

العنف في مكان العمل:

اختبار العوامل المؤثرة في سلوك العنف الممارس ضد الكادر الطبي في المستشفيات الأردنية*

د. محمود "محمد علي" الكيلاني

قسم التسويق

د. حسن محمد العيسى

قسم إدارة الأعمال

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

جامعة اليرموك

المملكة الأردنية الهاشمية

ملخص:

بعض الباحثين قُصر تعريف العنف على الاعتداء الجسدي، ولكن تم توسعة هذا التعريف ليشمل الاعتداءات غير الجسدية، مثل التعدي اللفظي. يحوز العنف الممارس ضد العاملين في القطاع الصحي على اهتمام متزايد عالمياً، وهذا مرده إلى سعة انتشار وتكلفة هذه المشكلة السلوكية. إن تكلفة سلوك العنف تشمل جوانب مادية وأخرى غير مادية، مثل انعكاس هذا السلوك على مستوى رضا العاملين في القطاع الصحي.

من هنا يُنظر إلى هذا السلوك على أنه مشكلة جوهرية تواجه العاملين في قطاع الخدمات الصحية. في العالم العربي بشكل عام والأردن بشكل خاص، يعتبر العنف والاعتداء على الأطباء والممرضين مشكلة رئيسة تواجه العاملين في القطاع الصحي، مما يتطلب ضرورة التصدي لها بالدراسة والتحليل العلمي. بالرغم من إدراك الرأي العام والجهات الحكومية لهذه المشكلة بوجود ضعف وتُشع معرفي فيما يتعلق بأسباب ودوافع هذه المعضلة السلوكية اللا أخلاقية.

إن استجابة الحكومة للتعامل مع هذا السلوك الهدام من أجل الحد منه تمثلت في سنّ تشريعات وتشديد العقوبات وإنشاء مراكز أمنية في بعض المتشفيات. حصر الجهد في الجوانب القانونية والتشريعية بالرغم من أهميتها، غير كافٍ للقضاء على سلوك العنف. ولا أدل على ذلك من نسبة الزيادة في أعمال العنف بالرغم من وجود القوانين التي تهدف للحد من هذا السلوك. وهناك بديل أفضل هو الدراسة العلمية لهذا السلوك بهدف تحديد الأسباب الدافعة لهذا السلوك ومعالجتها.

هدفت هذه الدراسة إلى بحث تأثير مجموعة من المتغيرات الشخصية والبيئية على السلوك العدائي. بعبارة أكثر تحديداً قام الباحثان بدراسة تأثير متغيرات رضا المرضى، والحاجة للانتقام، والتساهل مع العنف، وحالة الغضب، وقيم العنف السائدة. أجريت الدراسة على عينة تكونت من 216 مراجعاً لثلاثة مستشفيات حكومية. وقد أيدت نتائج تحليل البيانات فرضيات الدراسة. وبناءً على نتائج الدراسة تمت مناقشة التوصيات والمقترحات للدراسات المستقبلية.

* تم تسلم البحث في يونيو 2012، وقُبل للنشر في أغسطس 2012.

المقدمة:

مع دخولنا القرن الواحد والعشرين وبلوغ المجتمعات مرحلة متقدمة من الإنجاز العلمي والحضاري يتوقع المرء أن يكون الأفراد أكثر كياسة ولباقة في التعامل بعضهم مع بعض، وأن يلجأوا إلى حل خلافاتهم بطريقة هادئة وحضارية. لكن الواقع يشير إلى عكس ذلك، حيث يُلاحظ أن استعمال الخشونة والعنف لحل الخلافات ينتشر ويزداد بوتيرة متسارعة، فظاهرة العنف تتفاقم وتزداد انتشاراً في جميع الدول.. المتقدمة والنامية على حد سواء. أخبار العنف والمشاجرات الجماعية أصبحت تظهر بشكل متكرر وملاحظ في وسائل الإعلام العامة، بحيث أصبحت تشكل مصدر قلق وإزعاج لعامة الشعب.

وقد اتسعت دائرة العنف في الآونة الأخيرة لتشمل العاملين في مؤسسات القطاع الصحي. وبالمقارنة مع قطاع الإنتاج السلعي، يمتاز قطاع الخدمات عن القطاع السلعي بالاحتكاك والتواصل المباشر للعملاء مع مزودي الخدمة. إن مستهلك السلع المادية يشتري السلعة ويستهلكها بعيداً عن المنتج. بينما عملاء السلع الخدمية - مثل عملاء الخدمات الصحية - يستهلكون الخدمة في مكان إنتاجها ويشترون مع المزود في إنتاج الخدمة. لذلك فإن جودة السلعة تتقرر ليس فقط برضا العميل عن نوعية المنتج المتحصل (الخدمة المقدمة)، وإنما أيضاً برضاه عن العملية المترافقة لإنتاج الخدمة (Parasuraman et al., 1985).

هذا التقارب والاتصال المباشر يؤدي إلى أن يتضاعف احتمال تعرض عاملي قطاع الصحة للاعتداء اللفظي أو الجسدي. وتؤيد نتائج الدراسات العلمية هذا الاستنتاج النظري، ويُصنف العاملون في القطاع الصحي على أنهم الأكثر عرضة لأعمال العنف (Carter, 2000). إن احتمال تعرض موظفي الخدمات الصحية للممارسات العدائية يزيد بمقدار ستة عشر ضعفاً عن ذلك للعاملين في القطاعات الخدمية الأخرى (Anderson, 2002).

إن ظاهرة الاعتداء على الكوادر الطبية ظاهرة عالمية (Ryan and Maguire, 2006; Celik et al., 2007; James et al., 2006; Beech and Leather, 2006) ومنها الأردن. كما إن تعرض الأطباء والكادر المساند لأعمال عنف من قبل المرضى ومرافقيهم يؤدي إلى تعرضهم لإصابات نفسية وجسدية يعانون منها لفترات زمنية طويلة. كذلك فإن لهذه الممارسات العنيفة أثر سلبي على المؤسسات الطبية، حيث إن تعرض الموظف لاعتداء مباشر أو مشاهدته لحالات اعتداء على زملائه يؤدي إلى تدني الرضا الوظيفي والانتماء للمنظمة التي يعمل فيها، مما يؤدي إلى تراجع الأداء ومستوى جودة الخدمة المقدمة للمراجعين. هذا علاوة عن تسرب الكفاءات والخسائر المالية التي تتكبدها المؤسسات الطبية (Jackson et al., 2002; O'Connell et al., 2000; Nabb, 2000).

تتفاقم حالات الاعتداء على الكادر الطبي في الأردن لدرجة أن الأطباء نفذوا وقفات احتجاجية للتعبير عن رفضهم لهذا السلوك اللا أخلاقي والمشين، ودعوا إلى تشديد العقوبات على المعتدين. وفي محاولة للحد من هذه الظاهرة، تم إنشاء مفارز أمنية داخل المستشفيات للحد من حالات الاعتداء. إن الجانب التشريعي والأمني، رغم أهميته، غير كافٍ لمعالجة هذه الظاهرة. فالجانب الأمني يتعامل مع حوادث الاعتداء بعد حدوثها، بينما الأوجب هو محاولة تجنب وقوعها، لذلك فإن الطريقة الأكثر فاعلية للتعامل مع هذه الظاهرة هو دراستها للتعرف على جذورها وأسبابها، ومن ثم إيجاد الحلول المناسبة لمعالجة هذه الأسباب، مما يؤدي إلى القضاء على هذه الظاهرة أو على الأقل الحد منها. وبهذا نساهم في خلق بيئة مريحة وآمنة للعاملين والمراجعين، مما يؤدي إلى تقديم خدمة طبية أفضل، والمساهمة في تحسين جودة الخدمة الصحية.

هذه الدراسة خطوة بهذا الاتجاه، وهناك العديد من الدراسات التي بحثت العنف الأسري والعنف الطلابي في المدارس أو الجامعات، ولكن على حد علم الباحثان، لا توجد دراسات تناولت موضوع الاعتداء على الموظفين في أماكن عملهم، وتسعى هذه الدراسة إلى التعرف على أثر بعض السمات الشخصية والبيئية على جنوح الأفراد إلى العنف.

مشكلة الدراسة:

أخبار العنف أصبحت شبه يومية على صفحات الصحف الورقية والإلكترونية. في الآونة الأخيرة امتدت هذه الظاهرة لتشمل مؤسسات القطاع الصحي، وهو المكان الذي ينبغي أن يكون هادئاً وأمناً وخالياً من كل مظاهر الفوضى والعنف. وسوف يؤدي إغفال هذه الظاهرة إلى الإضرار بشكل كبير بجودة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى. لذلك غدت مشكلة التعدي على الكادر الطبي أثناء تأديته العمل من أهم المشكلات المقلقة على جميع المستويات الشعبي والمؤسسي والرسمي. لذلك أصبح من الضروري بمكان التصدي لهذه الظاهرة وإيجاد الحلول المناسبة للحد منها. وينبغي أن لا يكون اقتراح الحلول ارتجالياً أو معتمداً على الاجتهاد الشخصي. إنما يجب أن يكون مبنياً على أساس ومنطلق علمي. بالرغم من ذلك يوجد شح في الدراسات التي تناولت هذا الموضوع بالبحث والدراسة، حيث لم يتمكن الباحثان من إيجاد أية دراسة عربية في هذا المجال. من هنا جاءت هذه الدراسة للتعرف على طبيعة هذه الظاهرة والمتغيرات المؤثرة فيها.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة إلى تحقيق هدفين رئيسيين، يتمثل الأول في لفت انتباه الباحثين لأهمية دراسة ظاهرة العنف في مكان العمل، ونهدف إلى أن تكون هذه الدراسة أساساً نظرياً تبني عليه دراسات مستقبلية. الهدف الثاني الذي تسعى هذه الدراسة إلى تحقيقه هو دراسة تأثير بعض السمات الشخصية والبيئية على سلوك العنف. بكلمات أكثر تحديداً سوف نتعرف على تأثير رضا المرضى (Patients Satisfaction)، التساهل مع العنف (Tolerance of Aggression)، سمة الغضب (Trait of Anger)، الحاجة للانتقام (Need for Revenge)، قيم العنف السائدة (Aggression Normative Beliefs) على ميل الأفراد إلى التصرف بطريقة عنيفة.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في أنها الدراسة العربية الأولى التي تبحث في مشكلة تنتشر وتزايد بشكل كبير ومتسارع، ألا وهي مشكلة العنف الممارس ضد العاملين في القطاع الصحي. تنتج عن هذا السلوك خسائر مادية ومعنوية على مستوى الفرد والمنظمة والمجتمع. لذلك فإن التوجه نحو هذا السلوك بالبحث والدراسة للوصول لجذوره وأسبابه ضرورة لا بد منها إذا أردنا أن نعالج ونحد من هذا السلوك. كذلك فإن لهذه الدراسة أهمية نظرية من حيث إنها تدرس تأثير سلوك العنف بمتغيرين لم تتم دراستهما في السابق في الأدبيات العربية أو الأجنبية، وهما متغير التساهل مع العنف ومتغير رضا المرضى.

إن، لهذه الدراسة مساهمة نظرية وعملية تطبيقية، فمن حيث إنها مساهمة عملية تطبيقية، فإنها ستساهم بنتائجها في مساعدة المدراء وأصحاب القرار على وضع برامج وخطط للتعامل مع العنف السائد في القطاع الصحي. ومن حيث إنها مساهمة نظرية فهذا من منطلق أنها ستساهم في أغناء الأدبيات الرامية لدراسة وتفسير سلوك العنف، وذلك بدراسة متغيرين جديدين لم تتم دراستهما في السابق.

