الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة النفسية

الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة

عدد 5

غزة التداعيات السيكولوجية للحرب و الحصار

إشراف: عبد العزيز موسى ثابت

عدد 5 - 2012

إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تيسير خدمات الرعاية النفسية لضحايا الصدمة

العـــــدد 24: خريـــــــف 2009

الملـــف : غـــــزة ... التدعيـــــات السيكولوجيـــــة للحـــــرب و الحصـــــار 5

إفتتاحيـــة العـــدد: غـــزة ... التدعـــيـــات السيكولوجيـــة للحـــرب و الحصـــار – عبد العزيز ثابت و زملاءه 6
التفريـــغ الانفعالـــي و أثـــره علـــى ردود الفعـــل النفسيـــة للصدمـــة – عبد العزيز ثابت و زملاءه 7
إستراتيجيـــات التأقلـــم لـــدى أهالـــي الأطفـــال المعاقيـــن – عبد العزيز ثابت و زملاءه 16
Effect of war on Palestinian children behavioural and emotional problems – عبد العزيز ثابت و زملاءه 26
Comorbidity of Depression and Anxiety in Palestinian Children Victims of War on Gaza – عبد العزيز ثابت و زملاءه 31
Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war – عبد العزيز ثابت و زملاءه 38
Effect of trauma on school performance among school-aged children in Gaza Strip – عبد العزيز ثابت و زملاءه 41
Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip – عبد العزيز ثابت و زملاءه 50
The impact of siege on prevalence of depression and anxiety disorder among universities students – عبد العزيز ثابت و زملاءه 56
Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents – عبد العزيز ثابت و زملاءه 67
Outcome Measure in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics – عبد العزيز ثابت و زملاءه 72
Effectiveness of Psychoeducation Program on coping and Mental Health of Palestinian women – عبد العزيز ثابت و زملاءه 77
Coping of Palestinian women with trauma and loss due to War on Gaza – عبد العزيز ثابت و زملاءه 85
Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III) – عبد العزيز ثابت و زملاءه 94
Siege of Gaza, quality of life Palestinian children in the Gaza Strip – عبد العزيز ثابت و زملاءه 101
Psychiatric Disorders Among Children Attending Children Cancer Department in Gaza Strip – عبد العزيز ثابت و زملاءه 108

على هامـــش الملـــف: دراســـات ... مقـــالات ... شهـــادات .. مراســـلات 113

- الأطفـــال والكـــوارث: دليـــل الأطبـــاء للرعايـــة الأوليـــة – مصطفـــى شكيـــب 113
- الرعايـــة النفسيـــة للأطفـــال وقـــت الحـــرب والنزاعـــات – مأمـــون مبيـــض 128
- الجوانـــب النفسيـــة الاجتماعيـــة للصـــراع العربـــي الإسرائيلـــي 1 – قـــدري حفنـــي 132
- العـــلاج المعرفـــي السلوكـــي لاضطـــراب الكـــرب البعـــدي للصدمـــة – مصطفـــى شكيـــب 136
- هـــذه هـــي غـــزة ...شهـــادة طبيـــب نفســـي – عبد الرحيـــم الريفـــي 141
- غـزة...التداعيـات السيكولوجيـة للحـرب و الحصـار: مراسـات الشبكـة – مراسلـــوا الشبكـــة 145

أبحـــــاث و دراســـــات 161

أثـــر الإرشـــاد النفستربـــوي علـــى مستـــوى الأداء الدراســـي للطلبـــة – علـي كاظـم الشمـري 163
ســـوء استخـــدام الكمبيوتـــر و الانترنـــت وأهميـــة الارشـــاد التربـــوي – سوسن شاكـر مجيـد 172
تعلـــم فـــن الاستمـــاع – أحمـد فخـري هانـي 178
الأخصائيـــون النفسيـــون فـــي الســـودان – عمر الخليفة- إنعام أحمد 184
عســـر القـــراءة: الدمـــاغ الاستثنائـــي – مصطفـــى شكيـــب 191
بطاريـــة "K-ABC" لتشخيـــص صعوبـــات التعلـــم – بوفولـــة بوخميـــس 196
THE FACTORIAL STRATEGY: A NEW TECHNIQUE FOR SELECTING THE GIFTED – صلاح الدين عطا الله 201
L'ÉTAT DES LIEUX DES SCIENCES HUMAINES ET LE BANNISSEMENT DE LA PSYCHOLOGIE – عبد الكريم بالحاج 208

مصطلحـــات العلـــوم النفســـية العربيـــة / PSY TERMINOLOGIES 213

المعجـــم الإلكترونـــي للعلـــوم النفسيـــة العربيـــة "ت" (الإصدار العربي) 214
"D" E.DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL SCIENCES (English Edition) 218
"E" E.DICTIONNAIRE DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES (Edition Francais) 222

العـــــدد 24: خريـــــــف 2009

وثائـــــــــق 236

الميثـــاق الأخلاقـــي للمشتغليـــن بعلـــم النفـــس - نوفمبـــر 2007 236

اصـــــدارات حديثـــــة 242

مراجعـــــة كتـــــب / Books Review 243

المدخـــل إلـــى التأصيـــل الإسلامـــي لعلـــم النفـــس - صالـــح بن ابراهيم الصنيع 243

كيـــف نفهـــم..الوفـــاة..ومـــرارة الفقـــد والأســـى.. - عبـــد الرحمـــان ابراهيـــم 248

الوســـــــــــواس القهـــــــــــري - وليـــــــــد سرحـــــــــان 253

مراجعـــــة مجـــــلات / Journals Review 256

المجلـــــة العربيـــــة للطـــــب النفســـــي - م 20 العدد 01 256

الثقافـــــة النفسيـــــة المتخصصـــــة - م 20 العدد 78 259

جوائـــــــــــز / Prizes 264

جائـــزة ابـن رشـــد للفكـــر الحـــر الحاديـــة عشـــر 2009 264

مؤتمـــــرات نفسيـــــة / Psy Congress 274

المؤتمـــــر الإقليمـــــي الثانـــــي لعلـــــم النفـــــس - القـــاهـــرة 275

برنامـــج التدريـــب في مناهـــج البحـــث التوجيهيـــة للسياســـات و التقييـــم - القـــاهـــرة 281

الملتقـــى الدولـــي الثانـــي للمعهـــد الربيعـــي - المغـــرب 283

نـــدوة : التحـــرش الجنســـي فـــي أوســـاط العمـــل - الجزائـــر 294

الملتقـــى الدولـــي الثالـــث للطـــب النفســـي ببجايـــة - بجايـــة 295

الملتقـــى الدولـــي الســـادس للطـــب النفســـي - جـــدة 296

المؤتمـــر الدولـــي الأول للعلـــوم النفسيـــة و تطبيقاتهـــا - الإمـــارات 299

الـــدورة التحضيريـــة فـــي الطـــب النفســـي - الريـــاض 300

مركـــز مطمئنـــه الطبـــي: الـــدورات التدريبيـــة - السعوديـــة 301

ملـــــــف العـــــــدد 24

غـزة . . . التداعيـات السيكولوجيـة للحـرب و الحصـار

اشـــراف: عبـــد العزيـــز موســـى ثابـــت

أبحـــــــــــاث فـــــــي الملـــــــــــف...

المشاركـــــون فـــي الملـــــــف

عبـــد العزيـــز ثابـــت - أيـــاد الســـراج - هنـــد سليمـــان - بانـــوس فوستانـــس
أحمد أبو طواحينـه - عبد الكريم المجدلاوي - اسماعيل ابراهيم - سنـاء ثابت - منى منصور

افتتاحيـــــة العـــــدد: غـــــزة ... التداعيـــــات السيكولوجيـــــة للحـــــرب و الحصـــــار
التفريـــغ الانفعالـــي و أثـــــره علـــى ردود الفعـــل النفسيـــة للصدمـــة
إستراتيجيـــات التأقلـــم لـــدى أهالـــي الأطفـــال المعاقيـــن
Effect of war on Palestinian children behavioural and emotional problems
Comorbidity of Depression and Anxiety in Palestinian Children Victims of War on Gaza
Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war
Effect of trauma on school performance among school-aged children in Gaza Strip
Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip
The impact of siege on prevalence of depression and anxiety disorder among universities students
Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents
Outcome Measure in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics
Effectiveness of Psychoeducation Program on coping and Mental Health of Palestinian women
Coping of Palestinian women with trauma and loss due to War on Gaza
Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III)
Siege of Gaza, quality of life Palestinian children in the Gaza Strip
Psychiatric Disorders Among Children Attending Children Cancer Department in Gaza Strip

علـــــــى هامـــــــش الملـــــــــف...

دراســـــات ... مقـــــالات ... شهـــــادات ... مراســـــلات ...

