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 Relationships

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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی

نسرین 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
فریبا 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: دراقدامات مددکاری اجتماعی عواملی سبب بروز خشونت در روابط مددکاران اجتماعی با مددجویان می‌شود، بنابراین بررسی درباره عوامل به‌وجود آورنده خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی امری ضروری به‌نظر 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 نیمه‌ساختار 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

نحوه استناد به مقاله: نسرین بابائیان، غنچه راهب، فریبا برهانی و عطیه حاشیه باف. عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۱): ۲۶-۱۴

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

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 درخرده 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(٤) و تبدیل به یک معضل جهانی و موضوعی نگران کننده برای هرکس و در هر محیط کاری شده و بخشی از خطرات شغلی محیط کار است.(٤،٥و٦) 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.(۷و 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، ۱۱و۱۲) 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 ٤۱/٤ درصد دانشجویان مددکاری‌اجتماعی 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.(۱۱و۱۳) 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. به‌طوری که طبق آمار سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۸۸مددکاران اجتماعی نسبت به پلیس تلفات بیشتری داشتند.(١٤و١٥) فدراسیون بین المللی 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.(١٦)

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 تاثیر 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.(۱۷و۱۸) 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، ۲۰و۲۱)

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 همکاران۲۰۱۲ با بررسی خشونت مراجع علیه مددکاران اجتماعی، دریافتند که شصت و هفت درصد آنان در طول دوازده ماه گذشته

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

حداقل یک نوع خشونت را تجربه کرده‌اند. (۹) عمده مطالعات صورت گرفته به‌صورت 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 این‌که 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 به‌نظر 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 باتوجه 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 به‌نظر می‌رسد. شناسایی و واکاوای 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 مشارکت‌کنندگان جهت عدم همکاری یا خروج از مطالعه در کل مراحل مطالعه مورد تاکید محقق بود. به شرکت‌کنندگان 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. مشارکت‌کنندگان 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: لطفا 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 خرداد۱۳۹۵ 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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

پژوهش مشـخص گردیـد. آنگاه نکات و عناویـن مهم متن به‌صورت کـد باز با در نظر داشـتن محتوای آشـکار و پنهـان واحدهای معنایی استخراج شد. این کدها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌های موجود تحت عناوین وسـیعتر طبقه‌بندی (تقلیل داده‌ها جهت توصیف پدیده و درک بیشـتر) و روند انتزاع فوق تا اسـتخراج مضمون ادامـه یافت.(۲۵و۲۶) سـپس نـام گـذاری طبقه‌بندی‌ها بر اسـاس محتوای ظاهـری انجام گردیدند. نام گـذاری کمک کرد که درک بهتـری 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 مـددکاران اجتماعی از عوامل بروز خشـونت همچون محدودیت‌های اداری، محدودیت‌هـا و تفاوت‌های فردی مددجـو، تفاوت‌های فردی و نقـاط ضعف مـددکار اجتماعـی، تفاوت‌های جمعیت‌شـناختی و مشـکلات و آسیب‌های اجتماعی در ارتباطات حرفه‌ای است. در حین این فرآیند چندین بار به داده‌ها و نسـخه‌های اصلی رجوع شد و طبقات مورد بررسـی قرار گرفت، تا اطمینان حاصل شـود کـه 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 اسـت و از طریق اسـتفاده همزمان از چند روش جهـت جمع‌آوری اطلاعـات، ترکیب دیدگاه‌هـا و روش‌های مختلف برای تفسـیر داده‌ها، بازیابـی اطلاعات از منابع مختلـف، مصاحبه با مشـارکت‌کنندگان که جاهای متفاوت کار می‌کردنـد و همگرایی نظر محققان؛ به‌کار گرفتن بیش از یک محقق برای جمع‌آوری، تجزیه، تحلیل و تفسـیر داده‌ها و اسـتفاده از نظر محققان در جهت رسیدن به یک نظر مشترک و پیشگیری از سو گیری در هنگام طبقه‌بندی اطلاعات، اعتبار را افزایش می‌دهد. کنار گذاشتن پیش فرض‌های اولیه محقـق، کاهش اثرات تعصـب،(۲۸) لحاظ کـردن حداکثر تنـوع در نمونه‌گیری، دقت در ثبـت داده‌هـا، مقبولیت و حسـن ارتباط محقق با مشارکت‌کنندگان در تحقیق، گرفتن نظر مشـارکت‌کنندگان و رسیدن به یک نظر مشـترک، درگیری طولانی مـدت با زمینه و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها و مشاهده‌ها و بازنگری توسط مشارکت‌کنندگان، همکاران تحقیق و نیـز ناظرین خارجی(۲۹و۳۰) انجام گردید. عـلاوه بر این، بـرای توصیف زمینه مطالعه، اطلاعات در مورد شـرکت‌کنندگان ارائـه شـد. سـعی گردید کـه صحبت‌های مشارکت‌کنندگان عینا بیان شود، به‌طوری که خوانندگان بتوانند با مطالعـه یافته‌ها قضاوت کنند که یافته‌های ایـن مطالعه می‌تواند برای آن‌ها کاربرد داشته باشد یا خیر؟

