



## مواجهه با خشونت در نوجوانان: عوامل شناختی-رفتاری و انعطاف‌پذیری

### دکتر جواد علاقبندراد<sup>۱</sup>

گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی،  
دانشگاه علوم پزشکی تهران  
و پژوهشکده علوم شناختی

### دکتر بهنوش دشتی

پژوهشکده علوم شناختی

### دکتر مازیار مرادی

مؤسسه پژوهشگران بدون مرز

**هدف:** مواجهه با خشونت می‌تواند سبب ایجاد مشکلات متعدد بهداشت روان در کودکان و نوجوانان باشد. تا کنون مطالعات اندکی در این زمینه در جوامع شرقی انجام شده است. هدف از این مطالعه، شناسایی ارتباط میان مواجهه با خشونت و برخی از خصوصیات روان‌شناختی که نشانگر وجود پدیده انعطاف‌پذیری در فرد می‌باشند بوده است. **روش:** ۵۰۰ دانش‌آموز مقاطع اول، دوم و سوم دبیرستان شهرستان رودهن در این مطالعه شرکت نمودند. ابزار مورد استفاده در مطالعه پرسشنامه خود-گزارش ارزیابی سلامت روانی و اجتماعی (SAHA) بود که این مقاله بر اساس یافته‌های بدست آمده از برخی مقیاس‌های آن که عوامل مرتبط با انعطاف‌پذیری و عوامل حمایتی بوده‌اند، نوشته شده است. بر اساس پاسخ‌های داده شده به سؤالات مرتبط با مواجهه با خشونت، دانش‌آموزان در سه گروه بدون مواجهه، شاهد خشونت و قربانی خشونت از نظر عوامل ذکر شده مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** میزان افسردگی، رفتارهای ضد اجتماعی و مصرف سیگار به تدریج از گروه بدون مواجهه تا گروه قربانی خشونت افزایش و امید به آینده در همین جهت کاهش نشان داد. گروه قربانی خشونت بیشترین گزارش را از جسمی سازی داشتند. شیوع علایم اضطرابی در بین سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه تأکید بر وجود ارتباط میان مواجهه با خشونت و بروز مشکلات روانی-اجتماعی در نوجوانان دارند. به نظر می‌رسد شاهد خشونت بودن به تنهایی می‌تواند خطر بروز برخی اختلالات را افزایش دهد و در پیش‌بینی قدرت انعطاف‌پذیری افراد مؤثر باشد.

خشونت و علایم و عوارض ناشی از آن در کشورهای مختلف از حد پیش‌بینی شده بیشتر است (وارد<sup>۲</sup>، فلیشر<sup>۳</sup>، زیسیس<sup>۴</sup>، مولر<sup>۵</sup> و لومبارد<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱؛ کوپ<sup>۷</sup> و لاندبرگ<sup>۸</sup>، ۱۹۹۲)

کودکان و نوجوانان به علت رشد نیافتگی عاطفی و هیجانی

### مقدمه

در دو دهه اخیر، در بسیاری از کشورها مواجهه با خشونت مورد توجه قرار گرفته و پیامدهای آن از ابعاد مختلف ارزیابی شده است. مطالعات حاکی از آن است که میزان مواجهه با

2- Ward  
4- Zisis  
6- Lombard  
8- Lundberg

3- Flisher  
5- Muller  
7- Koop

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

E-mail: rad@ams.ac.ir



داشته‌اند، این کودکان و نوجوانان از اضطراب کمتری رنج می‌برند. (گاربارینو، دوبرو، کاستلی و پارودو<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۲؛ لوریون و سالتزمن، ۱۹۹۳).

مطالعات انجام شده، کمتر به تفاوت‌های میان شاهدان و قربانیان خشونت پرداخته‌اند و بیشتر این یک نکته را تأیید کرده‌اند که قربانی شدن معمولاً عوارض شدیدتری در پی دارد (کلیور<sup>۴۰</sup>، لپر<sup>۴۱</sup>، اسکین<sup>۴۲</sup> و جانسون<sup>۴۳</sup>، ۱۹۹۸؛ گورمان - اسمیت و تولان، ۱۹۹۸).

نتایج مطالعه اودانل<sup>۴۴</sup>، شواب - استون و مویید<sup>۴۵</sup> (۲۰۰۲) برخلاف مشاهدات قبلی، حاکی از آن بود که خصوصیات روانی و عوامل تطابقی گروه شاهد خشونت بیشتر به کسانی شباهت دارد که با خشونت مواجه نبوده‌اند. کودکان شاهد خشونت در این مطالعه تنها در سه عامل زیر با کودکانی که شاهد خشونت نبوده‌اند تفاوت‌هایی نشان دادند: مصرف بیشتر مواد مخدر، رفتارهای بزهکارانه و رفتارهای مخرب بیشتر در مدرسه.

آنچه امروزه در کنار آسیب‌شناسی‌های روانی ناشی از استرس‌ورهای مختلف محیطی نظیر خشونت مورد توجه قرار گرفته است، مسئله انعطاف‌پذیری<sup>۴۶</sup> می‌باشد. انعطاف‌پذیری افراد در میزان بروز پاتولوژی‌ها و سطح عملکرد اجتماعی آنها بسیار تعیین‌کننده است. طبق تعاریف جدید، انعطاف‌پذیری عبارت است از موفقیت در کنار آمدن با شرایط پر استرس موجود که در دو بعد هیجانی و رفتاری معنی پیدا می‌کند (لوتار<sup>۴۷</sup>، ۱۹۹۱ و ۱۹۹۳). در واقع

بیشتر در معرض آسیب‌های ناشی از خشونت هستند و مواجهه دائمی با این رفتار از توانایی آنها در ایجاد اعتماد به اطرافیان می‌کاهد و اعتماد به نفسشان را پایین می‌آورد (گاربارینو<sup>۱</sup>، کاستلی<sup>۲</sup> و دوبرو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). قدرت تطابق و سازگاری کودکان و نوجوانان کمتر (بل<sup>۴</sup> و جنکینز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱؛ لوریون<sup>۶</sup> و سالتزمن<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳) و احتمال اینکه در صورت مواجهه با خشونت، در آینده دست به خشونت بزنند، بیشتر است (دوران<sup>۸</sup>، کادنهید<sup>۹</sup>، پندرگراست<sup>۱۰</sup>، اسلاونز<sup>۱۱</sup> و لیندر<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۴؛ دانلبرگ<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۸).

