

معدلات التعرض للعنف المجتمعي وعلاقتها ببعض الأعراض النفسية لدى عينة من المراهقين بمدينة مصراتة

د. أحمد حسنين أحمد مجّد

د. أنور عمران الصادي

أستاذ مساعد علم النفس الإكلينيكي

أستاذ مساعد علم النفس الإكلينيكي

كلية التربية-جامعة مصراتة

يعتبر التعرض للعنف المجتمعي مشكلة من مشكلات الصحة العالمية التي زاد الاهتمام بها في تسعينيات القرن الماضي لما يترتب عليه من آثار على الصحة الجسمية والعقلية لمن يتعرضون له ، ويهدف البحث الحالي إلى محاولة التعرف على طبيعة العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي (كشاهد وكسامع وكضحية) واضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكنتاب ، وكذلك التعرف على الفروق بين الجنسين في مظاهر التعرض المختلفة ومعرفة إمكانية التنبؤ باضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكنتاب في ضوء مظاهر التعرض للعنف ، وذلك على عينة مكونة من (250) طالبا وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة مصراتة منهم (150) ذكورا و (100) إناثا بمتوسط عمري (16.11) وانحراف معياري (1.02) واستخدم الباحثان مقياس التعرض للعنف المجتمعي من إعداد (Richters and Soltzman, 1990) وكذلك قائمة اضطراب الضغوط التالي للصدمة (weathers et al ;1993) واستبيان مركز الدراسات الوبائية لتقدير الاكنتاب من إعداد (Radloff , 1977)، وباستخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss) تم تحليل نتائج الدراسة التي أشارت إلى وجود علاقة إيجابية ودالة بين التعرض للعنف المجتمعي وأعراض اضطراب الصدمة والاكنتاب لدى الذكور والإناث ، كما وجدت فروق في معدلات التعرض للعنف لصالح الذكور وتنبؤ التعرض للعنف كضحية بالاكنتاب واضطراب الصدمة لدى الذكور والإناث والعينة الكلية ، وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها يوصي الباحثان بضرورة الاهتمام بآثار التعرض للعنف المجتمعي واتخاذ إجراءات في المدارس وغيرها من مؤسسات التعليم للحد من هذه المشكلة وتقديم خدمات طارئة لضحايا العنف .

Rates of exposure to community violence and its relation to some psychological symptoms in a sample of adolescents in Misurata city

The current research aims to identify the nature of the relationship between exposure to community violence (as witness, hearing and victim), post-traumatic stress disorder and depression, as well as to identify gender differences in different type of exposures and to predict of post-traumatic stress disorder and depression in light of violence. **A sample of** 250 male and female secondary school students in Misurata, war chosen (150) males and (100) females with mean age (16.11) and standard deviation (1.02). The researcher used the measure of exposure to community violence (Richters and Soltzman 1990) , List of post traumatic stressors (Wathers et al., 1993) and the Epidemiological Center for Depression scale (Radloff, 1977).**the results of the study** indicating a positive and relevant relationship between exposure to community violence and symptoms of trauma and depression In Males and females also found differences in violence rates for males. exposure to violence as a victim predicted of depression and trauma disorder in males and females and overall sample.

KeyWords : community violence, Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) - Depression

مقدمة البحث

في الوقت الذي يشكل فيه المجتمع مصدرا للحماية والتطامن مع الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون أيضا مصدرا للتهديد والتعرض للعنف ، بما فيه عنف الأقران والعنف المرتبط بالمسدسات والأسلحة الأخرى ، وعنف العصابات وعنف الشرطة والعنف الجنسي والاختطاف والاتجار ، وقد يرتبط العنف بوسائل الإعلام وتكنولوجيا المعلومات والاتصالات الجديدة ، وبالنسبة لبعض الأطفال والمراهقين قد تكون الرحلة من المدرسة وإليها أول تعرض مستقل للمجتمع ، وقد تكون أول تعرض لمخاطرة ، كما قد يتعرض الكثير من الأطفال للعنف المجتمعي وهم يضطلعون بمهام للمنزل مثل جلب الماء أو الوقود أو الطعام .

ويعرف العنف المجتمعي بأنه : العنف الذي يحدث بين أشخاص لا قرابة بينهم وقد يعرفون بعضهم أو لا ، ويقع بشكل عام خارج المنزل ، ويشمل عنف العصابات والأعمال العشوائية والاعتداء الجنسي والاعتصاب والعنف في المدارس وأماكن العمل وحمل السلاح والمخدرات والسرقة وغيرها من المظاهر التي يمكن أن يتعرض لها الفرد سواء كان ضحية أو شاهدا أو سامعا .

(منظمة الصحة العالمية، 2002، 2)

تشير التقارير ونتائج الدراسات التي تناولت معدلات التعرض للعنف المجتمعي لدى المراهقين في المناطق الحضرية إلى أن معظمهم قد تعرض لبعض أشكال العنف على امتداد حياتهم.

(Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura, & Baltes, 2009; Fredland, Campbell, & Han, 2008; Gorman-Smith, Henry, & Tolan, 2004; Salzinger, Rosario, Feldman, & Ng-Mak, 2008)

وبالمقارنة بصغار السن يتعرض المراهقون لمعدلات عنف مرتفعة وخاصة في الأحياء الحضرية ولكن لا يعني هذا أن الأطفال لا يتعرضون للعنف حيث أشارت دراسات عديدة إلى وجود معدلات مرتفعة أيضا لتعرض الأطفال لمظاهر العنف المختلفة ومنها العنف المجتمعي.

(Briggs-Gowan,

Carter, & Ford, 2012; Briggs-Gowan, Ford, Fraleigh, McCarthy, & Carter, 2010; Farver, Xu, Eppe, Fernandez, & Schwartz, 2005; Kennedy, Bybee, Sullivan, & Greeson, 2010)

على سبيل المثال وجد أن أكثر من 90% من الأطفال والمراهقين في المناطق الحضرية قد تعرضوا لسماع إطلاق النار في أحيائهم ، وأكثر من النصف قد شاهد اعتداءات جسدية ، وما يقرب من 40% شاهد إطلاق نار ، وما بين 10% إلى 35% شاهد عمليات اعتداء بالطنع على آخرين وكانت هذه المشاهدات ما بين ثلاث إلى أكثر من أربع مرات وما يصل إلى الربع (25%) قد شاهد بشكل مباشر عمليات قتل.

(Bell & Jenkins, 1993; Gorman-Smith et al., 2004; Lambert, Nylund-Gibson, Copeland-Linder, & Jalongo, 2010)

وقد لوحظت هذه النتائج أيضا في دراسات قومية على المراهقين الذين يعيشون في أحياء غير حضرية حيث وجد أن ما يقرب من 40% منهم قد شاهد عنفا مجتمعيًا.

(Turner, Finkelhor, & Ormrod, 2006)

فضلا عن ذلك فقد أشارت دراسات كثيرة أيضا إلى أنه بالإضافة إلى مشاهدة العنف في المجتمع المحلي فإن نسبة 50% من الشباب في المناطق الحضرية قد تعرض كضحية لبعض أشكال العنف في الحي الذي يقطن فيه

(Aisenberg, Ayón, & Orozco-Figueroa, 2008;

Overstreet & Braun, 2000; Salzinger, Rosario, Feldman, & Ng-Mak, 2008; Weist, Acosta, Youngstrom, 2001)

، وما بين 2 إلى 14% قد عانوا من ضرر شديد بسبب العنف المجتمعي مثل التعرض للضرب أو الطعن أو إطلاق نار.

(Gorman-Smith et al., 2004; Lambert, et al, 2010)

ولا تقتصر هذه النسب على دول ومجتمعات بعينها فقط ولكنها شائعة في معظم المجتمعات والثقافات المختلفة وهذا ما دعا جمعية الصحة العالمية في عام (1996) في اجتماعها التاسع والأربعين إلى إصدار

القرار رقم (ج ص ع 25 / 49) الذي أشارت فيه إلى أن العنف مشكلة صحية في العالم كله ، ولفتت الجمعية من خلال هذا القرار الأنظار إلى العواقب الخطيرة للعنف الواقع على الأفراد والأسر والمجتمعات على المدى القصير أو البعيد ، وطلبت الجمعية من الدول الأعضاء الاهتمام البالغ والملح بمشكلة التعرض للعنف ودراسة أسبابها وحجمها وعوامل الوقاية منها .

وكاستجابة لهذا القرار أصدرت منظمة الصحة العالمية (2002) تقريرها الأول " التقرير العالمي حول العنف والصحة " الذي تمثلت أهدافه في رفع الوعي والتنبيه تجاه مشكلة العنف عالميا وجعل هذه القضية قابلة للوقاية ، وإن لمنظمات الصحة العامة ومكاتبها دورا حاسما عليها أن تقوم به في التصدي لأسباب وعواقب هذه المشكلة .

كما اهتم كثير من الباحثين في ظل تنامي خطر العنف والتعرض له بإجراء دراسات عن أثر التعرض للعنف على الأطفال والمراهقين والراشدين ، وتنوعت الموضوعات والمتغيرات التي تناولتها هذه الأبحاث ، ومن الموضوعات التي نالت قدرا كبيرا من الاهتمام الاكتئاب والقلق واضطراب الصدمة والجنوح والعدوان والتحصيل الدراسي وإساءة استخدام المواد والأعراض الجسمية ، ولمزيد من المراجعة حول هذه الموضوعات يمكن الرجوع على سبيل المثال إلى (Fostera & Brooks-Gunnb, 2015; Wilson, & Rosenthal,2003; Mcdonald & Richmond ,2008)

وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى وجود تأثير سلبي للتعرض للعنف المجتمعي على الصحة العقلية والجسمية للأطفال والمراهقين ، كما تنبأ التعرض للعنف وبشكل دال إحصائيا بأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والجنوح .

بالإضافة إلى الآثار السيئة للتعرض للعنف على الصحة العقلية والجسمية للمراهقين فإن التكلفة الاقتصادية المباشرة وغير المباشرة للرعاية الصحية والتكاليف القانونية تقدر بالبلايين ، ففي الولايات المتحدة يقدر العبء المادي الناتج عن الإنفاق في مجال الرعاية المباشرة وغير المباشرة (425) بليون دولار سنويا ، وفي دراسة لست دول في أمريكا اللاتينية أجريت بواسطة بنك تنمية الدول الأمريكية وجد أن تكلفة الإنفاق على الرعاية الصحية الناشئة عن التعرض للعنف بلغت 1.9% من الناتج الوطني الإجمالي في البرازيل و 5.0% في كولومبيا و 4.3% في السلفادور و 1.3% في المكسيك و 1.5% في البيرو و 0.3% في فنزويلا. (منظمة الصحة العالمية ، 2002 ، 12)

وفي ضوء هذه النتائج سواء المتعلقة بالآثار النفسية والجسمية للتعرض للعنف على المراهقين أو للتكلفة الاقتصادية الباهظة للرعاية الصحية في هذا المجال وندرة الدراسات في المجتمع الليبي في هذا المجال نما للباحثين ضرورة إجراء دراسة تلقي الضوء على هذا الموضوع وخاصة في ظل الظروف التي يمر بها المجتمع الليبي في الوقت الحالي من غياب المظاهر السيادية للدولة وانتشار السلاح وعليه كانت مشكلة البحث الحالي بدراسة العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي وأعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكنتاب لدى عينة من المراهقين في المرحلة الثانوية .

