

The Factors of Violence Outbreak in the Professional Relationship of Social Workers

Nasrin Babaeia: PhD Social work, department social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Theran, Iran. babaeian.n58@gmail.com

Ghoncheh Raheb*: Associate professor, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Theran, Iran. Ghraheb@gmail.com

Fariba Borhani: Associate professor, Shahid Beheshti university, medical sciences medical ethics and law research center, Tehran, Iran. faribaborhani@msn.com

Atieh Hashiehbaf: PhD social work, department of social work, university of social welfare and rehabilitation sciences, Theran, Iran. sw.ah92@gmail.com

Abstract

Introduction: Social work is a complicated profession with wide utilization. Some factors in social workers' professional relationships cause violence which creates worries for social workers. The current study aimed to identify these restrictions that create violence in the social worker's professional relationships.

Methods: This study carried out via conventional qualitative content analysis through eighteen semi-structured sessions of interviews with seventeen social workers selected by purposive sampling. The sampling was completed after saturation of data and classes. To validate the findings, the combination of perspectives, the convergence of the researchers, the maximum variation in long-term sampling and conflict were used.

Results: According to the data analysis, five categories of violent restrictions were extracted from the social workers' ideas titled administrative restrictions, the client's limitations and differences, social workers' differences and weaknesses, demographic differences and social problems.

Conclusions: Based on research results, discovering the restrictions which create the violence in professional relationships help social workers to think about violence preventing before doing to reduce violence and developing the quality of social workers services and interventions via a macro, organizational, and social approach.

Keywords

Factors of Violence
Outbreak

Violence

Professional Relation-
ships

Social Work

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 10 Oct 2018
Accepted: 29 Dec 2018

Please cite this
article as follows:

Babaeia N, Raheb G, Borhani F, and Hashiehbaf A. The factors violence outbreak in the professional relationship of social workers. Quarterly journal of social work. 2019; 8 (1); 14-26

عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی

نسرين بابائیان: دکتری مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران. babaeian.n58@gmail.com

غنچه راهب*: دانشیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مددکاری اجتماعی، تهران، ایران. ghraheb@gmail.com

فربیا برهانی: دانشیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، تهران، ایران. faribaborhani@msn.com

عطیه حاشیه باف: دکتری مددکاری اجتماعی، گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران ایران. sw.ah92@gmail.com

واژگان کلیدی

عوامل بروز خشونت

خشونت

روابط حرفه‌ای

مددکاری اجتماعی

چکیده

مقدمه: در اقدامات مددکاری اجتماعی عواملی سبب بروز خشونت در روابط مددکاران اجتماعی با مددجویان می‌شود، بنابراین بررسی درباره عوامل به وجود آورنده خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی امری ضروری به نظر می‌رسد. بدین لحاظ این مطالعه با هدف شناسایی عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی انجام شده است.

روش: مطالعه حاضر با رویکرد تحلیل محتوای کیفی متعارف از طریق هجده جلسه مصاحبه نیمه ساختار یافته با هفده مددکار اجتماعی که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند، انجام گردید. نمونه‌گیری با اشباع داده‌ها و طبقات خاتمه یافت. جهت اعتبار یافته‌ها از ترکیب دیدگاه‌ها، همگرایی نظر محققان، حداکثر تنوع در نمونه‌گیری و درگیری طولانی مدت در زمینه استفاده شد.

نتایج: با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها، عوامل بروز خشونت که شامل پنج دسته با نام‌های محدودیت‌های اداری، محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو، تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی، تفاوت‌های جمعیت‌شناختی و مشکلات و آسیب‌های اجتماعی از دیدگاه مددکاران اجتماعی بود، استخراج گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان دادند که کشف عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای به مددکاران اجتماعی کمک می‌کند تا بتوانند قبل از بروز خشونت برای پیشگیری از آن تمهیداتی بیندیشند و از منظر کلان، سازمانی و اجتماعی در راستای کاهش خشونت و توسعه و بهبود کیفی خدمات و مداخلات مددکاران اجتماعی قدم بردارند.

* نویسنده مسئول

نوع مطالعه: پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۸

نسرين بابائیان، غنچه راهب، فربیا برهانی و عطیه حاشیه باف. عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۱): ۲۶-۱۴

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

خشونت پدیده‌ای تاریخی است که در ادوار گذشته نیز وجود داشته است. اما علی‌رغم پیشرفت‌های روزافزون بشری این پدیده هنوز هم پابرجاست و فارغ از ملیت، نژاد، طبقه اجتماعی و حتی میزان توسعه یافتگی کشورها همچنان خشونت جزئی از زندگی روزمره شده است. خشونت هر چند پدیده‌ای تاریخی است لیکن یک پدیده اجتماعی نیز می‌باشد، اگرچه میزان و شدت آن در کشورها، فرهنگ‌ها و حتی در خرده فرهنگ‌های گوناگون متفاوت می‌باشد اما به‌عنوان یک پدیده چندبعدی هم علت و هم معلول بسیاری از آسیب‌های اجتماعی است. (۱) اشتراوس و گلز، خشونت را به‌عنوان رفتاری با قصد و نیت آشکار و یا رفتاری با قصد و نیت پوشیده اما قابل درک جهت وارد کردن آسیب بدنی به فرد دیگر تعریف کرده‌اند. (۲) خشونت محل کار به‌عنوان هر حادثه یا موقعیتی تعریف می‌شود که در آن فرد در محل کار خود و یا شرایط مربوط به آن مورد بد رفتاری، تهدید یا حمله قرار گیرد. (۳) خشونت در محل کار بخشی از خطرات شغلی محیط کار می‌باشد (۴) و تبدیل به یک معضل جهانی و موضوعی نگران کننده برای هر کس و در هر محیط کاری شده و بخشی از خطرات شغلی محیط کار است. (۴، ۶ و ۵) گزارش‌های بین‌المللی حاکی از آن است که ده تا پنجاه درصد کارکنان سازمان‌ها و ادارات و گاهی بیش از هشتاد و هفت درصد کارکنان در سال در معرض خشونت قرار می‌گیرند. (۷ و ۸) نتایج تحقیقات طولی (EWCSs) نشان دادند بیشتر خشونت‌ها از سوی بیماران و مراجعان بوده تا از سوی یک همکار، به‌طوری‌که شصت و پنج تا هشتاد و پنج درصد مددکاران اجتماعی با حداقل یک نوع خشونت از طرف مراجعشان روبرو بوده‌اند، (۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) به دلیل نامشخص بودن زمینه بروز خشونت تحقیقات بیشتری پیشنهاد کردند. (۱۰) در مطالعه انجمن علمی مددکاران اجتماعی آمریکا از پنج هزار مددکار اجتماعی، چهل و هفت درصد نگران سلامت محیط کار خود بوده‌اند و ۴/۴۱ درصد دانشجویان مددکاری اجتماعی خشونت را تجربه کرده‌بودند. (۱۳)

به‌طور معمول مددکاران اجتماعی در هنگام انجام وظیفه با خطری روبرو نمی‌شوند، اما گاهی در شرایط و بستری خاص خشونت از طرف مراجع رخ می‌دهد. این خشونت در بخش‌های رفاه کودکان، سلامت روان، دادگاه‌ها و پناهگاه‌های خشونت خانوادگی بیشتر اتفاق می‌افتد چنان‌که رنگ عادی به خود گرفته‌است. (۱۱ و ۱۳) بخش سلامت و مددکاری اجتماعی با بالاترین نگرانی در مورد استرس ناشی از کار، خشونت یا تهدید به خشونت روبرو است و مددکاران اجتماعی دومین گروه در معرض خطر شناخته شده‌اند. به‌طوری‌که طبق آمار سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۸ مددکاران اجتماعی نسبت به پلیس تلفات بیشتری داشتند. (۱۴ و ۱۵) فدراسیون بین‌المللی مددکاران اجتماعی اعلام کرده که مددکاری اجتماعی یک کار حرفه‌ای در حقوق بشر است. مفاد حقوق بشر نیز با اصول حرفه‌ای مددکاری اجتماعی سازگاری دارد و مددکاران اجتماعی با توجه ویژه به مفاد حقوق بشر دست به اقدامات حرفه‌ای در راستای حفاظت از مددجو می‌زنند. (۱۶)