افراد در معرض خشونت را می‌توان به دو گروه شاهدان خشونت که ناظر اعمال خشونت آمیز دیگران بوده‌اند و قربانیان آن که مستقیماً مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند، تقسیم کرد.

بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند که عوارض و پیامدهای منفی خشونت در هر دو گروه شاهد و قربانی به صورت اختلالات مختلف نظیر افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۴</sup> (PTSD)، جسمی‌سازی و رفتارهای مخرب و ضد اجتماعی قابل مشاهده است (ریشر<sup>۱۵</sup> و مارتینز<sup>۱۶</sup>، ۱۹۹۳a و ۱۹۹۳b؛ فریمن<sup>۱۷</sup>، هارتموت<sup>۱۸</sup> و پوزنانسکی<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۳؛ ازوفسکی<sup>۲۰</sup>، ویورز<sup>۲۱</sup>، هان<sup>۲۲</sup> و فیک<sup>۲۳</sup>، ۱۹۹۳؛ وینما<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۱؛ اورسانو<sup>۲۵</sup>، گریگر<sup>۲۶</sup> و مک کارول<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۶؛ شواب - استون<sup>۲۸</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ گورمن - اسمیت<sup>۲۹</sup> و تولان<sup>۳۰</sup>، ۱۹۹۸؛ آلن<sup>۳۱</sup>، جونز<sup>۳۲</sup>، سیدمن<sup>۳۳</sup> و ابد<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۹).

مطالعاتی را که تا کنون صورت گرفته‌اند می‌توان به دو گروه تقسیم کرد. دسته‌ای از محققان به ارزیابی عوارض خشونت به صورت ترومای حاد پرداخته‌اند که افسردگی، اضطراب و PTSD را در کودکان مواجه با این نوع خشونت گزارش کرده‌اند (گاربارینو و همکاران، ۱۹۹۱؛ تر<sup>۳۸</sup>، ۱۹۹۱). اما خشونت اجتماعی اغلب پدیده‌ای مزمن است و در بررسی عوارض آن باید به تقویت عوامل انطباق با محیط در طول زمان توجه داشت که این دیدگاه به تدریج در بررسی‌ها بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. در ارزیابی آثار سوء خشونت اجتماعی بر کودکان و نوجوانان مشاهده شده است که میزان افسردگی، اختلال در تمرکز و رفتارهای پرخطر در این کودکان بیشتر و امید به آینده کمتر است، اما بر خلاف دسته قبل که به‌طور حاد با خشونت برخورد

1- Garbarino	2- Kostenly
3- Dubrow	4- Bell
5- Jenkins	6- Lorion
7- Saltzman	8- Durant
9- Cadenhead	10- Pendergrast
11- Slavens	12- Linder
13- Danlberg	14- Posttraumatic Stress Disorder
15- Richters	16- martinez
17- Freeman	18- Hartmut
19- Poznanski	20- Osofsky
21- Wewers	22- Hamn
23- Fick	24- Vee nema
25- Ursano	26- Griger
27- McCarroll	28- Schwab-Stone
29- Gorman-Smith	30- Tolan
31- Allen	32- Jones
33- Seidman	34- Abed
35- Henrich	36- Leckman
37- Ruchkin	38- Terr
39- Pardo	40- Kliewer
41- Lepore	42- Oskin
43- Johnson	44- O'Donnell
45- Muyeed	46- resilience
47- Luthar	



### گروه مورد مطالعه

مطالعه حاضر روی دانش آموزان پایه اول، دوم و سوم دبیرستان‌های شهرستان رودهن (واقع در ۲۰ کیلومتری شهر تهران) صورت گرفته است. بافت اجتماعی این شهرستان نسبتاً همگون است، اغلب ساکنان آن بومیان منطقه می‌باشند و نسبت به اغلب شهرهای حومه تهران، مهاجر کمتری را پذیرفته است. سکنه این شهرستان از نظر وضعیت اقتصادی - اجتماعی در حد متوسط قرار دارند. مدارس مورد مطالعه سه دبیرستان پسرانه و دو دبیرستان دخترانه در رشته‌های ریاضی - فیزیک، تجربی، علوم انسانی و کار و دانش بودند. از میان ۵۰۰ دانش آموزی که پرسشنامه در اختیارشان قرار گرفت، ۳۶۴ نفر پرسشنامه را پر کردند که این تعداد ۷۲/۸ درصد کل شرکت کنندگان را تشکیل می‌دهد. از این میان نیز ۲۱ نفر (۴/۲ درصد) به علت عدم پاسخ‌دهی کامل به سؤالات از مطالعه خارج شدند و در نهایت، اطلاعات ۳۴۳ دانش آموز مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی این دانش آموزان ۱۶/۴۰ سال ( $SD = 1/5$ ) بود.