مشكلة الدراسة .

تتحد مشكلة البحث الحالي في الإجابة على التساؤلات التالية :

1. ما طبيعة العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي (كشاهد ، وكضحية ، وكسامع) والاكنتاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة ؟
2. ما طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في معدلات التعرض للعنف المجتمعي ؟
3. ما طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في الاكنتاب واضطراب الصدمة ؟
4. هل يتنبأ التعرض للعنف المجتمعي(كشاهد ، وكضحية ، وكسامع) بأعراض الاكنتاب واضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الذكور والإناث والعينة الكلية ؟
5. ما معدلات انتشار التعرض للعنف المجتمعي لدى عينة البحث من الذكور والإناث والعينة ككل؟

أهمية البحث .

تحدد أهمية البحث الحالي في النقاط التالية :

- 1- في ضوء ما تم عرضه سابقا عن معدلات انتشار التعرض للعنف المجتمعي وما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية باعتباره مشكلة صحية عالمية يمكن أن نتبين أهمية دراسة هذا الموضوع في المجتمع الليبي وتقدير معدلات انتشاره وخاصة في ظل الظروف السياسية والاقتصادية التي تمر بها ليبيا في الوقت الحاضر.
- 2- تأتي أهمية البحث الحالي من أهمية العينة التي تم إجراء البحث عليها وهم من طلاب المرحلة الثانوية وهم من أكثر الشرائح تعرضا للعنف المجتمعي في ضوء ما أشارت إليه العديد من الدراسات، ومن

- ثم فإن دراسة هذا الموضوع لدى هذه الشريحة سوف يساعد بشكل كبير في معرفة أثره على الصحة العقلية لديهم وتقديم معلومات عن حجمها وأكثر أنماط التعرض للعنف لديهم.
- 3- يمكن أن تفيد هذه الدراسة في التعرف على مدى تطابق المعلومات التي تم التوصل إليها في دراسات سابقة مع طبيعة وخصائص المجتمع الليبي أم أن هناك عوامل أخرى ترتبط بتعميم النتائج في هذا المجال .
- 4- يمكن أن تفيد نتائج البحث الحالي في توجيه الأنظار نحو هذه الظاهرة سواء من القائمين على العملية التربوية أو من مقدمي خدمات الصحة العقلية من ضرورة تقديم الرعاية والدعم لضحايا التعرض للعنف المجتمعي ووضع سياسات محلية وقومية للحد من آثار هذه المشكلة .
- 5- تفتح الدراسة الحالية المجال حول موضوع من الموضوعات التي تحتاج لمزيد من الدراسة والبحث حول التعرف على عوامل الخطر وعوامل الوقاية المرتبطة بالتعرض للعنف المجتمعي .
- مفاهيم البحث والأطر النظرية المفسرة لها .

أولاً : العنف المجتمعي :

قبل تقديم تعريف للعنف المجتمعي يجب التعريف بمفهوم العنف وأنماطه حتى يسهل إدراك مفهوم العنف المجتمعي، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية العنف بأنه : الاستعمال المتعمد للقوة الفيزيائية (المادية) سواء بالتهديد أو الاستعمال المادي الحقيقي ضد الذات أو ضد شخص آخر أو ضد مجموعة أو مجتمع؛ يؤدي إلى حدوث (أو احتمال حدوث) إصابة أو موت أو إصابة نفسية أو سوء النمو أو الحرمان .

وهناك أشكال وأنماط تصنيفية عديدة للعنف ولعل التصنيف الذي تبنته منظمة الصحة العالمية في تقريرها حول العنف والصحة في عام (2002) من التصنيفات التي يمكن الاعتماد عليها عند دراسة موضوع العنف وينمط هذا التصنيف العنف إلى ثلاثة أصناف رئيسة :

- العنف الموجه للذات .
- العنف الموجه للأشخاص .
- العنف الجماعي .

ويندرج التعرض للعنف المجتمعي في التصنيف تحت النوع الثاني (العنف بين الأشخاص) ويعرف بأنه : ذلك المظهر من العنف الذي يقع بين أفراد لا قرابة بينهم وقد يعرفون بعضهم أو لا يعرفون ، ويقع

بشكل عام خارج المنزل ويشمل عنف العصابات والأعمال العشوائية والاعتداء الجنسي والعنف في مواقع المؤسسات كالمدارس وأماكن العمل .

الإطار النظري المفسر للعلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والصحة العقلية .

تعددت التوجهات النظرية المفسرة للعنف في ضوء تعدد وتنوع التوجهات النظرية المختلفة للباحثين ويتبنى الباحثان النموذج الايكولوجي (نظرية النظم البيئية) كإطار لتفسير العلاقة بين التعرض للعنف والصحة العقلية للمراهقين ، ووفقا لبرونفنبرنر (Bronfenbrenner,1979) صاحب هذا النموذج يتأثر نمو المراهق وظيفيا بشبكة من العوامل تشمل الأسرة والمدرسة والقراءة والجيران والمجتمع بشكل عام بالإضافة إلى العوامل الشخصية للمراهقين أنفسهم ، ويختلف تأثير هذه الشبكة متعددة الأبعاد على حسب قرب مستوياتها أو بعدها من المراهق وتشمل أربعة مستويات هي:

1- المستوى الفردي: ويتضمن العوامل البيولوجية والتاريخ الشخصي والخلفية التعليمية والاجتماعية وخبرات الطفولة وسوابق التعرض للانتهاك والعدوان وطبيعة وخصائص الآباء وبشكل خاص يركز هذا المستوى على الخصائص الفردية التي تزيد من احتمال توجه الشخص لأن يكون ضحية أو جانبا في العنف .

2- مستوى العلاقات : ويعكس البيئة الأكثر قربا للطفل وتشمل الأسرة والمدرسة وعلاقات الأصدقاء ، ويستكشف هذا المستوى كيف يمكن للعلاقات الاجتماعية الحميمة – كعلاقات الزملاء والقراءة وثيقي الصلة وأعضاء العائلة – أن تزيد من التعرض من التعرض لخطر سلوك العنف كضحية أو كجان وقد أظهرت الدراسات في حالة العنف بين الأشخاص أن الصغار الأكثر سنا أكثر استعدادا وميلا للدخول في أنشطة سلبية إذا ما تم تشجيعهم من قبل أصدقائهم .

3- المستوى المجتمعي : ويتضمن النظم المجتمعية التي تظهر في سياقها العلاقات الاجتماعية –المدارس وأماكن العمل وطبيعة الجوار- ويبحث هذا المستوى في طبيعة خصائص هذه المواقع التي ترتبط بتعيين اتجاه الفرد فيما يتعلق بالتعرض للعنف ، ومن أمثلة هذا المستوى العيش في أماكن عالية الكثافة السكانية ، أو مرتفعة البطالة أو متميزة بمشاكل كتجارة المخدرات وغيرها .

4- المستوى الاجتماعي : ويتحري هذا المستوى العوامل الاجتماعية والثقافية الأكبر التي تؤثر على معدلات حدوث العنف وتدخل هنا المعايير الثقافية التي تدعم العنف كطريقة لحل الصراعات ،

والمواقف التي تشير للانتحار كقضية خيار فردي ، والمعايير التي تدعم استخدام القوة المفرطة بواسطة الشرطة ضد المدنيين والمعايير التي تدعم الاشتباكات السياسية .

ووفقا لهذا النموذج يعتبر التعرض للعنف المجتمعي عاملا من عوامل الاستهداف للخطر من خلال تأثيره المباشر على نمو الطفل، أو من خلال التأثير غير المباشر داخل البيئة التي يعيش فيها مثل المدرسة أو العائلة أو مع الجيران؛ فعلى سبيل المثال قد يتسبب العنف المجتمعي في حدوث اضطراب في النظام الأسري مثل: أساليب التربية الاستبدادية والتغيرات في التفاعلات بين الوالدين والطفل وزيادة الصراعات الأسرية مما يؤدي إلى شعور الأطفال بعدم الدعم مما يؤدي إلى مزيد من العجز والاكتئاب .

ثانيا : الأعراض النفسية :

اشتملت الأعراض التي تم دراستها في البحث الحالي علي أعراض الاكتئاب وأعراض الضغوط التالية للصدمة .

1- الاكتئاب

نظرا لوجود أنماط عديدة وتصنيفات مختلفة للاكتئاب نجد أن هناك صعوبة في الوصول إلى تعريف محدد للاكتئاب لذلك تبني الباحثان في البحث الحالي التعريف الذي قدمته جمعية الطب النفسي الأمريكية في دليلها الخامس للاضطرابات النفسية (APA , 2013,155) حيث عرفت الاكتئاب بأنه : " شعور عميق بالحزن واليأس يكون مصحوبا بعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الاستمتاع بها ونقص الوزن الملحوظ أو زيادته والأرق أو النوم المفرط ونقص الطاقة وعدم القدرة على التركيز ومشاعر انعدام القيمة أو الذنب المفرط وتكرار أفكار الموت أو الانتحار وتتحد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به ، ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهيجا يتميز بسرعة الغضب ، وتسبب هذه الأعراض اضطرابا واضحا في المجالات الاجتماعية والمهنية " .

ثالثا: اضطراب الضغوط التالية للصدمة .

يعد اضطراب الضغوط التالية للصدمة واحدا من الاضطرابات التي تم تصنيفها وتوصيفها من قبل جمعية الطب النفسي الأمريكية (1980، 1987، 1994) ، ويحدث هذا الاضطراب عندما يتعرض الإنسان لحدث مؤلم يتخطى حدود التجربة الإنسانية المألوفة بحيث يظهر على الفرد عدد من الأعراض يمكن عرضها في ضوء الدليل التشخيصي الخامس لجمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM -5) على النحو التالي :

أ . أن يكون الشخص قد تعرض أو واجه حادثاً أو حوادث تضمنت الموت الفعلي أو التهديد به أو الإصابة الخطيرة أو العنف الجنسي بطريقة أو أكثر مما يلي :

- 1- التعرض المباشر للحادث الصادم .
- 2- المشاهدة الشخصية للحادث الصادم لدى الآخرين .
- 3- معرفة أن الحادث الصادم حدث لأحد أفراد الأسرة المقربين ، أو الأصدقاء الحميمين ، وفي حالة الوفاة الفعلية أو التهديد بها لدى أفراد الأسرة والأصدقاء ، ويجب أن يكون الحدث عنيفاً وخارج الخبرة الطبيعية .
- 4- التذكر المتكرر لتفاصيل الحادث الصادم (على سبيل المثال: الاستجابة الأولى لتجميع الأشياء البشرية) ، و" لا يشمل هذا المحك التعرض الذي يتم عبر وسائل الإعلام إلا إذا كان التعرض يرتبط بالخبرة الصادمة "

ب- وجود واحد أو أكثر من أعراض اقتحام الخبرة المرتبطة بالحادث الصادم تبدأ بعد وقوع الحادث الصادم وتشمل :

- 1 - معاودة الذكريات المؤرقة والمزعجة للحادث الصادم (الصور، الأفكار، التصورات) .
- 2 - أحلاماً مؤلمة ومتكررة عن الحادث .
- 3 - ردود أفعال انشقاقية (يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحادث الصادم يعاود الحدوث مرة أخرى) وتحديث هذه الردود على هيئة متصلة من الشدة يمكن أن تصل إلى حد فقدان كامل للوعي بمن حوله .
- 4 - الشعور بالضغط النفسي الشديد عند التعرض للتهديدات الداخلية والخارجية ترمز لأحد جوانب الحادث الصدمي أو تشبهه .

