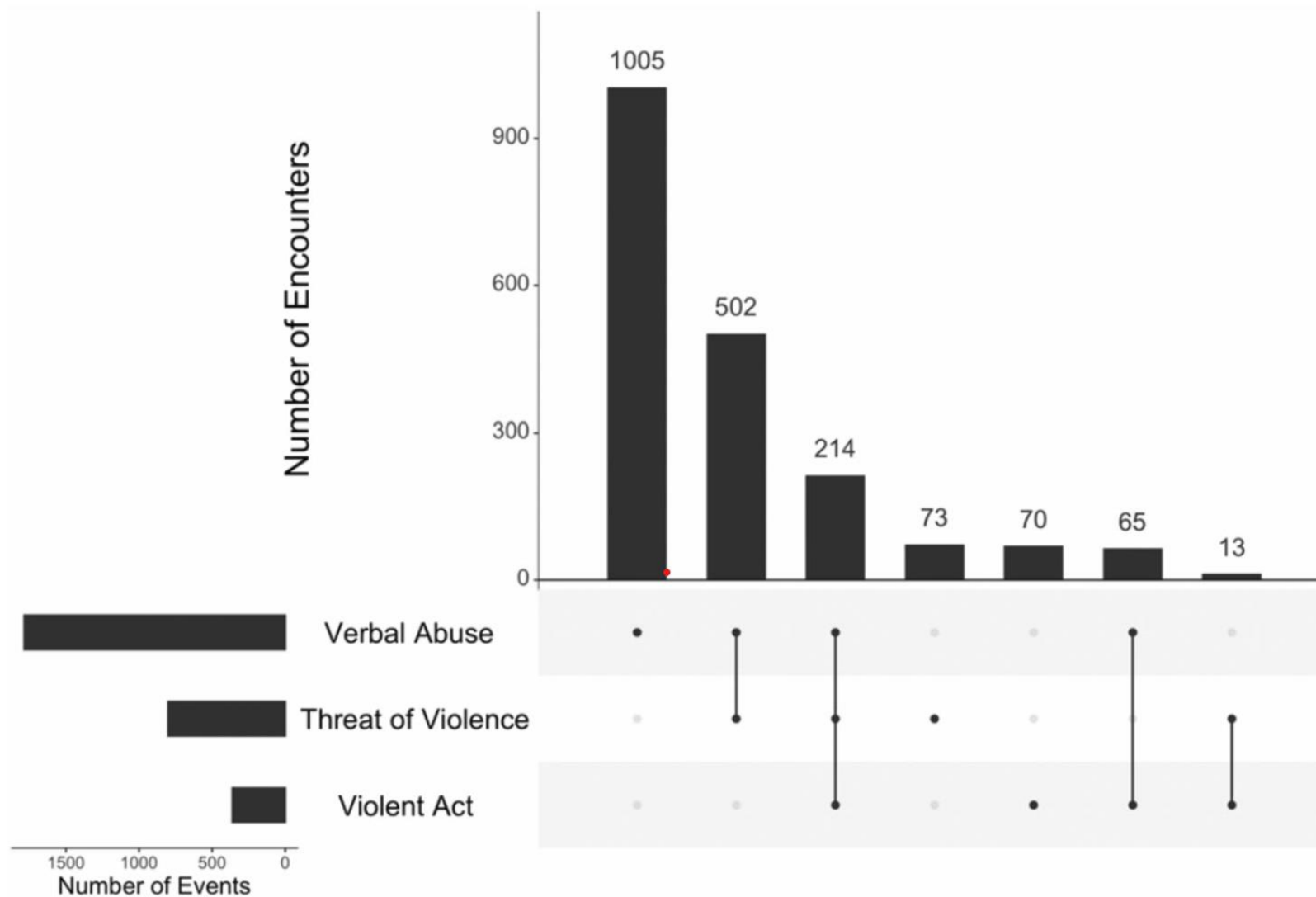
تعداد موارد مواجهه با حمله ۹۳۷ مورد بود که شامل ۸۰۲ مورد با تهدید به خشونت و ۳۶۲ با عمل خشونت آمیز بود. خشونت کلامی در طول ۱۷۸۶ مواجهه، مشاهده شد.

نقشه‌های حرارتی، روزهای هفته و زمان‌های روز را نشان می‌دهند که نشان‌دهنده شروع برخوردهای شاخص هستند که متعاقباً شامل حمله به یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی اورژانس می‌شوند (شکل‌های ۲ و ۳).