الأطفـــال والكـــوارث: دليـــل الأطبـــاء للرعايـــة الأوليـــة - مصطفـــى شكيـــب
الرعايـــة النفسيـــة للأطفـــال وقـــت الحـــرب والنزاعـــات - مأمـــون مبيـــض
الجوانـــب النفسيـــة الاجتماعيـــة للصـــراع العربـــي الإسرائيلـــي 1 - قـــدري حفنـــي
العـــلاج المعرفـــي السلوكـــي لاضطـــراب الكـــرب البعـــدي للصدمـــة - مصطفـــى شكيـــب
هـــذه هـــي غـــزة ...شهـــادة طبيـــب نفســـي - عبـــد الرحيـــم الريفـــي
مراســـلات الشبكـــة. التداعيـــات السيكولوجيـــة للحـــرب و الحصـــار - مراسلـــوا الشبكـــة

افتتاحيـــــــــــــــــة العـــــــــــــــدد

غـــــزة ... التداعيـــــات السيكولوجيـــــة للحـــــرب و الحصـــــار

أ.د. عبـــــد العزيـــــز موســـــى ثابـــــت – الطـــب النفســـي – غـــزة، فلسطيـــن

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

الزملاء والزميلات: تحية طيبة وبعد

في هذا العدد الخاص من مجلة شبكة العلوم العربية النفسية نقدم بعض الدراسات التي تم إنجازها لإظهار ما يعانيه الشعب الفلسطيني من جور و ظلم الاحتلال الإسرائيلي, و العقاب الجماعي المفروض على هذا الشعب منذ عشرات السنين و الذي ازداد شراسة و ظلما بعد الحصار الجائر على غزة و منع الفلسطينيين من أبسط حقوقهم من التنقل و الحصول على المواد الأساسية و العلاج في الخارج.

لقد كان للممارسات اللاإنسانية لمتواصلة من الاحتلال الإسرائيلي على غزة و آخرها الحصار و الحرب على غزة تداعيات اقتصادية, و اجتماعية, و ثقافية, و نفسية مما أدي إلي ظهور الكثير من المشاكل الاقتصادية متمثلة في ارتفاع معدلات الفقر , و عدم قدرة الأسرة الفلسطينية على تلبية الاحتياجات أطفالها, و ظهور مشاكل نفسية متمثلة في زيادة القلق, و كرب ما بعد الصدمة, و المشاكل السلوكية التي كان لها تأثير علي التطور الصحي النفسي الاجتماعي للأطفال مما خلق جيل من الأطفال تمحورت كل حياتهم حول الانتقام, و الغضب من الوضع المزري الذي يعيشونه مع آبائهم, و تطلعهم للمقاومة و عدم التسامح.

و كانت الحر ب على غزة في ينا ير 2009 من أقسى التجارب التي عاشها الشعب الفلسطيني على مر العصور و التي استخدمت فيه آلة الحرب الأسرائيلية كل ما لديها من الأسلحة المحرمة دوليا في محاولة لتركيع الشعب الفلسطيني و سلبه إرادته و القضاء على حلمه في التحرير و العودة و خلق جيل غير قادر على المواجهة.

و كان لهذه الحرب ردود فعل آنية تمثلت في فقدان الأمان للعائلات الفلسطينية وفقدان 1400 شهيد, و 5000 جريح مما ترك جرحا غائرا في الذاكرة الفلسطينية و أدي إلي ازدياد المشاكل النفسية لدى الأطفال و البالغين, و لكن كان هناك علي الجانب الإنساني قدرة الأطفال و البالغين على التكيف مع هذه الظروف و القدرة على الصلادة النفسية البناءة للاستمرار في الحياة و محاولة البناء و الرباط و الصمود في الأرض و التجذر في الأرض و عدم الاقتلاع , و كان للعاملين في مجال الصحة الدور الكبير و المهم لمساعدة الأطفال و البالغين في التغلب على ردود الفعل المختلفة الناتجة عن الحرب من خلال المجموعات العلاجية التي تمت بعد الحرب.

و عليه نقدم بعض النتاج لمثل هذه الدراسات عساها تلقي الضوء اليسير على معاناة الشعب الفلسطيني نتيجة الحصار و الحرب على غزة.

التفريـــــغ الانفعالـــــي و أثـــره على ردود الفعـــــل النفسيـــــة للصدمـــــة

أ.د. عبـــــد العزيـــــز موســـــى ثابـــــت – الطـــب النفســـي – غـــزة، فلسطيـــن

د. ايـــاد رجـــب الســـراج – طبيب أخصائي نفسي قسم الأبحاث في برنامج غزة للصحة النفسية – غـــزة، فلسطيـــن

احمـــد أبـــو طواحينـــة – اخصائي اكلينكي – غـــزة، فلسطيـــن – **بالتعاون مع مؤسسة القطان للطفل**

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

ملخص الدراسة

الهدف: هدفت هذه الدرساة إعطاء معرفة عن تأثير جلسات التفريغ النفسي الانفعالي علي تخفيض ردود الفعل النفسية و العنف لدي الأطفال في قطاع غزة بعد تعرضهم للصدمات النفسية الناتجة عن الحرب على غزة.

عينة الدراسة: بلغ عدد أفراد الدراسة الكلية 88 طفل من الأطفال في محافظة غزة ، حيث تم اختيارهم من منطقة الزيتون نتيجة أنها من أكثر المناطق تعرضوا لها الأطفال في قطاع غزة، حيث تم استبعاد 12 طفل من العينة موزعين على المجموعتين منهم 6 أطفال مجموعة تجريبية و كذلك 6 أطفال مجموعة ضابطة ، وبذلك بلغت عينة الدراسة التي سوف تم تحليلها 76 طفل منهم 38 مجموعة ضابطة و 38 مجموعة تجريبية ، حيث تراوحت أعمارهم بين 6 إلى 15 سنة و بمتوسط عمري (11.14) سنه.

أدوات الدراسة: لقد تم استخدام المقاييس التالية لدراسة أثر التدخل العلاجي: المعلومات الديموغرافية للأطفال, ومقياس سبنس لقلق الأطفال, ومقياس تأثير الحدث-8 بنود, ومقياس العنف.

التدخل العلاجي: تم التدخل العلاجي مع 38 طفل وطفلة باستخدام الخطة المكونة من سبع جلسات و هي العاب حركية, وتفريغ وسرد قصص, والألعاب الدرامية, و رواية قصة وقراءة حرة, وعرض ترفيهي, وفنون تشكيلية, وعرض سينمائي, ويوم مفتوح.

النتائج: تبين في هذه الدراسة أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرحلتين بعد التدخل الذي استمر لمدة أسبوعين و شمل العديد من النشاطات التي قد تساعد الأطفال في التغلب على ردود الفعل النفسية المتمثلة في مجموع كرب ما بعد الصدمة, و أعراض تجنب الحدث الصادم بعد التدخل ، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض ردود الفعل النفسية عن الصدمة لدى الأطفال، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخبرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمه للحدث الصادم , الذكريات الاقتحامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

و بالنسبة لمستوى العنف لدى الأطفال فلم يكن للجلسات التي أجريت أي أثر في خفض مستوى العنف عند الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم, بينما وجدت الدراسة خفض في درجات القلق العام والزائد عند الأطفال بعد التدخل.

التطبيقات العملية و التوصيات: لقد بينت هذه الدراسة أن هناك فاعلية لبرامج التدخل العلاجية بعد الحرب على الأطفال في التخفيف في حدة ردود الفعل النفسية الناتجة عن الصدمات و لكن نتيجة لعدم وجود جو آمن في قطاع غزة و لاستمرار الحصار و التهديد بالحرب على قطاع غز و علية يجب إيجاد بيئة آمنة للأطفال في وجود البالغين الذين يثق فيهم الأطفال و يكونون قاديرين على تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لهم, واستخدام برامج تدخل طويلة المدي تعتمد أساليب حديثة مثل العلاج النفسي الادراكي من خلال المدارس,تدريب العاملين في المؤسسات التي تتعامل مع هذه الشريحة على كيفية الاكتشاف المبكر للحالات النفسية التي تحتاج للتدخل و تعليمهم المهارات اللازمة للتدخل النفسي الأجتماعي, و تدريب المدرسين و الآباء على كيفية معرفة ردود الفعل النفسية و الاجتماعية للأطفال و طرق التعامل مع الأطفال في الظروف الصعبة و ايجاد بدائل للثواب و العقاب بدلا من العقاب البدني.

في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخبرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمه للحدث الصادم , الذكريات الاقتحامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

SUMMARY

Aim: The aim of the study was to investigate the effectiveness of counseling settings in reduction of the emotional reactions and psychological violence among children in the Gaza Strip after being subjected to psychological trauma resulting from the war on Gaza.

Study sample: The study sample consisted of 76 children from the province of Gaza. The experimental group include 38 children from high exposed area and the control group were chose from the same school but less exposed to war and trauma. The age ranged from 6 to 15 years and average age was (11.14) years.

Study tools: We evaluate children (both experimental and control) using the following standards tools: demographic information of children, Spence children's anxiety scale, Impact of Events Scale -8 items, and school violence scale. The same tools were used after the intervention sessions.