ج - تجنب مستمر للمنبهات المرتبطة بالصدمة أو الحادث الصدمي يبدأ بعد وقوع الحادث الصادم ويظهر ذلك من خلال :

- 1- تجنب أو جهود لتجنب الذكريات والأفكار والمشاعر المرتبطة بشكل وثيق بالحادث الصادم .
- 2- تجنب أو جهود لتجنب الأنشطة والأماكن والأشخاص الذين يتسببون في تذكر الصدمة أو المرتبطين بالحادث الصادم .

د - تغيرات سلبية في المزاج والمعارف المرتبطة بالحادث الصادم تبدأ بعد وقوع الحدث الصادم وتظهر في:

- 1 - عدم القدرة على تذكر جوانب مهمة في الحادث الصادم .
 - 2 - معتقدات سلبية فيها مبالغة نحو الذات والآخرين والعالم .
 - 3- معارف مشوهة حول أسباب ونتائج الحدث الصادم تقود الفرد نحو لوم نفسه والآخرين.
 - 4 - حالة انفعالية سلبية ومستمرة (خوف ، رعب ، غضب ، ذنب).
 - 5 - تناقص ملحوظ في الاهتمامات أو المشاركات في الأنشطة المهمة.
 - 6 - شعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين.
 - 7 - عدم القدرة على الشعور بمشاعر إيجابية (السعادة والرضا).
- هـ - تغير ملحوظ في درجة الإثارة والتفاعل المرتبطين بالحادث الصادم ، وتبدأ وتتفاقم بعد وقوع الحادث كما يتضح ذلك من خلال اثنين أو أكثر مما يلي:

- 1- السلوك المتهيج وانفجارات الغضب .
 - 2- السلوك المتهور أو سلوك تدمير الذات .
 - 3- التيقظ الزائد .
 - 4 - مشاكل في التذكر .
 - 5- اضطرابات في النوم .
- ويستمر الاضطراب لمدة تزيد عن شهر في المحكات " ب ، ج ، د " ويؤدي الاضطراب إلى كرب أو ضيق نفسي واضح يحدث خللا في أداء الفرد الوظيفي ذي الأهمية . هذا ويجب ألا يكون الاضطراب راجعا إلى تأثير فسيولوجي أو إساءة استخدام المواد أو حالة طبية أخرى .
- يجب تحديد ما إذا كان الاضطراب يحدث مع أعراض انشقاقية وفيه تستوفي الأعراض محكات اضطراب الصدمة بالإضافة إلى ذلك يخبر الفرد عن أعراض مستمرة ومتكررة في واحدة مما يلي:
- 1- اختلال الذاكرة: خبرة متكررة ومستمرة من الشعور بالتغير في الشخصية أو في جزء محدد من الجسم، وربما يشعر المريض وكأنه لم يعد هو نفسه مع إحساس مروع بالاغتراب والبرود والفتور، وقد يشعر المريض بانفصاله عن خبراته كما لو كان ينظر لذاته .

2- اختلال الشعور بالواقع : خبرة متكررة ومستمرة من الأفكار الزائفة التي لا ترتبط بالواقع أو هي نوع من الخيال الزائف فكل شيء مرّ في خبرة المريض يبدو مختلفا تماما (العالم، الشوارع الأصدقاء) ، ويجب لاستخدام هذا التشخيص الفرعي ألا تكون الأعراض الانشقاقية راجعة إلى تأثيرات فسيولوجية ناتجة عن إساءة استخدام المواد النفسية أو حالة طبية عامة، مع وجود تأخر في الظهور إذا لم يتم استيفاء المعايير التشخيصية الكاملة حتى (6) أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث. (APA., 2013,271-274)

الدراسات السابقة:

أجريت العديد من الدراسات التي تناولت التعرض للعنف المجتمعي لدى المراهقين وذلك للتعرف على آثاره على الصحة الجسمية والعقلية للأفراد وخاصة في ظل تنامي ظاهرة التعرض للعنف ودعوة منظمة الصحة العالمية (1996) لدراسة أبعاد هذه الظاهرة باعتبارها مشكلة صحة عالمية وتنوعت هذه الدراسات من حيث الهدف والعينات المستخدمة فيها وسنعرض في السياق التالي لبعض الدراسات التي ترتبط بموضوع الدراسة الحالية .

ففيما يتعلق بالعلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والاكنتاب أجرى كل من فيدزباترك وبيكيو وريت ولاجوري (Fitzpatrick, Piko, Wright, LaGory, 2005) دراسة على عينة مكونة من (1538) مراهقا أمريكيا من أصل أفريقي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والتعرض للعنف المجتمعي، وقد أشارت النتائج إلى أن المراهقين الذين تعرضوا إلى خبرات بيئية مهددة (المدرسة، الحي، المنزل) أظهروا مستويات مرتفعة من الاكنتاب، كما أشارت النتائج أيضا إلى أن رأس المال الاجتماعي ارتبط عكسيا بالاكنتاب وتأكيذ الذات.

واهتم سييدتميند وبرونسون وكروس وهلريسون كسون (Saadatmand, Bronson, Crouse, Harrison, Jackson, 2017) بالتعرف على أثر التعرض للعنف المجتمعي في الأعراض الاكتئابية وعادات النوم، وكذلك معرفة الفروق الجنسية في هذه المتغيرات لدى عينة مكونة من (440) فردا في المرحلة العمرية من 15 - 25 عاما، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك تأثيرا دالا إحصائيا للتعرض للعنف المجتمعي في الاكنتاب وعادات النوم لدى الذكور والإناث والعينة الكلية ، كما وجدت فروق جنسية بين الذكور والإناث في التعرض للعنف وكانت هذه الفروق لصالح الإناث فيما يتعلق بالعنف المباشر بينما كانت هذه الفروق لصالح الذكور فيما يتعلق بالعنف غير المباشر.

وللتعرف على مدى إسهام الأنواع المختلفة من التعرض للعنف في المشكلات الداخلية والخارجية لدى عينة من المراهقين من جنوب أفريقيا أجرى ديو بليز وكامينر وهاردي وبنجامين (Du Plessis; Kaminer, Hardy, Benjamin, 2015) دراسة على عينة مكونة من (616) مراهقا في المدى العمري من 12 - 15 عاما بمتوسط عمري (12.8) منهم (45.6%) إناثا من طلاب المدارس بمدينة كيب تون بجنوب إفريقيا، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن التعرض للعنف كشاهد ارتبط وبشكل دال بالمشكلات الدراسية، كما لم يرتبط التعرض للعنف كشاهد وكضحية بأعراض الاكتئاب .

واهتم باش وليو (Bach, Louw, 2010) بالتعرف على العلاقة بين التعرض للعنف وبعض المشكلات النفسية لدى عينة مكونة من 337 تلميذا وتلميذة بجنوب إفريقيا، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في التعرض للعنف كشاهد، بينما وجدت فروق في التعرض للعنف كضحية لصالح الذكور، كما وجدت فروق في الأعراض الاكتئابية لصالح الإناث، ووجدت أيضا علاقة إيجابية ودالة إحصائية بين التعرض للعنف المجتمعي والاكتئاب، وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى خطر التعرض للعنف المجتمعي لدى المراهقين .

كما تناولت بعض الدراسات العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي واضطراب الضغوط التالي للصدمة ومن هذه الدراسات الدراسة التي أجراها أودينيل وروبرتيس وسكوب ستون (O'Donnell; Roberts & Schwab-Stone, 2011) بهدف التعرف على أثر التعرض للعنف المجتمعي على الأحداث الصدمية لدى عينة من الشباب في جامبيا . تكونت عينة الدراسة من عدد (653) مراهقا بمتوسط عمري (17.76) منهم (48.7) إناثا وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن التعرض للعنف كشاهد وكضحية ارتبط وبشكل دال بالأعراض الصدمية كما اعتبر المناخ المدرسي متغيرا وسيطا في العلاقة بين التعرض للعنف والآثار المترتبة عليه ، كما لم يرتبط الدفء الوالدي باضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وتناول كمينارا وجيرمسروود ومير وستين وويليامس (Kaminer, Grimsrud, Myer, Stein; Williams, 2008) العلاقة بين التعرض لأنماط العنف المختلفة واضطراب الصدمة لدى عينة مكونة من (230) مراهقا في المرحلة العمرية من 14 - 21 بمتوسط عمري (17.45) منهم 60% إناثا من طلاب المدارس بكيب تاون في جنوب إفريقيا، وقد أشارت النتائج إلى أن التعرض

للغنف المجتمعي كضحية لدى الإناث والاعتصاب يزيد من أعراض اضطراب الصدمة بينما لم يؤدّ التعرض للغنف المجتمعي كشاهد لهذه الزيادة في أعراض الصدمة أما لدى الذكور، فقد ارتبط التعرض للغنف كضحية باضطراب الصدمة أما التعرض للغنف كشاهد لم يرتبط باضطراب الصدمة .

كما أجرى فوستر وكيوبرمينك وبريس (Foster, Kuperminc & Price, 2004) دراسة بهدف التعرف على أثر التعرض للغنف المجتمعي على اضطراب الصدمة وبعض الأعراض المرضية الأخرى لدى عينة مكونة من (146) طفلا في المرحلة العمرية من (11 - 16) عاما منهم 43% إناثا و57% ذكورا، وقد أشارت النتائج إلى أن التعرض للغنف كضحية ارتبط بشكل دال بالقلق والاكتئاب والغضب والأعراض الانشقاقية واضطراب الصدمة لدى الذكور والإناث، كما أن التعرض للغنف كشاهد تنبأ بالغضب والأعراض الانشقاقية والقلق ، كما توسط الجنس العلاقة بين التعرض للغنف كشاهد والأعراض الاكتئابية والقلق .

وأجرى أوزيرا وماكدونالد (Ozer & McDonald, 2006) ، دراسة هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين التعرض للغنف المجتمعي والتقارير الذاتية للاكتئاب والقلق واضطراب الصدمة وذلك على عينة مكونة من (71) تلميذا بالمرحلة المتوسطة بمتوسط عمري (12) عاما منهم 55% إناثا و(45%) ذكورا، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن التعرض للغنف المجتمعي ارتبط بالتقارير الذاتية للاكتئاب واضطراب الصدمة والاستهداف للغنف، وأشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن التعرض للغنف تنبأ وبشكل دال بالتقارير الذاتية للاكتئاب واضطراب الصدمة والعدوان .