از نظر عددی، نتایج بیشتری برای ورود بیماران بین ساعت ۱۲ ظهر تا ۱۱:۵۹ شب وجود داشت (شکل ۲)، اما به نظر نمی‌رسد نسبت برخوردهای حمله در تمام روزها و زمان‌های ورود بیمار تفاوت قابل توجهی داشته باشد و از ۱۳٪ تا ۲۶٪ متغیر است (شکل ۳).

TABLE 3 Verbal abuse and assault among ED patients with agitation.

Outcome	Observed events, number of encounters (% [95% CI]), <i>n</i> = 4609	Reported events, number of encounters (% [95% CI]), <i>n</i> = 4609	Difference (95% CI)	Proportion of events that were reported (% [95% CI])
Verbal abuse	1786 (38.8 [37.3–40.2])	9 (0.2 [0.1–0.4])	38.6% (37.1%–40.0%)	9/1786 (0.5 [0.2–1.0])
Assault	937 (20.3 [19.2–21.5])	422 (9.2 [8.3–10.0])	11.2% (9.7%–12.6%)	422/937 (45.0 [41.8–48.3])
Threat of violence	802 (17.4 [16.3–18.5])	198 (4.3 [3.7–4.9])	13.1% (11.9%–14.3%)	198/802 (24.7 [21.7–27.8])
Violent act	362 (7.9 [7.1–8.7])	224 (4.9 [4.2–5.5])	3.0% (2.0%–4.0%)	224/362 (61.9 [56.7–66.9])



نقشه حرارتی تعداد موارد مواجهه با حمله به تفکیک روز و زمان. تعداد موارد مواجهه با حمله (تهدید به خشونت یا اقدام خشونت آمیز) بر اساس روز هفته و زمان شروع مواجهه شاخص نشان داده شده است. رنگ‌های تیره‌تر نشان‌دهنده بازه‌های زمانی با رویدادهای بیشتر هستند.

Arrival Time and day	Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
00:00–05:59	23	22	26	22	25	21	16
06:00–11:59	14	20	19	16	21	24	22
12:00–17:59	40	48	35	41	43	49	48
18:00–23:59	37	49	62	43	48	46	57

نقشه حرارتی نسبت موارد مواجهه با حمله به تفکیک روز و زمان. نسبت موارد مواجهه با حمله (تهدید به خشونت یا اقدام خشونت آمیز) بر اساس روز هفته و زمان شروع مواجهه شاخص نشان داده شده است. رنگ‌های تیره‌تر نشان‌دهنده بازه‌های زمانی با رویدادهای بیشتر هستند.

Arrival Time and day	Su	Mo	Tu	We	Th	Fr	Sa
00:00–05:59	20% (23/114)	21% (22/106)	23% (26/114)	17% (22/127)	22% (25/112)	19% (21/113)	13% (16/125)
06:00–11:59	14% (14/97)	23% (20/87)	18% (19/104)	15% (16/104)	23% (21/92)	21% (24/116)	24% (22/91)
12:00–17:59	19% (40/212)	26% (48/186)	15% (35/236)	17% (41/236)	21% (43/205)	23% (49/215)	24% (48/201)
18:00–23:59	19% (37/197)	21% (49/231)	25% (62/245)	18% (43/244)	20% (48/246)	23% (46/201)	23% (57/252)

مقایسه با گزارش‌های رسمی

■ در طول همان تاریخ‌های این تحلیل، با در نظر گرفتن کل بخش اورژانس و نه محدود به منطقه مورد مطالعه و نه به بیماران آژیته، موارد کمتری از سوءاستفاده کلامی (۹ مورد، ۰٫۲٪)، تهدید به خشونت (۱۹۸ مورد، ۴٫۳٪) و اعمال خشونت‌آمیز (۲۲۴ مورد، ۴٫۹٪) که رسماً به بیمارستان گزارش شده بودند، نسبت به موارد ثبت شده از طریق مشاهده مستقیم، وجود داشت. تفاوت بین رویدادهای مشاهده شده و رویدادهای گزارش شده از ۳۸٫۶٪ برای سوءاستفاده کلامی تا ۳٫۰٪ برای یک عمل خشونت‌آمیز متغیر بود (جدول ۳).

■ بنابراین، وقایع در ۹/۱۷۸۶ مورد مربوط به بدرفتاری کلامی و در ۲۲۴/۳۶۲ مورد مربوط به عمل خشونت‌آمیز به طور رسمی به بیمارستان گزارش شد (جدول ۳).