Therapeutic intervention: The intervention program conducted using the plan consisted of seven sessions (2 hours each) for 2 weeks : movement games, stories telling, drama games, dramas, and tell the story and read the free story, and offer entertainment, arts and plastic arts, and presentation of film, and an open day.

Results: The study showed that the there were statistically significant differences in degree of reexperiences of the traumatic experiences after the intervention and declining in the painful memories of the traumatic event and declining in intrusive memories related to traumatic experiences. Also, level of violence among children of the meetings were not held any effect in reducing the level of violence in children to other children who are in age, while the study showed that there was reduction in the degree of general anxiety of in children.

Key words: War on Gaza, Children, non curriculum activities, anxiety, violence

مقدمـــــــــــة

عاني الأطفال في قطاع غزة لسنوات عديدة من تأثير الحرب المستمرة علي القطاع و الاجتياحات المتكررة, و آخرها هو ما تعرض له الأطفال من صدمات نفسية شديدة نتيجة للحرب على غزة و التي استمرت لمدة 23 يوما من 28-12-2008 لغاية 19-1-2009 و التي خلفت 1400 شهيدا ثلثهم من الأطفال و حوالي 5000 جريح , تركت هذه الحرب آثار نفسية و اجتماعية تفاوتت ما بين حالات القلق, و ردود الفعل الناتجة عن الصدمات النفسية, و الاكتئاب, و زيادة الحركة. و حاولت مؤسسات كثيرة في فترة ما بعد الحرب تقديم العون النفسي الاجتماعي العاجل للمتضررين من الأطفال, وكان لبرنامج غزة اليد الطولي في تقديم الخدمات العلاجية المختلفة و تدريب العاملين في المؤسسات الآخرى على طرق التدخل مع الأطفال, و من المؤسسات التي عملت مع برنامج غزة مؤسسة القطان و التي تم الاتفاق معها على تنفيذ برنامج إرشادي و ثقافي للأطفال الأكثر تضررا من الحرب لمساعدة الأطفال في التغلب على ردود الفعل الناتجة عن الحرب على غزة.

لقد أجريت بحوث قليلة على فعالية التدخلات نفسية المحددة للأطفال الذين يعيشون في مناطق الحرب. غير أن عددا من الدراسات قدمت نماذج مختلفة من التدخلات لمشاكل الصحة النفسية والعقلية لدى الأطفال الذين عانوا من سوء المعاملة ، و من ذوي الخبرة الناتجة عن الكوارث الطبيعية ، و العنف السياسي ، أو تعرضوا للعنف من داخل المجتمع. هذه النماذج في الغالب تعتمد على العلاج النفسي الديناميكي (Psychodynamic) أو العلاج المعرفي، بهدف جعل الطفل قادرا على الربط بين الصدمات النفسية التي تعرض لها، والمشاعر والمعتقدات، والتي يمكن بعد ذلك تعديلها و ردود الفعل عليها.(Pynoos and Nader, 1988)

معظم البرامج التي تمت في هذا المجال هي عبارة عن برامج تتلخص في إعادة السرد (debriefing) للأحداث الصادمة و ردود الفعل عليها (Dyregrov, 1999).

و في دراسة لتقييم الأطفال الارمنيين ضحايا الزلزال في أرمينيا في سنة 1989 باستخدام السرد للإحداث الصادمة و ردود الفعل عليها , وذلك من خلال عمل أربع مجموعات من لأطفال حضروا جلستين عبارة عن تفرغ انفعالي نفسي باستخدام السرد, و تبين في التقييم البعدي أن هناك تحسن في أعراض كرب ما بعد الصدمة و لم يحدث تحسن في أعراض الاكتئاب (Goenjian et al, 1997) .

و في دراسة أخري (Salloum et al, 2001) على مجموعة من المراهقين ضحايا جرائم القتل في الولايات المتحدة الذين تم التدخل معهم من خلال عقد 10 جلسات جماعية تكونت من زيادة معرفة المراهقين عن الصدمات النفسية و الحزن, و مساعدتهم في التنفيس عن مشاعرهم و همومهم, و تقليل أعراض الصدمة ,وتبين أن هناك تحسن في الصحة النفسية للمراهقين.

وآخرون أيدوا استخدام التعليم النفسي في مجموعات الأطفال الذين تعرضوا للخبرات الصادمة. وفيها يشارك الأطفال الآخرين قصصهم عن الصدمة, ردود الفعل النفسية لديهم, مما يكسبهم نوعا من التماسك والتعاضد، وتعلمهم كيفية تحسين التكيف مع مشاعرهم ،والأفكار المتعلقة

بالصدمة, التصرفات الناتجة عن الصدمة Feeny آخرون2004 . وجد الباحثون أن البدء في عملية تقديم المشورة في وقت قريب بعد وقوع الكارثة أو الصدمة كانت أكثر فعالية على المدى الطويل. وفي دراسة عشوائية محكمة لتقييم فعالية العلاج الجماعي لمجموعة من أطفال المدارس في لوس انجلوس في الولايات المتحدة الأمريكية ، الذين عانوا من أعراض كرب ما بعد الصدمة نتيجة العيش في المجتمع مع مستويات عالية من العنف ، وجد الباحثون تحسناً في الأعراض الإكلينيكية بعد فترة 6 أشهر من العلاج و المتابعة (شتاين وآخرون ، 2003). وفي دراسة أخرى على الأطفال في سيراليون لتحديد ما إذا كان التدخل التعليمي السريع يؤدي إلى تقليل أعراض الصدمة وجدت أن أعراض الإقحام و الإثارة انخفضت بعد هذا التدخل ، في حين زادت أعراض التجنب (غوبتا و Zimmer، 2008).

وفي العقد الأخير أجريت عدة دراسات في البيئة الفلسطينية على مجموعات من الأطفال الذين تعرضوا للخبرات الصادمة الناتجة عن الاحتلال الإسرائيلي لقطاع غزة و ما أعقبه من اجتياحات متكررة.

ففي دراسة ثابت و فوستانس في (2005) في دراسة تهدف إلى تقييم الأثر القصير الأجل من مجموعة التدخل في الأزمات لأطفال تتراوح أعمارهم بين 9–15 سنوات من خمسة مخيمات للاجئين في قطاع غزة خلال الانتفاضة. وقد تم اختيار الأطفال الذين اظهروا ردود فعل نفسية متوسط و شديدة ، وخصصت لمجموعة التدخل (ع = 47) و شملت الجلسات تشجيع التعبير عن المشاعر من خلال التحدث عن الخبرات الصادمة, و القصة ، والرسم الحر ، ولعب الأدوار و مجموعة أخري تم تدريب معلميهم عن الصدمات النفسية و تأثيراتها المختلفة (ع = 22) ، و الباقي لم يتم التدخل معهم (ع = 42). تبين أن لا تأثير كبير للجلسات على أعراض الاكتئاب و ردود الفعل ما بعد الصدمة

و في دراسة ثابت وآخرون (2009أ تحت الطبع) لعدد 108 من الأطفال من أربع مدارس في مدينة غزة للتحقيق من فعالية الكتابة بوصفها تعبيرا و علاجا للأطفال المتضررين من الحرب والصدمات النفسية. وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط ردود فعل الأطفال النفسية بعد الصدمة بعد انتهاء فترة العلاج ، وأفادت هذه الجلسات المراهقين النفسية. ولكن أعراض مثل الإقحام والتجنب لم تتغير. و كذلك في مستوى الاكتئاب بعد التدخل لم تتغير. و تبين أن الكتابة أدت إلي انخفاض مستوى القلق بعد التدخل من خلال الكتابة.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009ب تحت الطبع) بهدف تقييم فعالية برنامج الوساطة الطلابية في تحسين الصحة النفسية للأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة. كان المشاركون في الدراسة 304 من تلاميذ المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 6-16 (متوسط العمر = 10.62 عاما) من الصف العاشر من ثلاث مدارس منتقاة عشوائيا من المدارس في القوائم التي قدمتها وزارة التربية والتعليم. وأظهرت النتائج أن هناك دلالة إحصائية انخفاض في المشاكل النفسية وأعراض فرط النشاط و نقص الانتباه على حسب رأي الطالب في المدرسة بعد الوساطة الطلابية. و وفقا لآراء الآباء تبين أن هناك انخفاض في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009ج, تحت الطبع) في دراسة تهدف إلى تقييم جلسات التدخل في المدرسة للأطفال الذين يعيشون في منطقة الصراع في الحرب الدائرة. وتم أخذ عينة عشوائية من 240 من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10-16 عاما ممن يعانون من نتائج الصدمات النفسية الناتجة عن النزاع الحالي في قطاع غزة ، وأجريت مقابلات حول تجارب الحرب وردود الفعل على العنف قبل وبعد المشاركة في الجلسات و تم التدخل في 8 مدارس لمدة أسبوعين بعدد 8 جلسات للمجموعة. و هدفت الجلسات إلى تسهيل الاتصالات بين الأطفال و البالغين، ومناقشة المخاوف والمعتقدات ، وإبراء الذمة من المشاعر ، وتمكينها من أداء دورها في بناء مستقبلهم. والرسم ورواية القصص، ولعب الأدوار. الأطفال أفادوا بان هذه الجلسات أدت إلي انخفاض مشاكل الصحة النفسية. ومع ذلك لا يتفق هذا مع رأي الآباء والأمهات الذين لم يلاحظوا أي تغيير في المشاكل السلوكية والعاطفية للأطفال بعد التدخل. النتائج التي توصلت إليها الدراسة تبين أن استخدام الجلسات في المدارس في زمن الحرب يمكنها تحسين الصحة النفسية للأطفال, و دعت لتسليط الضوء على الحاجة إلى مزيد من وسائل جديدة للتدخل من أجل الأطفال الذين يعيشون في منطقة الحرب والصراع مثل العلاج الإدراكي والسلوك والتدريب على المهارات الاجتماعية لتمكين الأطفال من التعامل مع الصدمات والإجهاد.