وللتعرف على مدى إسهام التعرض للغنف المجتمعي في التنبؤ باضطراب الصدمة والاكتئاب أجرى أوزيرا ووينستين (Ozer & Weinstein, 2004) دراسة على عينة مكونة من (349) طفلا بالمرحلة المتوسطة بمتوسط عمري (12) عاما منهم 48% إناثا، و52% ذكورا، وقد أشارت النتائج إلى أن التعرض للغنف المجتمعي ارتبط بالاكتئاب والصدمة، كما أن نتائج تحليل الانحدار أشارت إلى أن التعرض للغنف المجتمعي تنبأ وبشكل دال إحصائيا بالتقارير الذاتية للاكتئاب واضطراب الصدمة كما أن درجة المساندة من قبل الأم ، توسطت العلاقة بين التعرض للغنف المجتمعي والاكتئاب واضطراب الصدمة.

كما توصل كل من وورد ومارتين وثورن وديستلار (Ward, Martin, Theron, Distiller, 2007) ، في دراسة لهم على عينة مكونة من (377) طفلا في المرحلة العمرية من 11 إلى 15 عاما

إلى وجود علاقة إيجابية ودالة بين التعرض للعنف كشاهد والاكتئاب وأعراض القلق والمشكلات السلوكية كما وجد تأثير دال إحصائياً للمساندة المدرسية في التقليل من آثار الاكتئاب والقلق والمشكلات السلوكية لدى الطلاب وبالتالي يمكن القول : إن الدعم المدرسي يعد من العوامل التي يمكن أن تحد من آثار التعرض للعنف المجتمعي .

ولاختبار فرضية أن التعرض للعنف المجتمعي يعتبر من عوامل الخطر في الإصابة باضطراب الضغوط التالي للصدمة أجرى فينشان والتس وستين وسيديت (Fincham, Altes, Stein, Seedat, 2009), دراسة هدفت إلى التعرف على عوامل الخطر المرتبطة بالصدمة لدى المراهقين وذلك على عينة مكونة من (787) مراهقاً في المرحلة العمرية من 13 إلى 21 عاماً بمتوسط عمري (16.37) منهم (58.6) إناثاً من طلاب المدارس بمدينة كيب تاون بجنوب إفريقيا ، وقد أشارت النتائج إلى أن التعرض للعنف المجتمعي والإساءة والإهمال في الطفولة ارتبطا بزيادة أعراض اضطراب الصدمة ، كما أن المستويات المرتفعة من الصلابة كان لها آثار وقائية من سوء معاملة الأطفال وإهمالهم .

وللتعرف على دور الصراعات الأسرية كمتغير وسيط في العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والأعراض الاكتئابية أجرى هيلتز مان وروبيرتس (Holtzman, Roberts, 2012) دراسة على عينة مكونة من (233) مراهقاً في المرحلة العمرية من 11 إلى 16 عاماً، وقد أشارت النتائج إلى أن العنف الأسري يتوسط وبشكل دال إحصائياً العلاقة بين التعرض للعنف كضحية والأعراض الاكتئابية ، كما أن العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والأعراض الاكتئابية كانت دالة إحصائياً.

كما اهتم ديمبسي (Dempsey, 2002) بالتعرف على استراتيجيات التغلب السلبية كمتغير وسيط في العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والآثار المترتبة عليه وذلك على عينة مكونة من (120) تلميذاً في المرحلة العمرية من 10-11 عاماً منهم (55%) إناثاً، وقد أشارت النتائج إلى أن التعرض للعنف المجتمعي ارتبط بالاكتئاب واضطراب الصدمة وسمة القلق، كما أشارت نتائج تحليل الانحدار إلى أن التعرض للعنف المجتمعي تنبأ وبشكل دال بالاكتئاب واضطراب الصدمة والقلق ، وتوسطت استراتيجيات التغلب السلبية العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والقلق والاكتئاب واضطراب الصدمة .

كما تناولت دراسات أخرى معدلات التعرض للعنف المجتمعي لدى المراهقين والمقارنة بين الذكور والإناث في هذا السياق ، ومن هذه الدراسات دراسة على المجتمع الفلسطيني؛ حيث أجرى حاج يحيى

وليشيم وجيتير مان (Haj-Yahia, Leshem, Guterman, 2013) دراسة هدفت إلى التعرف على معدلات التعرض للعنف المجتمعي لدى عينة من الشباب الفلسطيني بالضفة الغربية والقدس الشرقية وتكونت عينة الدراسة من عدد (1930) تلميذا وتلميذة في المدارس الثانوية والإعدادية بالضفة والقدس تراوحت أعمارهم ما بين 12 إلى 19 عاما بمتوسط عمري (16.4) ، وقد أشارت النتائج إلى أن نسبة (87.4%) من أفراد العينة شاهدوا أحداث عنف خلال حياتهم وأن (72.8%) مروا بخبرات تعرض للعنف كضحية وأن (99.1%) من أفراد العينة قد تعرضوا على الأقل لأحد أشكال العنف خلال حياتهم، كما أظهر الذكور معدلات تعرض للعنف أكثر من الإناث .

وللتعرف على معدلات التعرض للعنف المجتمعي وعلاقتها باضطراب الضغوط التالي للصدمة أجرى إيزن بيرج وأورزوك فيجيورا [Aisenberg](#) (2008, [Orozco-Figueroa](#)) ، دراسة على عينة مكونة من (137) طفلا أمريكيا من أصل أفريقي ولاتيني ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن (70%) من الطلاب أخبروا بمستويات مرتفعة من العنف، كما لم توجد فروق بين الذكور والإناث في مستويات التعرض للعنف كضحية أو كشاهد، كما وجدت علاقة إيجابية ودالة إحصائيا بين التعرض للعنف المجتمعي واضطراب الضغوط التالي للصدمة .

وفي دراسة تتبعية لعدد (119) طفلا في فلادلفيا لمعرفة معدلات التعرض للعنف المجتمعي توصل هارت ومالميوود وبرودسكي وجانبيت (Hurt, Malmud, Brodsky, Giannetta, 2001) إلى أنه في عمر 7 سنوات تعرض (75%) من الأطفال في الدراسة لسماع طلاقات نارية، و (18%) قد شاهد شخصاً متوفى، و (10%) تعرض للركل في المنزل، و (61%) كان قلقا أحيانا وبعض الوقت لاحتمال أن يقتل .

ولدراسة الفروق الجنسية في الاستجابة لآثار التعرض للعنف المجتمعي أجرى ماكجي وديفيز وبريسبون وآخرون (McGee, Davis, Brisbane., et al.; 2001) دراسة على عينة مكونة من (360) تلميذا وتلميذة في المرحلة العمرية من 12 – 18 عاما منهم (49%) إناثا، (51%) ذكورا وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الإناث كانوا أكثر قابلية للشعور بالقلق والاكتئاب مقارنة بالذكور الذين تعرضوا لنفس الدرجة من العنف .

وأخيرا وفي زخم هذا الكم من الدراسات التي اهتمت بأثر التعرض للعنف المجتمعي على الصحة العقلية حاول بعض الباحثين الوصول إلى استنتاجات عامة حول نتائج هذه الدراسات بإجراء تحليلات بعدية

ومن هذه الدراسات الدراسة التي أجراها فوستيرا وبروكس جونب (Fostera & Brooks- Gunnb; 2015) حيث قام بتحليل بعدي لنتائج عدد (20) دراسة أجريت في أربعة أقطار أفريقية هي: جنوب إفريقيا وسيراليون وجامبيا ورواندا وقد أشارت نتائج التحليل البعدي إلى وجود علاقة بين التعرض للحرب والعنف المجتمعي وأعراض اضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكنتاب والعدوان كما توسط المناخ المدرسي والدعم العائلي العلاقة بين التعرض للعنف واضطراب الصدمة والقلق والاكنتاب .

تعليق على نتائج الدراسات السابقة

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسات السابقة يمكن القول : إن هناك دعماً إمبريقياً قوياً للتأثير السلي للتعرض للعنف المجتمعي على الصحة العقلية والجسمية للمراهقين، ويعتبر اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكنتاب من أكثر الاضطرابات النفسية تأثراً بالتعرض للعنف المجتمعي ، كما أشارت نتائج الدراسات إلى أن معدلات التعرض للعنف المجتمعي تعتبر مرتفعة وبشكل دال وخاصة بين المراهقين في المناطق الحضرية، كما وجدت فروق دالة إحصائية في معدلات التعرض للعنف بين الذكور والإناث لصالح الذكور وخاصة التعرض للعنف كضحية كما تعد المساندة العائلية والمدرسية من عوامل الوقاية من الآثار السيئة للتعرض للعنف المجتمعي .

منهج الدراسة وإجراءاتها .

منهج الدراسة : استخدم الباحثان المنهج الوصفي الارتباطي المقارن وذلك لملائمته لطبيعة الدراسة الحالية وأهدافها؛ حيث تحاول بعض الدراسات الوصفية ألا تقتصر على الكشف عن ماهية الظاهرة والعلاقة بين المتغيرات المتضمنة فيها، بل تقارن بين جوانب الشبه والاختلاف بين الظواهر (فان دالين، 2010) .

التصميم البحثي : استخدم الباحثان التصميم البحثي الارتباطي المستعرض ويندرج هذا التصميم تحت التصميمات البحثية غير التجريبية؛ حيث يقوم الباحث فيه بإجراء القياسات من دون تغيير الظاهرة أو الموقف الذي يخضع للقياس .

عينة البحث : أجريت الدراسة الحالية على عينة قوامها (250) مشاركاً من طلاب المدارس الثانوية بمدينة مصراتة منهم (150) ذكورا و (100) إناثا بمتوسط عمري (16.11) وانحراف معياري

(1.02) ويوضح الجدول التالي أسماء المدارس التي تم التطبيق بها وعدد أفراد العينة التي تم اختيارها من كل مدرسة .

جدول رقم (1) توصيف عينة البحث

النسبة	التكرار	المدرسة
28	70	ثانوية سعدون للبنين
32	80	ثانوية أحمد بن غلبون للبنين
24	60	ثانوية مصراة للبنات
16	40	ثانوية حولة بنت الأزور للبنات

أدوات الدراسة :

مقياس التعرض للعنف المجتمعي: استخدم الباحثان قائمة مسح التعرض للعنف المجتمعي التي أعدها ريكتز وسولتزمان (1990; Richters and Soltzman) التي تقيس تكرار التعرض لـ (20) نمطا من أشكال العنف المجتمعي من خلال السماع أو المشاهدة أو التعرض كضحية لهذه المظاهر وذلك خلال العام الماضي، وتتكون القائمة من (52) فقرة موزعة على ثلاثة أنماط من مظاهر العنف ، منهم (14) فقرة تقيس التعرض للعنف كضحية، و (22) فقرة لقياس التعرض للعنف كشاهد، و (16) فقرة لقياس التعرض للعنف كسامع ، ويتم الإجابة على بنود القائمة على متصل مكون من تسع نقاط تتراوح ما بين أبدا إلى تقريبا كل يوم ، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى التعرض المرتفع للعنف . ويعتبر هذا المقياس واحدا من أكثر المقاييس استخداما على الصعيد العالمي في قياس التعرض للعنف المجتمعي ، وله خصائص سيكومترية جيدة في صورته الأصلية وفي دراسات أجنبية عديدة (Richters, Martinez 1993, Kliwer, 2006; Kliwer, Cunningham, Diehl, Parrish, Walker, Atiyeh, ... et al., 2004; Overstreet & Braun, 2000; Taylor & Kliwer 2006; Wilson, Kliwer, Teasley, Plybon, Sica, 2002,)، وقد صممت القائمة في الأساس كمقابلة مقننة تستخدم لقياس التعرض للعنف لدى الأطفال في المرحلة العمرية من (6 : 10) ، ولكن أجريت على القائمة تعديلات ليتم تطبيقها على الأطفال

والمراهقين كمقياس للتقدير الذاتي وقام بهذا التعديل كل من " أوفير سيت وبراون " و" تايلور وكليوير " و" كيلر وآخرون " (Overstreet & Braun, 2000; Taylor & Kliewer 2006; Kliewer et al., 2004) ، ويتم تقدير الإجابات عليها وفقا للتكرارات على متصل مكون من تسع نقاط يبدأ من (1) ويشير إلى عدم التعرض للموقف مطلقا و (9) وتشير إلى التعرض للموقف تقريبا بشكل يومي وقد استخدم الباحثين النسخة المعدلة التي تناسب المراهقين.