یافته‌ها

در این تحقیق هفده مددکار اجتماعی شـامل پنج مرد و دوازده زن در محدوده سـنی بیست و شـش تا شصت و پنج سال مشارکت داشتند. میانگین سنی آنان سی و نه سال و سابقه کاریشان از سـه سال تا سـی و پنج سال با میانگین ۱۷/۲۳سـال 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.

جدول(۱) مشخصات شرکت‌کنندگان در پژوهش

مددکاران اجتماعی شرکت‌کننده	مرد	زن
تعداد	۵	۱۲
سن	۴۵-۲۶	۶۵-۳۲
تجربه کار(سال)	۱۸-۳	۳۵-۸
کارشناسی مرتبط	۳	۳
کارشناسی‌ارشد مرتبط و غیرمرتبط	۱	۵
دکتری مرتبط	۱	۴

بـا توجه بـه تجزیه و تحلیـل داده‌ها، عوامل بروز خشـونت که شـامل پنج دسـته با نام‌های "محدودیت‌هـای اداری"، "محدودیت‌ها و تفاوت‌های فردی مددجـو"، "تفاوت‌های فردی و نقاط ضعف مددکار اجتماعی"، "تفاوت‌های جمعیت‌شـناختی" و "مشکل‌ها و آسـیب‌های اجتماعی از دیدگاه مددکاران اجتماعی" بود، استخراج گردید.

محدودیت‌های اداری: محدودیت‌های اداری یکی از اصلی‌ترین طبقات بود که با توجه به تجربه شـرکت‌کنندگان، مددکاران اجتماعی به پنج زیر طبقه "بروکراسـی"، "کمبود اعتبارات امکانات"، "کمبود برنامه‌های آموزشـی"، "مراجعین ارجاعی" و "گویا نبودن قوانین" در گفتگوهای خود اشاره کردند.

مشـارکت کننده‌هـا در این مطالعه به این مورد اشـاره داشـتند که بروکراسـی و طولانی بودن روندهـای اداری یکی از

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

جدول(۲) عوامل پیش‌برنده خشونت در روابط حرفه‌ای مددکاران‌اجتماعی

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

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 مجتمعی 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 متاسفانه به دلیل این که آموزش‌ها یا اختصاصی نیستند و یا اگر هم برگزار بشوند آن قدر تعداد این آموزش‌ها کم است نمی‌تواند کارساز باشد. مددکاراجتماعی 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، معمولا 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. مثلا 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 بدوبیراه 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"، "ناامیدی"، "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. مددکاراجتماعی شاغل در بیمارستان: "بیمارانی که به بیمارستان مراجعه می‌کنند معمولا از حق

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

و حقـوق خـود در بخش بیمه و میزان تخفیـف بی‌اطلاع‌اند 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 خشـونت، مقوله دیگری بود که مددکاران اجتماعی در تجاربشان به آن اشاره کردند. مددکار اجتماعی شـاغل در زندان بیان می‌کند: "مددجو می گفت: تو چگونه می‌خواهی بـه من کمک کنی؟ من به آخر خط رسـیده‌ام، کسـی به مـن نه پناه می‌دهد و نه شـغل، او از زندگی ناامید بود. خیلی از سـختی‌های کار ما به خاطر ناامیدی آن‌هاسـت که مورد خشـونت قرار می‌گیریم. چون امیدی به ادامه راه ندارند.