### ابزار مطالعه

پرسشنامه ارزیابی سلامت روانی و اجتماعی<sup>۴</sup> (SAHA) ابزار اصلی این مطالعه بود. این مقیاس را ویسبرگ<sup>۵</sup>، وویس<sup>۶</sup> و کاسپارو<sup>۷</sup> طراحی و سپس شواب - استون و همکاران (۱۹۹۹) اصلاح کردند. SAHA پرسشنامه‌ای است شامل ۸۸ قسمت که به ارزیابی عملکرد نوجوانان در مدرسه و اجتماع می‌پردازد و رفتارهای پرخطر را ارزیابی می‌کند. برای انجام این مطالعه، پرسشنامه SAHA ترجمه و متناسب با شرایط فرهنگی - اجتماعی، از ۶۳ قسمت آن استفاده شد. پرسشنامه به وسیله دو نفر از انگلیسی به فارسی ترجمه شد و سپس جهت افزایش روایی<sup>۸</sup> در گروه همکاران مورد بحث و بررسی قرار گرفت و نهایتاً به تأیید یک روانپزشک کودک و نوجوان رسید. همچنین برای اطمینان از پایایی لازم، از روش آلفای کرونباخ استفاده گردید. پژوهش حاضر بر اساس تجزیه و تحلیل پاسخ به قسمت‌های مواجهه با خشونت، مقیاس‌های اختلالات روانی

انعطاف‌پذیری به عنوان قابلیت مثبت برای برخورد هیجانی و رفتاری مناسب و برای بروز حداقل اختلالات روانی در مقابل شرایط استرس‌زا تعریف می‌شود. انعطاف‌پذیری با عوامل متعددی در ارتباط است که از میان آنها حمایت خانواده، حمایت مدرسه و تماس با دوستان را در تعیین سطح انعطاف‌پذیری مؤثر دانسته‌اند. (گاربارینو و دلارا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ هیل<sup>۲</sup> و مادهر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۶؛ ریشتر و مارتینز، ۱۹۹۳)

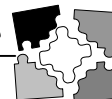
به طور کلی، اگرچه در برخی موارد (نظیر اختلالات اضطرابی)، گزارش‌های ضد و نقیض وجود دارد، اما اغلب بررسی‌ها ارتباط مواجهه با خشونت و اختلالاتی همچون افسردگی، جسمی‌سازی، تغییر در نگرش کودکان در مورد امید به آینده و بروز بیشتر رفتارهای خشن و ضد اجتماعی را نشان داده‌اند. قابل توجه است که این مطالعات عمدتاً در آمریکا و یا در آفریقا و کشورهای اروپایی انجام شده است و از میزان خشونت در کشور ما و آثار سوء آن اطلاع چندانی در دست نیست. با توجه به محدود بودن مطالعات مربوط به انعطاف‌پذیری و نیز تأثیر عوامل مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی بر این پدیده، بررسی‌های بیشتر، به ویژه مطالعات مقایسه‌ای بین فرهنگی ضرورت دارد. این مطالعه با هدف بررسی بیشتر آثار مواجهه با خشونت (به عنوان استرس مزمن) و به دست دادن یافته‌هایی در زمینه اختلالات روانی و رفتاری در کودکان و نوجوانان مواجه شده با خشونت در جامعه ایران و نیز بررسی وجود عوامل حمایتی صورت گرفته است.

### روش

این مطالعه به عنوان بخشی از مطالعات گسترده‌ای که با ابزار مشترک کشورهای مختلف (بلژیک، روسیه و ...) به بررسی سلامت روانی - اجتماعی نوجوانان می‌پردازد، انجام یافته است. این بررسی‌ها از دهه گذشته به وسیله شواب - استون و همکاران (۱۹۹۵) در شهر نیوهاون آمریکا آغاز شده و در حال حاضر با اعمال تغییراتی در ابزار مطالعه، در مراکز مختلف در حال اجراست.

1- Delara  
3- Madhere  
5- Weissberg  
7- Kasparow

2- Hill  
4- Social and Health Assessment  
6- Voyce  
8- validity



مختلف، حمایت خانواده و مدرسه انجام شده است.

### مقیاس مواجهه با خشونت

این قسمت برای ارزیابی مواجهه با خشونت شامل دو مقیاس شاهد خشونت و قربانی خشونت بودن، می باشد. جهت تهیه گزارش در مورد شاهد بودن، از دانش آموزان سؤال شد که در طول سال گذشته چند بار شاهد بوده اند که اراذل و اوباش کسی را تعقیب کرده باشند، کسی با کتک تهدید شده باشد، کیف یا سایر وسایل کسی را سرقت کرده باشند، فردی مورد اصابت چاقو قرار گرفته و یا در یک درگیری به شدت مجروح شده باشد. در بخش ارزیابی قربانی خشونت واقع شدن نیز در مورد وقوع حوادث فوق برای خود فرد سؤال شد. پاسخ های این سؤالات پنج گزینه ای و از اصلاً تا بیش از ۱۰ بار متغیر بود. آلفای کرونباخ در نسخه فارسی برای قسمت شاهد ۰/۸۵ و در قسمت قربانی ۰/۸۸ به دست آمد و در نسخه اصلی که توسط روچکین<sup>۱</sup>، شواب-استون و ورمین<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) تصحیح و بر روی نمونه آمریکایی اجرا شده برای شاهد و قربانی به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بوده است.

### فاکتورهای انطباقی

**علایم افسردگی.** این مقیاس شامل ۱۵ سؤال (۱۰ سؤال منفی نظیر «اشتهای کمی برای خوردن غذا داشتم» و پنج سؤال مثبت نظیر «نسبت به آینده امیدوار بودم») می باشد که در انتها سؤالات کد گذاری عکس می شوند.

از دانش آموزان خواسته شد که وجود هر یک از حالات را در طول ۳۰ روز گذشته گزارش نمایند. پاسخ ها سه گزینه ای و شامل نادرست، تقریباً درست و کاملاً درست بودند. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۰ و در نسخه فارسی ۰/۸۴ بوده است.

**علایم اضطرابی.** علایم اضطرابی در SAHA با ۱۳ سؤال مورد بررسی قرار می گیرند. این پرسش ها عمدتاً به ویژگی های شناختی اضطراب شامل نگرانی، اشتغال ذهنی، احساسات ناخوشایند در مورد خود یا عوامل خارجی می پردازند و شامل مواردی مانند «از

اینکه دیگران چه فکری درباره من می کنند، نگران هستم» و «نگران این هستم که آیا کارهایم را به خوبی انجام می دهم یا نه» می باشد. دانش آموزان این سؤال ها را با یکی از سه حالت «این طور نیست»، «تقریباً همین طور است» و «کاملاً همین طور است» پاسخ داده اند. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۷ و در نسخه فارسی ۰/۸۹ می باشد.