ترجمة المقياس وإعداده في الدراسة الحالية : قام الباحثان بترجمة المقياس إلى اللغة العربية لاستخدامه في الدراسة الحالية ، وقد تم عرض الترجمة على متخصص يتقن العربية والإنجليزية لتقييم الترجمة ، وقد أقر بصلاحيته الترجمة مع إجراء بعض التعديلات ، كما تم حذف ثلاث عبارات لعدم ملائمتها لطبيعة الثقافة الليبية ، وتم تعديل صياغة بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وخاصة للبعد (بعد التعرض كضحية) ؛ حيث أصبح عدد الفقرات الكلي للقائمة (49) فقرة ، منها (18) فقرة للتعرض للعنف كسامع ، و (18) فقرة للتعرض كشاهد ، و (12) فقرة للتعرض للعنف كضحية .

ولحساب الخصائص السيكومترية للقائمة في الدراسة الحالية قام الباحثين بعرض القائمة على عشرة من المتخصصين في علم النفس وطلب منهم تقدير مدى صلاحية كل فقرة من فقرات القائمة ، وحساب نسب الاتفاق بين المحكمين كمؤشر للصدق ويوضح الجدول التالي نسب الاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس.

جدول رقم (2) نسب الاتفاق حول صلاحية فقرات المقياس

التعرض كضحية		الفقرة	التعرض كسامع		الفقرة	التعرض كشاهد		الفقرة
النسبة	التكرار		النسبة	التكرار		النسبة	التكرار	
90	9	1	100	10	1	100	10	1
90	9	2	100	10	2	100	10	2
80	8	3	100	10	3	100	10	3
100	10	4	80	8	4	80	8	4
100	10	5	80	8	5	100	10	5
100	10	6	90	9	6	90	9	6

التعرض كضحية		الفقرة	التعرض كسامع		الفقرة	التعرض كشاهد		الفقرة
النسبة	التكرار		النسبة	التكرار		النسبة	التكرار	
100	10	7	80	8	7	90	9	7
80	8	8	80	8	8	80	8	8
90	9	9	100	10	9	100	10	9
90	9	10	100	10	10	90	9	10
90	9	11	100	10	11	90	9	11
100	10	12	90	9	12	90	9	12
			90	9	13	100	10	13
			100	10	14	100	10	14
			80	8	15	90	9	15
			100	10	16	80	8	16
			100	10	17	80	8	17
			100	10	18	100	10	18

ثبات القائمة :

لحساب ثبات القائمة قام الباحثان بتطبيقها على (60) طالبا وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة مصراتة ، منهم (30) ذكورا و(30) إناثا ، وتم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة ألفا كرونباخ ، ويوضح الجدول التالي قيم معامل ألفا للذكور والإناث للعينة الكلية على كل بعد من أبعاد المقياس وكذلك الدرجة الكلية .

جدول رقم (3) قيم معامل ألفا للذكور والإناث للعينة الكلية على كل بعد من أبعاد المقياس وكذلك الدرجة الكلية

معامل ألفا			مقياس التعرض للعنف
العينة الكلية	إناث	ذكور	
0.88	0.84	0.87	التعرض كشاهد
0.71	0.70	0.73	التعرض كضحية
0.90	0.86	0.90	التعرض كسامع
0.92	0.91	0.92	الدرجة الكلية للتعرض

ومن الجدول السابق يمكن القول : إن جميع قيم معامل ألفا كانت دالة ومرضية سواء بالنسبة للذكور أو الإناث أو العينة الكلية مما يشير إلى معاملات ثبات جيدة للقائمة .

قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة (النسخة المدنية) : لقياس الضغوط التالية للصدمة استخدم الباحثان النسخة المدنية المعدلة لقائمة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة التي تم تطويرها في المركز القومي الأمريكي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (NCV PTSD) من قبل فرانك ويزر وليتز وهيرمان وهوسكا وكيني (Weathers, Litz, Herman, Huska, Keane, 1993) ، وتتكون القائمة من (17) عبارة تقيس أعراض اضطراب ما بعد الصدمة طبقا لمعايير التشخيص الأمريكي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM -IV) ويتم الإجابة على بنود القائمة وفقا لمتصل مكون من خمسة بدائل تتراوح بين (أبدا) وتعطى الدرجة (1) ، و (نادرا) وتعطى الدرجة (2) ، و (أحيانا) وتعطى الدرجة (3) ، و (غالبا) وتعطى الدرجة (4) ، و (دائما) وتعطى الدرجة (5) ، ويمكن تشخيص الفرد على أنه مصاب باضطراب ما بعد الصدمة إذا اختار دائما أو غالبا أو أحيانا على الأقل على فقرة واحدة من الفقرات التي تقيس أعراض استعادة الحدث (الفقرات من 1 إلى 5) ، وعلى ثلاث فقرات من الفقرات التي تقيس أعراض التجنب والتباعد الانفعالي (الفقرات من 6 إلى 12) ، وعلى فقرتين من الفقرات التي تقيس أعراض فرط الإثارة والتيقظ (الفقرات من 13 إلى 17) ، وتعد الدرجة (50) بمثابة درجة قطع يمكن على أساسها الحكم على

الشخص بأنه يعاني من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، وللقائمة خصائص سيكومترية جيدة في النسخة الأصلية

(Weathers, et. al., 1993 ; Blanchard, Alexander, Buckley &Forneris, 1996 ; Norris & Hamblen, 2004)

وتعد القائمة واحدة من أكثر الأدوات شيوعا واستخداما لتقييم اضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وقد قام الباحث الاول بترجمة القائمة وحساب ثباتها وصدقها في دراسة سابقة (حسنين والعشرى ، 2016) حيث أشارت نتائج الصدق باستخدام المحكمين إلى أن القائمة تتمتع بمستوى مُرضٍ من الصدق ، أما فيما يتعلق بالثبات فقد تم تقديره في نفس الدراسة باستخدام التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمة معامل ألفا لعينة الذكور (0,79) ، ولعينة الإناث (0,73) وللذكور والإناث معا (0,72) وهي قيم دالة ومطمئنة وتشير إلى معامل ثبات جيد يمكن الوثوق به .

صدق القائمة وثباتها في الدراسة الحالية : للتحقق من صدق القائمة في الدراسة الحالية قام الباحثان باستخدام صدق الارتباط بالتحك حيث قاما بتطبيق قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة مع مقياس الأحداث الصدمية (القسم الخاص بقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة) (عبد الخالق ، 2000) على عينة مكونة من (60) طالبا وطالبة منهم (30) ذكورا و(30) إناثا من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة مصراتة ، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب على قائمة اضطراب الضغوط التالية للصدمة ودرجاتهم على مقياس الأحداث الصدمية ، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بالنسبة للذكور (0.75) وبالنسبة للإناث (0.78) وبالنسبة للعينة الكلية (0.81) وهي قيم دالة ومرضية وتشير إلى معاملات صدق جيدة للقائمة .

أما فيما يتعلق بالثبات فقد تم تقديره على نفس عينة الصدق السابقة باستخدام طريقة التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمة ألفا للذكور (0.88) وللإناث (0.85) وللعينة الكلية (0.87) وجميعها قيم دالة وتشير إلى معامل ثبات مرض للقائمة .

استخبار مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب : أُعد هذا المقياس من قِبل مركز الدراسات الوبائية بالمنظمة العالمية للصحة العقلية، ويتكون من (20) عبارة تقيس الأعراض المختلفة للاكتئاب ، ويجاب على هذه الفقرات على متصل مكون من أربعة بدائل وهي : (نادرا) وتُعطى الدرجة (صفر) ، و(قليلا) وتُعطى الدرجة (1) ، و(بعض الوقت) وتُعطى الدرجة (2) ، و(معظم الوقت) وتُعطى

الدرجة (3) ، وتتراوح درجة المبحوث على المقياس ما بين (0 - 60) ، وتُعد الدرجة التي تساوي أو تزيد عن الدرجة (16) بمثابة درجة قطع يمكن في ضوءها الحكم على وجود أعراض اكتئابية (Radloff , 1977) وللمقياس بنية عاملية جيدة؛ حيث أشارت نتائج التحليل العاملي للمقياس إلى وجود أربعة عوامل أساسية هي : المزاج الكئيب ، والمزاج الايجابي، والأعراض الجسمية، والعلاقات بين الشخصية. وللمقياس خصائص قياسية جيدة في مجتمعات مختلفة وعلى عينات ومراحل عمرية مختلفة .

(Radloff , 1977, Cho, Nam &Suh, 1998 , Robert, Vernan& Rhoades 1989, Morin, Moullec, Maiano, Layet, Just &Ninit ,2011)

وقد قام الباحث الاول بترجمة المقياس وحساب ثباته وصدقه في دراسة سابقة (حسانين والعشري ، 2016) حيث أشارت نتائج الصدق باستخدام المحكمين إلى أن المقياس يتمتع بمستوى مرض من الصدق أما فيما يتعلق بالثبات فقد تم تقديره باستخدام التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ وقد بلغت لمجموعة الذكور (0,70) ، وللإناث (0,74) وللذكور والإناث (0,70) وهي قيم دالة ومطمئنة وتشير إلى معامل ثبات جيد يمكن الوثوق به .

صدق الاستخبار في الدراسة الحالية وثباته : للتحقق من صدق الاستخبار في الدراسة الحالية قام الباحثان باستخدام صدق الارتباط بالتحك حيث قام بتطبيق الاستخبار مع مقياس الاكتئاب المشتق من قائمة الأعراض المرضية (البحري ، 1984) على عينة مكونة من (60) طالبا وطالبة، منهم (30) ذكورا و(30) إناثا من طلاب المرحلة الثانوية بمدينة مصراتة، وتم حساب معامل الارتباط بين درجات الطلاب على المقياسين، وقد بلغت قيمة معامل الارتباط بالنسبة للذكور (0.76) وبالنسبة للإناث (0.81) وبالنسبة للعينة الكلية (0.80) وهي قيم دالة ومرضية وتشير إلى معاملات صدق جيدة للقائمة.

أما فيما يتعلق بالثبات فقد تم تقديره على نفس عينة الصدق السابقة باستخدام طريقة التناسق الداخلي بمعادلة ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمة ألفا للذكور (0.79) وللإناث (0.73) وللعينة الكلية (0.79) وجميعها قيم دالة وتشير إلى معامل ثبات مرض للقائمة .