و في دراسة ثابت وآخرون (2009د تحت الطبع) لعدد 84 من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 12-17 لمعرفة تأثير جلسات السيكودراما على الصحة النفسية للأطفال من ضحايا الحرب والصدمات النفسية في قطاع غزة ، وجدت هذه الدراسة أن هناك دلالة إحصائية على انخفاض في مستوى المشاكل النفسية و أعراض فرط النشاط وفقا للمراهقين ، وأظهرت النتائج أن هناك انخفاضا في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل على حسب رأي الوالدين.. إلا أن المدرسين لم يبلغوا عن تحسن في مشكلات الصحة النفسية في معظم المراهقين.

و يتضح من الدراسات السابقة في نفس المنطقة أن هناك تفاوت في أثر مختلف أنواع التدخلات النفسية لمساعدة الأطفال ضحايا الحرب و العنف, هذه الاختلافات مردها إلي أن هذه التدخلات قصيرة المدى و تجري في أجواء معظمه مفعم برائحة الحرب و عدم الأمان الذي يمثل الأساس في استجابات الأطفال للتدخلات النفسية المختلفة. وكان للحرب الأخيرة علي غزة تأثرات مختلفة علي الصحة النفسية للأطفال تمثلت في أعراض القلق و الاكتئاب و ردود فعل ما بعد الصدمة وما ترتب عليها من تدخل المؤسسات المختلفة العاملة في مجال الطفولة و عليه تم عمل هذه الدراسة بالتعاون ما بين برنامج غزة و مؤسسة القطان.

هـــــــدف الدراســـــــة

الهدف العام للدراسة هو إعطاء معرفة تأثير جلسات التفريغ النفسي علي تخفيض ردود الفعل النفسية لدي الأطفال في قطاع غزة بعد تعرضهم للحرب على غزة .

طريقـــــــة البحـــــث

عينـــــة الدراســـــة

بلغ عدد أفراد الدراسة الكلية 88 طفل من الأطفال في محافظة غزة ، حيث تم اختيارهم من منطقة الزيتون نتيجة أنها من أكثر المناطق تعرضوا لها الأطفال في قطاع غزة، حيث تم استبعاد 12 طفل من العينة موزعين على المجموعتين منهم 6 أطفال مجموعة تجريبية و كذلك 6 أطفال مجموعة ضابطة ، وبذلك بلغت عينة الدراسة التي سوف تم تحليلها 76 طفل منهم 38 مجموعة ضابطة و 38 مجموعة تجريبية ، حيث تراوحت أعمارهم بين 6 إلى 15 سنة و بمتوسط عمري (11.14) سنة وبانحراف معياري 2.1 سنة، و قد شكل الذكور في العينة نسبة 50% منهم (52.6% للمجموعة التجريبية و 47.4% للمجموعة الضابطة) ، في حين شكلن الإناث في العينة نسبة 50% موزعين كالتالي (52.6% للمجموعة الضابطة و 47.4% للمجموعة التجريبية) ، أما بالنسبة للمستوى الصفي لأطفال المجموعتين فقد تبين أن 55.2% من أطفال المجموعة الضابطة يدرسون في المرحلة الابتدائية ، بينما 44.7% يدرسون في المرحلة

الابتدائية والنصف الأخر يدرسون في المرحلة الإعدادية ، حيث تبين أن الغالبية العظمى من الأطفال يسكنون في منازل ملك وبنسبة 65.8% ، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (1) التوزيع النسبي لأطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية

المتغيرات الديموغرافية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية		كا²	مستوى الدلالة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة		
الجنس					0.21	//0.46
ذكر	20	52.6	18	47.3		
أنثى	18	47.3	20	52.6		
المستوى الدراسي					0.21	//0.64
ابتدائي	21	55.2	19	50		
إعدادي	17	44.7	19	50		
عدد الأخوة					1.9	//0.38
أقل من 4	4	10.5	3	7.9		
من5-7	19	50.0	14	36.8		
أكثر من 8	15	39.5	21	55.3		

أدوات الدراســـــــــــة

1- المعلومـــــــات الديموغرافيـــــة للأطفـــــال

يحتوى هذا الجزء على بعض البيانات الأولية لعينة الدراسة مثل: العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية ، ومكان وموقع السكن، والمستوى التعليمي، والمهنة، والدخل الشهري لأفراد العينة، كما اشتمل أيضاً على بعض البيانات الأسرية مثل: الوضع الاجتماعي للأسرة والمستوى التعليمي للأبوين ومهنة الوالدين ، وعدد أفراد الأسرة، والدخل الشهري للأسرة، ومصدر الدخل الشهري .

2- مقيـــاس سبنـــس لقلـــق الأطفـــال (Spence, 1997)

لقد تطور هذا المقياس بعد جهد كبير لعدة مقاييس كانت تُركز على مقياس البالغين، وهذا المقياس يحتوى على عدة بنود مكتوبة في لغة أصدقاء الأطفال، وقد أجريت على هذا المقياس دراسات تجريبية دقيقة قبل اعتماده، ويشمل هذا المقياس على 38 بند للقلق. منها ستة بنود للتعبئة وسؤال واحد مفتوح الإجابة ، ليس له درجه. وهذا يُعطي مقياس كامل وشامل للقلق مع التدرج على 6 درجات. وكل درجة تقيس جزئية خاصة بالقلق عند الطفل. وتتم عملية تعبئة هذا المقياس عن طريق الطلب من الأطفال اتباع المعلومات المبينة، ويُطلب من الطفل وضع علامة على الخانة التي تنطبق على حالته، وهذه الخانات متدرجة أربع درجات هي (أبداً- أحياناً- غالباً- دائماً).

3- مقياس تأثير الحدث-8 بنود Impact of Events Scale -8 items

قام العالم هورفيتز (Horowitz et al., 1979) باستخدام هذا المقياس لتقويم تأثير الصدمات النفسية على البالغين. و لم يكن أنا ذاك قد تم إدراج كر ب ما بعد الصدمة في الصيغة التشخيصية الأمريكية للأمراض العقلية. و عليه فان هذا المقياس لا يتوافق مع هذه الصيغة .و بعد ذلك استخدم هذا المقياس في الأطفال من سن 8 سنوات و هو عبارة عن مقياس تقريري شخصي ((Yule et al., 1994 .

لهذا المقياس بعدين: الأول هو الإقحام للأفكار و المشاعر عن الصدمة و الثاني عن تجنب الأحداث و المشاعر التي تذكر بالصدمة. حيث استخدم هذا المقياس على نحو واسع في دراسةِ كرب ما بعد الصدمة لدى الأطفال. ويتكون المقياس من 8 فقرات تميز اضطرابات ما بعد الصدمة وتقيس الأفكار الدخيلة السيئة وكذلك التجنب (Dyregrov et al, 1996) . وهناك ثلاث خيارات للإجابة هي أبداً (0) أحياناً (1) بعض الأحيان (3) غالباً (5)، ونقطة القطع لهذا المقياس هي 17 أو أكثر للذين يعانون من اضطرابات كرب ما بعد الصدمة.

4- مقيـــــاس العنـــــــف

تم استخدام مقياس السلوك العدواني للأطفال (إعداد سامية جنينه, 2003) و المأخوذ من عدة مقاييس آخري, ويتكون المقياس من صورته النهائية من (38) عبارة وتتوزع علي خمسة أبعاد وهي الاتجاه نحو العنف (8 عبارات), و العنف نحو الأشياء (7 عبارات), والعنف في الدفاع عن الذات (7 عبارات), , والعنف اللفظي نحو الآخرين (8 عبارات), , العنف المادي نحو الآخرين (8 عبارات) و لهذه الدراسة تم أخذ بعدي العنف اللفظي و المادي.