**علایم سومانیک.** این بخش شامل ۱۱ سؤال است و با پرسش هایی نظیر «دل درد داشتم» یا «در مورد سلامتی ام نگران بوده ام» به بررسی علایم جسمی رایج در کودکان و نوجوانان در طی ۳۰ روز گذشته می پردازد. پاسخ سؤال ها شامل حالت های نادرست، تقریباً درست و کاملاً درست است. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۳ و در نسخه فارسی ۰/۸۵ می باشد.

**امید به آینده.** این بخش شامل هفت سؤال می باشد. در این قسمت، از دانش آموزان درباره شانس خود برای رسیدن به اهدافی نظیر رفتن به دانشگاه، داشتن شغل خوب، ازدواج و زندگی دلخواه سؤال می شود. پاسخ ها پنج گزینه ای و از خیلی کم تا خیلی زیاد می باشد. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۳ و در نسخه فارسی ۰/۸۶ می باشد.

**درک خطر.** این قسمت شامل شش سؤال می باشد و از دانش آموزان پرسیده می شود «فکر می کنید هم سن و سال های شما با انجام هر یک از کارهای زیر چقدر خودشان را به خطر می اندازند؟». موارد ذکر شده شامل گرفتن نمرات کم، یک یا دو بار امتحان کردن مواد مخدر، حمل چاقو و ... می باشد. پاسخ ها چهار قسمتی و شامل هیچ خطر تا خطر زیاد می باشد. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۷ و در نسخه فارسی ۰/۹۰ می باشد.

**رفتارهای ضد اجتماعی.** بروز رفتارهای ضد اجتماعی به وسیله



**محبت والدین.** محبت و گرمی رابطه والدین با چهار سؤال «مهربان بودن»، «افتخار کردن به فرزند»، «ابراز علاقه و عشق» و «داشتن احساس خوب نوجوان از بودن با والدین» ارزیابی می‌شود. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۰ و در نسخه فارسی ۰/۷۷ می‌باشد.

**حمایت مدرسه.** به وسیله سه مقیاس، وابستگی به مدرسه، حمایت مدرسه و انگیزه تحصیل، میزان حمایت مدرسه از دانش‌آموزان بررسی شد. پاسخ‌های هر قسمت، چهار گزینه‌ای و شامل «اصلاً این طور نیست»، «تقریباً این طور نیست»، «تقریباً همین طور است» و «کاملاً همین طور است» می‌باشد.

**وابستگی به مدرسه.** پنج سؤال از پرسشنامه SAHA به ارزیابی وابستگی دانش‌آموزان به مدرسه اختصاص دارد. نمونه سؤال‌ها از این قرار است: «من مدرسه را دوست دارم»؛ «وقتی در مدرسه هستم فکر می‌کنم ای کاش بیرون از مدرسه بودم». آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۷۸ و در نسخه فارسی ۰/۷۵ می‌باشد.

**حمایت معلمان.** به وسیله هفت سؤال نظیر «معلمان در مقابل مشکلات یادگیری دانش‌آموزان صبور هستند» و «اغلب معلمان به کارهای خوب من توجه دارند» به ارزیابی نظر دانش‌آموزان در مورد حمایت معلمان از ایشان پرداخته شد. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۷۱ و در نسخه فارسی ۰/۶۵ می‌باشد.

**انگیزه تحصیل.** این مقیاس شامل شش سؤال نظیر «برای من مهم است که حداقل معدل نمراتم ۱۶ باشد» و «برای من مهم است که در نظر معلمان دانش‌آموز خوبی باشم»، می‌باشد. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۶۶ و در نسخه فارسی ۰/۵۴ می‌باشد.

هشت سؤال در مورد رفتارهایی مانند دعوا و کتک‌کاری، دزدیدن اشیاء از مغازه و آسیب‌زدن به وسایل عمومی در طول یک سال گذشته ارزیابی شده است. پاسخ‌ها پنج گزینه‌ای و شامل هیچ‌بار تا پنج بار و بیشتر است آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۳ و در نسخه فارسی ۰/۹۵ می‌باشد.

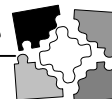
**مصرف سیگار.** با سه سؤال درباره مصرف سیگار از دانش‌آموزان سؤال شد. این سه سؤال عبارت بودند از: «آیا تا کنون سیگار کشیده‌اید؟» با پاسخ‌هایی از اصلاً تا هر روز؛ «در طول ۳۰ روز گذشته چند روز سیگار کشیده‌اید؟» و «تعداد آن چند نخ بوده است؟» با پاسخ‌هایی از «سیگار نکشیده‌ام» تا شش نخ یا بیشتر. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۷ و در نسخه فارسی ۰/۸۳ بوده است.

## عوامل حمایتی

**حمایت والدین.** میزان حمایت والدین با سه مقیاس زیر که به وسیله گروه تحقیقات و ارزیابی SAHA طراحی شده است، ارزیابی شد. پاسخ‌های هر سه بخش چهار گزینه‌ای و از هرگز تا اغلب می‌باشد.

**ارتباط والدین با نوجوان.** با شش سؤال، ارتباط والدین با نوجوان به صورت نشان دادن علاقه به امور آنها نظیر سؤال کردن از آنها درباره فعالیت‌هایشان، نحوه گذران اوقات فراغت با هم و انجام تکالیف بررسی شد. آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۸۰ و در نسخه فارسی ۰/۷۸ می‌باشد.