إجراءات البحث وأخلاقياته : تم تطبيق أدوات الدراسة الحالية خلال فصلي الخريف والربيع للعام الجامعي (2016-2017) ، وتم التطبيق بشكل جماعي حيث كان يتم الاستمذان من المعلمين أثناء الحصص لإجراء التطبيق، وكان الاشتراك في التطبيق من قبل الطلاب يتم بشكل اختياري؛ أي برغبة الطالب في المشاركة وذلك لضمان جدية الاستجابات، كما أكد الباحثان على المبحوثين أن هذا التطبيق يهدف البحث العلمي وأن البيانات والاستجابات الخاصة بالمبحوثين سرية .

الأساليب الإحصائية المستخدمة : تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية (SPSS) لتحليل البيانات الخاصة بالبحث ، واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية :

- 1- المتوسطات والانحرافات المعيارية .
- 2 - اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات .
- 3 - تحليل الانحدار .
- 4 - اختبار كاي للفروق في النسب .
- 5- معاملات الارتباط .
- 6- معامل ألفا كرونباخ .

نتائج الدراسة :

نتيجة التساؤل الأول :

ينص هذا التساؤل على: ما طبيعة العلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى عينة البحث ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام معامل ارتباط بيرسون بين درجات الطلاب على مقياس التعرض للعنف المجتمعي وأبعاده المختلفة ودرجات الطلاب على مقياس اضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكتئاب ويوضح الجدول التالي هذا الإجراء .

جدول رقم (4) قيم معامل الارتباط ودلالاتها الإحصائية للعلاقة بين التعرض للعنف المجتمعي

واضطراب الصدمة والقلق والاكتئاب لدى عينة البحث

التعرض للعنف				المتغيرات	الجنس
الدرجة الكلية للتعرض	التعرض للعنف بالسماع	التعرض للعنف كشاهد	التعرض للعنف كضحية		
0.29**	0.20*	0.26**	0.43**	اضطراب الضغوط التالية للصدمة	الذكور
0.26**	0.20*	0.25*	0.30**	الاكتئاب	
0.45**	0.39**	0.40**	0.53**	اضطراب الضغوط التالية للصدمة	الإناث
0.29**	0.28**	0.26**	0.30**	الاكتئاب	
0.36**	0.31**	0.32**	0.46**	اضطراب الضغوط التالية للصدمة	العينة الكلية
0.14*	0.13*	0.11	0.17**	الاكتئاب	

**دالة عند مستوى دلالة 0.01 ، * دالة عند مستوى دلالة 0.05

ومن الجدول السابق يمكن القول : إن هناك علاقة إيجابية ودالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.01) و(0.05) بين التعرض للعنف كضحية وكشاهد وكسامع والدرجة الكلية للتعرض وكل من اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكنتاب لدى عينة الذكور والإناث والعينة الكلية فيما عدا العلاقة بين التعرض للعنف كشاهد والاكنتاب لدى العينة الكلية كانت غير دالة إحصائيا وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال (Fitzpatrick, et al 2005; Saadatmand, et al 2010, Bach et al 2017, O'Donnell et al, 2011) ؛ حيث أشارت هذه الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية ودالة إحصائية بين التعرض للعنف المجتمعي واضطراب الصدمة والاكنتاب، ويرى الباحثان أن هذه النتيجة يمكن تفسيرها في ضوء النموذج الأيكولوجي الذي تم عرضه في السياق السابق حيث إن التعرض للعنف في السياق البيئي يجعل البيئة تدرك أنها مهددة وغير آمنة مما ينعكس على الخصائص النفسية للمراهق ، كما أن هذا التهديد يحدث خلافاً في النظام الأسري للمراهق ، ويجعل البيئة الداخلية في حالة صراع مما يولد القلق والاضطراب الداخلي، ويتفق ذلك مع النموذج المعرفي للاكنتاب (Beck A. T. ,1987) ؛ فإدراك الفرد وتفسيره للمثيرات البيئية باعتبارها مهددة وغير آمنة يحدث نوعاً من التشوه المعرفي الذي يرتبط بدوره بنشوء أعراض القلق والاكنتاب، فضلاً عن ذلك فإنه يمكن اعتبار المظاهر المختلفة للتعرض للعنف المجتمعي بمثابة أحداث صدمية " تهديدا للتكامل الجسدي للشخص أو تهديداً للتكامل الشخصي للآخرين (APA, 2000 P. 463)؛ على سبيل المثال: الاعتداء الجسدي أو التعرض كضحية لأحداث العنف المجتمعي ، وبالتالي فإن هذه الأحداث ترتبط بردود أفعال صدمية تساهم في نشوء أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة .

نتيجة التساؤل الثاني : ينص هذا التساؤل على : هل توجد فروق بين الذكور والإناث في معدلات التعرض للعنف المجتمعي ؟ للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار (T . Test) لدلالة الفروق بين متوسطات الذكور والإناث على مقياس التعرض للعنف المجتمعي وأبعاده المختلفة ويوضح الجدول التالي هذا الإجراء .

جدول رقم (5) قيم إختبار (T . Test) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الذكور والإناث في
التعرض للعنف المجتمعي

المتغيرات	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة	معامل إيتا
التعرض كضحية	إناث	15.00	11.32	5.51	248	0.00	0.10
	ذكور	24.81	13.89				
التعرض كشاهد	إناث	35.19	20.30	6.08	248	0.00	0.13
	ذكور	54.50	27.04				
التعرض كسامع	إناث	42.23	23.05	5.14	248	0.00	0.10
	ذكور	60.31	29.64				
الدرجة الكلية للتعرض	إناث	93.02	51.01	5.93	248	0.00	0.12
	ذكور	139.62	66.63				

من الجدول السابق يتبين وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) بين متوسطات الذكور والإناث في التعرض للعنف كضحية وكشاهد وكسامع ، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع متوسطات الذكور مقارنة بالإناث ، كما أشارت قيم معامل إيتا إلى تأثير مرتفع للجنس على مستوى التعرض للعنف المجتمعي حيث تراوحت درجة التأثير ما بين (0.10 : 0.13) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من ماكجيبى وآخرون وحاج يحيى وآخرون وسيددمينت وآخرون (McGee et al, 2001., Haj-Yahia et al, 2013, Saadatmend, et al 2017)؛ حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في التعرض للعنف وخاصة فيما يتعلق بالتعرض للعنف كضحية ، كما تختلف مع نتيجة دراسة فوستر وآخرون (Foster et al., 2004) ؛ حيث أشارت هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في التعرض للعنف المجتمعي بين الذكور والإناث ، ويرى الباحثان أنه يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الخصوصية التي تتمتع بها الفتاة في المجتمع الليبي ؛ فحدود الحركة وقيودها التي يفرضها المجتمع والثقافة تحد من معدلات التعرض للعنف المجتمعي بالنسبة للفتاة ، فضلا عن ذلك فإن تحرك الفتاة من البيت وإليه أو من

المدرسة وإليها أو من السوق وإليه وهي الأماكن التي يمكن التعرض فيها لمظاهر العنف المجتمعي تكون مصحوبة في أغلب الأحيان بمقربين ، وهذا يحد بشكل كبير جدا من التعرض لمظاهر العنف المختلفة .
نتيجة التساؤل الثالث : ينص هذا التساؤل على : هل توجد فروق بين الذكور والإناث في اضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكنتاب ؟

للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام اختبار (T . Test) لدلالة الفروق بين متوسطات الذكور والإناث على مقياس اضطراب الضغوط التالي للصدمة ومقياس الاكنتاب ويوضح الجدول التالي هذا الإجراء .

جدول رقم (6) قيم اختبار (T . Test) ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الذكور والإناث في

اضطراب الضغوط التالي للصدمة والاكنتاب

المتغيرات	الجنس	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	درجات الحرية	مستوى الدلالة	قيمة إيتا
اضطراب الضغوط التالي للصدمة	إناث	22.46	10.54	0.41	248	0.67	0.001
	ذكور	21.86	11.56				
الاكنتاب	إناث	42.93	8.26	5.05	248	0.00	0.10
	ذكور	37.42	8.54				

من الجدول السابق يتبين وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0.01) بين متوسطات الذكور والإناث في الاكنتاب ، وكانت هذه الفروق في اتجاه ارتفاع متوسطات الإناث مقارنة بالذكور، كما أشارت قيم معامل (إيتا) إلى تأثير مرتفع للجنس على مستوى الاكنتاب ، بينما وجدت فروق ولكنها كانت غير دالة إحصائية فيما يتعلق باضطراب الضغوط التالية للصدمة ، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالاكنتاب ، لكنها تختلف مع الدراسات فيما يتعلق باضطراب الصدمة حيث إن التراث العلمي السابق يشير إلى وجود فروق في الاكنتاب واضطراب الصدمة لصالح الإناث ولمزيد من المراجعة في هذا السياق يمكن الرجوع إلى

(Charak, Armour, Elklit A., Angmo D., Elhai & Koot, 2014 ; van der Meer, Bakker, Smit, van Buschbach, den Dekker, Westerveld, Olf M. 2017) .

ويمكن إرجاع هذه الفروق في الدراسة الحالية إلى طبيعة الفروق بين الذكور والإناث في استجاباتهم للأحداث الضاغطة ، حيث تشير الدراسات إلى أن الذكور يظهرون مشكلات خارجية مثل العنف والجنوح كرد فعل للأحداث الضاغطة، بينما تستجيب الإناث لنفس هذه الضغوط بإظهار المشكلات الداخلية مثل القلق والاكتئاب وأعراض الصدمة، وذلك يفسر الفروق بينهم في هذه الأعراض، فضلا عن ذلك فإن الذكور يستخدمون استراتيجيات تغلب مرتكزة على المشكلة مما يساعد بشكل كبير في التخفيف من آثار الضغوط بعكس الإناث حيث يستخدمون استراتيجيات تغلب مرتكزة على الانفعال مما يفاقم من آثار الضغوط

(Seedat, van Nood, Vythilingum, Stein, Kaminer, 2000)

نتائج التساؤل الرابع : ينص هذا التساؤل على : هل يتنبأ التعرض للعنف المجتمعي (كضحية وكشاهد وكسامع) باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب لدى عينة الذكور وعينة الإناث والعينة الكلية في البحث الحالي؟

للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام تحليل الانحدار المتعدد باعتبار التعرض للعنف المجتمعي(كضحية وكشاهد وكسامع) متغيرا مستقلا، واضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب كمتغيرات تابعة وتوضح الجداول التالية نتيجة هذا الإجراء.

نتائج تحليل الانحدار بالنسبة للعينة الكلية .

جدول رقم (7) نتائج تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب

في ضوء التعرض للعنف المجتمعي بالنسبة للعينة الكلية

مربع الارتباط	الارتباط	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	بيتا	الخطأ المعياري	المعامل البائي	المتغير المنبئ	
0.21	0.46	0.00	12.26	0.46	1.15	14.18	ثابت الانحدار	اضطراب الصدمة
		0.01	8.15		0.04	0.37	التعرض للعنف كضحية	
0.03	0.17	0.00	36.66	0.17	1.02	37.29	ثابت الانحدار	الاكتئاب
		0.01	2.73		0.04	0.11	التعرض للعنف كضحية	

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (اضطراب الضغوط التالية الصدمة) :التعرض للعنف كشاهد والتعرض للعنف كسامع والدرجة الكلية للتعرض

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (الاكتئاب) : التعرض للعنف كشاهد والتعرض للعنف كسامع والدرجة الكلية للتعرض .