برخی موقعیت‌ها مانند حضور در محل ملاقات، بازدید از منزل و یا محله منطقه سکونت مددجو به تنهایی و یا در ساعات غیر معمول، ارائه خدمت با اعمال قدرت یا خودداری از ارائه خدمت، کار با افراد تحت استرس، بیماران اعصاب و روان، عقب ماندگان ذهنی و افراد تحت تأثیر الکل یا مواد مخدر می‌توانند احتمال بروز خشونت علیه مددکار اجتماعی را افزایش دهند. (۱۵) عدم دسترسی به خدمات کافی و کاهش بودجه، آنان را با آسیب‌پذیری جدی‌تری روبرو کرده و باعث احساس استرس، آشفتگی، ناامیدی، آسیب‌پذیری، سرخوردگی، پریشانی و اضطراب و در موارد شدیدتر، درد، ناتوانی و یا مرگ در آن‌ها می‌شود. (۱۷ و ۱۸) مطالعات زیادی در خصوص افزایش، میزان، نوع و نحوه خشونت علیه مددکاران اجتماعی در خارج از کشور ایران انجام شده است. با وجودی که این مطالعات با رویکرد کیفی به مقوله خشونت و پرخاشگری علیه مددکاران اجتماعی پرداخته‌اند لیکن ابراز می‌دارند موضوعات کشف نشده‌ای هنوز در این حرفه وجود دارد که بایستی دقیق و عمیق در خصوص آن‌ها تحقیق شود. (۱۹، ۲۰ و ۲۱)

پژوهش‌های دیگر نیز بیشتر به میزان و نوع و نحوه خشونت به صورت کمی پرداخته‌اند، اما با این حال اطلاعات قابل اعتماد درخصوص شیوع، تعاریف و مداخلات قابل ارزیابی از آزار و اذیت و خشونت در محل کار مددکاران اجتماعی حتی در کشورهای پیشرفته وجود ندارد و آنچه که از آمار و نظر سنجی‌ها استخراج شده بیشتر به تعاریف و طبقه‌بندی‌های گوناگونی پرداخته که مقایسه بین کشورها را پیچیده و دشوار کرده است. (۲۲) در کشور ایران نیز پادیاب و همکاران ۲۰۱۲ با بررسی خشونت مراجع علیه مددکاران اجتماعی، دریافتند که شصت و هفت درصد آنان در طول دوازده ماه گذشته

حداقل یک نوع خشونت را تجربه کرده‌اند. (۹) عمده مطالعات صورت گرفته به صورت کمی بوده و به عوامل بروز خشونت اشاره‌ای نکرده‌اند، لذا به دلیل نامشخص بودن عوامل بروز خشونت تحقیقات بیشتری پیشنهاد شده است. (۱۰)

رویارویی مددکاران اجتماعی با خشونت مراجع، یک نگرانی عمده برای جامعه بین المللی مددکاری اجتماعی می‌باشد، (۲۳) بنابراین این که چه عواملی زمینه‌ساز بروز خشونت در مددجویان می‌شود، به مددکاران اجتماعی کمک می‌کند که از چه تکنیک‌هایی برای مواجهه با خشونت مراجعان استفاده کنند تا آسیب کمتری هم به مددجو و هم خودشان برسد، از

مواردی است که در پژوهش‌های انجام شده چه در خارج و چه در داخل کشور ایران کمتر به آن پرداخته شده است، همین امر سبب شد که درک و شناسایی عوامل بروز خشونت علیه مددکاران اجتماعی امری ضروری به نظر برسد؛ چرا که مددکاران اجتماعی در هنگام کار همیشه بایستی جوانب احتیاط را رعایت کنند. (۲۴) از دید مددکاران اجتماعی ایرانی تا کنون توجه اندکی به درک جنبه‌های مختلف عوامل بروز خشونت در ارتباطات حرفه‌ایشان با مراجعان شده است؛ همچنین با توجه به حساس بودن موضوع، وابستگی آن به زمینه و بومی بودن آن و نیاز به استفاده از تجارب عمیق مددکاران اجتماعی، انجام پژوهش با رویکرد کیفی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. شناسایی و واکاوی تجارب مددکاران اجتماعی در هنگام رویارویی با خشونت مراجعان، درک عوامل بروز و شناخت ابعاد مشکل در راستای پیشگیری و یا کاهش خشونت لازم و ضروری است. این مطالعه با هدف شناسایی و درک عوامل بروز خشونت در روابط مددکاران اجتماعی با مراجعان در محیط‌های مختلف کاری انجام شده است.

روش

از آنجایی که این مطالعه درصدد درک عوامل بروز خشونت در روابط مددکاران اجتماعی ایرانی بود، از رویکرد کیفی با روش تحلیل محتوای کیفی متعارف استفاده شد. مصاحبه‌شوندگان در این پژوهش مددکاران اجتماعی شاغل در محیط‌های مختلف کاری بودند.

جهت ملاحظات اخلاقی تحقیق با طی مراحل قانونی رسمی و تاییدیه از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و گرفتن کد اخلاق IR.USWR.REC.1395.76، افراد واجد شرایط شناسایی و پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی، داده‌ها جمع‌آوری گردید. محرمانه ماندن مصاحبه‌ها و اطلاعات خصوصی و نیز آزادی مشارکت کنندگان جهت عدم همکاری یا خروج از مطالعه در کل مراحل مطالعه مورد تاکید محقق بود. به شرکت کنندگان این امکان داده شد در صورت تمایل از نتایج این پژوهش مطلع شوند.

معیارهای ورود: تمایل به شرکت در مصاحبه، دارای تجربه مواجهه با خشونت، تجربه بیش از یک سال در زمینه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی مددکاری اجتماعی، ساکن تهران و ایرانی بودن. مشارکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شدند. با مراجعه به مراکز و محیط‌های کاری مختلف مددکاران اجتماعی از جمله بهزیستی، بیمارستان، زندان، بازپروری، بانک، وزارت نفت و...، با هفده نفر شامل پنج مرد و دوازده زن تا زمان اشباع داده‌ها، مصاحبه انجام شد.

روش جمع‌آوری داده‌ها چهره به چهره و از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بود. هر مصاحبه با پرسش راهنمای موضوع آغاز شد، برای نمونه: لطفاً از تجربیات خود در هنگام بروز خشونت مددجویان بگویید، با توجه به تجربیاتتان چه عواملی سبب بروز خشونت در مددجویان می‌شود، یک تجربه واقعی از هنگام مواجهه با خشونت مددجو را در حین ارتباط حرفه‌ای بازگو نمایید. جهت روشنتر شدن مفهوم و عمیقتر شدن روند مصاحبه به‌طور تدریجی سوالات پیگیری کننده و اکتشافی نیز پرسیده می‌شد. طول مدت مصاحبه‌ها بین بیست و پنج تا نود دقیقه بود. جمع‌آوری اطلاعات با هجده مصاحبه در بازه زمانی ده ماهه از ابتدای خرداد ۱۳۹۵ تا پایان همان سال و رسیدن به اشباع خاتمه یافت.

داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری با روش تحلیل محتوای کیفی متعارف تحلیل شدند بدین ترتیب که ابتدا هر متن برای مانوس و غوطه‌ور شدن در داده‌ها و به‌دست آوردن بینش و حسی از کل، چند بار مطالعه شد. سپس دو نفر از تیم تحقیق به‌طور جداگانه متن صحبت‌ها را برای درک بهتر محتوای آن، مطالعه کردند. سپس واحدهای معنایی بر اساس هدف و سوال

پژوهش مشخص گردید. آنگاه نکات و عناوین مهم متن به صورت کد باز با در نظر داشتن محتوای آشکار و پنهان واحدهای معنایی استخراج شد. این کدها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود تحت عناوین وسیع‌تر طبقه‌بندی (تقلیل داده‌ها جهت توصیف پدیده و درک بیشتر) و روند انتزاع فوق تا استخراج مضمون ادامه یافت. (۲۵ و ۲۶) سپس نام گذاری طبقه‌بندی‌ها بر اساس محتوای ظاهری انجام گردیدند. نام گذاری کمک کرد که درک بهتری از موضوع ایجاد شود. سپس در مرحله بعد به ایجاد طبقه‌بندی‌های وسیع اقدام گردید، تا در نهایت پنج طبقه باقی ماند. (۲۷) این طبقه‌بندی‌ها نشان دهنده درک مددکاران اجتماعی از عوامل بروز خشونت همچون محدودیت‌های اداری، محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو، تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی، تفاوت‌های جمعیت‌شناختی و مشکلات و آسیب‌های اجتماعی در ارتباطات حرفه‌ای است. در حین این فرآیند چندین بار به داده‌ها و نسخه‌های اصلی رجوع شد و طبقات مورد بررسی قرار گرفت، تا اطمینان حاصل شود که نتایج، محتوای داده‌ها را نشان می‌دهد. جهت تسهیل در روند رفت و برگشت و مقایسه مکرر داده‌های مختلف و بازیابی نقل قول‌ها در فرایند تحلیل داده‌ها از نرم افزار MAXQDA نسخه ده استفاده شد.

دقت و موثق بودن یافته‌ها با روش‌های ترکیب و تلفیق (Triangulation) که یک فرآیند تاییدیه است و از طریق استفاده همزمان از چند روش جهت جمع‌آوری اطلاعات، ترکیب دیدگاه‌ها و روش‌های مختلف برای تفسیر داده‌ها، بازیابی اطلاعات از منابع مختلف، مصاحبه با مشارکت کنندگان که جاهای متفاوت کار می‌کردند و همگرایی نظر

محققان؛ به کار گرفتن بیش از یک محقق برای جمع‌آوری، تجزیه، تحلیل و تفسیر داده‌ها و استفاده از نظر محققان در جهت رسیدن به یک نظر مشترک و پیشگیری از سوگیری در هنگام طبقه‌بندی اطلاعات، اعتبار را افزایش می‌دهد. کنار گذاشتن پیش فرض‌های اولیه محقق، کاهش اثرات تعصب، (۲۸) لحاظ کردن حداکثر تنوع در نمونه‌گیری، دقت در ثبت داده‌ها، مقبولیت و حسن ارتباط محقق با مشارکت کنندگان در تحقیق، گرفتن نظر مشارکت کنندگان و رسیدن به یک نظر مشترک، درگیری طولانی مدت با زمینه و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها و بازنگری توسط مشارکت کنندگان، همکاران تحقیق و نیز ناظرین خارجی (۲۹ و ۳۰) انجام گردید. علاوه بر این، برای توصیف زمینه مطالعه، اطلاعات در مورد شرکت کنندگان ارائه شد. سعی گردید که صحبت‌های مشارکت کنندگان عینا بیان شود، به‌طوری که خوانندگان بتوانند با مطالعه یافته‌ها قضاوت کنند که یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای آن‌ها کاربرد داشته باشد یا خیر؟

یافته‌ها

در این تحقیق هفده مددکار اجتماعی شامل پنج مرد و دوازده زن در محدوده سنی بیست و شش تا شصت و پنج سال مشارکت داشتند. میانگین سنی آنان سی و نه سال و سابقه کاریشان از سه سال تا سی و پنج سال با میانگین ۱۷/۲۳ سال بود. همانطور که در جدول شماره یک نشان داده شده است، هفت نفر لیسانس مددکاری اجتماعی و خدمات اجتماعی، سه نفر فوق لیسانس مددکاری اجتماعی و سه نفر با لیسانس مددکاری اجتماعی و فوق لیسانس غیر، چهار نفر نیز دکترای مددکاری اجتماعی بودند.

با توجه به تجزیه و تحلیل داده‌ها، عوامل بروز خشونت که شامل پنج دسته با نام‌های "محدودیت‌های اداری"، "محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو"، "تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی"، "تفاوت‌های جمعیت‌شناختی" و "مشکل‌ها و آسیب‌های اجتماعی از دیدگاه مددکاران اجتماعی" بود، استخراج گردید.

محدودیت‌های اداری: محدودیت‌های اداری یکی از اصلی‌ترین طبقات بود که با توجه به تجربه شرکت کنندگان، مددکاران اجتماعی به پنج زیر طبقه "بروکراسی"، "کمبود اعتبارات امکانات"، "کمبود برنامه‌های آموزشی"، "مراجعه رجوعی" و "گویا نبودن قوانین" در گفتگوهای خود اشاره کردند. مشارکت کنندگان در این مطالعه به این مورد اشاره داشتند که بروکراسی و طولانی بودن روندهای اداری یکی از

جدول (۱) مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش

مددکاران اجتماعی شرکت کننده	مرد	زن
تعداد	۵	۱۲
سن	۲۶-۴۵	۳۲-۶۵
تجربه کار (سال)	۳-۱۸	۸-۲۵
کارشناسی مرتبط	۳	۳
کارشناسی ارشد مرتبط و غیر مرتبط	۱	۵
دکتری مرتبط	۱	۴

جدول (۲) عوامل پیش‌برنده خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی

طبقه اصلی	طبقات	زیرطبقات
عوامل پیش‌برنده خشونت در رابطه حرفه‌ای مددکاران اجتماعی	محدودیت‌های - اداری	بروکراسی
		کمبود اعتبار/ امکانات
		کمبود برنامه‌های آموزشی
		مراجعه‌ی ارجاعی
		گویا نبودن قوانین
	محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو	آگاهی کم از حقوق خود و قوانین
		نامیدی
		ناتوانی در کنترل خشم
		بیماری‌ها و معلولیت‌ها
		کم تجربگی
	تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی	ضعف در مهارت‌های ارتباطی
		پیش‌داوری
		پایین بودن خودآگاهی
		آسیب‌پذیری جسمی
		سن
	تفاوت‌های جمعیت شناختی	جنس
		قومیت و تفاوت طبقه اجتماعی
		فقر، بیکاری، بی‌سوادی
		مهاجرت
		اعتیاد
		قلدری و زورگویی
		انگ خوردن
		زندانی شدن

یا اختصاصی نیستند و یا اگر هم برگزار بشوند آن قدر تعداد این آموزش‌ها کم است نمی‌تواند کارساز باشد. مددکار اجتماعی شاغل در بازپروری: "ما چون خوب آموزش ندیده‌ایم گاهی نمی‌دانیم که باید با مددجو به‌خصوص در هنگام بازدید از منزل چگونه برخورد کنیم و همین امر زمینه‌ساز بروز و شدت خشونت مددجو شده است."

با توجه به این که در بیشتر سیستم‌های حمایتی، انتظامی و پلیسی کشور، معمولاً مددجویان دستگیر شده، به این سیستم‌ها ارجاع داده می‌شوند، و مجبورند که به مددکار اجتماعی مراجعه کنند و در این مورد حق انتخابی ندارند، بستری برای بروز خشونت به وجود می‌آید. مددکار اجتماعی با سابقه کار زیاد شاغل در مرکز بازپروری: "دختران مرکز ما همه شان چون دستگیر می‌شوند و به این مرکز آورده می‌شوند و چون اجباری به مرکز ما ارجاع داده می‌شوند در ابتدای امر بسیار ما را مورد خشونت قرار می‌دهند و حاضر به همکاری نیستند. مثلاً مددجوی دختر نوجوانی داشتم که از طریق نیروی انتظامی به دلیل نداشتن سرپناه مناسب و خوابیدن در پارک‌ها دستگیر شده بود و به مرکز بازپروری آورده شد. در همان بدو ورودش یکی از شیشه‌ها را شکست و قصد فرار داشت و می‌گفت من نمی‌خواهم این جا بمانم."