طريقـــــة التدخـــــل مـــــع الأطفـــــال

تم عقد عدة لقاءات مع الأخصائيين الذين سيقومون بتعبة الاستبانة قبل و بعد التدخل و تم شرح كل البنود وتم الاتفاق على تعبئة الاستبيانات للتقييم الأولي لكل الأطفال في المجموعتين (الضابطة, و التي تم التدخل معها و تم الاتفاق على الخطة التالية للتدخل:

1. **العـــــاب حركيـــــة** : حيث تم عمل جولة سريعة للأطفال في داخل المركز مع مجموعة من المهرجين ثم تعبئة استبيانات الصحة النفسية مع الأطفال وبعد ذلك التقى الأطفال مع المجموعة الألمانية حيث قاموا بمجموعة من الألعاب الحركية المتنوعة.

2. **تفريـــــغ وســـــرد قصـــص:** تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين حيث بدا النشاط بمجموعة من الألعاب الحركية وبعد ذلك بدا كل طفل بالحديث وسرد قصته مع الحرب ثم ضم المجموعتين وعمل نشاط رسم حر لجميع الأطفال

3. **الألعـــــاب الدراميـــــة:** تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين وبدا النشاط مع كل مجموعة من خلال أنشطة الإحماء ثم التعرف على الأطفال وبعد ذلك عمل مجموعة من تمارين التركيز و الارتجال وتمثيل مجموعة من الحركات مع وجود خلفية موسيقية.

4. **روايـــة قصـــة وقـــراءة حـــرة :** تم بدا النشاط بتقسيم الأطفال إلى مجموعتين حسب الفئة العمرية ثم القيام بمجموعة من الألعاب الحركية ثم رواية قصة سردية كاملة مع مسرح الدمى للمرحلة الابتدائي ،أما المرحلة الإعدادية فكانت هناك رواية قصة جماعية من قبل الأطفال بالإضافة إلى مجموعة من الألعاب الجسمية والحركية.ثم تم ضم المجموعتين وإتاحة الفرصة لجميع الأطفال للقراءة الحرة داخل المركز.

5. **عـــــرض ترفيهـــــي :** تم عمل عرض ترفيهي لجميع الأطفال يتضمن فقرات عديدة مثل السحر ومهرجين و الموسيقى.

6. **فنـــــون تشكيليـــــة :** بدا النشاط بمجموعة من العاب الحركية المتنوعة وبعد ذلك تم تنفيذ نشاط فنون تشكيلية من خلال توزيع ورق ملون على الأطفال وعمل الأشكال مختلفة بهذا الورق ثم لصقها على لوحة سوداء

7. يـــــوم مفتـــــوح: تم تعبئة استبان الصحة النفسية ثم تم تقسيم الأطفال إلى مجموعتين مجموعة نفذت نشاط الميكرفون مفتوح حيث أن كل طفل يعبر عن موهبته من خلال الأناشيد ومجموعة أخرى تم تنفيذ نشاط رسم وجوه وثم تم تبديل المجموعات وبعد ذلك تم ضم جميع الأطفال بتقديم هدايا (قصص وحقائب مدرسية).

النتائـــــــج

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث

(كرب ما بعد الصدمة) في القياس القبلي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة (t=1.53,P-value>0.05) وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة .كما تبين عدم وجود فروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعد تجنب الحدث ، في حين لوحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعد استعادة الحدث ، الفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (2) : نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) في القياس القبلي

مقياس تأثير الحدث	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
كرب ما بعد الصدمة	26.1	7.4	23.4	8.0	1.53	//0.13
استعادة الحدث	16.3	4.4	12.9	5.2	3.13	//0.001
تجنب الحدث	9.7	5.1	10.5	5.0	-0.63	//0.53

// P-value>0.05 *P-value<0.05 ** P-value <0.01

الفروق ين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث

(كرب ما بعد الصدمة) في القياس البعدي:

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي إلى وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة (t=1.99,P-value<0.05) ،والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، حيث بلغ متوسط درجات كرب ما بعد الصدمة لأطفال المجموعة التجريبية 25.9 درجة ، في حين بلغ متوسط درجات أطفال المجموعة الضابطة 22.3 درجة .

كما تبين وجود فروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعد استعادة الحدث بعد تطبيق الجلسات الإرشادية، الفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية .

في حين لوحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لبعد تجنب الحدث ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (3) : نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) في القياس البعدي

مقياس تأثير الحدث	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
كرب ما بعد الصدمة	25.9	8.3	22.3	7.2	1.99	*0.00
استعادة الحدث	15.4	4.9	11.3	4.6	3.76	**0.001
تجنب الحدث	10.9	4.4	11.0	4.9	-0.12	//0.90

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

مقيـــــاس العنـــــف لـــــدى الأطفـــــال

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي ضد الآخرين ، حيث بلغ قيمة اختبار "ت" للبعدين على التوالي (t=-0.07,P-value>0.05) (t=0.08,P-value>0.05) ، وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي عند الآخرين ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (4) :نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي

مقياس العنف ضد الآخرين	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
العنف المادي نحو الآخرين	12.7	3.8	12.8	3.0	-0.07	//0.95
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.3	3.2	9.3	2.6	0.08	//0.94

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي ضد الآخرين ، حيث بلغ قيمة اختبار "ت" للبعدين على التوالي (t=1.01,P-value>0.05) (t=0.46,P-value>0.05) ، وهذا يدل على الجلسات العلاجية لم يكن لها دور في تخفيف حدة العنف عن أطفال المجموعة التجريبية ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (5) نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي

مقياس العنف ضد الآخرين	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
العنف المادي نحو الآخرين	13.1	3.7	12.3	3.3	1.01	//0.31
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.6	3.3	9.3	2.6	0.46	//0.65

// P-value>0.05 *P-value<0.05 ** P-value <0.01

القلـــــق النفســـــي لـــــدى الأطفـــــال

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس القبلي:

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات القلق الكلي عند الأطفال (t=1.2,P-value>0.05) . وهذا يدل على وجود تجانس بين أطفال المجموعتين بالنسبة للقلق الكلي ، كما لوحظ عدم وجود فروق جوهري بين أبعاد مقياس القلق بين أطفال المجموعتين وهما (خوف الانفصال عن الأم ، مخاوف الإصابة الجسدية ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري ، القلق العام والزائد) ، في حين وجدت فروق بين أطفال المجموعتين لبعد الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة في القياس القبلي ،والفروق كان لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (6): نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس القلق عند الأطفال في القياس القبلي

مقياس القلق عند الأطفال	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	22.9	6.8	19.0	7.4	2.41	*0.02
خوف الانفصال عن الأم	17.7	4.3	16.3	4.7	1.37	//0.17
مخاوف الإصابة الجسدية	13.2	4.4	12.2	4.5	0.98	//0.33
المخاوف الاجتماعية	14.5	4.7	14.0	4.3	0.51	//0.61
الوسواس القهري	16.7	4.3	16.2	4.1	0.55	//0.59
القلق العام والزائد	17.8	4.5	15.6	4.9	1.99	//0.06
القلق الكلي	112.9	22.0	105.9	24.8	1.2	//0.20

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس العنف ضد الآخرين في القياس البعدي :

أشارت النتائج الموضحة في الجدول التالي وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لدرجات القلق الكلي عند الأطفال (t=3.0,P-value<0.05) ، والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية.كما تبين وجود فروق بين أطفال المجموعتين في الأبعاد التالية (الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة ، خوف الانفصال عن الأم ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري ، القلق العام والزائد) في القياس البعدي، والفروق كانت لصالح أطفال المجموعة التجريبية ، في حين لوحظ عدم وجود فروق بين أطفال المجموعتين لبعد مخاوف الإصابة الجسدية في القياس البعدي ، ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (7): نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق بين أطفال المجموعة التجريبية وأطفال المجموعة الضابطة بالنسبة لمقياس القلق عند الأطفال في القياس البعدي

مقياس القلق عند الأطفال	المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة	23.0	8.0	18.8	7.3	2.39	*0.02
خوف الانفصال عن الأم	18.6	4.6	14.6	5.4	3.49	**0.001
مخاوف الإصابة الجسدية	13.5	4.0	11.9	4.2	1.76	//0.08
المخاوف الاجتماعية	16.0	4.6	13.6	4.2	2.35	*0.02
الوسواس القهري	17.1	3.7	14.1	4.2	3.30	**0.001
القلق العام والزائد	16.9	4.7	13.7	4.8	3.01	**0.001
القلق الكلي	116.9	22.5	99.9	25.4	3.0	**0.003

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

مدى تأثير جلسات التفريغ الانفعالي في تخفيف حدة كرب ما بعد الصدمة عند أطفال المجموعة التجريبية :

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test لكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين(غير مستقلتين) Paired Sample T-test ، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (8):نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس تأثير الحدث (كرب ما بعد الصدمة) لأطفال العينة التجريبية

مقياس تأثير الحدث	القياس القبلي		القياس البعدي		متوسط الفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
كرب ما بعد الصدمة	24.7	7.8	24.3	8.0	0.43	0.43	//0.67
استعادة الحدث	14.6	5.1	13.4	5.1	1.26	2.08	*0.04
تجنب الحدث	10.1	5.1	10.9	4.6	-0.83	-1.15	//0.26

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لأعراض كرب ما بعد الصدمة ، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض الاضطرابات الناجمة عن الصدمة لدى الأطفال، وكذلك لوحظ عدم وجود فروق بين درجات القياس القبلي و البعدي على بعد تجنب الحدث ، أي أن جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن لها دور في خفض درجات بعد تجنب الأحداث الصادمة التي تعرضوا لها أطفال المجموعة التجريبية ، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات بعد استعادة الحدث ، حيث بلغ متوسط الفرق لبعد استعادة الحدث 1.26 درجة .