نتائج تحليل الانحدار بالنسبة لعينة الذكور .

جدول رقم (8) نتائج تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب

في ضوء التعرض للعنف المجتمعي بالنسبة بالنسبة لعينة الذكور

مربع الارتباط	الارتباط	مستوى الدلالة	قيمة (ت)	بيتا	الخطأ المعياري	المعامل البائي	المتغير المنبئ	المتغير التابع
0.18	0.43	0.00	9.92	0.43	1.63	16.19	ثابت الانحدار	اضطراب الصدمة
		0.00	4.73		0.08	0.40	التعرض للعنف كضحية	
0.10	0.30	0.00	29.21	0.30	1.35	39.41	ثابت الانحدار	الاكتئاب
		0.02	3.21		0.07	0.22	التعرض للعنف كضحية	

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (اضطراب الضغوط التالية الصدمة) :التعرض للعنف كشاهد والتعرض للعنف كسامع والدرجة الكلية للتعرض

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (الاكتئاب) :التعرض للعنف كشاهد والتعرض للعنف كسامع والدرجة الكلية للتعرض .

نتائج تحليل الانحدار بالنسبة لعينة الإناث .

جدول رقم (9) نتائج تحليل الانحدار المتعدد للتنبؤ باضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكنتاب
في ضوء التعرض للعنف المجتمعي بالنسبة لعينة الإناث

المتغير التابع	المتغير المنبئ	المعامل البائي	الخطأ المعياري	بيتا	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	الارتباط	مربع الارتباط
اضطراب الصدمة	ثابت الانحدار	10.91	1.64	0.53	6.62	0.00	0.53	0.28
	التعرض للعنف كضحية	0.44	0.05		7.60	0.00		
الاكنتاب	ثابت الانحدار	32.28	1.36	0.30	23.97	0.00	0.30	0.10
	التعرض للعنف كضحية	0.18	0.05		3.84	0.00		

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (اضطراب الضغوط التالية للصدمة): التعرض للعنف كشاهد والتعرض

للعنف كسامع والدرجة الكلية للتعرض

**المتغيرات المستبعدة من نموذج (الاكنتاب): التعرض للعنف كشاهد والتعرض للعنف كسامع والدرجة

الكلية للتعرض

من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (6)، (7)، (8) يمكن القول: إن التعرض للعنف كضحية تنبأ وبشكل دال إحصائياً باضطراب الصدمة والاكنتاب لدى الذكور والإناث والعينة الكلية بينما لم يتنبأ التعرض للعنف كشاهد وكسامع إحصائياً باضطراب الصدمة والاكنتاب لدى الذكور والإناث والعينة الكلية، وقد كانت نسبة التأثير أكبر لدى عينة الإناث فيما يتعلق باضطراب الصدمة؛ حيث بلغت قيمة معامل التحديد (0.28) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Cooley-Quille M. et al 2001; Dempsey, 2002; Aisenberg, Orozco-Figueroa 2008; Foster & Brooks-Gunn, 2015; Ozer & Weinstein, 2004; Ozer & McDonald, 2006)؛ حيث أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن التعرض للعنف يتنبأ وبشكل دال إحصائياً بأعراض الاكنتاب واضطراب الضغوط التالي للصدمة، ويتفق ذلك مع ما تم الإشارة إليه في التساؤل الأول؛ حيث إن التعرض لمظاهر العنف المختلفة وخاصة الوقوع ضحية لهذا العنف يعتبر مظهراً من مظاهر التهديد للتكامل الجسمي الذي يولد بدوره ردود أفعال سلبية تؤثر على الصحة العقلية لضحايا هذا العنف.

نتائج التساؤل الخامس:

ينص هذا التساؤل على : ما معدلات التعرض للعنف المجتمعي لدى عينة البحث ؟
للإجابة على هذا التساؤل تم تقسيم الدرجات على مقياس التعرض للعنف المجتمعي وأبعاده الفرعية وفقاً للأرباع وتقدير تكرار الدرجات التي تقل عن الربع الأول (أقل 25%) والدرجات التي تتراوح ما بين (25%) إلى أقل من (75%) باعتبارها الدرجات الوسيطة والدرجات التي تزيد عن (75%) باعتبارها الدرجات المرتفعة ويوضح الجدول التالي هذا الإجراء .

جدول رقم (10) التكرارات والنسب المئوية وقيمة كاي للفروق في النسب بين الذكور والإناث في معدلات التعرض للعنف المجتمعي

الفروق بين الذكور والإناث		العينة الكلية		ذكور		إناث		مستويات التعرض	المتغيرات	
ايتا	الدلالة	كاي	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة			
0.30	0.00	23.33	26.8	67	18.7	28	39	39	المنخفضين	التعرض كضحية
			47.6	119	46.0	69	50	50	المتوسطين	
			25.6	64	35.3	53	11	11	المرتفعين	
0.20	0.01	10.90	26.4	66	17.3	26	40	40	المنخفضين	التعرض كشاهد
			48.4	121	49.3	74	47	47	المتوسطين	
			25.2	63	33.3	50	13	13	المرتفعين	
0.32	0.00	26.22	25.2	63	17.3	26	37	37	المنخفضين	التعرض كسامع
			48.8	122	46.0	69	53	53	المتوسطين	
			26.0	65	36.0	55	10	10	المرتفعين	
0.33	0.00	29.36	24.8	62	16.0	24	38	38	المنخفضين	الدرجة الكلية للتعرض
			50.0	125	48.0	72	53	53	المتوسطين	
			25.2	63	36.0	54	9	9	المرتفعين	

ومن الجدول السابق يتبين أن معدلات التعرض للعنف كانت مرتفعة لدى أفراد العينة وخاصة لدى الذكور ، كما وجدت فروق بين بين الذكور والإناث عند مستوى دلالة أقل من (0.05) لصالح الذكور سواء كضحية أو كشاهد أو كسامع، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة وتقارير

منظمة الصحة العالمية (2002) التي اعتبرت التعرض للعنف المجتمعي مشكلة وبائية تحتاج لدعم دولي للتعامل معها كما أن الغالبية العظمى من الدراسات التي أجريت في هذا المجال أشارت إلى معدلات تعرض للعنف وخاصة لدى الشباب والمراهقين في المناطق الحضرية وغير الحضرية تعتبر مرتفعة مع وجود تباين في نتائج هذه الدراسات حول هذه النسب وفقا لاختلاف طريقة القياس حول المفهوم ولمزيد من المراجعة حول معدلات الانتشار يمكن الرجوع إلى تقرير منظمة الصحة العالمية حول العنف والصحة (2002) وكذلك نتائج الدراسات التالية:

(Bell & Jenkins, 1993; Fowler, et al, 2009; Fredland, et al, 2008; Gorman-Smith, et al, 2004; Martinez & Richters, 1993; Miller, et al, 1999; Overstreet & Braun, 2000; Salzinger, et al, 2008; Suglia, et al, 2008; Weist, et al, 2001; Stein, et al, 2003,)

ويمكن تفسير هذه النتيجة في البحث الحالي وفقا للظروف التي يمر بها المجتمع الليبي في الوقت الحالي من غياب مؤسسة الدولة وانتشار السلاح بشكل كبير وهذا بدوره يؤدي إلى الفوضى المجتمعية التي تعتبر عاملا مفعرا لمظاهر العنف المجتمعي.

التوصيات والبحوث المقترحة :

في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها يوصي الباحثان بما يلي :

- 1- ضرورة توجيه الانتباه في مؤسسات التعليم إلى تقييم مظاهر التعرض للعنف المجتمعي للوقوف على حجم المشكلة وتقدير آثارها .
- 2- في ضوء ما أشارت إليه نتائج البحث الحالي والعديد من الدراسات السابقة إلى وجود علاقة بين التعرض للعنف المجتمعي والصحة العقلية للمراهقين يوصي الباحثان بضرورة إعداد برامج تدخل مبكر تستهدف الطلاب الأكثر تعرضاً لمظاهر العنف المجتمعي وإنشاء خطة عمل للوقاية من العنف وتنفيذها داخل مدارس التعليم .
- 3- إدماج الوقاية من العنف في السياسات الاجتماعية والثقافية للدولة .
- 4- تقديم الدعم الاجتماعي وبرامج الوقاية والخدمات الأخرى لحماية الأسر المعرضة لخطر التعرض للعنف المجتمعي .
- 5- إدخال نماذج عن الوقاية من العنف ودمجها في مناهج الطلاب في أقسام علم النفس وكليات الطب والتمريض .
- 6- القيام بحملات إعلامية واسعة للتوعية بخطورة التعرض للعنف وأثره على الصحة العقلية وطرق الوقاية من هذه الآثار .
- 7- دعم الأبحاث العلمية التي تتناول الأسباب والحلول والتكاليف والوقاية من العنف .
- 8- إجراء مزيد من الدراسات حول العلاقة بين التعرض للعنف والتحصيل الدراسي والتوافق النفسي .
- 9- إجراء دراسات تتناول عوامل الوقاية وعوامل الاستهداف لآثار التعرض للعنف المجتمعي على الأطفال والشباب والمراهقين .
- 10- إجراء دراسات تتناول اختبار فعالية العلاجات النفسية في التخفيف من آثار التعرض للعنف المجتمعي .

أولا : المراجع العربية

1. البحيري ، عبد الرقيب (1984) قائمة الأعراض المرضية (SCL -90) القاهرة ، مكتبة النهضة العربية .
2. حسانين ، أحمد، العشري ، حسن عبد السلام (2016) دور أعراض اضطراب الضغوط التالي للصدمة في التنبؤ بكل من القلق والاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة مصراتة الليبية بعد أحداث ثورة 17 فبراير . المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي ، 4 (2) ص 153-183 .
3. عبد الخالق ، أحمد (2000) اضطراب الضغوط التالي للصدمة ، الكويت ، مكتب الإنماء الاجتماعي
4. فان دالين ، ديوبولد ب (2010) . مناهج البحث في التربية وعلم النفس . ترجمة : نوفل ، مُجد ، سليمان الشيخ ، غبريال ، طلعت ، القاهرة : الأنجلو المصرية .
5. منظمة الصحة العالمية (1996) القرارات والمقررات ذات الأهمية لإقليم شرق المتوسط التي أصدرتها جمعية الصحة العالمية التاسعة والأربعون والمجلس التنفيذي في دورته السابعة والتسعين والثامن والتسعين. من خلال

4. [tt://apps.who.int/iris/handle/10665/12156](http://apps.who.int/iris/handle/10665/12156)

6. منظمة الصحة العالمية (2002) التقرير العالمي حول العنف والصحة، من خلال

<http://www.emro.who.int/ar/violence-injuries-disabilities/violence/>

ثانيا: المراجع الاجنبية

1. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders(DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc
2. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders(DSM)*(4th text rev. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press Inc.
3. Aisenberg, E., Ayón, C., & Orozco-Figueroa, A. (2008). The role of young adolescents' perception in understanding the severity of exposure to community violence and PTSD. *Journal of Interpersonal Violence, 23, 1555–1578*.
4. Bach JM, Louw D. (2010). Depression and exposure to violence among Venda and Northern Sotho adolescents in South Africa. *African Journal of Psychiatry, 13(1), 25–35*.
5. Bell, C. C., & Jenkins, E. J. (1993). Community violence and children on Chicago's Southside. *Psychiatry, 56, 46–54*.
6. Blanchard, E. B., Jones Alexander, J., Buckley, T. C., & Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy, 34, 669–673*.
7. Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., & Ford, J. D. (2012). Parsing the effects violence exposure in early childhood: Modeling developmental pathways. *Journal of Pediatric Psychology, 37, 11–22*.