بحث

- در این تحلیل مشاهده‌ای آینده‌نگر بزرگ از بیماران مبتلا به آرتریتیشن، عمدتاً ناشی از مسمومیت حاد، دریافتیم که سوءاستفاده کلامی، تهدید به خشونت و اعمال خشونت‌آمیز رایج بوده است. با استفاده از مشاهده آینده‌نگر در زمان واقعی، مستند کردیم که حمله توسط بیمار به یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی، طبق تعریف قانون ایالتی، در ۳,۲۰٪ از موارد رخ داده است. موارد سوءاستفاده کلامی حتی بیشتر بود. علیرغم انتظار اینکه همه این رویدادها از طریق سیستم گزارش‌دهی آنلاین رویدادهای بیمارستان گزارش شوند، تنها ۵,۰٪ از کل موارد سوءاستفاده کلامی و ۴۵,۰٪ از حملات گزارش شده است.
- داده‌های ما جمعیتی از اورژانس را بررسی کرد که احتمالاً در مقایسه با جمعیت عمومی اورژانس، مسمومیت با الکل و مواد مخدر را بیش از حد نشان می‌دهد. مسمومیت با الکل در مطالعه ما رایج بود و بیش از نیمی از بیماران غلظت الکل قابل تشخیص داشتند. علاوه بر این، بیش از ۸۰٪ از بیماران در مطالعه ما تشخیص "وضعیت روانی تغییر یافته" دریافت کردند که از کار قبلی ما می‌دانیم که به شدت با مسمومیت حاد با الکل و مواد مخدر مرتبط است.
- در حالی که بیماران در این تجزیه و تحلیل احتمالاً نمونه‌ای نامتوازن ارائه می‌دهند، بیماران مبتلا به مسمومیت با الکل و مواد مخدر یک زیرگروه مهم در اورژانس برای بررسی خطر خشونت هستند. در اورژانس ما، بیماران مبتلا به مسمومیت با مواد مخدر یا الکل ۱۵٪ از کل بیماران مراجعه کننده را تشکیل می‌دهند، که ممکن است در سایر اورژانس‌های شهری نیز تجربه شوند.

مطالعات پیشین

- کارکنان اورژانس، از جمله تکنسین‌ها، پرستاران و پزشکان، هنگام بررسی، بیماران مبتلا به مسمومیت حاد را به عنوان یک عامل خطر افزایش یافته برای خشونت در محل کار در نظر می‌گیرند. علاوه بر این، داده‌های جمع‌آوری شده آینده‌نگر در مورد خشونت در محل کار در اورژانس نشان می‌دهد که مسمومیت حاد یک عامل خطر برای خشونت در محل کار در اورژانس است، و یک بررسی سیستماتیک استرالیایی در سال ۲۰۱۷، مسمومیت حاد را در حدود نیمی از حوادث خشونت در محل کار در اورژانس دخیل دانست.
- با این حال، مسمومیت حاد تنها عامل خشونت در محل کار در اورژانس نیست. به عنوان مثال، یک مطالعه کیفی کوچک از پرستاران باتجربه اورژانس در ایرلند نشان می‌دهد که نقش الکل در خشونت در محل کار در اورژانس بیش از حد ارزیابی شده است. علاوه بر این، شیوع مصرف الکل و مواد مخدر در سراسر جهان به طور قابل توجهی متفاوت است.
- برخی از مطالعات خشونت در محل کار اورژانس، به عنوان مثال، از اسرائیل و ترکیه، خاطرنشان می‌کنند که مسمومیت حاد در اورژانس‌های عمومی آنها نادر است و نقش کمی در خشونت اورژانس دارد. برای روشن شدن سهم مسمومیت حاد در خشونت اورژانس و چگونگی کاهش آن به بهترین نحو، به کار بیشتری نیاز است.

مطالعات پیشین

- محیط مطالعه‌ای که در اینجا شرح داده شده است، یک واحد اختصاصی برای بیماران مشکوک به مسمومیت با مواد مخدر و الکل است. با این حال، ما پیشنهاد می‌کنیم که بیماران تحت درمان در اینجا در مقایسه با بیماران مشابه در سایر اورژانس‌ها، اساساً منحصر به فرد نیستند. در سایر اورژانس‌هایی که چنین واحدی ندارند، این بیماران احتمالاً در بین سایر بیماران قرار می‌گیرند. واحد اختصاصی امکان استقرار سریع اقدامات تسکینی را در صورت لزوم فراهم می‌کند. این امکان وجود دارد که اقدامات تسکینی در اورژانس‌هایی که بیماران مشکوک به مسمومیت در سراسر اورژانس قرار دارند، کمتر در دسترس باشد، که شاید تشخیص آذیتیشن و تلاش‌های بعدی برای تسکین را کند کند. همچنین ممکن است که تمرکز افراد مشکوک به مسمومیت در یک واحد، شیوع خشونت را افزایش دهد.
- تحقیقات بیشتری برای ارزیابی عواملی که بر خشونت در سایر بخش‌های اورژانس تأثیر می‌گذارند، ضروری است.