فرضيات الدراسة:

مستوى رضا المرضى وسلوك العنف:

الشعور بعدم الرضا يؤدي إلى لجوء الشخص للعنف. ففي حقل السلوك التنظيمي بين (Rosse & Hulin, 1985) أن الموظفين غير الراضين ينزعون إلى تبني أنواع مختلفة من سلوكيات العنف (لفظية ومادية) التي تسبب الأذى للمنظمة التي يعملون فيها. كذلك (Margolin et al., 1998) وجدوا أن عدم الرضا عن الحياة الزوجية مرتبط بالعنف ضد الزوجات. وفي مجال سلوك المستهلك بين (Singh, 1990) أن المستهلك يعبر عن عدم رضاه بسلوكيات مختلفة، مثل التحدث سلبياً (عنف لفظي أو شفهي) عن المنظمة التي تعامل معها. هذه النتائج بمجملها تبني الأساس للفرضية التالية:

الفرضية الأولى:

هناك علاقة سلبية بين رضا المرضى عن مستوى الخدمة المقدمة والميل للانخراط في سلوك العنف.

الحاجة للانتقام وسلوك العنف:

عندما يدرك الفرد أنه تعرض لموقف سبب له الأذى، فإنه قد يسعى للرد من خلال محاولة الانتقام من الشخص المُسبب للأذى (Griffin and Lopez, 2005). إذن، إذا تصور الشخص أنه تعرض لمعاملة غير عادلة أو أنه سُلِبَ حقاً فإنه يلجأ إلى أعمال انتقامية من الطرف المتسبب. أشارت الدراسات إلى أن 61% من عمليات العنف المسلح في المدارس الأمريكية خلال الفترة الممتدة في الفترة 1974-2000 كان دافعها الانتقام (Vossekuil et al., 2002). لكن لا يمكن القول إن كل من تعرض لسوء معاملة سوف يسعى للانتقام (McCullough et al., 2010). وبما أن الأفراد يختلفون فيما بينهم في مدى الحاجة والرغبة في الانتقام، فإن قوة وتوافر "الحاجة للانتقام" سوف تساهم في تفسير التباين في سلوك العنف. بناءً على هذا، فإننا نصيغ الفرضية التالية:

الفرضية الثانية:

هناك علاقة إيجابية بين قوة الحاجة للانتقام والميل للانخراط في سلوك العنف.

التساهل مع العنف والانخراط في سلوك العنف:

نظرية الردع (Deterrence Theory) تنص على أن وجود تشريعات تُرتب عقوبات على مخالفة القانون يعتبر متطلباً ضرورياً، لكنه غير كافٍ لردع الأشخاص ودفعهم لاحترام القانون. إن شدة العقوبة (Severity of Punishment) وبقينية وقوعها (Certainty of Punishment) شرطان إضافيان وضروريان لردع الشخص ودفعه للالتزام بالقانون. فكلما زادت شدة العقوبة، زادت قناعة الشخص بوقوع عقوبة عند ضبطه مخالفاً للقانون، فإن ميله لمخالفة القانون سيقُل. لقد بينت الدراسات أن يقينية وقوع العقوبة لها أثر ردي أكبر من أثر شدة العقوبة (Nagin and Pogarsky, 2001). هذا بكل معنى يشير إلى أن الفرد سوف يكون أجراً وأكثر ميلاً لارتكاب مخالفات قانونية حين يدرك أن الإفلات من العقوبة ممكن. أي أن التساهل في تطبيق العقوبة المستحقة لارتكاب الجرم سوف يشجع الأفراد على الانخراط بشكل أكبر في العنف. بناءً على هذا فإننا نصيغ الفرضية التالية:

الفرضية الثالثة:

هناك علاقة ايجابية بين إدراك الأفراد للتساهل مع العنف (إمكان الإفلات من العقاب) والانخراط في سلوك العنف.

سمة الغضب وسلوك العنف:

رغم أن أي شخص قد يغضب، لكن الأشخاص الذين تكون سمة الغضب عندهم قوية يكون من السهل استفزازهم عندما يتعرضون إلى مُثير خارجي. ويكون الأفراد عرضة للغضب عندما يواجهون شخصًا يقوم بممارسة سلوكيات غير مناسبة وغير صحيحة تؤدي إلى منعهم من تحقيق أهدافهم (Berkowitz and Harmon-Jones, 2004). ضمناً، هذا يعني أنه لا بد من وجود مصدر خارجي للغضب يقع عليه اللوم ويكون هو الهدف الذي ينصب عليه غضب الشخص. وبالتوافق مع نظرية الإحباط التي تفسر العنف من منظور الإحباط الناشئ من إدراك الشخص أن سلوكيات طرف آخر تؤدي إلى إعاقة تحقيق أهدافه – يمكن استنتاج أن حالة الغضب سوف تؤدي إلى سلوك العنف، وبما أن الأشخاص الذين يمتازون بالغضب السريع الاستفزاز وأكثر عرضة للإحساس بالإحباط (Hershcovis et al., 2007)، فإنهم سوف يلجأون إلى العنف بشكل أكثر تكراراً من غيرهم. من هذا المنطلق فإننا نصيغ الفرضية التالية:

الفرضية الرابعة:

هناك علاقة ايجابية بين سمة الغضب وميل الأفراد للانخراط في سلوك العنف.

قيم العنف السائدة وسلوك العنف:

يسعى الكائن البشري إلى تجنب التناقض في أفكاره وسلوكياته (Egan et al., 2010). لذلك يرغب الأفراد أن يكون هناك تناغم وتوافق بين سلوكه ومعتقداته، أي لا يتصرف بطريقة مغايرة لما يؤمن به. مثلاً إذا كان شخص يعتقد أن مغادرة مكان العمل قبل انتهاء وقت الدوام الرسمي هو عمل لا أخلاقي، فإنه يتوجب عليه أن لا يسلك هذا السلوك. لكن هذا ممكن إذا اعتقد الشخص أن هذا السلوك مقبول أو مُشجع عليه من قبل الأشخاص المهمين والمقربين منه، أو إذا أدرك الشخص أن غالبية أفراد المجتمع يمارسون هذا السلوك أو يُقرونه (Ajzen, 1991). قد يوجد الشخص في مجموعة معايير يسود فيها العنف، وقد يدرك الفرد في هذه المجموعة أن اللجوء للعنف في لحظات المواجهة يجلب له الاحترام والتقدير من قبل الآخرين، وعكس ذلك قد يوصف الشخص بالضعيف أو الجبان وهو ما لا يرغبه الشخص، خصوصاً في المجتمعات الذكورية التي تؤكد كثيراً على قيم الرجولة (Masculinity Norms) (Vandello et al., 2009). بالمجمل، فكلما زاد اعتقاد الشخص أن غالبية أفراد المجتمع يُقرّون استعمال العنف كأسلوب مقبول لحل الخلافات، فإنه يكون أكثر ميلاً إلى العنف في حال تعرضه إلى استفزاز خارجي. هذا المنطق يقودنا إلى صياغة الفرضية التالية:

الفرضية الخامسة:

هناك علاقة ايجابية بين إدراك الأفراد لشبوع القيم الداعمة للعنف وميلهم للانخراط في سلوك العنف.

الإطار النظري:

مفهوم العنف:

على الرغم من أن بعض الباحثين قد عرّف العنف بأنه سلوك يؤدي إلى إلحاق ألم أو أذى جسدي بالمعتدى عليه (Mace et al., 1986)، لكن سلوك العنف لا يقتصر على السلوك الذي يؤدي إلى إيذاء جسدي فقط. يدخل ضمن سلوك العنف أيضاً التهديد، التعدي اللفظي ودفع الموظف (O'Connell et al., 2000). كذلك فإن دائرة ضحايا العنف لا تشمل فقط الأشخاص المعتدى عليهم، إنما تمتد لتشمل أيضاً أقارب وعائلة المعتدى عليه. يُطلق على الصنف الأول اسم الضحايا المباشرين، بينما يُسمى الصنف الثاني الضحايا غير المباشرين، كذلك فإن المنظمة نفسها قد تكون ضحية من ضحايا العنف بسبب الخسائر المادية والمعنوية التي تتكبدها نتيجة لسلوك العنف. (Cerio, 1989). ويصنف العنف في المنظمات لثلاثة أصناف رئيسة بناءً على علاقة المعتدي بالمنظمة التي يقع الاعتداء على موظفيها. الصنف الأول "العنف الإجرامي"، الذي يرتكب من قبل شخص لا علاقة له بالمنظمة فإن مرتكب العمل العدائي يدخل - فحسب - لارتكاب عمل إجرامي مثل السرقة. الصنف الثاني الذي يقع من قبل الزبائن أو العملاء، فإن العاملين في قطاع الخدمات بشكل عام والعاملين في قطاع الخدمات الصحية خاصة هم الأكثر عرضة لهذا النوع من الاعتداء. النوع الثالث يرتكب من قبل العاملين ضد بعضهم، قد يكون المعتدي عاملاً سابقاً أو لا يزال مزاولاً لعمله (LeBlanc and Keiloway, 2002). بالإضافة لذلك فإن (LeBlanc and Barling, 2004) أضافا صنفاً رابعاً وهو الصنف الذي يكون فيه المعتدي مرتبط بعلاقة شخصية سابقة مع الموظف المعتدى عليه، أي أن المعتدي شخص من خارج المنظمة لديه خلافات شخصية مع أحد الموظفين، فيدخل إلى المنظمة للاعتداء عليه في مكان عمله.

إن أغلب عمليات الاعتداء على العاملين ترتكب من قبل أشخاص من خارج المنظمة. أي إن أغلب المعتدين هم من الصنف الأول والثاني. وفيما يتعلق بعمليات الاعتداء على العاملين في الخدمات الصحية فقد بينت الدراسات أن أغلب المعتدين هم من المرضى أو مرافقيهم. (O'Connell et al., 2000; Hodgson et al., 2004). ويشمل العنف العديد من السلوكيات تمتد من العنف النفسي، مثل الشتم والصراخ إلى الإيذاء الجسدي. وقد صنف (Baron et al., 1999) هذه السلوكيات إلى ثلاث مجموعات. المجموعة الأولى هي التعبير عن العدائية (Expression of Hostility) وتشمل السلوكيات اللفظية والرمزية. أما السلوكيات المعيقة (Obstructionism) فهي المجموعة الثانية، وتشمل السلوكيات التي تهدف إلى إعاقة أداء طرف آخر. أما المجموعة الأخيرة، فتدعي العداء الظاهر أو الصريح (Overt Aggression) والتي تشمل الإيذاء أو التهديد بالإيذاء، بالإضافة إلى الإضرار بالمتلكات.

من جانب آخر، صنف (Mullen, 1997) العنف إلى أربع مجموعات، كانت الأولى هي الاتصالات المسيئة (Abusive Communications)، مثل إطلاق التهديدات، سواء أكانت التهديدات شفوية أم مكتوبة، المجموعة الثانية هي السلوكيات التي تؤدي إلى خلق بيئة خوف. المجموعة الثالثة تدعي التعدي الجسدي (Physical Abuse) مثل الدفع أو مسك الملابس، والتي لا تؤدي إلى إيذاء جسدي. المجموعة الأخيرة هي الاعتداء الجسدي (Physical Assault)، وتشمل السلوكيات التي ينتج عنها حالات إيذاء جسدي. وهناك تصنيف آخر أورده (Rosenthal et al., 1992) صنّف فيه العنف إلى ثلاثة أصناف: الأول هو العنف المحدود (Limited violence) الذي لا يؤدي إلى أضرار جسدية مثل التعدي اللفظي، والثاني هو التعدي الجسدي (Assault Violence)، والثالث هو التعدي المميت (Deadly Violence).