- **مدى تأثير الجلسات في تخفيف حدة العنف ضد الآخرين عند أطفال المجموعة التجريبية :**

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test لكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين(غير مستقلتين) Paired Sample T-test، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (9) : نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس العنف ضد الآخرين لأطفال العينة التجريبية

مقياس العنف ضد الآخرين	القياس القبلي		القياس البعدي		متوسط الفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
العنف المادي نحو الآخرين	12.8	3.4	12.7	3.5	0.04	0.10	//0.92
العنف اللفظي نحو الآخرين	9.3	2.9	9.5	3.0	-0.18	-0.44	//0.66

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة للعنف المادي والعنف اللفظي نحو الآخرين ، أي أن الجلسات لم يكن لها أثر في خفض درجات العنف الموجودة عن الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم .

مدى تأثير جلسات التفريغ الانفعاليفي تخفيف أعراض القلق عند أطفال المجموعة التجريبية :

للتحقق من ذلك تم إجراء اختبار "ت" Paired T-Test لكشف الفرق بين متوسطي مجموعتين مرتبطتين(غير مستقلتين) Paired Sample T-test ، في القياس القبلي والقياس البعدي لأطفال العينة التجريبية ،ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (10) :نتائج اختبار "ت" للعينات المرتبطة لكشف الفروق بين درجات القياس القبلي والقياس البعدي على مقياس القلق عند الأطفال لأطفال العينة التجريبية

مقياس القلق عند الأطفال	القياس القبلي		القياس البعدي		متوسط الفرق	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع			
الهلع و الخوف من الأماكن المزدحمة	20.9	7.3	20.9	7.9	0.04	0.05	//0.96
خوف الانفصال عن الأم	17.0	4.5	16.6	5.4	0.41	0.72	//0.47
مخاوف الإصابة الجسدية	12.7	4.4	12.7	4.2	-0.01	-0.03	//0.98
المخاوف الاجتماعية	14.2	4.5	14.8	4.5	-0.55	-1.27	//0.21
الوسواس القهري	16.4	4.2	15.6	4.2	0.80	1.43	//0.16
القلق العام والزائد	16.7	4.8	15.3	5.0	1.39	2.65	**0.01
القلق الكلي	109.4	23.6	108.4	25.3	1.05	0.46	//0.65

** P-value <0.01 // P-value>0.05 *P-value<0.05

تبين من خلال الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي بالنسبة لأعراض القلق الكلي ، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض أعراض القلق لدى الأطفال، كما لوحظ عدم وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض الأعراض التالية (الهلع والخوف من الأماكن المزدحمة ، خوف الانفصال عن الأم ، مخاوف الإصابة الجسدية ، المخاوف الاجتماعية ، الوسواس القهري) ، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات القلق العام والزائد عند أطفال المجموعة التجريبية ، حيث بلغ متوسط الفرق 1.39 درجة .

المناقشـــــــــــة

تعتبر هذه الدراسة من أول الدراسات التي أجريت على الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة بعد الحرب على غزة وخاصة الأطفال القاطنين في منطقة الزيتون في غزة و هي من المناطق التي تعرضت بشكل كبير لشتي أنواع الصدمات النفسية و ذلك لمعرفة تأثير جلسات التفريغ النفسي من خلال المجموعات علي تخفيض ردود الفعل النفسية لدي الأطفال في قطاع غزة و العنف بعد تعرضهم للحرب على غزة التي استمرت من 28-12-2008 و لمدة ثلاثة و عشرون يوما سقط فيها العديد من الشهداء و الجرحى. و تبين في هذه الدراسة أن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرحلتين بعد التدخل الذي استمر لمدة أسبوعين و شمل العديد من النشاطات التي قد تساعد الأطفال في التغلب على ردود الفعل النفسية المتمثلة في مجموع كرب ما بعد الصدمة, و أعراض تجنب الحدث الصادم بعد التدخل ، وهذا يدل على جلسات التفريغ الانفعالي لم يكن تأثير على خفض ردود الفعل النفسية عن الصدمة لدى الأطفال، في حين لوحظ وجود تأثير للجلسات العلاجية في خفض درجات أعراض استعادة الخبرات الصادمة المتمثلة في انخفاض استعادة الذكريات المؤلمه للحدث الصادم ,الذكريات الاقتحامية المتعلقة بالخبرات الصادمة.

و بالنسبة لمستوى العنف لدى الأطفال فلم يكن للجلسات التي أجريت أي أثر في خفض مستوى العنف عند الأطفال تجاه الأطفال الآخرين الذين في سنهم, بينما وجدت الدراسة خفض في درجات القلق العام والزائد عند الأطفال بعد التدخل.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسات سابقة في نفس المجال ففي دراسة ثابت و فوستانس في (2005) في دراسة تهدف إلى تقييم الأثر القصير الأجل من مجموعة التدخل في الأزمات لأطفال تتراوح أعمارهم بين 9-15 سنوات من خمسة مخيمات للاجئين في قطاع غزة خلال الانتفاضة. و تبين أن لا تأثير كبير للجلسات على أعراض الاكتئاب, وردود الفعل ما

بعد الصدمة. وتتفق هذه الدراسة مع دراسات سابقة في نفس المجال فقد بينت دراسة العلاج بالكتابة للأطفال المصدومين في قطاع في دراسة ثابت وآخرون (2009أ تحت الطبع) وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط ردود فعل الأطفال النفسية بعد الصدمة بعد انتهاء فترة العلاج ، وأفادت هذه الجلسات المراهقين النفسية. ولكن أعراض مثل الإقحام والتجنب لم تتغير. وكذلك في مستوى الاكتئاب بعد التدخل لم تتغير. وتبين أن الكتابة أدت إلي انخفاض مستوى القلق بعد التدخل.

و كذلك في دراسة ثابت وآخرون (2009ج تحت الطبع) في دراسة تهدف إلى تقييم جلسات التدخل في المدرسة للأطفال الذين يعيشون في منطقة الصراع في الحرب الدائرة. وتم أخذ عينة عشوائية من 240 من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 10-16 عاما ممن يعانون من نتائج الصدمات النفسية الناتجة عن النزاع الحالي في قطاع غزة ، و هدفت الجلسات إلى تسهيل الاتصالات بين الأطفال و البالغين، ومناقشة المخاوف والمعتقدات ، وإبراء الذمة من المشاعر ، وتمكينها من أداء دورها في بناء مستقبلهم. والرسم ورواية القصص ، ولعب الأدوار. الأطفال أفادوا بان هذه الجلسات أدت إلي انخفاض مشاكل الصحة النفسية. ومع ذلك لا يتفق هذا مع رأي الآباء والأمهات الذين لم يلاحظوا أي تغيير في المشاكل السلوكية والعاطفية للأطفال بعد التدخل. النتائج التي توصلت إليها الدراسة تبين أن استخدام الجلسات في المدارس في زمن الحرب يمكنها تحسين الصحة النفسية للأطفال, و في دراسة ثابت وآخرون (2009د تحت الطبع) لعدد 84 من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 12-17 لمعرفة تأثير جلسات السيكودراما على الصحة النفسية للأطفال من ضحايا الحرب والصدمات النفسية في قطاع غزة ، وجدت هذه الدراسة أن هناك دلالة إحصائية على انخفاض في مستوى المشاكل النفسية و أعراض فرط النشاط وفقا للمراهقين ، وأظهرت النتائج أن هناك انخفاضا في مستوى القلق و الوسواس بعد التدخل على حسب رأي الوالدين.. إلا أن المدرسين لم يبلغوا عن تحسن في مشكلات الصحة النفسية في معظم المراهقين.

التطبيقـــــات العمليـــــة و التوصيـــــات

لقد بينت هذه الدراسة أن هناك فاعلية لبرامج التدخل العلاجية بعد الحرب على الأطفال في التخفيف في حدة ردود الفعل النفسية الناتجة عن الصدمات و لكن نتيجة لعدم وجود جو آمن في قطاع غزة و لاستمرار الحصار و التهديد بالحرب على قطاع غزة فإن فاعلية مثل تلك البرامج تظل محدودة في اطار الأطفال و عليه توصي الدراسة بما يلي:

1- يجب إيجاد بيئة آمنة للأطفال في وجود البالغين الذين يثق فيهم الأطفال و يكونون قادرين على تقديم الدعم النفسي الاجتماعي لهم.