**نظارت و کنترل والدین.** این بخش شامل هفت سؤال است که میزان کنترل والدین بر فرزندشان را ارزیابی می‌کند، مانند «وقتی بیرون می‌روم از من می‌خواهند ساعت معینی به خانه برگردم» و «در مورد دوستان و کسانی که ملاقات می‌کنم، سؤال می‌کنند». آلفای کرونباخ در نسخه اصلی (روچکین و همکاران، ۲۰۰۴) ۰/۷۸ و در نسخه فارسی ۰/۷۲ بدست آمده است.



## روش اجرا

پس از ترجمه ابزار مطالعه و تصحیح و تأیید آنها و هماهنگی های لازم با آموزش و پرورش منطقه جهت اجرای آزمون، پرسشنامه ها به وسیله اولیای مدرسه و با نظارت همکاران طرح، بین دانش آموزان توزیع گردید و اهداف آن شرح داده شد. به دانش آموزان گفته شد که در صورت عدم تمایل می توانند در مطالعه شرکت نکنند. همچنین در اولین صفحه از ایشان درخواست شد که به سؤال ها صادقانه پاسخ دهند و یادآوری شد که نحوه پاسخ دادن آنها، هیچ تأثیری در ارزشیابی مدرسه از آنها ندارد و پاسخهایشان کاملاً محرمانه خواهد ماند. در این صفحه از دانش آموزان خواسته شده بود که نامشان را در هیچ جایی از پرسشنامه ننویسند. جمع آوری اطلاعات پس از یکی از امتحانات ساده مانند انشا انجام شد و تکمیل پرسشنامه ها یک ساعت طول کشید.

## آنالیز آماری

در توصیف داده ها از دامنه اطمینان ۹۵ درصد تغییرات میانگین استفاده شد. برای مقایسه نمرات اختلالات روانی در گروه های سه گانه مواجهه با خشونت، از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) استفاده گردید و برای ارزیابی مفروضات آزمون تحلیل واریانس، آزمون های کلموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> و بارتلت<sup>۲</sup> به کار گرفته شدند.

## یافته ها

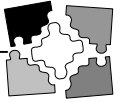
دانش آموزان بر اساس گزارش خود در سه دسته «بدون مواجهه»، «شاهد» (فقط شاهد اعمال خشونت بر فرد دیگری بوده اند) و «قربانی» (خود به طور مستقیم در معرض خشونت قرار گرفته اند) ارزیابی شدند.

**جدول ۱- فراوانی دانش آموزان در گروه های سه گانه مواجهه با خشونت**

فراوانی (%)	
۱۶۳ (۴۷/۵)	بدون واجهه
۸۴ (۲۴/۵)	شاهد
۹۶ (۲۸/۰)	قربانی

همان گونه که جدول یک نشان می دهد، ۵۲/۵ درصد دانش آموزان در سال گذشته به نحوی با خشونت مواجه بوده اند. در بررسی عوامل انطباقی و اختلالات روانی به گونه ای که در جدول ۲ نیز مشاهده می شود، میزان افسردگی در قربانیان خشونت به طور معنادار بیش از افرادی بود که مواجهه نداشته اند ( $p < ۰/۰۰۲$ ). علایم اضطراب گروه شاهد بیشتر از گروه قربانیان و افراد بدون مواجهه بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). قربانیان خشونت نسبت به همتهای خود در دو گروه دیگر، درک کمتری از خطر داشتند ( $p < ۰/۰۰۰۱$ )، اما رفتارهای خشن و ضد اجتماعی بیشتری را بروز دادند ( $p < ۰/۰۰۰۱$ ). با وجود سطح بالاتر علایم اضطرابی در گروه شاهد، در بررسی علایم مربوط به PTSD تفاوت معنی دار بین سه گروه مشاهده نشد. امید قربانیان به رسیدن به اهداف مطلوب در آینده کمتر از سایرین بود ( $p < ۰/۰۱$ ). این دسته از نوجوانان بیش از هم سن های خود در دو گروه دیگر مصرف سیگار را گزارش کردند ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۳، مقایسه عوامل حمایتی شامل حمایت خانواده و مدرسه را در این سه گروه نشان می دهد. بر اساس اطلاعات به دست آمده، مداخله و نقش والدین در امور روزمره زندگی نوجوانان در گروه شاهد بیشتر از سایرین بود و بین نوجوانان شاهد و قربانی خشونت در این نوع حمایت تفاوت معنادار بود ( $p < ۰/۰۲$ ). گزارش ها همچنین نشان داد که گرمی روابط والدین با فرزندان در گروه قربانی آشکارا کمتر از سایرین بود ( $p < ۰/۰۰۱$ ). در بررسی عوامل حمایتی مربوط به مدرسه و معلمان نیز مشاهده شد که قربانیان خشونت وابستگی کمتری به مدرسه دارند ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و انگیزه آنها برای تحصیل کمتر از دو گروه دیگر است ( $p < ۰/۰۰۷$ ). همچنین بر اساس گزارش، دانش آموزان گروه قربانی از معلمان خود حمایت کمتری دریافت می کردند ( $p < ۰/۰۰۱$ ). به طور خلاصه، در ارزیابی میزان حمایت خانواده و مدرسه نیز گروه های شاهد و بدون مواجهه را می توان مشابه یکدیگر دانست و در مقابل، در گروه قربانی نقش مثبت عوامل حمایتی کم رنگ تر می باشد.