إن الاعتقاد السائد هو أن الرجال أكثر عدوانية من الإناث، لكن الدراسات بينت أن سلوك العنف أيضًا سائد بين الإناث كما هو سائد عند الذكور. لكن الإناث تلجأ إلى استخدام أساليب عنف مختلفة عن تلك المستخدمة من قبل الذكور. في حين أن أسلوب العنف المباشر (التعدي الجسدي واللفظي) هو الأكثر شيوعًا بين الذكور، فإن أسلوب العنف غير المباشر هو السائد بين الإناث. والمقصود بالعنف غير المباشر هو محاولة التسبب في إلحاق أذى بفرد آخر عن طريق ممارسة سلوك معين، ولكن بطريقة ملتوية (مثل إطلاق الإشاعات)، بحيث يصبح من الصعب تحديد الفاعل وبذلك يتجنب المعتدي الرد من قبل المعتدى عليه (Bjorkqvist et al., 1992). إن دراسة (Osterman et al., 1998) أيدت هذا الافتراض، حيث وجدت أن العنف غير المباشر هو الأكثر استخدامًا من قبل الإناث في أربع دول شملتها الدراسة.

إذن فسلوك العنف أوسع من الإيذاء الجسدي، فهذا السلوك يشمل أي سلوك يهدف إلى إلحاق أذى جسدي أو مادي بشخص آخر، ويتم استخدام هذا السلوك، وإن كان بطرق مختلفة، من قبل الإناث والذكور على حد سواء. في هذه الدراسة العنف يعرف على أنه سلوك عدائي موجه نحو طرف آخر بقصد الإيذاء الجسدي والنفسي. ضمن هذا التعريف يقع التماس الجسدي، سواء أنتجت عنه إصابات جسدية، أم لم تنتج، كذلك فإنه يشمل التعدي غير الجسدي، مثل التعدي اللفظي والإيذاءات أو الإشارات الجسدية.

العنف كظاهرة غير أخلاقية:

يُعتبر سلوك العنف من السلوكيات اللاأخلاقية، سواء أكان ذلك على مستوى المجتمع أم على مستوى منظمات الأعمال (Apressyan, 2009). تنشأ "الأخلاق" من علاقة الأفراد وتواصلهم بعضهم مع بعض (Levinas, 1985). لذلك، فإن الأساس الذي تُبنى عليه القواعد الأخلاقية هو تنظيم علاقات الأفراد بعضهم مع بعض ووضع قواعد للسلوك البشري، بحيث إن سلوك فرد ما لا يؤدي إلى تجاوز الحد والتعدي على مجال حقوق الآخرين (Rhodes et al., 2010). إن العنف يتضمن هيمنة طرف على آخر من خلال الإكراه أو الإذعان القسري، لذلك فإنه يُشكل إهانة وتعديًا على حرية الآخرين مما يجعله سلوكًا غير أخلاقي.

من جهة أخرى بينت دراسات عديدة أن للعنف آثارًا سلبية على المعتدى عليهم، حيث إنه يؤدي لأضرار جسدية ونفسية لضحايا الاعتداء (Zernike and Sharp, 1998; Jackson et al., 2002). هذا بدوره يسهم في خلق بيئة عمل غير آمنة أو مريحة نفسيًا وماديًا. ويرى (LaVan and Martine, 2008) إن هذا يؤدي إلى حرمان الشخص من حقه بحياة آمنة وخالية من أي تهديد، لذلك يمكن إدراج العنف المؤسسي ضمن قائمة سلوكيات الأعمال غير الأخلاقية.

تشخيص المشكلة:

هناك دلائل عديدة تشير إلى أن ظاهرة العنف والاعتداء على العاملين في أماكن عملهم قد غدت ظاهرة مقلقة ومكلفة تستحق الدراسة. وخلال عام واحد فقط تم تسجيل 1.2 مليون حالة اعتداء على الموظفين في إنجلترا ومقاطعة ويلز، هذه الحوادث أدت إلى خسارة 3.3 مليون ساعة عمل (Carter, 2000). في الولايات المتحدة الأمريكية هناك ما يقارب مليوني حالة اعتداء تقع في أماكن العمل سنويًا (Spector et al., 2007).

خطر التعرض لاعتداء أثناء العمل يتفاوت حسب المهنة. يحتل العاملون في الخدمات الصحية الرتبة الثانية (الرتبة الأولى للعاملين في قطاع الشرطة) في سلم المهن الأكثر عرضة للاعتداء (LeBlanc and Keiloway, 2002). نتائج

الدراسات تشير إلى أن نسبة عالية من موظفي قطاع الخدمات الصحية قد تعرضوا إلى الاعتداء، تتراوح هذه النسب بين 80-95% (Holden, 1985; O'Connell et al., 2000; Rippon, 2000). فيما يتعلق بالتكلفة المادية لهذا السلوك فقد قدرت بمبلغ 36 بليون دولار سنوياً (Smith-Pittman and McKoy, 1999). في معظم حالات الاعتداء كان المعتدون من المراجعين أو مرافقيهم (Napp, 2000; Dalphond et al., 2000; O'Connell et al., 2000).

رغم أن هذه الأرقام تدعو للقلق وتحث على التدخل بشكل سريع لدراسة وفهم هذه الظاهرة المقلقة، لكن العديد من الباحثين يؤكدون أن الواقع أكثر سوءاً، حيث إن الموظفين يقومون بالتبليغ - فحسب - عن الحالات التي يعتبرونها خطيرة. لذا فإن الكثير من حالات الاعتداء لا يتم التبليغ عنها (Zernike and Sharp, 1998; Jackson et al., 2002). الدراسات وجدت أن 24-40% من حالات الاعتداء لم يتم التبليغ عنها (Smith-Pittman and McKoy, 1999; Erickson and Williams, 2000).

في الأردن حالات الاعتداء على العاملين في القطاع الصحي في تزايد مستمر. شهد عام 2009 ثماني وثلاثين حالة اعتداء (الشيخ، 2010)، لكن الرقم ارتفع لأكثر من خمسين خلال الأشهر التسعة الأولى لعام 2011 (معظمها حدثت في أقسام الطوارئ)، أي بزيادة بلغت حوالي 32% مقارنة بالعام السابق (حسن، 2011). وقد تنوعت حالات الاعتداء ما بين الشتم، والتهديد، والضرب، وفي بعض الأحيان تصل إلى محاولة القتل أو التهديد بالخطف. حالات الاعتداء تحدث في مستشفيات القطاع العام والخاص على حد سواء، لكنها أكثر انتشاراً في مستشفيات القطاع العام. كما إن حالات الاعتداء ليست متركزة في منطقة واحدة من المملكة ولكنها منتشرة في كل أنحاء الدولة الأردنية.

انتشار واستفحال هذه الظاهرة بدأ يثير قلق العاملين في القطاع الصحي والرأي العام على حد سواء، كما إنها تستقطب انتباه واهتمام وسائل الإعلام، وهناك طلب متزايد ونداءات قوية للتصدي لهذه الظاهرة بالدراسة والتحليل من أجل فهم وتحديد أسبابها واقتراح الحلول المناسبة لها. لكن المثير للاستغراب أن هذه الظاهرة لم تتم دراستها بشكل علمي من قبل الباحثين الأكاديميين. لذلك فإن ما يتم اقتراحه كحلول ممكنة لهذه الظاهرة هي حلول ارتجالية مبنية على تكهنات وانطباعات شخصية. من هنا تنبع ضرورة الحاجة لهذه الدراسة التي سوف توفر نتائجها لصانعي القرار أساساً ومنطلقاً علمياً لوضع استراتيجيات مناسبة للحد من ظاهرة الاعتداء على الأطباء والكادر المساند.

نظريات العنف:

نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory):

وتنص على أن العنف سلوك مكتسب من المجتمع والمحيط الذي ينشأ أو يتواجد فيه الفرد. يتم تعلم هذا السلوك من التقليد ومحاكاة أو ملاحظة سلوك عنف ممارس من نماذج اجتماعية معينة. فحين يشاهد المرء والديه يلجأون للعنف لحل مشكلاتهم، فهذا الشخص سوف ينشأ على أن العنف سلوك مقبول للتعامل مع المشكلات. وسوف يلجأ إليه مستقبلاً كوسيلة للتعبير، خصوصاً إذا لاحظ أن هذا السلوك تتم مكافأته أو على الأقل لا تتم معاقبته (Bandura, 1978). حددت هذه النظرية ثلاثة مصادر رئيسة يتعلم منها الأشخاص العنف. هذه المصادر هي العائلة، والثقافة الفرعية التي ينشأ فيها الفرد، ووسائل الإعلام. إذن، من وجهة نظر هذه النظرية فإن العنف سلوك يُكتسب بالملاحظة ويتم تعزيز أو إضعاف هذا السلوك تبعاً للنتائج المتحصلة من ممارسة العنف، مثل المكافأة أو المعاقبة أو عدم الاكتراث أو السكوت عنه (Bandura, 1978).

نظرية الإحباط (Frustration Aggression Theory):

تفترض هذه النظرية أن الشعور بالإحباط هو السبب الرئيس والوحيد للعنف. كذلك فإنها توسع هذا الافتراض إلى القول بأن الشخص الذي يجد نفسه عاجزاً عن مواجهة مصدر الإحباط، فإنه يوجه سلوكه إلى طرف آخر لا يكون له ذنب أو دور في حالة الإحباط التي يعاني منها (Dollard et al., 1939). وتبعاً لهذه النظرية، ينشأ الإحباط عندما يدرك الشخص أن هناك عائقاً يحول بينه وبين تحقيق هدف يسعى لتحقيقه. كما إنها تبين أن شدة العنف المستخدم تعتمد على الإحباط المتراكم، أي ما إذا كان هذا الشخص قد صادف أو واجه حالات إحباط متكررة، وبذلك فإن الإحباط لدى هذا الشخص كان يتزايد ويتراكم مع الوقت. هذا يعني أن الفرد قد يواجه حالات بسيطة وصغيرة من الإحباطات التي قد لا تؤدي إلى العنف. ولكن مع الزمن تتراكم هذه الإحباطات بحيث تصل إلى مستوى الانفجار وبذلك يتولد سلوك العنف.

بناءً على هذا المنطق يمكن القول إن الكبت وعدم معالجة حالات خيبة الأمل والإحباط في أوانها سوف تؤدي في النهاية إلى انفجار مفاجئ يأخذ شكل العنف. من جانب آخر بينت هذه النظرية أن شدة العقوبة المدركة المترتبة على سلوك العنف قد تساهم في منع أو إعاقة لجوء الشخص إلى العنف (Fox and Spector, 1999).

نظرية معالجة المعلومات (Information Processing Model):

تقترح هذه النظرية أن الفرد يكتسب ميلاً ونزعة نحو العنف في مرحلة مبكرة من حياته (مرحلة الطفولة)، وهذه النزعة تبقى ثابتة وغير قابلة للتغيير بقية حياة الفرد. لذلك فإن الطفل العدوانى على الأغلب سوف يكون شاباً عدوانياً. وتتم عملية التعلم من خلال الممارسة الفعلية أو من خلال الملاحظة والمشاهدة لسلوكيات الآخرين. وتختزل هذه الخبرة المكتسبة كنص ذهني في ذاكرة الشخص، ومن ثم يتم استخدام هذا النص المخزن كدليل وموجه للسلوك المستقبلي. وفي حال مواجهة الشخص لمشكلة أو موقف معين فإنه سيلجأ إلى ما هو مخزن في ذهنه لاختيار السلوك المناسب. حيث يوضح النص المخزن للشخص ما هي الأحداث المحتملة الحدوث التي يمكن مواجهتها في المستقبل، وما هو رد الفعل المناسب، وما هي النتائج المتوقعة للأسلوب المستخدم (Huesman, 1988).