2- يجب استخدام برامج تدخل طويلة المدي تعتمد أساليب حديثة مثل العلاج النفسي الادراكي من خلال المدارس.

3- يجب تدريب العاملين في المؤسسات التي تتعامل مع هذه الشريحة على كيفية الاكتشاف المبكر للحالات النفسية التي تحتاج للتدخل و تعليمهم المهارات اللازمة للتدخل النفسي الأجتماعي.

4- يجب تدريب المدرسين و الآباء على كيفية معرفة ردود الفعل النفسية و الاجتماعية للأطفال و طرق التعامل مع الأطفال في الظروف الصعبة و ايجاد بدائل للثواب و العقاب بدلا من العقاب البدني.

5- الحاجة إلى مزيد من وسائل جديدة للتدخل من أجل الأطفال الذين يعيشون في منطقة الحرب والصراع مثل العلاج الإدراكي والسلوك والتدريب على المهارات الاجتماعية لتمكين الأطفال من التعامل مع الصدمات النفسية الناتجة عن الحرب و الضغوط النفسية المختلفة.

شكر و تقديـر

نتقدم بالشكر للاخوة العاملين في برنامج غزة و مؤسسة القطان و خاصة الاخت ريم أبو جبارة في تنفيذ الدراسة, وأخص بالشكر من برنامج غزة الأخ مساعد البحث الأحصائي خليل مقداد عما قدمه في هذه الدراسة من جهد موفور, و أتقدم بالشكر و التقدير للأطفال الذين شاركوا في هذه الدراسة.

References

- Dyregrov A, Kuterovac G & Barath A. (1996). Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 339-350.

- Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health* 1: 175-181.

- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 466-476.

- Goenjian, A.K., Karayan, I.L., Pynoos, R.S., Minassian D., Najarian, L.M., Steinber, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997). Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*, 536–542.

- Gupta, L., & Zimmer, C. (2008). Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. *The British Journal of Psychiatry, 192*, 212-216.

- Horowitz, M. J. (1979). *Psychological response to serious life events.* In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.), Human stress and cognition: An information processing approach. Chichester: Wiley.

- Pynoos, R.,& Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications. *Journal of Traumatic Stress,* 1, 444-473.

- Salloum, A., Avery, L &., McClainm R. P. (2001). Group psychotherapy for adolescents survivors of homicide victims: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1261-1267.

- Spence, S. H. (1997). The structure of anxiety symptoms among children: a confirmatory factor analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106,* 280 297.

- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H, Wong, M., Tu, W., Elliott, M.N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 290*, 603-611.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009c in press). Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009d in press). Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents.

- Yule, W. (1994). Post-traumatic stress disorders: InM. Rutter, E. Taylor, & L. Hersov (Eds.), Child and adolescent psychiatry : Modern approaches (3rd ed.). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Thabet AA, Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. European Child and Adolescent, Psychiatry, 14, 262-269.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009a in press). Manualized expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009b in press). Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip.

ePsydict C – Complete Edition (CD)
Arabic English French - French English Arabic - English Arabic French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الكامل
www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyCs.exe

ePsydict EF – English - French Edition (CD)
English French - English French

تنزيل النسخة التقييمية من الإصدار الإنكليزي الفرنسي
www.arabpsynet.com/HomePage/ePsyEFs.exe

استراتيجيـــــات التأقلـــــم لـــــدى أهالـــــي الأطفـــــال المعاقيـــــن

و علاقته بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- غزة

هنـد سليمـــان سالـــم أبوعيـــــادة – غـزة، وكالـة غـوث و تشغيـل اللاجئيـن

د. عبـــد العزيـــزموســـــى ثابـــت – الطـب النفسـي، غـــزة – فلسطيـن

Abdelazizt@homail.com

الملخـــــــــــص

الهدف: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة بين أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب في المنطقة الوسطى- قطاع غزة، في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، التعليم، السكن ، الدخل الشهري، عدد أفراد الأسرة و نوع الإعاقة .

العينة: اشتملت العينة على (306) والد ووالدة بواقع (151) أب و (155) أم و تم اختيارهم بطريقة قصديه غير عشوائية.

أدوات الدراسة: تم استخدام مقياس استراتجيات التأقلم، مقياس تايلور للقلق، و اختبار بيك للاكتئاب

النتائج: أوضحت النتائج أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين، يليها الانتماء ، التحكم بالنفس، التخطيط لحل المشكلات و في المرتبة الخامسة يأتي التفكير بالتمني و التجنب، يليها تحمل المسؤولية، و جاءت إستراتيجية الارتباك و الهروب في المرحلة الأخيرة، كما وتبين وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في إستراتيجية الارتباك و الهروب لصالح الآباء. كما و توجد فروق في استخدام إستراتيجيتي إعادة التقييم و التحكم بالنفس تعزى لعدد أبناء الأسرة، و الدخل الشهري، المستوى التعليمي، نوع السكن و نوع الإعاقة. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي الآباء و الأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق و الاكتئاب. و توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى القلق تعزى لعدد الأبناء، المستوى التعليمي للآباء و الأمهات ، و توجد فروق دالة إحصائيا في القلق و الاكتئاب تعزى للدخل الشهري ، و لا توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى القلق و الاكتئاب تعزى لنوع السكن، و نوع الإعاقة.

توجد علاقة ارتباطيه بين القلق و استراتيجيات التأقلم (التفكير بالتمني و التجنب، الانتماء، و الارتباك و الهروب) كما توجد علاقة ارتباطيه بين الاكتئاب و استراتيجيات التأقلم (التفكير بالتمني و التجنب، إعادة التقييم و الارتباك و الهروب).

التوصيات: يتضح من خلال ما سبق عرضه و في سياق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أهمية استخدام استراتيجيات تأقلم ايجابية و التي من شأنها أن تخفف من أعراض القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين ، حيث يتضح جليا من خلال نتائج الدراسة أن إستراتيجية إعادة التقييم تعتبر من أكثر الاستراتيجيات التي يجب التركيز عليها و الحث على استخدامها، و ذلك لما يترتب عليها من نتائج مذهلة لذوي المعاقين للتأقلم مع المواقف الضاغطة التي يتعايشون معها، و هذا لايلغي أهمية استخدام إستراتيجية الانتماء، التحكم بالنفس والتخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية هذا و ترى الباحثة أن من ما شأنه أن يخفف من الأعباء النفسية و المادية لأهالي الأطفال المعاقين ، هو أن يكون هناك اهتمام أكبر بهذه الفئة ، عن طريق تخص المؤسسات المعنية في تقديم الخدمات للمعاق و بالتالي ينم تغطية متطلباتها لأساسية التي تثقل والديه نفسيا و فكريا. ويرى الباحثين أن هناك إجراءات يمكن إتباعها لتعزيز الاستراتيجيات الايجابية ، لضمان وقاية أهالي الأطفال المعاقين من القلق و الاكتئاب.

المقدمـــــــــــة

تتميز مشكلة الإعاقة والمعاقين بخصوصية هامة في المجتمع الفلسطيني وذلك للوضع الاستثنائي الذي يعيشه المجتمع الفلسطيني. حيث يعتبر مستوى نسبة الإعاقة في فلسطين من أعلى مستويات الإعاقة في العالم حيث تبلغ النسبة 2.5% إلى 4% وذلك ناتج عن الظروف البالغة الصعوبة التي يمر الشعب الفلسطيني كنتيجة للحرب و الاحتلال الإسرائيلي للأرض الفلسطينية منذ عدة عقود. (وزارة الصحة ،2004). وحيث كان للانتفاضة الأولى عام 1987 و التي استمرت سبع سنوات و انتفاضة الأقصى 2000 سببا رئيسيا في تزايد عدد الإعاقات كنتيجة

للممارسات الوحشية للجيش الإسرائيلي الذي يستخدم أحدث الأسلحة حتى المحرمة دوليا في مواجهة المواطنين العزل و التي تصيب الرأس و العمود الفقري و الأطراف بقصد متعمد إما للقتل أو الإعاقة الدائمة. هذا

بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الوراثة و الزواج المبكر و زواج الأقارب و ازدحام السكان و عوامل البيئة و سوء التغذية، كل هذه الأسباب مجتمعة تؤدي إلى زيادة نسبة المعاقين في صفوف الشعب الفلسطيني.

يصل عدد المعاقين في كل من الضفة الغربية و قطاع غزة إلى 46.063 نسمة حيث تبلغ عدد الحالات في قطاع غزة 16.214 أي بنسبة 1.6%(وزارة الصحة ،2004)

أما عن المنطقة الوسطى يوجد هناك (7373) حالة إعاقة بحسب (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين،2005) و حيث انه هناك أربع مؤسسات تعنى بالمعاقين و لكن تعتبر (الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين) هي الأهم في المنطقة الوسطى.