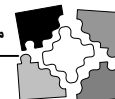
جدول ۲- خصوصیات انطباقی پایه آزمودنی‌ها بر اساس نوع مواجهه با خشونت

مقایسه گروه‌ها	سطح معنی‌داری	قربانی خشونت			شاهد خشونت			بدون مواجهه			
		دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	
		حد بالا	حد پایین		حد بالا	حد پایین		حد بالا	حد پایین		
ج < الف الف = ب ب = ج	۰/۰۰۲	۹/۴۰	۸/۳۹	۸/۸۹	۸/۷۱	۷/۷۱	۸/۲۱	۸/۱۲	۷/۱۴	۷/۶۳	افسردگی
ب < الف الف = ج ب = ج	۰/۰۰۱	۱۲/۰۶	۱۰/۶۳	۱۱/۳۴	۱۲/۸۵	۱۱/۴۸	۱۲/۱۷	۱۱/۰۱	۹/۶۸	۱۰/۳۵	اضطراب
ج < الف الف = ب ب = ج	۰/۰۰۰۱	۹/۶۰	۸/۴۳	۹/۰۲	۸/۷۵	۷/۶۰	۸/۱۸	۸/۰۱	۷/۱۳	۷/۵۷	جسمی سازی
الف > ج ب > ج الف = ب	۰/۰۰۰۱	۷/۲۱	۶/۱۵	۶/۶۸	۹/۳۱	۷/۹۵	۸/۶۳	۹/۵۴	۸/۴۰	۸/۹۷	درک خطر
-	ns	۳/۸۰	۳/۱۷	۳/۴۸	۳/۲۹	۲/۶۱	۲/۹۵	۳/۴۴	۲/۸۸	۳/۱۶	اختلال استرس پس از سانحه
ج < الف ج < ب الف = ب	۰/۰۰۰۱	۶/۸۷	۴/۹۶	۵/۹۱	۴/۳۰	۲/۸۱	۳/۵۶	۳/۵۰	۲/۲۳	۲/۸۷	رفتارهای ضد اجتماعی
الف > ل الف = ب ب = ج	۰/۰۱	۱۰/۷۱	۹/۰۷	۹/۸۹	۱۹/۵۶	۱۰/۳۳	۱۱/۲۶	۱۲/۳۱	۱۰/۸۱	۱۱/۵۷	امید به آینده
ج > الف ج < ب الف = ب	۰/۰۰۰۱	۱/۵۷	۰/۸۹	۱/۲۳	۰/۸۰	۰/۳۵	۰/۵۸	۰/۶۰	۰/۲۳	۰/۴۲	مصرف سیگار

ج: قربانی خشونت

ب: شاهد خشونت

الف: بدون مواجهه



جدول ۳- فاکتورهای حمایتی پایه آزمودنی‌ها بر اساس نوع مواجهه با خشونت

مقایسه گروه‌ها	سطح معنی‌داری	قربانی خشونت			شاهد خشونت			بدون مواجهه			
		دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	دامنه اطمینان ۹۰٪		میانگین	
		حد بالا	حد پائین		حد بالا	حد پائین		حد بالا	حد پائین		
ب < ج الف = ب الف = ج	۰/۰۱۲	۶/۵۶	۵/۶۲	۶/۰۹	۷/۷۳	۶/۶۷	۷/۲۰	۷/۴۲	۶/۳۴	۶/۸۸	ارتباط والدین با نوجوانان
-	ns	۸/۰۶	۷/۰۵	۷/۵۵	۹/۱۴	۷/۹۱	۸/۵۳	۸/۳۳	۷/۱۱	۷/۷۲	نظارت والدین
ب < ج الف < ج الف = ب	۰/۰۰۱	۴/۶۵	۳/۹۴	۴/۳	۵/۷۱	۴/۸۷	۵/۲۹	۵/۴۷	۴/۶۹	۵/۰۸	محبت والدین
ب < ج الف < ج الف = ب	۰/۰۰۰۱	۶/۱۳	۵/۲۷	۵/۷۰	۷/۲۲	۶/۴۷	۶/۸۵	۷/۱۵	۶/۴۶	۶/۸۰	وابستگی به مدرسه
ب < ج الف < ج الف = ب	۰/۰۰۰۱	۹/۷۴	۸/۶۶	۹/۲۰	۱۱/۲۲	۱۰/۲۰	۱۰/۷۱	۱۰/۹۸	۹/۹۷	۱۰/۴۸	حمایت معلمان
الف < ج الف = ب ب = ج	۰/۰۰۷	۸/۶۸	۷/۷۰	۸/۱۹	۹/۳۹	۸/۵۳	۸/۹۶	۹/۴۳	۸/۷۲	۹/۰۷	انگیزه تحصیل

ج: قربانی خشونت

ب: شاهد خشونت

الف: بدون مواجهه

### بحث

کرده‌اند و به‌طور کلی علایم پاتولوژیک، خصوصیات انطباقی و نیز عوامل حمایتی، قربانی‌ها را در مقابل گروه‌های شاهد و بدون مواجهه که شباهت بیشتری با هم دارند قرار می‌دهد. این یافته هماهنگ با مطالعه اودانل و همکاران (۲۰۰۲) می‌باشد. اضطراب کمتر قربانیان می‌تواند به دلیل ماهیت مزمن مواجهه با خشونت و شکل‌گیری تدریجی پاسخ‌های جبرانی به صورت بی‌حسی<sup>۱</sup> باشد. برای توجیه تفاوت‌های مهم دیگر قربانیان و شاهدان خشونت، می‌توان تجربه فشار روانی بیشتر در قربانیان را ذکر کرد. به عبارتی، استرس ایجاد شده در شاهدان در حدی نبوده است که آنها را به آستانه خطر برساند و به همین دلیل از نظر پاتولوژی‌های روانی نسبت به قربانیان در وضعیت متفاوت و مناسب‌تری قرار داشتند و شبیه افراد بدون مواجهه بودند.