برخی از مشارکت‌کنندگان ابراز می‌داشتند وقتی فردی به مرکز یا بیمارستان مراجعه می‌کند به دلیل این که قوانین درست توضیح داده نشده و یا این که در برخی موارد قوانین گویا نیستند، آن‌ها را مورد خشونت قرار می‌دهند چون که به خواسته‌شان نمی‌رسند و گاهی از آن‌ها می‌خواهند که این قوانین را نادیده بگیرند. یکی از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان گفت: "روزی بیماری داشتم که دچار دیستروفی عضلانی بود و به بیمارستان ما که بیمارستان تخصصی پوست بود مراجعه کرده بود و درخواستش این بود که حالا که عضلاتش در حال شل شدن هستند برای او جراحی زیبایی انجام شود. هرچه برایش توضیح می‌دادیم که بیمارستان ما نمی‌تواند این جراحی را برایش انجام دهد و باید به فلان بیمارستان مراجعه کند باز هم قانع نمی‌شد، آخر سر هم کلی به ما فحش و بدوی‌پراه گفت و رفت. من فکر می‌کنم چون قوانین بیمارستان ما نامفهوم هستند بیماران دچار این مشکلات می‌شوند."

محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو: از دیدگاه مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده در مطالعه حاضر، محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو تاثیرگذار در بروز خشونت در ارتباطات حرفه‌ای، شامل چهار زیر طبقه "آگاهی کم از حقوق خود و قوانین"، "نامیدی"، "ناتوانی کنترل خشم" و "بیماری‌ها و معلولیت‌ها" بود.

مددجویان به دلیل آگاهی کم از حقوق مربوط به خود، مددکار اجتماعی را مورد خشونت قرار می‌دهند. مددکار اجتماعی شاغل در بیمارستان: "بیمارانی که به بیمارستان مراجعه می‌کنند معمولاً از حق

پیش‌برنده‌های خشونت و تاثیرگذار در بروز خشونت بود. مددکار اجتماعی شاغل در بهزیستی: "قرار بود برای مددجو وسایل خانه خریداری کنیم، ولی به دلایلی همچون نامه‌نگاری‌های مکرر، دیر رسیدن اعتبارات و این که ما در مجمعی دورافتاده از مرکز استان بودیم و ارتباط با مرکز استان سخت بود و باعث خسته شدن مددجو و بروز رفتارهای خشونت‌آمیز از سوی او گردید."

یکی از مددکاران اجتماعی شاغل در بیمارستان در خصوص کمبود اعتبارات و امکانات به این مسئله اشاره کرد که "به دلیل کمبود اعتبارات و امکانات، بسیاری از بیماران در هنگام پذیرش یا ترخیص، همکاران مددکار اجتماعی را به دلیل کمک مالی نکردن و یا نداشتن تخت در هنگام پذیرش مورد خشونت قرار می‌دهند."

مددکاران اجتماعی مشارکت‌کننده اظهار داشتند که متأسفانه به دلیل این که آموزش‌ها

و حقوق خود در بخش بیمه و میزان تخفیف بی اطلاع‌اند و وقتی به آن‌ها می‌گوییم هزینه درمان شما شامل بیمه نمی‌شود ما را مورد خشونت کلامی قرار می‌دهند.

ناامیدی مددجویان و تاثیر آن در بروز خشونت، مقوله دیگری بود که مددکاران اجتماعی در تجاربشان به آن اشاره کردند. مددکار اجتماعی شاغل در زندان بیان می‌کند: "مددجو می‌گفت: تو چگونه می‌خواهی به من کمک کنی؟ من به آخر خط رسیده‌ام، کسی به من نه پناه می‌دهد و نه شغل، او از زندگی ناامید بود. خیلی از سختی‌های کار ما به خاطر ناامیدی آن‌هاست که مورد خشونت قرار می‌گیریم. چون امیدی به ادامه راه ندارند.

ناتوانی در کنترل خشم مددجویان نیز از عوامل بروز خشونت علیه مددکاران اجتماعی بود. مددکار اجتماعی شاغل در مرکز بازپروری: "مددجوی دختری داشتیم که هم از طرف پدر و برادرانش مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بود و هم در خارج از خانه. وقتی به مرکز آمد تا مدت‌ها شیشه‌ها را می‌شکست و مددکاران اجتماعی را مورد خشونت قرار می‌داد."

یکی دیگر از عوامل بروز خشونت در حرفه مددکاران اجتماعی، بیماری‌ها و معلولیت‌ها بود. مددکار اجتماعی شاغل در بانک: "برخی از مراجعین من به علت این‌که دارای بیماری‌های سخت و گاهی لاعلاج هستند، آستانه تحمل پایینی دارند و وقتی نمی‌توانم خواسته آن‌ها را برآورده کنم مورد انواع خشونت‌های کلامی قرار می‌گیرم."

تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکاران اجتماعی:

تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی نیز از منظر مشارکت‌کنندگان به پنج گروه "کم تجربگی"، "ضعف در مهارت‌های ارتباطی"، "پیش‌داوری"، "پایین بودن خودآگاهی" و "آسیب‌پذیری جسمی" تقسیم شد.

عامل کم تجربگی یکی از مواردی بود که برخی از مددکاران اجتماعی در تجربه‌های اولیه کاری خود با آن روبرو شده‌اند. کم تجربگی زمینه‌ساز بروز خشونت از سوی مددجویان شده بود. یکی از مددکاران اجتماعی به این مسئله اشاره کرد: "در ابتدای کارم زیاد بلد نبودم که باید چگونه با یک مددجوی بیمار برخورد کنم کم تجربه بودم و چون نمی‌دانستم چگونه می‌توانم به حل مشکلش کمک کنم او را خسته کرده بودم."

در مورد ضعف در مهارت‌های ارتباطی مددکار اجتماعی با سابقه کار در مرکز بازپروری می‌گوید: "مددجو وقتی دید که من خیلی صریح و بی‌پرده سراغ اصل موضوع رفتم و گفتم دختری مورد آزار جنسی قرار گرفته، خیلی تاب نیاورد و چون آمادگی‌اش را نداشت من را مورد خشونت کلامی قرار داد."

پیش‌داوری‌های مددکاران اجتماعی در مورد مددجویان، مددکار

اجتماعی با سابقه کار در مرکز دختران فرار می‌گوید: "دختر فراری که تجربه‌های جنسی متعددی داشته و توی خانه تیمی دستگیر شده، جامعه او را طرد کرده و هیچ کس نمی‌خواهد با این دختر کار بکند.

مددکاران اجتماعی به پایین بودن خودآگاهی در حرفه مددکاری اجتماعی به عنوان یکی از عوامل بروز خشونت اشاره کردند. مددکار اجتماعی شاغل در بهزیستی: "شاید خیلی از ما بگوییم من خودم را خیلی خوب می‌شناسم، اما واقعیت این است که هنوز هم نتوانسته بودم خودم را خوب کنترل کنم، قضاوت عجولانه نکنم، صبر کنم و بعد تصمیم بگیرم. وقتی خودت را شناسی چگونه می‌خواهی به خودت هشدار بدهی؟" آسیب‌پذیری جسمی یکی دیگر از عوامل بروز خشونت بود که برخی از مشارکت‌کنندگان زن که تجربه‌ای نیز در این زمینه داشتند به آن اشاره کردند. مددکار اجتماعی شاغل در بیمارستان: "توی اتاق همکارم نشسته بودم که ناگهان یکی از بیماران سراسیمه وارد اتاق شد و از همکارم سراغ من را گرفت و همکارم من را با دست نشان داد، من آن زمان باردار بودم و مددجو تا دید من باردارم با عصایش مرا تهدید کرد."