8. Briggs-Gowan, M. J., Ford, J. D., Fraleigh, L., McCarthy, K., & Carter, A. S. (2010). Prevalence of exposure to potentially traumatic events in a healthy birth cohort of very young children in the northeastern United States. *Journal of Traumatic Stress, 23*, 725–733.
9. Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology o f human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
10. Cho, M. J., Nam, J. J., & Suh, G. H. (1998). Prevalence of symptoms of depression in nationwide sample of Korean adults. *Psychiatry Research, 81*, 341–352.
11. Cooley-Quille, M., Boyd, R. C., Frantz, E., & Walsh, J. (2001). Emotional and behavioral impact of exposure to community violence in inner-city adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 30*, 199–206. doi: 10.1207/s15374424jccp3002_7
12. Dempsey M. (2002). Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*, 102–109.
13. Du Plessis B, Kaminer D, Hardy A, Benjamin A. (2015). The Contribution of different forms of violence exposure to internalizing and externalizing symptoms among young South African adolescents. *Child Abuse & Neglect, 45*, 80–89.

14. DuRant, R. H., Getts, A., Cadenhead, C., Emans, S. J., & Woods, E. R. (1995). Exposure to violence and victimization and depression, hopelessness, and purpose of life among adolescents living in and around public housing. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 16, 233–237.*
15. Farver, J. A., Natera, L. X., & Frosch, D. L. (1999). Effects of community violence on inner-city preschoolers and their families. *Journal of Applied Developmental Psychology, 20, 143–158.* doi: 10.1037/0012-1649.41.1.160
16. Farver, J.A., Xu, Y., Eppe, S., Fernandez, A., & Schwartz, D. (2005). Community violence, family conflict, and preschoolers' socioemotional functioning. *Developmental Psychology, 41, 160–170.* doi: 10.1037/0012-1649.41.1.160
17. Fincham DS, Altes LK, Stein DJ, Seedat S. (2009). Posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents: Risk factors versus resilience moderation. *Comprehensive Psychiatry, 50, 193–199.*
18. [Fitzpatrick](#) , [Piko](#) , [Wright](#) , [LaGory](#) (2005). Depressive symptomatology, exposure to violence, and the role of social capital among African American adolescents . *[Journal of Orthopsychiatry, 75\(2\), 262–74.](#)*
19. Foster, J. D., Kuperminc, G. P., & Price, A. W. (2004). Gender differences in posttraumatic stress and related symptoms among inner-city minority youth exposed to

- community violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 59–69.
20. Foster, H. & Brooks-Gunn, J. (2015). Children's Exposure to Community and War Violence and Mental Health in Four African Countries: A Stress Process Model *Social Science Medicine*, 146, 292–299. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.10.020. Epub 2015 Oct 20.
21. Fowler, P. J., Tompsett, C. J., Braciszewski, J. M., Jacques-Tiura, A. J., & Baltes, B. B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, 21, 227–259. doi: 10.1017/S0954579409000145
22. Fredland, N. M., Campbell, J. C., & Han, H. (2008). Effects of violence exposure on health outcomes among young urban adolescents. *Nursing Research*, 57, 157–165. doi: 10.1097/01.NNR.0000319493.21628.c6.
23. Gorman-Smith, D., Henry, D. B., & Tolan, P. (2004). The role of exposure to community violence and violence perpetration: The protective effects of family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 439–449
24. Haj-Yahia, M. M., Leshem, B., Guterman, N. B. (2013) The Rates and Characteristics of the Exposure of Palestinian

- Youth to Community Violence. *[Journal of Interpersonal Violence](#)*, 28(11), 2223–49.
25. Holtzman, R.J., & Roberts, M.C. (2012). The role of family conflict as a mediator in the relation between exposure to community violence and depressive symptoms. ***JOURNAL OF COMMUNITY PSYCHOLOGY***, 40,(2), 264–275.
26. Hurt, H., Malmud, E., Brodsky NL., Giannetta, J. (2001). Exposure to violence – Psychological and academic correlates in child witnesses. ***Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine***, 155, 1351–356.
27. Kaminer, D., Grimsrud, A., Myer, L., Stein, D.J., Williams, D.R. (2008). RISK FOR POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER ASSOCIATED WITH DIFFERENT FORMS OF INTERPERSONAL VIOLENCE IN SOUTH AFRICA. ***Social Science Medicine***, 67(10), 1589–1595 doi:10.1016/j.socscimed.2008.07.023..
28. Kennedy, A. C., Bybee, D., Sullivan, C. M., & Greeson, M. (2010). The impact of family and community violence on children's depression trajectories: Examining the interactions of violence exposure, family social support, and gender. ***Journal of Family Psychology***, 24, 197–207. doi: 10.1037/s0018787
29. Kliewer, W. (2006). Violence exposure and cortisol responses in urban youth ***International Journal of Behavioral Medicine***, 13, 109–120.

30. Kliewer, W., Cunningham, J. N., Diehl, R., Parrish, K. A., Walker, J. M., Atiyeh, C. ... Mejiar. (2004). Violence exposure and adjustment in inner-city youth: Child and caregiver emotion regulation skill, caregiver-child relationship quality, and neighborhood cohesion as protective factors. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 477-487.
31. Lambert, S. F., Nylund-Gibson, K., Copeland-Linder, N., & Jalongo, N. S. (2010). Patterns of community violence exposure during adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 46, 289-302. doi: 10.1007/s10464-010-9344-7
32. Martinez, P., & Richters, J. E. (1993). The NIMH community violence project: II Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 56, 22-35.
33. McDonald, C. C., & Richmond, T. R. (2008). The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 833-849.
34. [McGee, Z.T.](#), [Davis, B.L.](#), [Brisbane, T.](#), [Collins, N.](#), [Nuriddin, T.](#), [Irving, S.](#), ... [Martin K](#) (2001). Urban stress and mental health among African-American youth: assessing the link between exposure to violence, problem behavior, and coping strategies. *Journal of cultural diversity* 8, 94-104.

35. Morin, A. J. S., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J.-L., & Ninot, G. (2011). Psychometric properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in French clinical and nonclinical adults. *Epidemiology and Public Health/Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 59, 337-340.
36. Neugebauer R, Fisher PW, Turner JB, Yamabe S, Sarsfield JA, Stehling-Ariza T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*, 38,1033-1045. doi: 10.1093/ije/dyn375. Epub 2009 Feb 8.
37. Norris, F. H., & Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. In J. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD*, 63-102, 2nd ed. New York: Guilford Press
38. O'Donnell, D.A., Roberts, W.C., Schwab-Stone, M.E. (2011). Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: The moderating role of positive school climate. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(01) 59-67. doi: 10.1007/s00127-009-0162-x. Epub 2009 Nov 17.
39. Overstreet, S., & Braun, S. (2000). Exposure to community violence and post-traumatic stress symptoms: Mediating

- factors. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 70, 263–271. doi:10.1037/h0087828
40. Ozer E.J. & McDonald K.L. (2006). Exposure to violence and mental health among Chinese American urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 39, 73–79. DOI:[10.1016/j.jadohealth.2005.09.015](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.09.015)
41. Ozer E.J. & Weinstein R.S. (2004). Urban adolescents' exposure to community violence: the role of support, school safety, and social constraints in a school-based sample of boys and girls. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33(03), 463–476. DOI:[10.1207/s15374424jccp3303_4](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_4)
42. Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385–401
43. Roberts, R. E., Vernon, S. W., & Rhoades, H. M. (1989). Effects of language and ethnic status on reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies–Depression Scale with psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 581–592
44. Richters, J.E., & Saltzman, W. (1990). Survey of exposure to community violence: self-report version. Rockville, MD: *National Institute of Mental Health*.

45. Richters, J.E., & Martinez, P. (1993). The NIMH Community Violence Project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, *56*, 7–21.
46. Saadatmand, F., Harrison, R., Bronson, J., Crouse, D., Jackson, M. (2017). Gender Differences and the Impact of Exposure to Violence on Depressive Symptoms and Sleep Habits among Young African American Adults, *Journal of Family Strengths*, *17* (1).
47. Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R. S., & Ng-Mak, D. S. (2008). Aggressive behavior in response to violence exposure: Is it adaptive for middle-school children? *Journal of Community Psychology*, *36*, 1008–1025. doi: 10.1002/jcop.20275
48. Scarpa, A., Hurley, J. D., Shumate, H. W., & Haden, S. C. (2006). Lifetime prevalence and socioemotional effects of hearing about community violence. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*, 5–23.
49. Seedat, S., van Nood, E., Vythilingum, B., Stein, D., & Kammer, D. (2000). School survey of exposure to violence and posttraumatic stress symptoms in adolescents. *Southern African Journal of Child and Adolescent Mental Health*, *12*, 38–44.
50. Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S., Rhodes, H. J., & Vestal, K. D. (2003). Prevalence of child and adolescent exposure to community violence. *Clinical Child and Family*

- Psychology Review*, 6, 247–264. 115–125. doi: 10.1023/B:CCFP.00000006292.61072.d2
51. Taylor, K.W., & Kliewer, W. (2006). Violence exposure and early adolescent alcohol use: An exploratory study of family risk and protective factors. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 207–221. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.030
52. Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social Science and Medicine*, 62, 13–27
53. [van der Meer, CA1.](#), [Bakker, A.](#), [Smit ,AS.](#), [van Buschbach, S.](#), [den Dekker M.](#), [Westerveld, GJ.](#), ..., [Olf M.](#) (2017) Gender and Age Differences in Trauma and PTSD Among Dutch Treatment-Seeking Police Officers. *The Journal of nervous and mental disease*, 205(2):87–92. doi: 10.1097/NMD.0000000000000562.
54. Ward CL, Martin E, Theron C, Distiller GB. (2007). Factors affecting resilience in children exposed to violence. *South African Journal of Psychology*, 37, 165–187.
55. Weist, M. D., Acosta, O. M., & Youngstrom, E. A. (2001). Predictors of violence exposure among inner-city youth. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 187–198. doi: 10.1207/S15374424jccp3002_6
56. Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., Keane, T. M. (1993). The PTSD checklist (PCL):

reliability, validity, and diagnostic utility. *Paper presented at the Ninth Annual Conference of the ISTSS, San Antonio.*

57. Wilson, D. K., Kliewer, W., Teasley, N., Plybon, L., & Sica, D. A. (2002). Violence exposure, catecholamine excretion and blood pressure nondipping status in African American male versus female adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 64, 906–915.
58. Wilson, W. C., & Rosenthal, B. S. (2003). The relationship between exposure to community violence and psychological distress among adolescents: A meta-analysis. *Violence and Victims*, 18, 335–352.