ناتوانـی در کنتـرل خشـم مددجویان نیـز از عوامل بروز خشـونت علیـه مـددکاران اجتماعی بـود. مـددکار اجتماعی شـاغل در مرکز بازپروری: "مددجوی دختری داشـتیم که هم از طرف پدر و برادرانش مورد سـو استفاده جنسـی قرار گرفته بود و هم در خارج از خانه. وقتی به مرکز آمد تا مدت‌ها شیشـه‌ها را می‌شکست و مددکاران اجتماعی را مورد خشونت قرار می‌داد."

یکی دیگـر از عوامل بروز خشـونت در حرفه مـددکاران اجتماعی، بیماری‌ها و معلولیت‌ها بود. مددکار اجتماعی شاغل در بانک: "برخی از مراجعین من به‌علت این‌که دارای بیماری‌های سخت و گاهی لاعلاج هسـتند، آسـتانه تحمل پایینی دارند و وقتی نمی‌توانم خواسـته آن‌ها را برآورده کنم مورد انواع خشونت‌های کلامی قرار می‌گیرم."

تفاوت‌هـای فردی و نقاط ضعف مـددکاران اجتماعی:

تفاوت‌هـای فـردی و نقـاط ضعـف مـددکار اجتماعی نیـز از منظر مشارکت‌کنندگان به پنج گروه "کم تجربگی"، "ضعف در مهارت‌های ارتباطی"، "پیـش‌داوری"، "پایین بودن خودآگاهی" و "آسـیب‌پذیری جسمی" تقسیم شد.

عامـل کـم تجربگی یکـی از مواردی بود کـه برخی از مـددکاران اجتماعـی در تجربه‌هـای اولیـه کاری خود با آن روبرو شـده‌اند. کم تجربگی زمینه‌سـاز بروز خشونت از سـوی مددجویان شده بود. یکی از مددکاران اجتماعی به این مسـئله اشـاره کرد: "در ابتدای کارم زیاد بلد نبودم که باید چگونه با یک مددجوی بیمار برخورد کنم کم تجربه بودم و چون نمی‌دانسـتم چگونه می‌توانم به حل مشکلش کمک کنم او را خسته کرده بودم."

در مورد ضعف در مهارت‌های ارتباطی مددکار اجتماعی با سابقه کار در مرکـز بازپروری می گوید: "مددجو وقتـی دید که من خیلی صریح و بی‌پرده سـراغ اصل موضوع رفتم و گفتم دخترت مورد آزار جنسـی قرار گرفته، خیلی تاب نیاورد و چون آمادگی‌اش را نداشـت من را مورد خشونت کلامی قرار داد."

پیش داوری‌های مـددکاران اجتماعی در مـورد مددجویان، مددکار اجتماعی با سـابقه کار در مرکز دختران فرار می گوید: "دختر فراری که تجربه‌های جنسی متعددی داشـته و توی خانه تیمی دسـتگیر شـده، جامعـه او را طرد کـرده و هیچ کس نمی‌خواهد با این دختر کار بکند.

مـددکاران اجتماعـی بـه پاییـن بـودن خودآگاهـی در حرفه مـددکاری اجتماعی به‌عنوان یکی از عوامل بروز خشـونت اشاره کردند. مددکار اجتماعی شاغل در بهزیستی: "شـاید خیلی از ما بگوییم من خودم را خیلی خوب می‌شناسـم، اما واقعیت این اسـت که هنوز هم نتوانسته بودم خودم را خوب کنترل کنم، قضـاوت عجولانه نکنـم، صبر کنم و بعد تصمیم بگیرم. وقتی خودت را نشناسـی چگونه می‌خواهی به خودت هشدار بدهی؟"