تفاوت‌های جمعیت شناختی (سن و جنس):

مددکار اجتماعی مرد شاغل در مرکز نگهداری کودکان بدسرپرست: "برخی از مددکاران اجتماعی به پایین بودن سن، کودک و نوجوان و سالمند بودن برخی دیگر و تاثیر آن در بروز خشونت از طرف آنان اشاره داشتند." تفاوت‌های جنسی نیز سبب بروز خشونت در ارتباطات حرفه‌ای مددکاران اجتماعی شده است. مددکاران اجتماعی "تفاوت اقتصادی - اجتماعی"، "فقر، بیکاری و بیسوادی"، "اعتیاد"، "مهاجرت"، "قلدری و زورگویی"، "انگ خوردن" و "زندانی شدن" را برای این طبقه تعریف کردند. نابرابری‌های اجتماعی مقوله دیگری بود

که مددکاران اجتماعی به عنوان عوامل بروز خشونت به آن اشاره کردند. بسیاری از مددکاران اجتماعی به تاثیر مقوله های فقر، بیکاری و بیسوادی در بروز خشونت مددجویان اشاره کردند.

مشارکت کننده شاغل در پایگاه خدمات اجتماعی: "مددجو معتادی که از خانه فرار کرده بود و برای گرفتن کمک نزد من آمده بود به دلیل مصرف مواد مخدر و نداشتن کنترل، رفتار خشونت آمیز نشان داد." مهاجرت یکی از مقوله های مهمی است که سال هاست ایران به دلیل بروز جنگ های برون مرزی با آن درگیر است. مددکار اجتماعی شاغل در کلینیک مددکاری اجتماعی و مرکز سرپناه زنان ابراز داشت: "فشارهای اجتماعی و اقتصادی زیاد، برآورده نشدن نیازها و مشکل هایشان موجب بروز خشونت آنان می شود. به هر حال مهاجرت و غریب بودن می تواند موجب بروز خشونت شود." یکی از عوامل تاثیرگذار در بروز خشونت

مددجویان علیه مددکاران اجتماعی قلدری و زورگویی مراجعین بود. مددکار اجتماعی شاغل در مرکز کار با کودکان در خصوص قلدری کودکان ساکن در یکی از محله های جنوب تهران گفت: "چندتا کودک قلدر محله ایرانی و افغان داشتیم، می آمدند و با چاقو و اسلحه سرد قدرت نمایی می کردند و رفتارهای خشونت آمیز نشان می دادند." مقوله انگ خوردن مددجویان از طرف جامعه یکی دیگر از عوامل بروز خشونت در ارتباطات حرفه ای بود. شرکت کننده شاغل در مرکز مراقبت پس از خروج از زندان گفت: "متأسفانه با مجرم و متهم قهرآمیز برخورد می شود، برخورد همکاران با زندانیان به گونه ای است که باعث می شود مددجو باور کند که برای همیشه مجرم (انگ مجرم بودن) است. لذا در هنگام برقراری ارتباط رفتاری مبتنی بر خشونت بروز می دهد چون باور کرده مجرم است و کسی نمی تواند به او کمک کند."

زندانی شدن مکرر برخی مددجویان مقوله ای دیگر از عوامل بروز خشونت در روابط حرفه ای مددکاران اجتماعی بود. مددکار اجتماعی شاغل در زندان: "وقتی وارد زندان شدم تنها مرد مددکار اجتماعی آنجا بودم، زندانیان در ابتدا اصلاً به من اعتماد نداشتند و مرا طرد می کردند چون اعتقاد داشتند بالاخره این دوره تمام می شود و کسی نمی تواند برایشان کاری انجام دهد. حتی یک بار مرا از سلول خودشان بیرون کردند، من کوتاه نیامدم ارتباطات مبتنی بر مهارت های حرفه ای موجب اعتماد برخیشان به من گردید و به تعدادشان افزوده شد."

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده های عوامل بروز خشونت انتظار می رود مددکاران اجتماعی عوامل بروز خشونت در روابط حرفه ای را جهت پیشگیری و کاهش بروز خشونت شناسایی کنند. یافته های مطالعات انجام شده در خصوص محدودیت های اداری به صورت ارائه خدمت با اعمال قدرت یا خودداری از ارائه خدمت، سبک مدیریتی و زمان انتظار طولانی از عوامل و نابسامانی های پیش برنده بروز خشونت در مراجعان بود که با نتایج مطالعه کنونی در زمینه بروکراسی اداری به عنوان یکی از محدودیت های اداری همسو بود. (۳۵، ۳۴، ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۱۵). (۳۵ و ۳۴) با توجه به تجارب مشارکت کنندگان و مطالعات صورت گرفته، مقوله های محیطی همچون کمبود اعتبارات و امکانات به طور بالقوه ای در بروز خشونت در محل کار، رفاه کارکنان، ارتباطات حرفه ای و راهبردهای سازمان تاثیر گذارند. (۱۹، ۳۱، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵ و ۴۶) نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در خصوص آموزش در زمینه های شغلی به موارد ذیل به عنوان عوامل بروز خشونت اشاره کردند؛ فرصت های محدود آموزشی و فقدان آموزش های لازم در زمینه کنترل خشم. (۵۰ و ۴۹، ۴۸، ۴۷) اگرچه آموزش لازم است اما برای مقابله با خشونت در محل کار کافی نیست. با این حال آموزش هایی که کارمندان در کنار مدیریت مناسب در طول دوره های متفاوت گرفته بودند، باعث شد که رفتارهای خاص و شایسته در مورد چگونگی مواجهه با خشونت شکل بگیرد، نتایج مطالعات لیسکامب ۲۰۱۲ و گرنیر ۲۰۰۴ با یافته های مطالعه حاضر همسو است. (۵۱ و ۵۰، ۴۹، ۴۸) یکی از مقوله هایی که در مطالعه حاضر از تجارب مشارکت کنندگان حاصل شد، مراجعین ارجاعی بود. مراجعان در این مطالعه، بیشتر مددجویانی بودند که با توسط پلیس دستگیر شده یا از روی اجبار به مددکار اجتماعی ارجاع شده بودند. زور و اجبار خود پیش برنده در بروز خشونت در هر ارتباطی است. این نتیجه نیز با برخی مطالعات سایر کشورها همسو بود. (۵۴ و ۵۳، ۵۲، ۱۱) قوانین سازمانی و گویا نبودن آن مقوله ای بود که در پژوهش حاضر از آن به عنوان یکی از محدودیت های سازمانی نامبرده شد که در دیگر مطالعات نیز از قوانین و فرهنگ های سازمانی به عنوان محدودیت های سازمانی که پیش برنده