اما نظریه دیگری که توجیه‌کننده اضطراب کمتر در قربانیان و

مواجهه با خشونت می‌تواند عامل ایجاد مشکلات روحی و روانی متعددی باشد، اما قدرت تطابق مناسب و توانایی ایجاد و یا تقویت عوامل هیجانی و رفتاری مثبت، در برخورد با عامل منفی استرس این مشکلات را به حداقل می‌رساند. انعطاف‌پذیری علاوه بر داشتن ارتباط مستقیم با خصوصیات فردی، تحت تأثیر عوامل محیطی و میزان حمایتی است که فرد از اطرافیان دریافت می‌کند. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که قربانیان خشونت نسبت به افراد شاهد و کسانی که مواجهه نداشته‌اند، در اغلب اختلالات مورد بررسی (نظیر افسردگی و رفتارهای ضد اجتماعی) و نیز نگرش و رفتارهایی نظیر امید به آینده و مصرف سیگار وضعیت نامناسب‌تری دارند، اما علایم اضطرابی در آنها کمتر مشاهده می‌شود. قربانیان خشونت نسبت به دو گروه دیگر، در مورد دریافت حمایت از سوی خانواده و مدرسه گزارش کمتری ارائه

1- numbness





ایستادگی آنها در شرایط پر استرس می‌دانند (کالوین<sup>۵</sup>، میلر<sup>۶</sup>، فلیتینگ<sup>۷</sup> و کالوین<sup>۸</sup>؛ گارمزی و ماستن، ۱۹۹۴). در یافته‌های هیل و مادھیر (۱۹۹۶) نیز حمایت معلمان و مدرسه باعث افزایش کفایت اجتماعی نوجوانان دانسته شده است.

اگرچه مطالعه حاضر به دلیل مقطعی بودن نمی‌تواند رابطه مستقیم حمایت محیطی و انعطاف‌پذیری را در نوجوانان نشان دهد، اما یافته‌های به‌دست آمده چه در مورد والدین و چه معلمان با پژوهش‌های کامل‌تری که در این زمینه شده‌اند هم‌سو است و تأثیر منفی کمبود حمایت والدین و اولیای مدرسه را در قدرت انعطاف‌پذیری نوجوانان و بهبود عوامل انطباقی نشان می‌دهد.

نتایج این مطالعه لزوم بررسی بیشتر تأثیر خشونت اجتماعی بر افراد به‌ویژه کودکان و نوجوانان را نشان می‌دهد و توصیه می‌شود این مطالعات با تمرکز بر ارتباط مواجهه با خشونت و رفتارهای ضداجتماعی صورت پذیرند. همچنین لازم است مسئولان بهداشت روان توجه بیشتری به عواقب منفی خشونت اجتماعی داشته باشند. اگرچه تأثیرات سوء خشونت اجتماعی (مانند آسیب حاد) لزوماً بروز علائم اضطرابی نظیر علائم PTSD را به دنبال ندارند، اما توصیه می‌شود بالینگران به این پدیده و اختلالات روانی ناشی از آن که در طول زمان شکل می‌گیرند، توجه بیشتری داشته باشند.

در این مطالعه هماهنگی بودن ابزار مورد استفاده با مطالعات مشابهی که در کشورهای دیگر انجام یافته از نقاط قوت می‌باشد، چراکه امکان مقایسه‌های بین فرهنگی و درک تفاوت‌های موجود را تا حدی فراهم می‌کند. با این حال، پژوهش حاضر به دلیل مقطعی بودن نمی‌تواند جهت‌گیری علایم و پاتولوژی‌های روانی و شکل‌گیری قدرت انعطاف‌پذیری را در طول زمان نشان دهد. محدودیت دیگر، روش جمع‌آوری اطلاعات به شکل خود-گزارش<sup>۸</sup> است که مشکلاتی نظیر گزارش غیرصادقانه و نیز تأثیرپذیری گزارش‌ها از پاتولوژی‌های شخصی نظیر افسردگی را به همراه دارد. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری در سطح مدارس اشاره کرد، که موجب عدم ورود

نیز تشابه بیشتر شاهدها با افراد بدون مواجهه با خشونت می‌باشد، این است که شاید قربانیان همان گروهی هستند که آستانه اضطراب آنها کمتر است و در مقابل استرس بی‌حسی و سختی<sup>۱</sup> دارند. یعنی افرادی هستند که به دلیل خصوصیات شخصیتی اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند، درک کمتری از خطر دارند و رفتارهای خشن و ضد اجتماعی بیشتری را نشان می‌دهند. این دسته از نوجوانان به دلیل داشتن این ویژگی‌های شخصیتی، بیشتر در موقعیت‌های خشونت‌آمیز نظیر دعوا و نزاع قرار می‌گیرند و به همین نسبت بیش از سایرین قربانی خشونت می‌شوند. دیدگاه مذکور، تصویری متفاوت از کشورهای دیگری (اغلب جوامع غربی) که مطالعات مشابه در آنها انجام شده است ترسیم می‌کند. این تصویر نشانگر این است که گرچه تظاهرات خشونت اجتماعی کم نیست (در نمونه حاضر، مشاهده اعمال خشونت‌آمیز ۲۲ درصد بوده است)، اما شدت آن برای شاهدان خشونت چندان استرس‌زا نبوده و یا آستانه نوجوانان در تجربه دیسترس ناشی از مشاهده خشونت بالاست، به طوری که مشکلات جدی روانی برای آنها ایجاد نکرده است. قسمت دیگر این تصویر، نوجوانانی هستند که مستقیماً در معرض دزدی، ضرب و شتم و... در جامعه قرار می‌گیرند و اغلب، ویژگی‌های شخصیتشان که آنها را در دسته نوجوانان خشن با رفتارهای ضد اجتماعی قرار می‌دهد، همچنین آنها را به سوی درگیری و در نتیجه قربانی شدن سوق می‌دهد.