آسـیب‌پذیری جسـمی یکـی دیگـر از عوامـل بـروز خشـونت بـود کـه برخی از مشارکت‌کنندگان زن که تجربه‌ای نیز در این زمینه داشـتند به آن اشـاره کردنـد. مددکار اجتماعی شـاغل در بیمارسـتان: "توی اتاق همکارم نشسـته بـودم که ناگهـان یکی از بیماران سراسـیمه وارد اتاق شد و از همکارم سـراغ من را گرفت و همکارم من را با دست نشـان داد، من آن زمان باردار بودم و مددجو تا دید من باردارم با عصایش مرا تهدید کرد."

تفاوت‌های جمعیت‌شناختی(سن و جنس): مددکاراجتماعی مرد شاغل در مرکز نگهداری کودکان بدسرپرسـت: "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 جنسـی نیز سـبب بروز خشونت در ارتباطـات حرفه‌ای مـددکاران اجتماعی شـده اسـت. مددکاران اجتماعـی "تفاوت اقتصـادی- اجتماعـی"، "فقر، بیـکاری و بیسـوادی"، "اعتیاد"، "مهاجرت"، "قلدری و زورگویـی"، "انـگ خـوردن" و "زندانی شـدن" را برای ایـن طبقه تعریـف کردند. نابرابری‌هـای اجتماعـی مقولـه دیگری بود

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

کــه مــددکاران اجتماعــی به‌عنــوان عوامل بروز خشــونت به آن اشــاره کردند. بسیاری از مــددکاران اجتماعــی به تاثیــر مقوله‌های فقر، بیکاری و بیســوادی در بروز خشــونت مددجویان اشاره کردند.

مشــارکت‌کننده شــاغل در پایــگاه خدمات‌اجتماعــی: "مددجــو معتادی که از خانه فرار کرده بود و برای گرفتن کمک نزد مــن آمده بود به دلیل مصــرف مواد مخدر و نداشتن کنترل، رفتار خشونت آمیز نشان داد."

مهاجرت یکی از مقوله‌های مهمی اســت که سال‌هاست ایران به دلیل بروز جنگ‌های برون مرزی با آن درگیر اســت. مددکار اجتماعی شــاغل در کلینیــک مــددکاری اجتماعی و مرکز ســرپناه زنان ابراز داشــت: "فشارهای اجتماعــی و اقتصادی زیاد، برآورده نشــدن نیازها و مشکل‌هایشــان موجب بروزخشونت آنان می‌شــود. به هرحــال مهاجرت و غریب بودن می‌تواند موجب بروز خشونت شود."

یکی از عوامل تاثیرگذار در بروز خشــونت مددجویان علیه مــددکاران اجتماعی قلدری و زورگویی مراجعین بود. مددکاراجتماعی شــاغل در مرکز کار با کــودکان در خصوص قلدری کــودکان ســاکن در یکی از محله‌هــای جنوب تهــران گفت: "چندتا کودک قلدر محله ایرانی و افغان داشــتیم، می‌آمدند و با چاقو و اسلحه سرد قدرت نمایی می‌کردند و رفتارهای خشونت آمیز نشان می‌دادند."

مقوله انگ خوردن مددجویان از طرف جامعه یکی دیگر از عوامل بروز خشونت در ارتباطات حرفه‌ای بود. شرکت‌کننده شاغل در مرکز مراقبت پس از خروج از زندان گفت: "متاسفانه با مجرم و متهم قهرآمیز برخورد می‌شود، برخورد همکاران با زندانیان به گونه‌ای است که باعث می‌شود مددجو باور کند که برای همیشــه مجرم (انگ مجرم بودن) است. لذا در هنگام برقراری ارتباط رفتاری مبتنی بر خشــونت بروز می‌دهد چون باور کرده مجرم است و کسی نمی‌تواند به او کمک کند."