نظرية الترابط المعرفي الحديثة (Cognitive Neoassociationistic Model):

وتعتبر أن سلوك العنف هو نتيجة تعرض شخص لمثير خارجي، مثل تعليقات ساخرة، حيث يؤدي هذا المنبه بشكل غير مباشر للعنف. يحفز المنبه الخارجي مجموعة انفعالات وأفكار مترافقة مع ميول للقتال أو الهرب. الاستجابات السلوكية لهذه الحالة الانفعالية تختلف من شخص إلى آخر تبعاً لتقييم الشخص. إذا اعتبر الشخص أن الحالة الناشئة هي نتيجة للغضب، فإنه سوف يلجأ إلى العنف، أما إذا كان مردها الخوف فإنه سوف يلجأ إلى الهرب (Berkowitz, 1990).

الدراسات السابقة:

الدراسات الأجنبية:

دراسة (Celik et al., 2007) أجريت على عينة شملت 622 ممرضاً يعملون في ثمانية مستشفيات تركية لدراسة انتشار ظاهرة العنف وآثارها. دلت النتائج على أن نسبة الذين تعرضوا للعنف اللفظي والجسدي كانت تقريباً 91% و 33% على التوالي. في حين كان زملاء العمل مصدر الاعتداء اللفظي، كان المرضى وأقاربهم مصدر الاعتداء الجسدي. وقد

دلت نتائج الدراسة أن المعتدى عليهم عانوا من مجموعة من الآثار السلبية، حيث كان عدم الاستقرار الذهني، وتدني مستوى العمل، والشعور بالصداع الأعراض الأكثر إشارة إليها. وكانت ردة الفعل الأكثر استخدامًا في حال التعرض لاعتداء لفظي هي "لا أعمل شيء" أي التجاهل، بينما إعلام المدير أو تقديم شكوى للمدير كان الأسلوب الأكثر استخدامًا للتجاوب مع حالات الاعتداء الجسدي.

قام (James et al., 2006) بمراجعة وتدقيق تقارير حوادث الاعتداء على الكادر الطبي في أحد المراكز الطبية في المملكة المتحدة. شملت المراجعة 218 تقريرًا للحوادث التي وقعت خلال الفترة الممتدة بين عامي 1998-1999. وبينت نتائج التحليل أن أغلب المعتدين كانوا من المراجعين الذكور والمعين العمري لهم هو 32 سنة، وكان معظمهم يقطنون مناطق فقيرة. وقد وجدت الدراسة أن عددًا من المعتدين (14 فردًا) ارتكبوا حالات اعتداء بشكل متكرر، هؤلاء الأفراد كانوا مسؤولين عن 21% تقريبًا من حالات الاعتداءات. كما في الدراسات الأخرى، معظم حالات الاعتداء كانت تقع ضمن الاعتداء اللفظي، تلاها الاعتداء الجسدي.

دراسة (Hodgson et al., 2004) أجريت على عينة من العاملين في 147 مستشفى في الولايات المتحدة الأمريكية. أظهرت نتائج الدراسة أن 13% ممن شملتهم الدراسة تعرضوا إلى حالة اعتداء أو أكثر خلال فترة الدراسة التي أجريت على مدار عام كامل. شملت حالات الاعتداء الركل أو الرفس أو الدفع أو رمي أجسام صلبة نحو العاملين أو استخدام سلاح ناري أو آلة حادة أو محاولة الاغتصاب. النسبة الأعلى من المعتدين كانوا من المرضى.

دراسة (O'Connell et al., 2000) هدفت للتعرف على إدراك الممرضين للعنف الممارس ضد العاملين في قطاع المستشفيات. كذلك سعت هذه الدراسة لتحديد مدى انتشار هذه الظاهرة وآثارها على المعتدى عليهم. وشملت الدراسة 209 ممرضين، وأشار 90% تقريبًا من أفراد العينة إلى أن العنف يشمل الاعتداء اللفظي والجسدي والتهديد، وأن حوالي 95% من أفراد العينة تعرضوا للاعتداء اللفظي، في حين أفاد 80% أنهم تعرضوا للاعتداء الجسدي. كذلك أشارت النتائج إلى أن غالبية المعتدين هم من المرضى المراجعين أو أقاربهم. ونتيجة للاعتداء اللفظي والجسدي عانى الأفراد المعتدى عليهم من آثار نفسية وجسدية.

في البيئة الأسترالية أجرى (Zernike and Sharpe, 1998) دراسة للتعرف على مدى انتشار ظاهرة العنف من قبل مراجعي أحد المستشفيات الأسترالية. هدفت الدراسة إلى تحديد طبيعة المعتدين، ومسببات حادثة الاعتداء، وأساليب التعامل مع حالات الاعتداء ونتائجها. وبينت نتائج الدراسة أن ثلاثة أرباع حوادث الاعتداء تقريبًا وقعت في فترة النوبة المسائية والليلية، كما إن غالبية حالات الاعتداء (80% تقريبًا) كانت موجهة ضد الكادر التمريضي، وبقية حالات الاعتداء كانت موجهة ضد المرضى الآخرين والزوار وأطراف أخرى. وقد شملت حالات الاعتداء الجسدي الرفس، أو الضرب، أو الخدش. كذلك بينت نتائج الدراسة أن الاعتداء اللفظي كان هو الغالب، يليه الاعتداء الجسدي، وهناك نسبة قليلة من حالات الاعتداء تضمنت النوعين معًا، وما يقارب من نصف الحالات (45%) تطلبت تدخل ثلاثة أشخاص فأكثر للتعامل مع المعتدي، وأربع من حالات الاعتداء تسببت في توقف العمل بشكل كلي في الوحدة التي حدثت فيها حالة الاعتداء، وقد نتج عن حالات الاعتداء أضرار جسدية ونفسية.

الدراسات العربية:

بعد بحث عميق لم يتمكن الباحثان من إيجاد أية دراسة تبحث في موضوع الاعتداء على الموظفين في أماكن عملهم بشكل عام أو الاعتداء على الكادر الطبي بشكل خاص. لكن الباحثين تمكنوا من إيجاد مجموعة من الأبحاث التي درست موضوع العنف الطلابي نورد بعضها ونوجزها فيما يلي من الفقرات.

أجرى العازمي وآخرون (2011) دراسة على عينة مكونة من 600 طالب وطالبة من الدارسين بكلية التربية الأساسية في دولة الكويت للتعرف على أسباب العنف وصوره من وجهة نظر الطلبة. وجدت الدراسة أن أسباب العنف مختلفة ومتنوعة مثل أصدقاء السوء، وفت الانتباه، والأسرة، والمدرسة، وإهمال المعلم دوره كقدوة، وعدم تفهم المعلم ظروف الطلبة، وعدم وجود عقوبات رادعة. وتمثلت أنواع العنف المستخدمة بالتشاجر بالأيدي، والضرب، والتحرش الجنسي.

وأجرى الصبيحي والرواجفة (2010) دراسة وصفية للتعرف على مشاركة الطلاب بالعنف داخل الجامعات. وقد شملت عينة الدراسة قرابة 1000 طالب في مرحلة البكالوريوس من مختلف التخصصات. وبينت نتائج الدراسة أن الطلاب الذكور من مستوى السنة الأولى في التخصصات الإنسانية ذوي المعدل المنخفض ومن أبناء عائلات الدخل المنخفض من غير ساكني المدن هم الأكثر ميلاً للعنف. وقد تمثلت أسباب العنف في التعصب للمجموعة التي ينتمي إليها الشخص، سواء أكانت العشيرة أم الأقارب، والشعور بظلم أنظمة الجامعة، وعدم الثقة في المستقبل، والرفض من قبل الجنس الآخر.

دراسة الشويحات وعكروش (2010) أجريت على عينة تكونت من 2100 طالب من الطلبة الدارسين في الجامعات الأردنية. هدفت الدراسة إلى تحديد أسباب العنف الطلابي ودرجة أهميتها من وجهة نظر الطلبة. وتوصلت الدراسة إلى أن أبعاد المهارات الشخصية، والخلفية التربوية والاجتماعية، والخلفية الثقافية للطلاب، للنواحي الدراسية والأكاديمية، هي عوامل مؤدية للعنف الطلابي. وقد أشارت النتائج إلى أن بُعد المهارات الشخصية احتل المرتبة الأولى في درجة الأهمية، بينما حل بُعد النواحي الدراسية والأكاديمية في المرتبة الأخيرة.

سعت دراسة الحوامدة (2007) إلى التعرف على أسباب ومدى انتشار ظاهرة العنف في الجامعات الأردنية الرسمية والخاصة. وبينت نتائج الدراسة وجود فروق في مدى استخدام العنف تعزى لمستوى السنة الدراسية، والجنس والتخصص. وبينت الدراسة أن هناك أشكالاً مختلفة للعنف يلجأ إليها الطلاب، مثل التحقير والمشاعبة أثناء المحاضرة وإتلاف ممتلكات الجامعة. وقد وجدت الدراسة أن السبب الأقوى للعنف هو الشعور بالكبت، تلاه التعصب القبلي. وخلصت الدراسة إلى مجموعة من المقترحات للتخفيف من ظاهرة العنف، مثل تشجيع الحوار بين الطلبة وزيادة الأنشطة الطلابية ودعمها.

أجرى المطوع وحسن (2006) دراسة وصفية للتعرف على آراء عينة من طلاب جامعة الإمارات (269 طالباً) حول العنف وأسبابه وتحديد الوسائل الممكنة للحد منه. وجدت الدراسة أن 34% تقريباً من أفراد العينة تعرضوا للعنف الأسري، وأن الإناث تعرضن للعنف أكثر من الذكور. فيما يتعلق بأشكال العنف المستخدم، احتل الضرب والشتيم المرتبة الأولى والثانية على التوالي، في حين كان الحرمان أقل الأساليب استخداماً. دلت النتائج أن 39% تقريباً من العينة مارسوا العنف، وأن الذكور أكثر ممارسة للعنف من الإناث. ولم تجد الدراسة علاقة إحصائية بين المستوى التعليمي للوالدين أو دخل الأسرة ودرجة ممارسة العنف. دلت نتائج الدراسة أن العنف يؤدي لآثار خطيرة مثل الانحراف، والتفكك الأسري والشعور بالعدوانية. وأخيراً حددت الدراسة مجموعة أساليب يمكن أن تحد من العنف، مثل التوعية الاجتماعية وإصدار قوانين ضابطة.

منهجية الدراسة:

الإجراءات وعينة الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من المرضى المراجعين لقسم الطوارئ في ثلاثة مستشفيات موجودة في محافظة إربد، حيث تم اختيار عينة عشوائية من هؤلاء المراجعين. تطوع عدد من طلبة كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية من مستوى السنة الرابعة لمساعدة الباحثين في توزيع الاستبانات وجمعها. قام الباحثان بشرح موضوع البحث وأهدافه للطلبة، كما قاما بتدريبهم على إجراءات توزيع الاستبانة. حيث يقوم الطالب بالانتظار خارج غرفة الطوارئ، ولدى خروج المريض يتقدم الطالب منه ويلقي التحية عليه، ثم يتمنى له السلامة، بعد ذلك يشرح له ما يقوم به ويعرض عليه التطوع لتعبئة استبانة، يتم استبعاد المريض إذا كان عمره أقل من 18 عاماً أو أنه لا يتمكن من تعبئة الاستبانة بنفسه. بعد أن يوافق الشخص يعطيه الطالب الاستبانة ويبتعد عنه قليلاً لكي يعطيه الحرية في تعبئة الاستبانة. ولدى انتهاء المراجع يتقدم منه لأخذ الاستبانة ويشكره على تعاونه.