مطالعات پیشین

- گزارش‌های قبلی خشونت در بیمارستان مبتنی بر نظرسنجی، متکی بر گزارش‌های رسمی یا مشاهدات کمی از بیمار است. یک نظرسنجی از ۳۲۳ نفر از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اورژانس در ایتالیا نشان داد که ۸۷٪ در محل کار خشونت را تجربه کرده‌اند
- در یک نظرسنجی ۲۰۲۴ از ۱۹۸۰ پزشک اورژانس که توسط کالج پزشکان اورژانس آمریکا انجام شد، ۹۱٪ از پاسخ‌دهندگان گزارش دادند که خود یا یکی از همکارانشان در سال ۲۰۲۳ مورد تهدید یا حمله قرار گرفته‌اند، اگرچه خطر سوگیری خودگزارشی همچنان وجود دارد.
- تجزیه و تحلیل حاضر تا حد زیادی با این کار قبلی مطابقت دارد، از این نظر که به نظر می‌رسد خشونت معمولاً در بین بیماران مبتلا به آزارتیشن مشاهده می‌شود، اما توسط کارکنان به بیمارستان‌هایشان کمتر گزارش می‌شود. این داده‌ها پیامدهایی برای ایمنی شغلی و همچنین مسائل جاری آسیب‌های اخلاقی و فرسودگی شغلی دارند.

مطالعات پیشین

- یک اورژانس در ترکیه با ۳۰۰۰۰۰ ویزیت سالانه، ۱۲۸ مورد سوءاستفاده کلامی یا تهدید و ۲۹ عمل خشونت‌آمیز را در طول تقریباً ۱ سال گزارش کرده است، اما به گزارش پزشک آینده‌نگر به جای یک ناظر شخص ثالث متکی بوده است. علاوه بر این، این مطالعه قابلیت تعمیم محدودی دارد زیرا بیماران مبتلا به مسمومیت حاد حذف شدند.
- با استفاده از روش‌های مشابهی که بر گزارش‌دهی بلادرنگ توسط یک کارمند مراقبت‌های بهداشتی متکی بود، یک اورژانس در هنگ کنگ ۲۵ مورد سوءاستفاده کلامی یا اعمال خشونت‌آمیز را در طول ۳ ماه گزارش کرد که در آن تقریباً ۳۲۰۰۰ بیمار تحت مراقبت قرار گرفتند.
- در محیطی مشابه ما، ۱۳۰ مورد خشونت در محل کار (که به عنوان سوءاستفاده کلامی، خشونت فیزیکی یا تبعیض تعریف می‌شود) توسط کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که فرمی را تکمیل کرده و آن را در یک صندوق پستی در طول ۵ ماه قرار داده بودند، گزارش شده.
- شاید بهترین ارزیابی آینده‌نگر موجود از خشونت، یک اورژانس در جنوب فرانسه از پرستاران لباس شخصی خارج از شیفت برای مشاهده رویدادهای خشونت‌آمیز در طول ۸۲ شیفت در طول ۶ ماه استفاده کرد و ۳۵ مورد سوءاستفاده کلامی یا اعمال خشونت‌آمیز را مشاهده کرد که اکثریت قریب به اتفاق آنها در تریاژ رخ داده بود.

مقایسه نتایج

■ مقایسه نتایج حاصل از تحلیل حاضر با کارهای آینده‌نگر قبلی دشوار است، زیرا تفاوت‌های قابل توجهی در جمعیت‌شناسی بیماران، موقعیت جغرافیایی و روش‌شناسی مطالعه وجود دارد. با این حال، استفاده از یک ناظر شخص ثالث برای بیش از ۲ سال از کل زمان مشاهده در یک اورژانس شهری در این تحلیل، تخمین محکمی از نسبت برخوردهایی که شامل سوءاستفاده یا حمله کلامی می‌شود، حداقل در میان بیماران مبتلا به آزیتیشن، ارائه می‌دهد.

■ فراتر از آسیب جسمی، یکی از پیامدهای بالقوه حملات مکرر در اورژانس، تجربه آسیب اخلاقی توسط کارکنان اورژانس است. مهم است که به صراحت مشخص شود که تهدید یا سوءاستفاده کلامی ممکن است توسط یک نفر به عنوان یک مسئله جزئی تلقی شود، اما ممکن است تأثیر گسترده‌تری بر رفاه شخص دیگر داشته باشد. فراوانی این وقایع ممکن است منجر به تجمع آسیب اخلاقی شود.