در زمینه بروز خشونت بود، نامبرده شده است. (۵۶،۵۵،۳۳،۱۵) محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو شامل آگاهی کم از حقوق خود و قوانین، ناامیدی، ضعف در کنترل خشم ناشی از بیماری‌ها و معلولیت‌ها بود. نتایج پژوهش حاضر با نظریه اسپینوزا در خصوص پیروی فرد از خشونت و عدم کنترل همسو است. (۵۹،۵۸،۵۷،۴۵،۴۵،۴۰،۱۸) بیشتر مراجعان مددکاران اجتماعی شرکت‌کننده در این مطالعه را بیماران و افراد معلول تشکیل می‌دادند. آن‌ها نیز با توجه به شرایطشان و پایین بودن آستانه تحمل، مددکاران اجتماعی را مورد خشونت قرار می‌دادند. در مطالعات صورت گرفته در سایر کشورها نیز به تاثیر بیماری و معلولیت در بروز خشونت اشاره شده است. (۶۱،۶۰،۴۸،۳۹) با توجه به تجارب مشارکت‌کنندگان و مطالعات صورت گرفته از عوامل بروز و ایجادکننده خشونت می‌توان به، کم تجربگی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی و پایین بودن خودآگاهی مددکاران اجتماعی بود که جوان بودن، سابقه کار کم، بی‌احترامی کردن، گوش نکردن فعال، درک نکردن شرایط فعلی مددجویان، فقدان آگاهی از خلق و خوی بیماران، ابهام در نحوه ارتباط، عدم توانمندی، تعارض و ابهام در نقش، اعتماد و اتکای فقط به تخصص حرفه‌ای، بی‌اعتمادی و ویژگی‌های شخصیتی مددکاران اجتماعی اشاره کرد. (۶۳،۳۶،۳۷،۴۵،۴۸،۴۹،۵۰،۵۵،۶۲ و ۶۳) عدم پیش‌داوری یکی از اصول حرفه‌ای مددکاری اجتماعی است که می‌بایست در ارتباطات حرفه‌ای متبلور گردد و عدم تحقق آن یکی از عوامل ایجادکننده خشونت علیه مددکاران اجتماعی می‌گردد. (۶۱)

تفاوت‌های جمعیت‌شناختی نیز شامل سن و جنس بود. کودکان و سالمندان در این پژوهش بیشتر از سنین دیگر نسبت به مددکار اجتماعی مورد رفتاری مبتنی بر خشونت نشان داده بودند. سن یکی از عوامل بروز خشونت بود که مطالعات دیگر نیز به آن اشاره کرده‌اند. کودکان و نوجوانان نسبت به جوانان پرخشگری بیشتری دارند. (۶۸ و ۶۹) رینگستاد ۲۰۰۵ می‌گوید درگیری‌ها در مراکز دارالتادیب و مدارس به دلیل پایین بودن سن کودکان بیشتر شایع بوده است. او تاکید می‌کند نتایج تحقیق به دلیل وابسته بودن به زمینه و بافت، در قابلیت تعمیم دچار مشکل است. (۱۰) در ژاپن نیز به این مسئله اشاره شده است که سن ارتکاب جرم و خشونت‌گری افزایش پیدا کرده و سالمندان نسبت به قبل خشونت‌گرا تر شده‌اند. (۷۰) همچنین در مطالعه حاضر مشارکت‌کنندگان به مقوله تاثیر سن بر بروز خشونت تاکید داشتند و بیان کردند که کودکان خشونت بیشتری بروز می‌دهند که با پژوهش رینگستاد ۲۰۰۵ هم‌راستا است، اما در این مورد نمی‌توان به‌طور قطع اظهار نظر کرد. سوگی ۲۰۱۷ در پژوهش خود نشان داد، سالمندان مراقبین خود را بیشتر مورد خشونت قرار می‌دهند، (۷۰) برخی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش به این مورد اشاره داشتند. اما نمی‌توان با قطعیت به نتایج به‌دست آمده استناد کرد.

جنس نیز یکی دیگر از عوامل بروز موثر در بروز خشونت بود. شوارتز و همکاران ۲۰۰۵ عنوان کرده‌اند، جنس نقشی اساسی در خشونت ایفا می‌کند. (۷۱) تفاوت جنس بین مراجع و درمانگر و نگرش نابرابری جنسیتی در بسیاری از فرهنگ‌ها موجود است. (۴۱،۳۲،۴۲،۴۷،۷۲ و ۷۳). همان‌طور که مشارکت‌کنندگان نیز به آن اشاره کردند در هنگام بازدید از منزل وقتی مددکار اجتماعی مرد به منزل مددجوی زن مراجعه کرده، با غیرت و پرخشگری همسر او روبرو شد. این جزئی از فرهنگ ایرانی می‌باشد. مطالعه شهریار و همکاران ۲۰۱۵ نیز به تفاوت جنسیتی به‌عنوان مقوله‌ای موثر در ارتباطات حرفه‌ای پرداخته‌اند. (۷۴) در پژوهش حاضر هم مددکاران اجتماعی زن و هم مردان با خشونت از سوی مراجعان روبرو شده بودند. خشونت وابسته به جنس وابسته به فرهنگ می‌باشد. نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات انجام شده در خارج ایران نیز همسو می‌باشد. (۳۴،۳۵،۷۵ و ۷۶)

تجارب مددکاران اجتماعی نشان داد که مشکلات و آسیب‌های اجتماعی نظیر فقر، بیسوادی و بیکاری، مهاجرت و اعتیاد، قلدری و زورگویی، انگ خوردن و زندانی شدن در بروز خشونت موثر بوده است. مطالعات صورت گرفته در این زمینه حاکی از این است که، زمینه‌های بروز خشونت در جوامعی که با فقر دست و پنجه نرم می‌کنند شایعتر است و مسائل اقتصادی و بی‌ثباتی اقتصادی، نقش مهمی در آن ایفا می‌کند. بیکاری و بیسوادی نیز از دیگر نابسامانی‌ها و عوامل بروز و ایجادکننده خشونت بود. این نتایج با مطالعات (۵،۵۵،۶۳،۸۱،۸۲،۸۳،۸۴،۱۵،۲۳،۳۲،۴۵،۴۸،۴۹،۸۵ و ۸۵) همسو است. اعتیاد نیز یکی دیگر از عوامل پیش‌برنده در بروز خشونت شناسایی شد. با توجه به تجارب مددکاران اجتماعی در مطالعه حاضر، افراد معتاد به دلیل سو مصرف مواد و عدم تعادل و کنترل در رفتار و

متعددی همچون محدودیت‌های اداری، محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجو، تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی، تفاوت‌های جمعیت شناختی، مشکلات و آسیب‌های اجتماعی در بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی نقش دارد و مددکاران اجتماعی در راستای پیشگیری و کاهش عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای بایستی به آن نگاه سیستماتیک داشته و از منظر کلان، سازمانی و اجتماعی به آن پرداخته شود. جهت کاهش عوامل بروز خشونت، نیاز به برنامه‌ریزی‌های استراتژیک هم در سطح خرد و هم سطح کلان می‌باشد که یافته‌های این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز آشنایی بیشتر برنامه‌ریزان اجتماعی با عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی باشد و به توسعه و بهبود کیفی خدمات و مداخلات اجتماعی در سطح خرد و کلان کمک کند.

محدودیت‌ها: در این پژوهش از تجارب هفده مددکار اجتماعی استفاده شده و از تجارب مددجویان استفاده نشده است.

پیشنهادهای: پیشنهاد می‌شود علاوه بر بررسی دیدگاه مددکاران اجتماعی در مراکز مختلف کاری، از تجارب مراجعان و دیدگاه مددجویان نسبت به خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی نیز استفاده شود. **سپاسگزاری:** این مقاله از پایان‌نامه مصوب و دفاع شده دوره دکتری مددکاری اجتماعی در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی استخراج شده است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر خود را از مددکاران اجتماعی شرکت‌کننده در پژوهش در سازمان‌های مختلف، اساتید محترم داور و مسئولان دانشگاه که ما را در انجام و ارتقا کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

هنگام مراجعه به مددکاران اجتماعی رفتار مبتنی بر خشونت نشان می‌دادند، نتایج به‌دست آمده با برخی مطالعات صورت گرفته همسو می‌باشد. (۴۸،۳۹، ۹۱ و ۹۰) قلدری و زورگویی مددجو یکی دیگر از عوامل بروز خشونت از طرف مددجویان قلدر بود. مطالعات دیگر نیز نتایجی همسو با این مطالعه داشتند و به قلدری و زورگویی مددجو و تاثیر آن در بروز خشونت اشاره کرده‌اند. (۹۳ و ۹۲، ۸۴) مشارکت‌کنندگان به این مسئله اشاره کردند که انگ‌های اجتماعی و برچسب زدن توسط دیگران در بروز خشونت موثر بوده است. (۹۴ و ۵۶)

در این مطالعه به زندانی شدن به عنوان یکی از نابسامانی‌ها و عوامل پیش‌برنده در بروز خشونت اشاره شده است. که همسو با نتایج مطالعات (۹۷ و ۹۶، ۵۴) بود. زندانی شدن در بروز خشونت، خشونت‌گری، قلدری و زورگویی موثر است.