زندانی شــدن مکــرر برخی مددجویان مقوله‌ای دیگــر از عوامل بروز خشــونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی بود. مددکاراجتماعی شاغل در زندان: "وقتی وارد زندان شدم تنها مرد مددکار اجتماعی آنجا بودم، زندانیان در ابتدا اصلا به من اعتماد نداشــتند و مرا طرد می‌کردند چون اعتقاد داشــتند بالاخره این دوره تمام می‌شــود و کسی نمی‌تواند برایشــان کاری انجام دهد. حتی یک بار مرا از ســلول خودشان بیرون کردند، من کوتاه نیامدم ارتباطات مبتنی بر مهارت‌های حرفه‌ای موجب اعتماد برخیشان به من گردید و به تعدادشان افزوده شد."

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دســت آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های عوامل بروز خشــونت انتظار می‌رود مددکاران اجتماعی عوامل بروز خشونت در روابط حرفه‌ای را جهت پیشگیری و کاهش بروز خشونت شناسایی کنند.

یافته‌های مطالعات انجام شــده در خصوص محدودیت‌های اداری به‌صورت ارائه خدمت با اعمال قدرت یا خودداری از ارائه خدمت، ســبک مدیریتی و زمان انتظار طولانی از عوامل و نابسامانی‌های پیش‌برنده بروز خشونت در مراجعان بود که با نتایج مطالعه کنونی در زمینه بروکراسی اداری به‌عنوان یکی از محدودیت‌های اداری همسو بود.(۱۵، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴و ۳۵) باتوجه‌به‌تجارب‌مشارکت‌کنندگان‌ومطالعات‌صورت‌گرفته،مقوله‌های‌محیطی‌همچون‌کمبوداعتبارات‌وامکانات‌به‌طوربالقوه‌ای‌دربروزخشونت درمحل‌کار،رفاه‌کارکنان،ارتباطات‌حرفه‌ای‌وراهبردهای‌سازمان‌تاثیرگذارند.(۱۹، ۳۱، ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵و ۴۶) نتایج به‌دست آمده از مطالعه حاضر و مطالعات انجام شده در خصوص آموزش در زمینه‌های شغلی به موارد ذیل به‌عنوان عوامل بروز خشونت اشاره کردند؛ فرصت‌های محدود آموزشی و فقدان آموزش‌های لازم در زمینه کنترل خشم.(۴۷، ۴۸، ۴۹و ۵۰) اگرچه آموزش لازم است اما برای مقابله با خشونت در محل کار کافی نیست. با این حال آموزش‌هایی که کارمندان در کنار مدیریت مناسب در طول دوره‌های متفاوت گرفته بودند، باعث شد که رفتارهای خاص و شایسته در مورد چگونگی مواجهه با خشونت شکل بگیرد، نتایج مطالعات لیپسکامب ۲۰۱۲ و گرنیر ۲۰۰۴ با یافته‌های مطالعه حاضر همسو است.(۴۸، ۴۹، ۵۰و ۵۱) یکی از مقوله‌هایی که در مطالعه حاضر از تجارب مشارکت‌کنندگان حاصل شد، مراجعین ارجاعی بود. مراجعان در این مطالعه، بیشتر مددجویانی بودند که یا توسط پلیس دستگیر شده یا از روی اجبار به مددکار اجتماعی ارجاع شده بودند. زور و اجبار خود پیش‌برنده در بروز خشونت در هر ارتباطی است. این نتیجه نیز با برخی مطالعات سایر کشورها همسو بود.(۱۱، ۵۲، ۵۳و ۵۴) قوانیــن ســازمانی و گویا نبــودن آن مقوله‌ای بود کــه در پژوهش حاضــر از آن به‌عنوان یکی از محدودیت‌های ســازمانی نامبرده شــد که در دیگــر مطالعات نیز از قوانین و فرهنگ‌های ســازمانی به‌عنوان محدودیت‌های ســازمانی که پیش‌برنده

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

در زمینه بروز خشونت بود، نامبرده شده است.(۱۵،۳۳،۵۵و۵۶) 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.(۱۸،۴۰،۴۵،۴۵،۵۷،۵۸و۵۹)