تم توزيع الاستبانات على مدار عشرة أيام وفي أوقات مختلفة.. صباحية، وبعد الظهر، وفي الفترة المسائية. تم توزيع 272 استبانة، تم استرجاع 233 استبانة، حيث اعتذر 39 مراجعاً عن إكمال تعبئة الاستبانة. بعد تدقيق الاستبانات تم استبعاد 17 استبانة تبين أنها غير صالحة للتحليل، مما أبقى 216 استبانة صالحة للتحليل.

أداة جمع المعلومات:

لغرض جمع بيانات الدراسة قام الباحثان بإعداد وتطوير استبانة تكونت من قسمين رئيسيين. اشتمل القسم الأول على مجموعة أسئلة حول البيانات الشخصية، مثل العمر، والمستوى التعليمي، والدخل الشهري، ونوع العمل. بينما احتوى القسم الثاني على مجموعة من الأسئلة التي تقيس المتغيرات التي شملتها هذه الدراسة.

فيما يتعلق بالأسئلة التي تم اقتباسها من أدوات قياس لغتها الأصلية هي اللغة الإنجليزية، فقد تمت ترجمتها إلى العربية. ولضمان أن تكون عملية الترجمة علمية ومحكمة، فقد اتبع الباحثان الطريقة الأكثر شيوعاً واستخداماً التي اقترحها (Brisline, 1970) وهي الترجمة والترجمة العكسية (Translation and back translation). وهناك نقطة مهمة ينبغي الإشارة إليها، وهي أثناء الترجمة لم يكن المقصود الوصول أو الحصول على ترجمة حرفية، لأن هذا قد يؤدي إلى ضياع المعنى. مثلاً إذا أردنا ترجمة العبارة التالية "Out of sight out of mind" ترجمة حرفية قد تصبح بالشكل التالي " خارج النظر خارج العقل" هذه الترجمة قد تعتبر صحيحة ودقيقة، لكنها لا تعكس المعنى والهدف المقصود، أما الترجمة الأقرب إلى المعنى المقصود (في الثقافة الأردنية) فهي "بعيد عن العين بعيد عن الذهن". لذلك كان هناك سماح للابتعاد عن الترجمة الحرفية لصالح المحافظة على المحتوى والمعنى.

لقياس المتغيرات المستقلة (رضا المراجعين، والحاجة للانتقام، والنزعة للغضب، وقيم العنف السائدة) قام الباحثان بمراجعة مستفيضة للدراسات السابقة المنشورة في المجال المعني وكيفية مجموعة من الأسئلة لقياس المتغيرات المذكورة سابقاً (Ware et al., 1983; Spielberger, 1988; Buss and Perry, 1992; Stuckless and Goranson, 1992; Marshall et al., 1993; Huesmann and Guerra, 1997; McCullough et al., 1998; McKinley et al., 1997; Hudak and Wright, 2000; Shechtman and Basheer, 2005). وقد اشتمل مقياس رضا المراجعين على ستة مجالات قيست من خلال 42 سؤالاً: بُعد المهارة الفنية عشرة أسئلة، مثال على الأسئلة المستخدمة في هذا البعد "الطبيب

المعالج كفؤ ومدرّب جيداً". واشتمل بُعد وقت الانتظار على خمسة أسئلة، كمثال على هذه الأسئلة نورد السؤال التالي " وقت الانتظار الذي قضيته لحين قدوم الطبيب كان طويلاً". واحتوى بُعد التواصل الإنساني على ثمانية أسئلة، السؤال التالي عينة من تلك الأسئلة " الطبيب المعالج يبدي اهتماماً حقيقياً بي كإنسان". وتضمن بُعد الاتصال سبعة أسئلة، كمثال نورد السؤال التالي "يستمتع الطبيب بحرص وانتباه لكل ما أخبره به". وقد تكون البُعد المالي (تكاليف العلاج) من ثمانية أسئلة، مثال على تلك الأسئلة "أشعر أن تكاليف المعالجة تفوق قدرتي المالية". وقد قيس بُعد الوقت المستغرق في العلاج من خلال أربعة أسئلة والسؤال التالي مثال على تلك الأسئلة " الوقت الذي يقضيه الطبيب في التشخيص والمعالجة مناسب وكاف". وتكون مقياس الحاجة للانتقام من 11 سؤالاً، للتمثيل نورد السؤال التالي " أي شخص يعتدي عليّ فإنه يستحق العقوبة التي يتلقاها مني". وتكون مقياس الغضب من ستة أسئلة، مثال على الأسئلة المستخدمة في هذا البعد "عندما أغضب فإنني ألتفظ بعبارات نابية". وأخيراً متغير قيم العنف السائدة قيس من خلال ثمانية أسئلة، والسؤال التالي مثال على تلك الأسئلة "بشكل عام، ضرب الآخرين تصرف خاطئ".

لقياس متغير التساهل مع العنف قام الباحثان باستحداث وتطوير مقياس خاص لهذه الدراسة تكون من ستة أسئلة، حيث لا توجد دراسة سابقة قامت بالتطرق أو دراسة هذا المتغير من قبل، والسؤال التالي مثال على تلك الأسئلة " عدد قليل جداً من مرتكبي حالات العنف يتم القبض عليهم وملاحقتهم قانونياً". وقام المبحوثون بالإجابة عن الأسئلة الخاصة بالمتغيرات المستقلة باستخدام مقياس ليكرت الممتد من غير موافق بشدة إلى غير موافق بشدة.

لقياس المتغير التابع (سلوك العنف)، فقد تم تجنب السؤال المباشر عن هذا السلوك، وذلك لتجنب تأثير الرغبة الاجتماعية (Social desirability effect). إن ممارسة العنف - أو دعمه - قد تظهر الشخص بصورة غير مقبولة اجتماعياً، مما قد يؤدي إلى تجنب الأفراد الإجابة بشكل صريح عن مدى قبولهم أو ممارستهم لسلوك العنف. قام الباحثان بتطوير سيناريو افتراضي يمثل لجوء أحد مراجعي قسم الطوارئ في أحد المستشفيات إلى العنف. قام الباحثان بالطلب من المبحوثين بقراءة السيناريو، ومن ثم الإجابة عن الأسئلة المرتبطة به (التي بلغ عددها أربعة أسئلة)، والتي تقيس بشكل غير مباشر قبول واستعداد الشخص على اللجوء للعنف، مثال على تلك الأسئلة " لو أنك كنت في مكان أحمد [المعتدي]، فاحتمال أن تسلك السلوك نفسه هي". قام المبحوثون بالإجابة عن الأسئلة الخاصة بمتغير العنف باستخدام مقياس ليكرت الممتد من احتمالية عالية جداً إلى احتمالية معدومة. والنسخة الكاملة للاستبانة متوفرة لدى الباحث الأول حسب الطلب.

تحليل البيانات وعرض النتائج:

وصف العينة:

يوضح الجدول رقم (1) خصائص عينة الدراسة من حيث نوع العمل، العمر، الدخل الشهري، والمستوى التعليمي. يلاحظ من الجدول أن هناك 41 مراجعاً أجابوا إما أنهم بلا عمل أو أنهم متقاعدون، ويمثل هذا الرقم نسبة 19% من مجموع أفراد العينة. فيما يتعلق بمتغير العمر فقد أظهرت نتائج التحليل أن 76% من أفراد العينة أعمارهم 41 سنة فأقل، كما يلاحظ أن النسبة الأقل هي لفئة 54 سنة فأكثر. وقد أظهرت النتائج الوصفية لمتغير الدخل الشهري أن 7% من أفراد العينة بلا دخل، وأن هناك 8% من أفراد العينة دخلهم 240 ديناراً فأقل. كما بنت النتائج أن دخل ثلاثة أرباع العينة تركز بين 241-440 ديناراً. وأخيراً بالنسبة لمتغير المستوى التعليمي، يظهر الجدول أن النسبة العليا من العينة كانت لحملة

العنف في مكان العمل: اختبار العوامل المؤثرة في سلوك العنف..

درجة البكالوريوس بنسبة بلغت 39%، تلاها حملة الدبلوم والمرحلة الثانوية بنسبة بلغت 27% و 20% على التوالي. وكانت النسبة الأقل لحملة الدراسات العليا، حيث بلغت نسبتهم 3% فقط.

جدول رقم (1)

وصف السمات الشخصية لعينة الدراسة

النسبة المئوية (%)	التكرار	الفئة	السمات الشخصية
43	92	موظف قطاع عام	نوع العمل
21	45	موظف قطاع خاص	
17	38	صاحب مصلحة خاصة	
10	22	متقاعد	
9	19	بلا عمل	
16	35	23-18	العمر
27	58	29-4	
18	38	35-30	
15	33	41-36	
11	24	47-42	
8	18	53-48	
5	10	54 فأكثر	
7	15	بلا دخل	مستوى الدخل
8	17	240-190	
17	37	290-241	
23	49	340-291	
21	45	390-341	
13	29	440-391	
4	9	490-441	
4	8	540-491	
3	7	541 فأكثر	المستوى التعليمي
4	8	ابتدائي	
7	15	إعدادي	
20	43	ثانوي	
27	58	دبلوم	
39	84	بكالوريوس	
3	8	دراسات عليا	

صدق وثبات أداة الدراسة:

للتحقق من صدق وثبات أداة الدراسة قام الباحثان باتباع عدد من الإجراءات. بداية للتأكد من الصدق الظاهري (Face Validity) لأداة الدراسة، فقد تم عرضها على عدد من أعضاء هيئة التدريس الجامعي من حملة درجة الدكتوراه

وذوي الخبرة لإبداء الرأي حول مدى وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للأسئلة. كذلك طُلب منهم تحديد وإبداء الرأي حول مدى ملاءمة وارتباط كل سؤال بالأبعاد والمتغيرات الرئيسية لهذه الدراسة. كذلك فقد قام الباحثان بإجراء جولة استكشافية (Pilot Study) وتم توزيع الاستبانة على عدد من مراجعي أحد المستشفيات في مدينة أريد عددهم (30) مراجعاً. الهدف من هذا الإجراء التأكد ما إذا كان هناك أي غموض أو عدم وضوح في أسئلة الدراسة، كذلك كان هذا الإجراء مفيداً للتعرف على الوقت اللازم للإجابة عن أسئلة الدراسة. لم يتم استخدام البيانات المتحصلة من هذه الدراسة في التحليل النهائي.

أيضاً قام الباحثان باستخراج معامل الاتساق الداخلي كرونباخ ألفا لمتغيرات الدراسة. يوضح جدول (2) نتائج هذا التحليل. وحيث إن متغير رضا العملاء اشتمل على ستة أبعاد، فقد تم احتساب قيمة كرونباخ ألفا لكل واحد من هذه الأبعاد الستة، بالإضافة إلى قيمة كرونباخ ألفا لمتغير رضا العملاء بكامل أبعاده. يتضح من الجدول أن قيمة ألفا تراوحت بين (0.71-0.96)، يلاحظ أن هذه القيم عالية وأكبر من قيمة الحد الأدنى الموصى بها لمثل هذه الدراسة وهي (0.70). لذلك نعتبر أن هذه الأداة مناسبة ويمكن استخدامها لجمع البيانات.