در این مطالعه، به بررسی عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی از دیدگاه و تجارب حرفه‌ای مددکاران اجتماعی پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل بروز

منابع

References:

1. Habibzadeh M. Violence and the criminal justice system. Social sciences Shiraz. 2004;21(2). [Persian]
2. Strauss MA, Gelles RJ. Physical violence in American families. New Brunswick, NJ: transaction Publishers. 1990.
3. Holleran RS. Preventing staff injuries from violence. Journal of emergency nursing. 2006;32(6):523-4.
4. Aghajanolou A, Haririan H, Ghafourifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanzan universities of medical sciences. 2010. [Persian]
5. Cezar ES, Marziale MHP. Occupational violence problems in an emergency hospital in Londrina, Paraná, Brazil. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(1):217-21.
6. Whittington R, Wykes T. An evaluation of staff training in psychological techniques for the management of patient aggression. Journal of clinical nursing. 1996;5(4):257-61.
7. Kwok R, Law Y, Li K, Ng Y, Cheung M, Fung V, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. Hong Kong medical journal. 2006.
8. Tanja de Jong E, Karolina Pawlowska-Cyprysiak, Katarzyna Hildt –Ciupińska, Malińska(CIOP) M, Georgiana Nicolescu, Trifu A. European agency for safety and health at work. current and emerging issues in the healthcare sector including home and community care. European risk observatory report: 2014.
9. Padyab M, Ghazinour M, Richter J. Coping and mental health of Iranian social workers: the impact of client violence. Social behavior and personality: an international journal. 2013;41(5):805-14.
10. Ringstad R. Conflict in the workplace: social workers as victims and perpetrators. Social work.

2005;50(4):305-13.

11. Bibby P. Personal safety for social workers: Taylor & Francis; 2017.
12. Kagan M, Itzick M. Work-related factors associated with psychological distress among social workers. *European journal of social work*. 2017;1-13.
13. NASW. NASW center for workforce studies & center for health workforce studies licensed social workers in the United States. 2004-2006(NY).
14. Newhill CE. Client violence in social work practice: prevention, intervention, and research: Guilford press; 2004.
15. Tanja de Jong EB, Karolina Pawlowska-Cypriak, Katarzyna Hildt –Ciupińska, Marzena Malińska(CIOP)Georgiana Nicolescu, Alina Trifu. European agency for safety and health at work. current and emerging issues in the healthcare sector including home and community care. European risk observatory report. 2014.
16. Healy LM. Exploring the history of social work as a human rights profession. *International social work*. 2008;51(6):735-48.
17. Work Safe BC. Home and community health worker. British Columbia: occupational health & safety agency for healthcare 2006.
18. Jones JR, Hodgson JT, Osman J. Self-reported working conditions in 1995: results from a household survey: HSE books London; 1997.
19. Florence LF. Developing a grounded theory for successful workplace violence prevention programs: Capella university; 2009.
20. Tzafrir SS, Enosh G, Gur A. Client aggression and the disenchantment process among Israeli social workers: realizing the gap. *Qualitative Social Work*. 2013;1473325013509827.
21. Van Heugten K. Bullying of social workers: outcomes of a grounded study into impacts and interventions. *British journal of social work*. 2009:bcp003.
22. Katalin Sas, Suarez A. Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013-2020. Based on an input from the topic center-occupational safety and health (TC-OSH) project management (EU-OSHA). 2013.
23. Pollack D. International legal note: Social work and violent clients: an international perspective. *International social work*. 2010;53(2):277-82.
24. NASW. NASW. United States: center for workforce studies & center for health workforce studies licensed social workers in the United States., 2004-2006.
25. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*. 2008;62(1):107-15.
26. Adelmehraban M. A review of qualitative content analysis and its application in research. Isfahan: Isfahan university of medical sciences; 2016. 157 p. [Persian]
27. Burnard P. A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse education today*. 1991;11(6):461-6.
28. Yeasmin S, Rahman KF. Triangulation' research method as the tool of social science research. *BUP journal*. 2012;1(1):154-63.
29. Oskouie F PH. Qualitative research in nursing. Tehran, Iran. Iran university of medical sciences and health services. 2005.[Persian]
30. Roberts P PH. Reliability and validity in research. *Nurs stand*. 2006;20(44):41-50.
31. Wright SA, Russell MC. Treating violent impulses: a case study utilizing eye movement desensitization and reprocessing with a military client. *Clinical case studies*. 2013;12(2):128-44.
32. Prepared by the Washington state department of labor & industries division of occupational safety and health. Workplace violence awareness and prevention for employers and employees. F417-140-000 [05-2012]; 2012.
33. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: a review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and violent behavior*. 2006;11(1):27-43.
34. Rowett C. Violence in social work: a research study of violence in the context of local authority social work: university of Cambridge, institute of criminology; 1986.
35. Dalphond D, Gessner M, Giblin E, Hijazzi K, Love C. Violence against emergency nurses. *Journal of emergency nursing*. 2000;26(2):105.
36. Whitaker T. Social workers and workplace bullying: perceptions, responses and implications. *Work*. 2012;42(1):115-23.
37. Bowling NA, Beehr TA. Workplace harassment from the victim's perspective: a theoretical model and meta-analysis. *American psychological association*; 2006.
38. Malesa KJ. Exploring social workers' experiences regarding workplace violence 2014.
39. Newhill CE, Safran JD, Muran JC. Client violence in social work practice: prevention, intervention, and research: Guilford press; 2003.