قربانیان خشونت در مورد دریافت حمایت از سوی خانواده و مدرسه گزارش کمتری داده‌اند. به‌طور کلی در ادبیات انعطاف‌پذیری، «عوامل حمایتی» به خصوصیات مختلف فردی و محیطی اطلاق می‌گردند که می‌توانند تعیین‌کننده پیامدهای مثبت در کودکان و نوجوانان در معرض خطر باشند. به عبارتی، وجود شرایط روانی و عملکرد بهتر ناشی از برخورد کمتر با مخاطرات، لزوماً نشانه انعطاف‌پذیری نیست. به اعتقاد ماستن<sup>۲</sup>، بست<sup>۳</sup> و گارمزی<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) معمولاً به‌سادگی نمی‌توان تعیین کرد که پیامدهای مثبت در نتیجه مواجهه کمتر با عوامل آسیب‌زا ایجاد می‌گردند یا ناشی از آسیب‌پذیری کمتر می‌باشند. مطالعات متعدد مراقبت و حمایت والدین از فرزندان و کیفیت فرزندپروری را از مهمترین عوامل تعیین‌کننده قدرت انعطاف‌پذیری فرزندان و توان

1- calus  
3- Best  
5- Kolvin  
7- Fleeting

2- Masten  
4- Garmezly  
6- Miller  
8- self-report



## سپاسگزاری

با سپاس از راهنمایی و حمایت علمی متخصصین مرکز مطالعات کودکان دانشگاه ییل: دکتر جیمز لکمن، دکتر ماری شواب - استون و دکتر ولادیسلاف روچکین.

عده‌ای از نوجوانان ترک تحصیل کرده که می‌توانستند در ترسیم نمای خشونت و تأثیرپذیری از آن مؤثر باشند، شده است. همچنین انتخاب مقاطع تحصیلی دوم و سوم دبیرستان که به دلیل محدودیت‌های اجرایی بوده است مانع از امکان تعمیم یافته‌ها به سطوح دیگر و کل رده سنی دبیرستانی می‌باشد.

## منابع

- Allen, L., Jones, S.M., Seidman, E., & Abed, J.L. (1999). The organization of exposure to violence among urban adolescents: Clinical, prevention, and research implications. In D.C. Flannery & C.R. Huff (Eds.), *Youth violence: Prevention, intervention and social policy* (pp. 119-144). Washington, DC: American Psychiatry Press.
- Bell, C.C., & Jenkins, E.J. (1991). Children and traumatic stress. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2, 175-188.
- Danlberg, L.L. (1998). Youth violence in the United States: Major trends, risk factors, and prevention approaches. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 259-272.
- DuRant, R.H., Cadenhead, C., Pendergrast, R.A., Slavens, G., & Linder, C.W. (1994). Factors associated with the use of violence among urban black Adolescents. *American Journal of Public Health*, 84, 612-617.
- Freeman, L.N., Hartmut, M., & Poznanski, E.O. (1993). Violent events reported by normal urban school-aged children: Characteristics and depression correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 419-423.
- Garbarino, J., & Delara, E. (1997). Coping with the consequences of community violence. In A.P. Goldstein & J. Conoley (Eds.), *School violence intervention: A practical handbook* (pp. 366-387). New York: Guilford Press.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostenly, k., & Pardo, C. (1992). Children in danger: *Coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino, J., Kostenly, K., & Dubrow, N. (1991). What children can tell us about living in danger. *American Psychologist*, 46(4), 376-383.
- Garmezy, N., & Masten, A.S. (1994). Chronic adversities. In M. Rutter L. Herzov & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3<sup>rd</sup> ed) (pp. 191-208). Oxford: Black Well.
- Gorman-Smith, D., & Tolan, P.H. (1998). The role of exposure to violence and developmental problems among inner-city youth. *Development and Psychopathology*, 10, 101-116.
- Hill, H.M., & Madhere, S. (1996). Exposure to community violence and African, American children: A multidimensional model of risk and resources. *Journal of Community Psychology*, 24, 26-43.
- Kliewer, W., Lepore, S.J., Oskin, D., & Johnson, P.D. (1998). The role of social and cognitive processes in children's adjustment to community violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 199-209.
- Kolvin, I., Miller, F.J.W., Fleeting, M., & Kolvin, P.A. (1988). Risk/protective factors for offending with particular reference to deprivation. In M. Rutter (Eds.), *Studies of psychosocial risk: The Power of Longitudinal data* (pp.77-95). Billings, Worcester, Great Britain: Cambridge University Press.
- Koop, C.E., & Lundberg, G.D. (1992). Violence in America: A public health emergency. *JAMA*, 276, 3075-3076.
- Lorion, R.P., & Saltzman, W. (1993). Children's exposure to community violence: Following a path from concern to research to action. *Psychiatry*, 56, 55-65.
- Luthar, S.S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62, 600-616.
- Luthar, S.S. (1993). Annotation: Methodological and conceptual issues in research on childhood resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(4), 441-453.
- Masten, A.S., Best, K.M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
- O'Donnell, D.A., Schwab-Stone, M.E., & Mueeed, A.Z. (2002). Multidimensional resilience in urban children exposed to community violence. *Child Development*, 73, 1265-1282.
- Osofsky, J.D., Wewers, S., Hamn, D.M., & Fick, A.A. (1993). Chronic community violence: What is happening to our children? *Psychiatry*, 56, 36-45.



- Richters, J.E., & Martinez, P. (1993b). The NIMH Community Violence Project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *psychiatry*, 56, 7-21.
- Richters, J.E., & Martinez, P.E. (1993a). Violent Communities, family choices, and children chances: An algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Ruchkin, V., Schwab-Stone M., & Vermeiren, R. (2004). *Social and health assessment (SAHA): Psychometric development summary*. New Haven: Yale University.
- Schwab-Stone, M.E., Ayers, T.S., Kasrow, W., Voyce, C., Barone, C., & Shriver, T. (1995). No safe haven: A study of violence exposure in an urban community. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1343-1352.
- Terr, L.C. (1991). *Childhood traumas: An outline and overview*. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Ursano, R.J., Griger, T.A., & McCarroll, J.E. (1996). Prevention of posttraumatic stress: Consultation, training and early treatment. In: I.B.A. Van der Kolk A.C. McFarlane L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp.441-462). New York: Guilford Press.
- Veenema, T.G. (2001). Children's exposure to community violence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33, 167-173.
- Ward, C.L., Flisher, A.J., Zissis, C., Muller, M., & Lombard, C. (2001). Exposure to violence and its relationship to psychopathology in adolescents. *Injury Prevention*, 7, 297-301.