جدول رقم (2)

نتائج اختبار ألفا لمتغيرات الدراسة

المتغير	عدد الأسئلة	قيمة كرونباخ ألفا
أبعاد رضا العملاء		
الكفاءة الفنية	10	.90
وقت الانتظار	5	.83
التواصل الإنساني	8	.90
الاتصال	7	.74
تكاليف العلاج	8	.92
الوقت المستغرق في العلاج	4	.79
متغير رضا العملاء (الكلي)	42	.96
الحاجة للانتقام	11	.82
التساهل مع العنف	6	.74
سمة الغضب	6	.71
قيم العنف السائدة	8	.84
الميل لاستخدام العنف (المتغير التابع)	4	.81

تحليل الفرضيات:

الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة سلبية بين مستوى رضا العملاء وميل الأفراد لاستخدام العنف. تم استخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط لاختبار هذه الفرضية. جدول (3) يبين نتائج هذا الاختبار. يتبين من الجدول أن قيمة R^2 بلغت (0.68). وهذا يعني أن رضا العملاء فسر (0.68) من التباين في المتغير التابع، وهو ميل الأفراد للعنف.

كذلك تشير النتائج إلى أن رضا العملاء يمكن أن يتنبأ بميل الأفراد للعنف، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار ($B=-$) 1.134 وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى $p<.05$ ، حيث بلغت قيمة $t=-21.319$. الإشارة السالبة لقيمة معامل الانحدار تفيد أن العلاقة بين متغير رضا العملاء والمتغير التابع هي علاقة سلبية، لهذا فإننا نقبل الفرضية الأولى. تتوافق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Hershcovisvis et al. 2007).

الجدول رقم (3)

نتائج تحليل الانحدار البسيط (المتغير المستقل بُعد رضا العملاء)

معامل التحديد R2	درجات الحرية df	قيمة (ف) F	مستوى الدلالة Sig. level	معامل الانحدار B	قيمة (ت) t-value	مستوى الدلالة Sig. level
.68	1,214	454.48	.001	-1.134	-21.319	.001

لتحديد أي من أبعاد رضا العملاء الستة يتنبأ بشكل أفضل بسلوك العنف وللتعرف على الأهمية النسبية لهذه الأبعاد في توقع اللجوء لاستخدام العنف من قبل أفراد العينة، فقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد، حيث تم إدخال الأبعاد الستة دفعة واحدة إلى خانة المتغيرات المستقلة. في حالة استخدام أسلوب الانحدار المتعدد يفضل استخدام R^2 المعدلة ($Adjusted R^2$)، حيث إن زيادة عدد المتغيرات المستقلة يؤدي إلى زيادة قوة R^2 حتى لو كانت المتغيرات المضافة ضعيفة التأثير، بينما (R^2) المعدلة تأخذ بعين الاعتبار عدد المتغيرات المستقلة وحجم العينة مما يجعلها أكثر مصداقية ودقة. جدول (4) يبين نتائج هذا التحليل. بلغت قيمة (R^2) المعدلة لهذا النموذج حوالي (0.73). وهذه القيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $p<.05$. هذا يعني أن هذا النموذج يفسر حوالي 73% من التباين في المتغير التابع. بالنظر إلى المعطيات في جدول (4) يتبين أن هناك ثلاثة أبعاد فقط (التواصل الإنساني، الاتصال، وتكلفة العلاج) تتنبأ بمستوى العنف المستخدم وبدلالة مقبولة إحصائياً ($p<.05$). تشير النتائج أن القيمة الأعلى لمعامل الانحدار المعياري هي تلك المرتبطة ببعد تكلفة العلاج، حيث بلغت ($\phi = -0.476$) وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة $p < .05$. هذا يعني أن بعد تكلفة العلاج الأقوى والأهم للتنبؤ بسلوك العنف، يليه بعد التواصل الإنساني وأخيراً بعد الاتصال. في حين أن بقية الأبعاد (الكفاءة الفنية للأطباء، وقت الانتظار لحين البدء في العلاج، والوقت المستغرق في العلاج) كانت غير دالة إحصائياً.

الجدول رقم (4)

نتائج تحليل الانحدار المتعدد (المتغير المستقل أبعاد رضا العملاء)

المتغير	النتائج	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري ϕ	قيمة (ت) t-value	مستوى الدلالة Sig. level
الكفاءة الفنية		-0.005	-0.004	-0.066	.947
وقت الانتظار		-0.055	-0.042	-0.491	.624
التواصل الإنساني		-0.234	-0.212	-2.741	.007
الاتصال		-0.198	-0.134	-1.929	.05
تكلفة العلاج		-0.497	-0.476	-4.874	.001
الوقت المستغرق في العلاج		-0.066	-0.067	-0.816	.415

ولاختبار بقية الفرضيات فقد تم استخدام أسلوب الانحدار الخطي البسيط، جدول (5) يبين نتائج هذا التحليل.

الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على وجود علاقة إيجابية بين الحاجة للانتقام والميل للانخراط في سلوك العنف. يتضح من جدول (5) أن متغير الحاجة للانتقام فسر (0.20) من التباين في سلوك العنف كما هو واضح من قيمة R^2 ، وقد كانت هذه النتيجة دالة إحصائياً ($p < 0.05$)، كما أن هذا المتغير يتنبأ بالمتغير التابع، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار ($B = 0.636$) ($p < 0.05$) هذه المعطيات تشير إلى أن هناك علاقة إيجابية بين متغير الحاجة للانتقام وميل الأفراد للعنف، مما يؤيد الفرضية الثانية. هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (Douglas and Martinko, 2001, Gregoire et al., 2010)

الجدول رقم (5)

نتائج تحليل الانحدار البسيط لأبعاد الحاجة للانتقام، التساهل، سمة الغضب، وقيم العنف السائدة

مستوى الدلالة Sig. level	قيمة (ت) t-value	معامل الانحدار B	مستوى الدلالة Sig. level	قيمة (ف) F	درجات الحرية df	معامل التحديد R2	النتائج المتغير
.001	7.377	.636	.001	54.418	1,214	.203	الحاجة للانتقام
.001	19.948	1.062	.001	397.909	1,214	.65	التساهل
.001	10.729	.784	.001	115.108	1,214	.35	سمة الغضب
.001	15.146	.973	.001	229.398	1,214	.517	قيم العنف السائدة

الفرضية الثالثة:

فيما يتعلق بالفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة إيجابية بين التساهل مع العنف واللجوء لاستخدام العنف، فإن النتائج (جدول 5) تشير لأن متغير التساهل ساهم في تفسير (0.65) من التباين في سلوك العنف، وكانت هذه القيمة ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$)، كما أن قيمة معامل الانحدار بلغت ($B = 1.062$, $P < 0.05$) مما يشير لأن التساهل له قيمة ذات دلالة إحصائية في التنبؤ بسلوك العنف. هذه النتائج تؤيد الفرضية الثالثة. مفهوم التساهل مع العنف تم تطويره وقياسه من قبل الباحثين، لذلك لا توجد دراسات سابقة يمكن مقارنة نتيجة هذه الدراسة معها. لكن (Fox and Spector, 1999) درسوا مفهومًا أسماه "احتمالية العقوبة" "Likelihood of Punishment" والذي يمكن أن يعتبر قريباً إلى حد ما من مفهوم التساهل الذي درسناه في هذه الدراسة. حيث بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ما بين احتمالية النجاة من العقوبة المدركة من قبل المبحوثين والسلوكيات السلبية (السلوكيات العدائية).

الفرضية الرابعة:

أما الفرضية الرابعة "متغير سمة الغضب"، التي تنص على وجود ارتباط إيجابي بين متغير الغضب وسلوك العنف فإن المعطيات في جدول (5) تبين أن هذا المتغير فسر ما قيمته (0.35) من التباين في المتغير التابع، وقد كانت هذه النتيجة دالة إحصائياً ($p < 0.05$). كما بينت النتائج أن هذا المتغير يمكن أن يتنبأ بسلوك العنف، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار ($B = 0.784$, $p < 0.05$). وهذه النتائج تؤيد الفرضية الرابعة، وهذه نتيجة متناقضة مع دراسة (Douglas & Martinko, 2001).

الفرضية الخامسة:

الفرضية الأخيرة تنص على وجود علاقة إيجابية بين متغيري قيم العنف السائدة وسلوك العنف. بالنظر للمعطيات في جدول (5) يتبين أن متغير قيم العنف السائدة فسر (0.517) من التباين في سلوك العنف، وقد كانت هذه القيمة ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) وقد كانت قدرة هذا المتغير على التنبؤ بسلوك العنف داله إحصائياً ($B=0.973, p < 0.05$). وبناءً على هذه النتائج فإننا نقبل الفرضية الخامسة. وتتناغم هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Vandello et al., 2009).

للتعرف على المتغيرات التي لها أهمية أكبر في التأثير والتنبؤ بالمتغير التابع فقد تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد، حيث تم إدخال جميع المتغيرات الخمسة المستقلة دفعة واحدة. الجدول رقم (6) يبين نتائج هذا التحليل. يتضح من قيم معاملات الانحدار المعيارية الواردة في الجدول (6) أن جميع المتغيرات لها مساهمة ذات دلالة إحصائية في التنبؤ بسلوك العنف ما عدا متغير الحاجة للانتقام، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار المعيارية ($\phi = 0.04$) وكانت هذه القيمة غير دالة إحصائياً. وقد كان المتغير الأكثر أهمية هو متغير رضا العملاء، تلاه متغيرا التساهل مع سلوك العنف وقيم العنف السائدة، حيث أتت قيم الانحدار لهذين المتغيرين متقاربة جداً. وقد أتى في المرتبة الأخيرة متغير سمة الغضب.

الجدول رقم (6) نتائج تحليل الانحدار المتعدد

(المتغير المستقل رضا العملاء، الحاجة للانتقام، التساهل، سمة الغضب، قيم العنف السائدة)

المتغير	النتائج	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري ϕ	t-value	مستوى الدلالة
رضا العملاء		-0.532	-0.387	-8.094	0.001
الحاجة للانتقام		0.057	0.04	1.172	0.243
التساهل		0.378	0.287	5.888	0.001
سمة الغضب		0.116	0.087	2.303	0.022
القيم السائدة		0.37	0.273	7.111	0.001

مناقشة النتائج والتوصيات:

تعتبر ظاهرة العنف الموجه نحو الكوادر الطبية من الظواهر الغريبة على مجتمعاتنا العربية، ومع ذلك فإن هذه الظاهرة تنتشر وتتسع دائرتها بشكل مقلق لدرجة أن نقابة الأطباء الأردنية قامت بإنشاء "جمعية حماية الكوادر الطبية" للتعامل مع هذه الظاهرة. بالرغم من الانتشار المتزايد والمقلق لهذا السلوك اللاأخلاقي المشين لكن اهتمام الباحثين بدراسة هذه الظاهرة بأسلوب علمي يساعد على فهم أسبابها واقتراح الأساليب المناسبة لعلاجها - يكاد يكون معدوماً. لذلك كانت هذه الدراسة رائدة ومساهمة نوعية مهمة للأدبيات المنشورة. كذلك فإن نتائج هذه الدراسة سوف تساعد أصحاب القرار وصانعي السياسات على رسم استراتيجيات ووضع خطط للقضاء على مشكلة الاعتداء على الكوادر الطبية أو الحد منها بشكل علمي ومدروس.