40. Moeini Z, Khoshknab MF, Hosseini MA, Dalvandi. Knowledge, attitude and practice of violence at work in selected hospitals of Isfahan university of medical sciences. *Health Promotion management Iran*. 2016;3:69-80. [Persian]
41. Macdonald G, Sirotich F. Violence in the social work workplace The Canadian experience. *International social work*. 2005;48(6):772-81.
42. El-Gilany A-H, El-Wehady A, Amr M. Violence against primary health care workers in Al-Hassa, Saudi Arabia. *Journal of interpersonal violence*. 2010;25(4):716-34.
43. Di Martino V, Hoel H, Cooper CL. Preventing violence and harassment in the workplace: European foundation for the improvement of living and working conditions Dublin; 2003.
44. McPhaul KM, London M, Murrett K, Flannery K, Rosen J, Lipscomb J. Environmental evaluation for workplace violence in healthcare and social services. *Journal of safety research*. 2008;39(2):237-50.
45. Stathopoulou H. Violence and aggression towards health care professionals. *Health science journal*. 2007(2).
46. Littlechild B, Hunt S, Goddard C, Cooper J, Raynes B, Wild J. The effects of violence and aggression from parents on child protection workers' personal, family, and professional lives. Sage open. 2016;6(1):2158244015624951.
47. Butchart A, Mikton C. Global status report on violence prevention, 2014. 2014.
48. Lipscomb JA, London M, Chen Y, Flannery K, Watt M, Geiger-Brown J, et al. Safety climate and workplace violence prevention in state-run residential addiction treatment centers. *Work*. 2012;42(1):47-56.
49. Srinivasa E, Kerr CR. Analysis and promotion of psychological safety in the healthcare setting. 2016.
50. Mantzouranis G, Faffiora E, Bampalis VG, Christopoulou I. Assessment and analysis of workplace violence in a Greek tertiary hospital. *Archives of environmental & occupational health*. 2015;70(5):256-64.
51. Grenyer BF, Ilkiw Lavalley O, Biro P, Middleby Clements J, Comminos A, Coleman M. Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2004;38(10):804-10.
52. Spelten E, Thomas B, O'Meara PF, Maguire BJ, FitzGerald D, Begg SJ. Organisational interventions for preventing and minimising aggression directed toward healthcare workers by patients and patient advocates. *The cochrane library*. 2017.
53. Gerber MM, Jackson J. Justifying violence: legitimacy, ideology and public support for police use of force. *Psychology, crime & law*. 2017;23(1):79-95.
54. Klahm IV CF, Steiner B, Meade B. Assessing the relationship between police use of force and inmate offending (rule violations). *Crime & delinquency*. 2017;63(3):267-95.
55. Sripichyakan K, Thungpunkum P, Supavititpatana B. Workplace violence in the health sector: a case study in Thailand. ILO/ICN/WHO/PSI Joint program on workplace violence in the health sector, Geneva retrieved November. 2003;30:2007.
56. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1963
57. Batool Ahmadi, Simin Nasser, Mohamadian MA. Women and men are the views and experts on domestic violence against women in Iran: A qualitative study. *Faculty of Public Health and Institute of Health Research*. 2009;6(2). (In Persian)
58. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *Journal of advanced nursing*. 2002;39(3):230-40.
59. De Jong T, Bos E. Current and emerging issues in the healthcare sector, including home and community care. Publications office of the European union: Luxembourg, Belgium. 2014.
60. Lipscomb J, Silverstein B, Slavin TJ, Cody E, Jenkins L. Perspectives on legal strategies to prevent workplace violence. *Journal of law medicine and ethics*. 2002;30(3; SUPP):166-72.
61. Crockett LR. Resource kit, workplace bullying, experienced by social workers Alberta college o social workers: 2012.
62. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*. 1982;37(2):122.
63. Newhill CE. Client threats toward social workers: nature, motives, and response. *Journal of threat assessment*. 2003;2(2):1-19.
64. Ribeiro MRC, Da Silva AAM, De Britto MTSS, Batista RFL, Ribeiro CCC, Schraiber LB, et al. Effects of socioeconomic status and social support on violence against pregnant women: a structural equation modeling analysis. *PLoS one*. 2017;12(1):e0170469.
65. De Oliveira Turatti B, Moretti-Pires RO. Occupational violence in pregnant women in Brazil: a sample of cases in the labor court. *Journal of occupational health*. 2017;59(4):361-3.
66. Shidhaye PR, Giri PA. Domestic violence during pregnancy: a neglected and unseen public health problem. *International Journal of community medicine and public health*. 2017;1(1):1-3.
67. Reknes I, Notelaers G, Magerøy N, Pallesen S, Bjorvatn B, Moen BE, et al. Aggression from patients or next of kin and exposure to bullying behaviors: a conglomerate experience? *Nursing research and practice*. 2017;2017.

68. Baron SW. It's More than the code: exploring the factors that moderate the street code's relationship with violence. *Justice quarterly*. 2017;34(3):491-516.
69. Chan Tack AM, Small ML. Making friends in violent neighborhoods: strategies among elementary school children. *Sociological science*. 2017;4:224-48.
70. Sugie NF. When the elderly turn to petty crime: increasing elderly arrest rates in an aging population. *International criminal justice review*. 2017;27(1):19-39.
71. Schwartz SH, Rubel T. Sex differences in value priorities: cross-cultural and multimethod studies. *Journal of personality and social psychology*. 2005;89(6):1010.
72. Gerasymenko G. Gender-based violence in Ukraine: issues of assessment and policy response. *Видавці та засновники*. 2015:138.
73. Moracco KE, Clark KA, Espersen C, Bowling JM. Preventing firearms violence among victims of intimate partner violence: an evaluation of a new North Carolina law. Final report submitted to the national institute of justice by Pacific institute for research and evaluation, Chapel Hill, NC. 2006.
74. Shahriari M, Mohammadi E, Fooladi MM, Abbaszadeh A, Bahrami M. Proposing codes of ethics for Iranian nurses a mixed methods study. *Journal of mixed methods research*. 2015:1558689815570375. [Persian]
75. Stanley J, Goddard C, Sanders R. In the firing line: violence and power in child protection work. *Child & family social work*. 2002;7(4):323-4.
76. Virkki T. Habitual trust in encountering violence at work. *Attitudes towards client*. 2008.
77. Stowell JI, Martinez R. Displaced, dispossessed, or lawless? Examining the link between ethnicity, immigration, and violence. *Aggression and violent behavior*. 2007;12(5):564-81.
78. Guerra NG, Williams KR. Ethnicity, youth violence, and the ecology of development. 2006.
79. Guetzkow J, Ben-Zvi K. From "subcultures" to "toolkits": ethnicity and violence in Israeli prisons. *Social forces*. 2017;95(3):1237-59.
80. Bandura A, Walters RH. *Social learning theory*. 1977.
81. Yip K-S. A strengths perspective in understanding and working with clients with psychosis and records of violence. *Journal of humanistic psychology*. 2005;45(4):446-64.
82. Babaei A, Rahmani A, Aghdam AM, V Z, A D, M A. Caregivers understanding of the nature of workplace violence against nurses in hospitals affiliated to Tabriz, Iran. *Journal of forensic medicine*. 2015;20(3):111-7. [Persian]
83. Najafi F, Khoshknab MF, Dalvandi, Ahmadi F, Rahgozar. Workplace violence against nurses in Iran: a systematic review. *Health promotion management Iran*. 2015;3(2):72-85. [Persian]
84. Van Heugten K. Resilience as an underexplored outcome of workplace bullying. *Qualitative health research*. 2013;23(3):291-301.
85. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM. Income, gender, and forms of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*. 2017;0886260517719541.
86. Feldmeyer B. Immigration and violence: the offsetting effects of immigrant concentration on Latino violence. *Social science research*. 2009;38(3):717-31.
87. Martinez R, Valenzuela Jr A. *Immigration and crime: race, ethnicity, and violence*: NYU press; 2006.
88. Kaufman JM. Explaining the race/ethnicity-violence relationship: neighborhood context and social psychological processes. *Justice quarterly*. 2005;22(2):224-51.
89. Ferraro V. Immigration and crime in the new destinations, 2000-2007: a test of the disorganizing effect of migration. *Journal of quantitative criminology*. 2016;32(1):23-45.
90. Jackson J, Gouseti I. Threatened by violence affective and cognitive reactions to violent victimization. *Journal of interpersonal violence*. 2015;0886260515584336.
91. Black BM, Weisz AN, Bennett LW. Graduating social work students' perspectives on domestic violence. *Affilia*. 2010;25(2):173-84.
92. Agervold M. Bullying at work: a discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scandinavian journal of psychology*. 2007;48(2):161-72.
93. Quine L. Workplace bullying in nurses. *Journal of health psychology*. 2001;6(1):73-84.
94. Becker HS. *Outsiders*: Simon and Schuster; 2008.
95. Arabnezhad F, Yazdanpanah L. Factors related to violence and the history among youth eighteen-thirty-five years in prison of Kerman. *The quarterly journal of social welfare iran*. 2012;43:71-95. [Persian]
96. Wood J, Dennard S. Gang membership: links to violence exposure, paranoia, PTSD, anxiety, and forced control of behavior in prison. *Psychiatry*. 2017;80(1):30-41.
97. Lindsey AM, Mears DP, Cochran JC, Bales WD, Stults BJ. In prison and far from home: Spatial distance effects on inmate misconduct. *Crime & delinquency*. 2017;63(9):1043-65.