■ پس از سوءاستفاده کلامی یا تجاوز، زمان و انرژی عاطفی اختصاص داده شده برای حل آن، با حذف هزینه و فرصت ارائه آن زمان و انرژی به بیماران ما همراه است. اختصاص زمان و تمرکز به تهدیدها و تجاوزهای شخصی، خطر تأخیر و پیچیدگی مراقبت از بیمار را به همراه دارد که ممکن است بیشتر به آسیب اخلاقی منجر شود.

نکات مهم

- انگ اجتماعی می‌تواند زیربنای گزارش‌نشدن گسترده خشونت علیه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی باشد که در اینجا و در سراسر متون علمی شرح داده شده است. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی ممکن است خود را به دلیل قربانی خشونت کلامی یا فیزیکی شدن مقصر بدانند و ممکن است از این بترسند که گزارش وقایع خشونت‌آمیز ممکن است تأثیر بدی بر کارشان داشته باشد.
- ایجاد سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی که گزارش‌دهی آسان و آزاد را در بین کارکنان ترویج می‌دهد و منابعی را برای قربانیان خشونت کلامی و فیزیکی فراهم می‌کند، اولین گام در فرآیند کاهش انگ اجتماعی و جلوگیری از آسیب‌دیدگی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی است.
- علاوه بر این، صرف نظر از نوع حمله، معمولاً به عنوان یک درگیری بین فردی تجربه می‌شود. درگیری‌های بین فردی می‌تواند بر روابطی که پزشکان اورژانس با بیماران خود برقرار می‌کنند، تأثیر منفی بگذارد. روابط جزء کلیدی رفاه عمومی هستند و از هم پاشیدن این روابط می‌تواند منجر به آسیب‌های اخلاقی بیشتری شود. آسیب‌های اخلاقی عامل اصلی فرسودگی شغلی پزشکان است.
- از آنجایی که سوءاستفاده و حمله کلامی در بخش اورژانس ما رایج است، برای جلوگیری از آسیب‌های اخلاقی ناشی از آن، یک راه حل این است که بتوانیم حملات را به عنوان یک رویداد رایج مرتبط با ماهیت استرس‌زا و غیرقابل پیش‌بینی بخش اورژانس بپذیریم.

پیشنهاد مطالعات بعدی

- پیشگیری و کاهش حملات کلامی و خشونت باید در اولویت آینده طب اورژانس باشد و نیاز به مطالعه بیشتر، به ویژه از نظر شناسایی موقعیت‌های پرخطر برای خشونت، دارد.
- بخش عمده‌ای از کارهایی که تاکنون انجام شده است، شامل توسعه و اجرای ابزارهای ارزیابی خطر خشونت بوده است. یک بررسی سیستماتیک اخیر از چنین ابزارهایی، تنها هشت مطالعه شامل شش ابزار را شناسایی کرد که سه مورد از آنها در محیط‌های غیر اورژانسی و سه مورد برای محیط‌های اورژانسی یا مراقبت‌های حاد توسعه یافته بودند.
- اگرچه همه ابزارها به طور کلی قادر به پیش‌بینی خشونت بودند، اما در کل از کیفیت پایینی برخوردار بودند و هنگامی که در طول اجرا مورد مطالعه قرار گرفتند، نتوانستند نتایجی مانند کاهش محدودیت‌ها یا حملات به کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را بهبود بخشند. هیچ ابزاری برتر تلقی نشد و داده‌های اثربخشی مقایسه‌ای که این ابزارها را بررسی کنند، وجود ندارد. مطالعات آینده که ابزار بهینه برای پیش‌بینی خشونت در اورژانس را بررسی می‌کنند، ضروری است.
- به طور مشابه، ادبیاتی که مداخلات برای خشونت در اورژانس را بررسی می‌کند نیز پراکنده است. یک بررسی سیستماتیک در مورد مداخلات خشونت در اورژانس، تنها ۱۵ مطالعه را شناسایی کرد که اکثر آنها مداخلات رفتاری را در مورد مهارت‌های کاهش تنش یا تکنیک‌های دفاع از خود بررسی کرده بودند. در حالی که اکثر مطالعات یافته‌های مثبتی را گزارش کردند، اکثر آنها قبل/بعد از طرح‌های شبه‌آزمایشی بودند که به شدت در معرض سوگیری قرار داشتند. داده‌های با کیفیت بالا در مورد مداخلات برای خشونت در اورژانس وجود ندارد و کارهای آینده باید استراتژی‌های مؤثر برای جلوگیری از وقایع خشونت‌آمیز را بررسی کنند.

باتشکر