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.(۳۹،۴۸،۶۰و۶۱) 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.(۱۹،۳۶،۳۷،۴۵،۴۸،۴۹،۵۰،۵۵،۶۲و۶۳) 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.(۶۸و۶۹) رینگستاد۲۰۰۵ 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 خشونتگرتر 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 رینگستاد۲۰۰۵ هم‌راستا است، اما در این مورد نمی توان به‌طور قطع اظهار نظر کرد. سوگی۲۰۱۷ 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 همکاران۲۰۰۵ 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،۷۲و۷۳). 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 شهریاری و همکاران۲۰۱۵ 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،۷۵و۷۶)

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،۱و۸۵) 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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

هنـگام مراجعه به مـددکاران اجتماعی رفتار مبتـی بر خشـونت نشـان می‌دادنـد، نتایج به‌دسـت آمده بـا برخی مطالعـات صورت گرفتـه همسـو می‌باشـد.(۳۹،۴۸،۹۰و۹۱) قلـدری و زورگویـی مددجو یکـی دیگر از عوامـل بروزخشـونت از طـرف مددجویان قلـدر بـود. مطالعـات دیگـر نیـز نتایجی همسـو با ایـن مطالعه داشـتند و بـه قلدری و زورگویـی مددجـو و تاثیـر آن در بـروز خشـونت اشـاره کرده‌انـد.(۸۴،۹۲و۹۳) مشـارکت‌کنندگان به این مسئله اشاره کردند که انگ‌های اجتماعی و برچسب زدن توسط دیگران در بروز خشـونت موثر بوده اسـت.(۵۶و۹۴)

در این مطالعه به زندانی شدن به‌عنوان یکی از نابسـامانی‌ها و عوامـل پیش‌برنده در بروز خشونت اشاره شده است. که همسو با نتایج مطالعـات(۵۴،۹۶و۹۷) بود. زندانی شـدن در بروز خشـونت، خشـونتگری، قلدری و زورگویی موثر است.

در این مطالعه، به بررسی عوامل بروز خشونت در روابـط حرفـه‌ای مـددکاران اجتماعی از دیدگاه و تجارب حرفه‌ای مددکاران اجتماعی پرداخته شد. یافته‌ها نشان داد که عوامل بروز متعددی همچـون محدودیت‌هـای اداری، محدودیت‌ها و تفاوت‌های فـردی مددجو، تفاوت‌هـای فردی و نقاط ضعف مـددکار اجتماعی، تفاوت‌های جمعیت شناختی، مشکلات و آسیب‌های اجتماعی در بروز خشـونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی نقش دارد و مددکاران اجتماعـی در راسـتای پیشـگیری و کاهش عوامل بروز خشـونت در روابط حرفه‌ای بایسـتی به آن نگاه سیستماتیک داشته و از منظر کلان، سـازمانی و اجتماعی به آن پرداخته شـود. جهـت کاهش عوامل بروز خشـونت، نیاز به برنامه‌ریزی‌های اسـتراتژیک هم در سطح خرد و هم سطح کلان می‌باشد که یافته‌های این مطالعه می‌تواند زمینه‌ساز آشنایی بیشـتر برنامه‌ریزان اجتماعی با عوامل بروز خشـونت در روابط حرفه‌ای مددکاران اجتماعی باشد و به توسعه و بهبود کیفی خدمات و مداخلات اجتماعی در سطح خرد و کلان کمک کند.

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

پیشـنهادها: پیشـنهاد می‌شود علاوه بر بررسـی 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 دانشـگاه علوم بهزیستی و توانبخشی استخراج شده اسـت. نویسـندگان بر خود لازم می‌دانند مراتب تشکر خود را از مددکاران اجتماعی شـرکت‌کننده در پژوهش در سازمان‌های مختلف، اسـاتید محترم داور و مسئولان دانشگاه که ما را در انجام و ارتقا کیفی این پژوهش یاری دادند، اعلام نمایند.

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. Aghajanlou A, Haririan H, Ghafourifard M. Violence during clinical training among nursing students of Zanjan 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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

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-Cyprysiak, 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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

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 managementIran. 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, Fafliora 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 Lavalle O, Biro P, Middleby Clements J, Comninos 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 Nasseri, 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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]

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.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-02]