بينت نتائج هذه الدراسة أن تدني مستوى رضا المراجعين للمستشفيات عن الخدمات المقدمة لهم هو العامل الأكثر تأثيراً في سلوك الاعتداء على الكوادر الطبية. لتحديد أي من أبعاد الرضا التي شملها مقياس رضا العملاء - له مساهمة

في تفسير استخدام العنف من قبل المبحوثين، فقد تم إخضاع البيانات للتحليل باستخدام أسلوب الانحدار المتعدد. أظهرت النتائج (أنظر الجدول رقم 4) أن أبعاد التواصل الإنساني، الاتصال، وتكلفة العلاج لها قدرة ذات دلالة إحصائية على التنبؤ بممارسة العنف في حين أن باقي الأبعاد (الكفاءة الفنية للأطباء، وقت الانتظار، والوقت المستغرق في العلاج) كانت غير دالة إحصائياً. هذه النتائج مثيرة للغاية، حيث إنها تشير إلى أن المرضى يعتقدون أن الجانب الإنساني غائب لدى الكادر الطبي. هذه النتيجة صادمة ومفاجئة لأن جوهر العمل الطبي هو إنساني، ويتوقع المريض أن يقوم الكادر الطبي بمعاملة بأسلوب إنساني جداً. فإذا خلت المهن الطبية من هذه السمة الإنسانية فإن العمل الطبي يصبح بلا معنى أو محتوى حقيقي. ترشدنا هذه النتائج إلى أن تحسين أسلوب تعامل الكادر الطبي مع المراجعين سوف يساهم بدرجة كبيرة في الحد من ظاهرة الاعتداء عليهم.

لذلك فإن الباحثين يوصيان بعقد دورات تدريبية لتحسين مهارة الاتصال والاستماع الفعال للكادر الطبي. كذلك فإن دورات التعامل مع الجمهور سوف تؤدي إلى تحسين مهارة الكادر الطبي في إظهار الاهتمام والتعاطف مع المريض مما يبرز سمة التواصل الإنساني التي تعتبر من الميزات الرئيسية التي يتوقع المريض أن يجدها في الكادر الطبي. توصية أخرى نابعة من قراءتنا لهذه النتائج يقترحها الباحثان للجامعات والمعاهد، ألا وهي أن تتضمن الخطط الدراسية للمهن الطبية مواد علمية متعلقة بالاتصال والتواصل الإنساني. ونقترح أن لا يقتصر تدريس هذه المواد على الجانب النظري فقط، بل أن يكون فيها أيضاً جانب عملي وحالات فيديو يتم عرضها على الطلاب من أجل أن يتكون لديهم تصور واقعي لما يمكن أن يواجههم في ميدان العمل وإكسابهم المهارة في كيفية التعامل مع المرضى.

فيما يتعلق ببعد تكلفة العلاج فقد كانت أهمية هذا البعد أعلى بكثير من بعدي الاتصال والتواصل الإنساني كما هو واضح من قيم معامل الانحدار المعيارية (انظر جدول رقم 4). يمكن أن يرجع هذا التأثير النسبي المرتفع إلى أن المواطن يقارن التكاليف المترتبة على العلاج مع توقعات سابقة لديه. فالمواطن يعتقد أن الحكومة يجب أن تقوم بتوفير العلاج مجاناً للمواطن، وأن هذا هو أحد حقوق المواطن على الدولة.

لذا، فإن أي مبلغ يدفعه المريض لقاء الخدمة الطبية التي يتلقاها هو مبلغ ما كان يتوجب عليه دفعه. علماً بأن المبلغ الذي يدفعه المريض لا يغطي تكلفة العلاج، بل هو فقط نسبة بسيطة من التكلفة. لذا يوصي الباحثان بأن تقوم المستشفيات بإعلام المريض بالتكلفة الحقيقية للعلاج، وذلك من خلال إظهارها على الفاتورة المقدمة للمريض. هذا الإجراء سوف يغير مرجعية المقارنة، فبدلاً من أن يقارن المريض التكلفة مع توقعاته السابقة سوف يقوم بمقارنتها مع التكلفة الحقيقية، وبذلك يشعر ويدرك الفرق الكبير بين ما كان يتوجب عليه دفعه وما هو مطلوب منه دفعه، وبالتالي زيادة رضاه عن هذا البعد.

أظهرت نتائج الانحدار المتعدد (أنظر الجدول رقم 6) أن جميع المتغيرات المستقلة تساهم في تفسير التباين في سلوك العنف ما عدا متغير الحاجة للانتقام، حيث كان مستوى الدلالة لهذا المتغير غير دال إحصائياً. أي إن متغيرات: رضا العملاء، والتساهل مع العنف، وسمة الغضب، وقيم العنف السائدة - يمكن استخدامها للتنبؤ وتفسير انتشار سلوك العنف. هذه الدراسة أثبتت علاقات في غاية الإثارة، حيث بينت أن سلوك العنف مرتبط بتوقعات الأفراد حول نتائج سلوك العنف، فكلما زاد اعتقاد الشخص بأن المعتدي سوف ينجو من العقاب زاد ميله إلى استخدام العنف. كذلك فإن الدراسة

بينت أن الأفراد الذين يتصورون أن سلوك العنف مقبول اجتماعيًا يميلون بدرجة كبرى إلى عدم رفض هذا السلوك وممارسته كوسيلة لحل خلافاتهم.

تجدد الإشارة لأن توقعات الأفراد مبنية على الإدراك، وليس على حقائق ثابتة. بناءً على نتائج الدراسات السابقة التي بينت أن إدراك الأفراد فيما يتعلق بأراء الآخرين ووجهات نظرهم غالبًا ما تكون خاطئة (Vandello et al., 2009)، ويمكن الاستنتاج أن الأشخاص يبنون قراراتهم وسلوكياتهم على تصورات وانطباعات قد تكون غير حقيقية ولا تعكس الواقع. إذن ننتهي إلى نتيجة مفادها أن الإدراك غير الدقيق للواقع - وليس الواقع نفسه - هو المحرك لسلوك الأفراد.

من هنا فإننا نوصي بأن توفير المعلومات الدقيقة وإتاحتها للجمهور العام سوف يتيح الفرصة لتشكيل تصور يعكس الواقع بشكل صحيح وأكثر دقة، مما يؤدي لتصحيح التصورات المشوهة التي تؤدي إلى العنف. فوسائل الإعلام تنشر خبر الاعتداء ولا تنشر بعد ذلك نتائج محاكمة المعتدي مما يوحي للجمهور العام أن المعتدي لم يحاكم ولم يأخذ عقوبة على تجاوزه للقانون. إن نشر إحصاءات وتفصيل عن العقوبات التي صدرت في حق المعتدين وإجراء لقاءات معهم للتحدث عن المعاناة التي واجهوها نتيجة قيامهم بالاعتداء على الآخرين سوف يساهم بشكل فعال في تغيير وتعديل تصوراتهم بحيث تكون أقرب إلى الواقع، مما يؤدي إلى الحد من هذه الظاهرة.

ولتغيير تصورات الأفراد حول قيم العنف السائدة، فإن ظهور أشخاص متخصصين مثل علماء الاجتماع وشخصيات عامة في وسائل الإعلام للتحدث عن هذا السلوك سوف يساهم في تعديل تصورات عامة الناس. كذلك فإن المساجد والمدارس يمكن أن تؤدي دورًا مهمًا في هذا الخصوص.

أخيرًا - وبالرغم من أن تأثيره كان ضعيفًا - فإن متغير الغضب ساهم في التنبؤ بسلوك العنف. الغضب ينتج من مسبب خارجي (Berkowitz and Harmon-Jones, 2004) لذلك فإن توفير بيئة غير ضاغطة للمراجعين يمكن أن يساهم في تهدئة أعصابهم. كذلك فإن تدريب الكادر الطبي على استيعاب وامتصاص غضب المراجعين وتهدئتهم سوف يقلل من تفاقم غضب المراجع، وبالتالي يقل ميله إلى اللجوء إلى العنف.

محددات الدراسة والدراسات المستقبلية:

أجريت هذه الدراسة في قطاع المستشفيات الواقعة في إحدى محافظات شمال المملكة الأردنية الهاشمية. هذا قد يؤثر على مدى مقدرتنا على تعميم هذه النتائج على باقي المستشفيات في المناطق الجغرافية الأخرى. لذا يمكن للباحثين اختبار نموذج هذه الدراسة في المستشفيات الأخرى في المملكة. محدد آخر لهذه الدراسة أنها اقتصر على المستشفيات الحكومية، هذا يعطي فرصة أن تجرى دراسات مستقبلية في مستشفيات القطاع الخاص ومقارنتها مع نتائج هذه الدراسة.

حيث إن جميع حالات الاعتداء المبلغ عنها تم ارتكابها من قبل الذكور، اقتصر عينة الدراسة على المراجعين الذكور فقط. لكن الدراسات العالمية السابقة أشارت إلى أن الذكور يميلون إلى استخدام العنف الجسدي المباشر بينما تلجأ الإناث إلى العنف غير المباشر. اقتصر هذه الدراسة على النوع الأول، لذا نوصي أن تجرى دراسات تبحث في دراسة أنواع أخرى ومتنوعة للعنف واختبار ما إذا كان هناك اختلاف بين سلوك الإناث وسلوك الذكور.

المراجع

أولاً- المراجع باللغة العربية:

- حسن، فائق. (2011). "وما يزال الاعتداء على الأطباء مستمراً"، *صحيفة شيحان*. تم التنزيل من الرابط <http://www.shihannews.net/portal/article.aspx?articleNO=17357> بتاريخ 2012\1\13.
- الحوامدة، كمال. (2007). "العنف الطلابي في الجامعات الأردنية الرسمية والخاصة من وجهة نظر الطلبة فيها"، *مجلة العلوم الإنسانية- جامعة محمد خيضر بسكرة*، العدد 12 (نوفمبر)، ص 95-117.
- الشويحات، صفاء نعمة؛ وعكروش لبنى جودة. (2010). "مسببات العنف الطلابي في الجامعات الأردنية" *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، المجلد 3 العدد، 2، ص 81-100.
- الشيخ، غادة. (2010). "تقارير: الأطباء ضحية لمهنة إنسانية وحوادث الاعتداء على الكادر الطبي تحتم تغليب العقوبات، مطالبة وزارة الصحة بتوفير سبل راحة ومساحات واسعة في أقسام الطوارئ لتخفيف الظاهرة"، *صحيفة الغد*، تم التنزيل من الرابط <http://www.alghad.com/index.php/article/368172.html> بتاريخ 2012\1\13.
- الصبيحي، فريال؛ وخالد الرواجفة. (2010). "العنف الطلابي وعلاقته ببعض المتغيرات: دراسة وصفية على عينة من طلبة الجامعة الأردنية"، *المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية*، المجلد 3 العدد 1، ص 29-51.
- العازمي، عبدالله سالم؛ ومحسن حمود الصالحي؛ وأبو بكر عبيد زيدان. (2011). "العوامل المؤدية لتفشي ظاهرة العنف في مؤسسات التعليم العالي من وجهة نظر طلبة كلية التربية الأساسية في دولة الكويت"، *دراسات تربوية ونفسية (مجلة كلية التربية بالرقائق)*، العدد 70 (يناير) ص 1-78.
- المطوع، محمد عبدالله، وطه حسين حسن. (2006). "العنف في مجتمع الإمارات: أشكاله وأسبابه ونتائجه دراسة ميدانية على طلاب جامعة الإمارات العربية المتحدة" *حوليات آداب عين شمس*، المجلد 34 (يوليو-سبتمبر) ص 921-971.

ثانياً- المراجع باللغة الأجنبية:

- Ajzen, I. (1991). "The Theory of Planned Behavior", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211.
- Anderson, C. (2002). "Workplace Violence: Are Some Nurses More Vulnerable?" *Issues in Mental Health Nursing*, 23 (4): 352-366.
- Appressyan, R. G. (2009). "The Ethics of Force: Against Aggression and Violence". *Diogenes*, 56: 95-109.
- Bandura, A. (1978). "Social Learning Theory of Aggression", *Journal of Communication*, 28 (3): 12-29.
- Baron, R. A.; J. H. Neuman and D. Geddes. (1999). "Social and Personal Determinants of Workplace Aggression: Evidence for the Impact of Perceived Injustice and the Type A Behavior Pattern" *Aggression Behavior*, 25: 281-296.
- Beech, B. and P. Leather. (2006). "Workplace Violence in the Healthcare Sector: A Review of Staff Training and Integration of Training Evaluation Models", *Aggression and Violent Behavior*, 11: 27-43.

- Berkowitz, L. (1990). "On the Formation and Regulation of Anger and Aggression: A Cognitive Neo Association mystic analysis", *American Psychologist*, 45 (4): 494-503.
- Berkowitz, L. and E. Harmon-Jones. (2004). "Toward an Understanding of the Determinants of Anger". *Emotion*, 4 (2): 107-130.
- Bjorkqvist, K. (1992). "Sex Differences in Physical, Verbal and Indirect Aggression: A Review of Research", *Sex Role*, 30: 177-188.
- Buss, A. and M. Perry. (1992). "The Aggression Questionnaire", *Journal of Personality and Social Psychology*, 63 (3): 452-459.
- Carter, R. (2000). "High Risk of Violence against Nurses", *Nursing Management*, 6 (8): 5-5
- Celik, S. S.; Y. Celik; I. Agirbas and O. Oguluoglu. (2007). "Verbal and Physical Abuse Against Nurses", *International Nursing Review*, 54 (4): 359-366.
- Cerio, N. G. (1989). "Counseling Victims and Perpetrators of Campus Violence", *New Directions for Students Services*, 47: 53-63.
- Dalphond, D. and Others. (2000). "Violence against Emergency Nurses", *Journal of Emergency Nursing*, 26 (2): 105-109.
- Dollard, J. and Others. (1993). *Frustration and Aggression*. Yale University Press, New Haven.
- Douglas, S. C. and M. J. Martinko. (2001). "Exploring the Role of Individual Differences in the Prediction of Workplace Aggression", *Journal of Applied Psychology*, 86 (4): 547-559.
- Egan, L. C.; L. R. Santos and P. Bloom. (2007). "The Origins of Cognitive Dissonance: Evidence from Children and Monkeys", *Psychological Science*, 18, (11): 1978-983.
- Erickson, J. and S. Williams-Evan. (2000). "Attitude of Emergency Nurses Regarding Patients Assaults", *Journal of Emergency Nursing*, 26, (3): 210-215.
- Fox, S. and P. E. Spector. (1999). "A Model of Work Frustration-aggression", *Journal of Organizational Behavior*, 20: 915-931.
- Gregoire, Y.; D. Laufer; and T. M. Tripp. (2010). "A Comprehensive Model of Customer Direct and Indirect Revenge: Understanding the Effects of Perceived Greed and Customer Power", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38: 738-758.
- Griffin, R. W. and Y. P. Lopez. (2005). "Bad Behavior in Organizations: A Review and Typology for Future Research", *Journal of Management*, 31, (6): 988-1005.
- Hershcovis, M. S. and Others. (2007). "Predicting Workplace Aggression: A Meta-analysis", *Journal of Applied Psychology*, 92, (1): 228-238.
- Hodgson, M. and Others. (2004). "Violence in Healthcare Facilities: Lessons from the Veterans Health Administration", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, (11): 1158-1165.
- Holden, R. (1985). "Aggression against Nurses", *Australian Nurses Journal*, 15, (3): 44-48.
- Hudak, P. L. and J. G. Wright. (2000). "The Characteristics of Patient Satisfaction Measures", *Spine*, 25, (24): 3167-3177.
- Huesmann, L. R. (1988). "An Information Processing Model for the Development of Aggression", *Aggression Behavior*, 14: 13-24.
- Huesmann, L. R. and N. G. Guerra. (1997). "Children's Normative Beliefs about Aggression and Aggressive Behavior", *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, (2): 408-419.

- Jackson, D.; J. Clare and J. Mannex. (2002). "Who Would Want to Be a Nurse? Violence in the Workplace: A Factor in Recruitment and Retention", *Journal of Nursing Management*, 10, (1): 13-20.
- James, A.; R. Mandelely and A. Dove. (2006). "Violence and Aggression in the Emergency Department", *Emergency Medicine Journal*, 23: 431-434.
- LaVan, H. and W. M. Martin. (2008). Bullying in the U.S. Workplace: Normative and Process Oriented Ethical Approach", *Journal of Business Ethics*, 83: 147-165.
- LeBlanc, M. M. and E. K. Kelloway. (2002). "Predictors and Outcomes of Workplace Violence an Aggression", *Journal of Applied Psychology*, 37, (3): 444-453.
- LeBlanc, M. M. and J. Barling. (2004). "Workplace Aggression", *Current Directions in Psychological Science*, 13 (1): 9-12.
- Levinas, E. (1985). *Ethics and Infinity*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Mace, F. C. and Others. (1986). "Analysis of Environmental Determinants of Aggression and Disruption in Mentally Retarded Children", *Applied Research in Mental Retardation*, 7: 203-221.
- Margolin, G.; R. S. John, and L. Foo. (1998). "Interactive and Unique Risk Factor for Husbands' Emotional and Physical Abuse of Their Wives", *Journal of Family Violence*, 13, (4): 315-344.
- Marshall, G. N.; R. G.; Hays, C. D. Sherbourne and K. B. Wells. (1993). "The Structure of Patient Satisfaction with Outpatient Medical Care", *Psychological Assessment*, 5, (4): 477-483.
- McCullough, M. E.; R. Kurzban and B. A. Tabak. (2010). Evolved Mechanisms for Revenge and Forgiveness. In: P. R. Shaver and M. Mikulincer (eds.), *Understanding and Reducing Aggression, Violence, and Their Consequences*. (PP. 221-239). Washington, D.C, American Psychological Association.
- McCullough, M. E. and Others. (1998). "Interpersonal Forgiving in Close Relationships: II. Theoretical Elaboration and Measurement", *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, (6): 1586-1603.
- McKinley, R. K. and Others. (1997). "Reliability and Validity of: A New Measure of Patient Satisfaction without of Hours Primary Medical Care in the United Kingdom: Development of A Patient Questionnaire", *British Medical Journal*, 314, (18): 193-198.
- Mullen, E. (1997). "Workplace Violence: Cause For Concern Or the Construction of a New Category of Fear?", *Journal of Industrial Relations*, 39, (1): 21-32.
- Nabb, D. (2000). "Visitor Violence: Serious Effects of Aggression on Nurses and Others". *Nursing standard*, 14 (23): 36-38.
- Nagin, D. S. and G. Pogarsky. (2001). "Integrating Celerity, Impulsivity, and Extralegal Sanction Threats Into A Model of General Deterrence: Theory and Evidence", *Criminology*, 39, (4): 865-892.
- O'Connell, B. and Others. (2000). "Nurses' Perceptions of the Nature and Frequency of Aggression in General Ward Settings and High Dependency Areas", *Journal of Clinical Nursing*, 9, (4) 602-610.
- Osterman, K. and Others. (1998) "Cross-cultural Evidence of Female Indirect Aggression", *Aggression Behavior*, 24: 1-8.
- Parasuraman, A.; V. A. Zeithaml, and L. L. Berry. (1985). "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, 49: 41-50.

- Ryan, D. and J. Maguire. (2006). "Aggression and Violence: A Problem in Irish Accident and Emergency Departments?", *Journal of Nursing Management*, 14: 106-115.
- Rippon, T. (2000). "Aggression and Violence in Health care Professions", *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2): 452-460.
- Rohdes, C. and Others. (2010). "Violence and Workplace Bullying: What Are Organization's Ethical Responsibilities", *Administrative Theory and Praxis*, 32, (1): 96-115.
- Rosenthal, T. L.; Edwards, N. B.; Rosenthal, R. H.; and Ackerman, B. J. (1992). "Hospital Violence: Site, Severity, and Nurses' preventive training". *Issues in Mental Health Nursing*, 13: 249-356.
- Rosse, G. J. and C. L. Hulin. (1985). "Adaptation to Work: An Analysis of Employee Health, Withdrawal, and Change", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36: 324-347.
- Shechtman, Z. and O.Basheer. (2005). "Normative Beliefs Supporting Aggression of Arab Children in an Intergroup Conflict", *Aggressive Behavior*, 31: 324-335.
- Singh, J. (1990). "Voice, Exit, and Negative Word-of-Mouth Behavior: An Investigation across Three Service Categories", *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18 (1): 1-15.
- Smith-Pittman, M. and V. McKoy. (1999). "Workplace in the Healthcare Environments", *Nursing Forum*, 34, (3): 5-13.
- Spector, P. E. (2011). "The Relationship to Personality to Counterproductive Work Behavior (CWB): An Integration of Perspectives", *Human Resource Management Review*, 21, (4) 342-352.
- Spector, P.; M. Coulter; H. Stockwell; and M. Matz. (2007). "Perceived Violence Climate: A new Construct and Its Relationship to Workplace Violence and Verbal Aggression, and Their Potential Consequences", *Work and Stress*, 21 (2): 117-130.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-trait Anger Expression Inventory Odessa*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Stuckless, N. and R. Goranson. (1992). "The Vengeance Scale: Development of A Measure of Attitudes toward Revenge", *Journal of Social Behavior and Personality*, 7 (1): 25-42.
- Vandello, J. A.; S. Ransom; V. E. Hettinger and K. Askew. (2009). "Men's Misperceptions about the Acceptability and Attractiveness of Aggression", *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, (6) 1209-1219.
- Vossekui, B.; R. A. Fein; M. Reddy; R. Borum and W. Modzeleski. (2002). *The Final Report and Findings of the Safe School Initiative: Implications for the Prevention of School Attacks in the United States*. Washington, D.C: U.S. Secret Service and U.S. Department of Education.
- Ware, J. E.; M. K. Snyder; W. R. Wright and A. A. Davies. (1983). "Defining and Measuring Patient Satisfaction with Medical Care", *Evaluation and Program Planning*, 6: 247-263.
- Zamike, W. and P. Sharp. (1998). "Patient Aggression in General Hospital Setting? Do Nurses Perceive it to be a Problem", *International Journal of Nursing Practice*, 4, (2): 126-133.

**Workplace Violence:
Investigating Factors Influencing Violence
Against Healthcare Workers in Jordanian Hospitals**

Hasan M. Aleassa

Faculty of Economics
and Administrative Sciences
Department of Business Administration

Mahmoud M. Al Kelani

Faculty of Economics
and Administrative Sciences
Department of Marketing

Yarmouk University
Hashemite Kingdom of Jordan

ABSTRACT

Some researchers limit workplace violence to physical attack; however this definition is expanded to include nonphysical attack such as verbal threat. Worldwide, workplace violence within health care sector has received growing attention due to the fact that it is pervasive and costly problem. Workplace violence costs include both financial and nonfinancial aspects such as employee's dissatisfaction. Therefore, it has been acknowledged as a major problem facing workers in health care sector.

In the Arab world context in general and Jordan in particular, violence incidents against physicians and nurses have been recognized as a major problem for healthcare workers, these calls for a systematic and scientific investigation of this issue.

Despite awareness of this problem by governmental officials and general public little is known about the causes of this unethical behavior. Government has responded to this problem by regulations, increased the severity of punishment and initiating police centers in hospitals in order to combat the occurrence of such damaging behavior. Focusing exclusively on law enforcement, though important, is insufficient to undermine workplace violence behavior. This is evident by the increasing rate of violence despite the existence of law against such behavior. A better alternative would be to develop a deeper understanding of factors that influence this action

This study investigated the effect of several individual and situational determinants on aggressive behavior. More specifically we examined the effect of patient satisfaction, need for revenge, and tolerance of aggression, anger, and aggression normative beliefs. The study conducted on a sample of (216) respondents from three public hospitals. The results supported the proposed hypotheses. Based on the results of this study recommendations and future research are discussed.