لذا نتيجة لكبر حجم هذه الفئة رأينا أنها تستحق الدراسة و حيث أن هذه الفئة تحتاج لمن يساعدها في تدبير وسائل عيشها اليومية ، وفي مجتمعنا الفلسطيني يقع العبء الأكبر من المسؤولية على الوالدين و حيث أن الأبوة و الأمومة هي من أكثر الأدوار تحديا التي يواجها الرجل و المرأة في حياتهما، فتربية الأطفال هي عملية ضاغطة عبر جميع المراحل ، فكون الوالدين لديهم طفل معاق داخل الأسرة فهذا يؤثر على كل أفراد العائلة و على علاقاتهم الداخلية و الخارجية، و نجد أن هناك عائلات تتكيف مع الموقف جيدا و تكون قادرة على إكمال حياتها بشكل طبيعي و هناك عائلات لا تستطيع التكيف و تكون في مرحلة ضغط و تغير كبير(ثومبازون، 2000) حيث أن الوالدين الذين لديهم طفل معاق سجلوا أعلى نسبة من المتطلبات النفسية والعاطفية و الجسدية و المالية. **وفي دراسة أخرى ل** (Taanila et al, 2002) عن التأقلم لدى الوالدين الذين لديهم أطفال ذو إعاقات جسدية أو عقلية. حيث هدفت الدراسة لتوضيح آلية التأقلم لدى العائلات الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات عقلية و جسدية، ما هو نوع استراتيجيات التأقلم؟. أظهرت النتائج أن المعلومات و التقبل و التعاون العائلي الجيد و الدعم الاجتماعي لها علاقة باستراتيجيات التأقلم التي تستخدم بشكل كبيرو متكرر، حيث نصف العائلات وجدت طرق ناجحة للتكيف ، بينما النصف الآخر يواجه مشاكل أساسية،و حيث هناك خمس ميادين أو حقول أساسية و حيث أن التكيف العالي أو المنخفض يختلف بمعظمه من شخص لآخر(1)التجربة الأولية للوالدين (2)السمات الشخصية (3) تأثير إعاقة الطفل على حياة العائلة (4)أداء الحياة اليومي (5)الدعم الاجتماعي .

و في دراسة (Nor Zaidah et al, 2004) بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى أمهات أطفال معاقين في مراكز التأهيل في المجتمعات الريفية في موارا–ماليزيا. فقد هدفت الدراسة للوصول للأنواع المختلفة لأنماط التكيف للأمهات التي لديهن أطفال معاقين و العوامل المؤثرة . تم استخدام المنهج الوصفي دراسة مقطعية حيث تم استخدام مقياس التكيف للظروف الضاغطة Coping Inventory Stressful Situation(CISS) ، العينة تكونت من (81) أم تم اختيارهم من مراكز تأهيل مجتمعية من قريتين. وأهم النتائج استخدمت الأمهات في الغالب استراتيجيات التأقلم المتعلقة بالتجنب ، انخفاض في نسبة اللهو أو التسلية الاجتماعية أما عن النساء المطلقات و ذوات المستوى التعليمي المنخفض كن أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات التأقلم العاطفية، بينما الأمهات التي لديهن أطفال أقل من عمر 5 سنوات استخدمن إستراتيجية التجنب، ولم يكن هناك فروق ذو دلالة إحصائية واضحة مرتبطة بعمر الأم ، العرقية ، مدة الزواج، و عدد الأطفال.

في دراسة (Garro, 2004) لأنماط التأقلم لدى الأمهات اللواتي لديهن أطفال يعانون من مشاكل مزمنة في التغذية. و التي تهدف للتعرف على أنماط التكيف لدى الأمهات اللاتي يعانين من وجود طفل لديه مشاكل مزمنة في التغذية ، تكونت العينة من (35) أم خلال وجود أطفالهن في المستشفى لتلقي العلاج، و استخدم مقياس التكيف (Coping Health Inventory – CHIP) , وأظهرت أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التكيف القائمة على التركيز على المشاعر،طلب الدعم. و أن معظم الأمهات يستخدمن إستراتيجية التركيز على حل المشكلة بطلب المعلومات عن المرض ، و استخدام نشاطات مع أفراد العائلة.

وفي دراسة (Mathiled Azar, Lina Badr 2006) عن تأقلم الأمهات التي لديهن أطفال ذو إعاقة عقلية في لبنان ، حيث هدفت الدراسة للتعرف على العوامل التي تلعب دورا في تأقلم الأمهات و رعايتهم للأطفال الذين لديهم خلل عقلي. حيث تكونت العينة من (127) أم مسجلة أطفالهم في مراكز ذوي الاحتياجات الخاصة في المدينة في لبنان، حيث تم استخدام أربع أدوات لجمع المعلومات 1- الجرد العائلي لأحداث و متغيرات الحياة، 2- مؤشر الضغط الأسرين3- مقياس التقييم الشخصي الموجه للازمات العائلية ،4- مقياس الاكتئاب و كانت أهم النتائج هي أن (46.5%) من النساء لديهن أعراض اكتئاب و (60%) من النساء سجلوا نسبة عالية من الضغوط ، أيضا بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية ظهر أن النساء الذين لديهم دخل عال و تأمين صحي لديهم ضغط أقل من قليلي الدخل و بدون تأمين ،و أن العائلات الكبيرة من الأمهات ذوات مستوى التعليم المنخفض لديهم مصادر تأقلم أقل من العائلات الصغيرة.

وفي دراسة (Mcconkey et al,2006) حيث هدفت الدراسة للتعرف على استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل الأمهات و الدعم الرسمي المتاح لهن، و ذلك من خلال ثلاث ثقافات مختلفة و هي (الايرلندية– التايوانية – الأردنية) . و أشارت النتائج أن الأمهات يعانين من مستوى عال من النقص في مستوى الصحة النفسية لديهن مرتبط باستخدام استراتيجيات تكيف سلبية مثل الإنكار، التجنب و علاقات اجتماعية قليلة، و أن هناك علاقة واضحة تلعب دورا رئيسيا في استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية مرتبط بالمشاكل السلوكية لدى أطفالهن . وهذه النتائج تنطبق على الثلاث ثقافات.

الدراسات التي تناولت القلق و الاكتئاب لذوي المعاقين و علاقتها بالتكيف ، فقد أظهرت الدراسات وجود مستوى من القلق لدى الأمهات خاصة اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات. ففي دراسة (Aras,S.2006) التي هدفت لتقييم اضطرابات الشخصية ، مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات اللاتي أطفالهن يعانون من مشكلة رفض الطعام، حيث تم اختيار (**30**) أعمار أطفالهن (6-1) سنوات ، بالاضافة لوجود مجموعة ضابطة من الأمهات تبلغ (30) أم أيضا، استخدم مقياس (Beck) للاكتئاب و مقياس القلق(State-Trait Anxiety Inventory).و أشارت أهم النتائج أن نسبة القلق و الاكتئاب عند أمهات الأطفال المرضى اعلى من نسبة المجموعة الضابطة ، و أن قدرة الأمهات على أداء المهام العائلية أقل بكثير من أمهات المجموعة الضابطة. و لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في اضطرابات الشخصية. وفي **دراسة** (Abasiubong et al,2006) حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة مستوى القلق و الاكتئاب لدى الأمهات الآتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات التعلم ، تكونت العينة من (106) أم لديهن أطفال ذو مشاكل تعليمية مقارنة ب (106) أم لديهن أطفال و لكن لا يعانون من مشاكل تعليمية حيث تم استخدام مقياس القلق(State- trait Anxiety Inventory) و مقياس (Beck) للاكتئاب . وأهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى القلق عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة (25.5%). و هناك فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الاكتئاب عند الأمهات بين المجموعتين بنسبة(10.4%) . و أن الصعوبات و المشاكل الزوجية تأثر في مستوى القلق و الاكتئاب. و في دراسة (Dellve et al,2006)

عن الضغط و القلق بين آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة. حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الضغط و القلق لدى الآباء و الأمهات اللذين لديهم أطفال يعانون من أمراض نادرة ، العينة تتكون من (136)أم و (108) أب ،حيث تم استخدام مقياس الضغط(PSI-SF-Abdin 1995)و مقياس (Taylor) للقلق، وأهم النتائج :أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأمهات و الآباء في مستوى القلق و الضغط النفسي. و أن الأمهات العازبات سجلن نسبة أعلى في مستوى القلق(24%).

الأمهات و الآباء الذين يعملون بدوام عمل كامل سجلوا نسبة أقل من غير العاملين أو العاملين بدوام جزئي في مستوى القلق بنسبة(16.8%). **و في دراسة**(Hong, 2006) و التي بعنوان القلق عند الآباء و الأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من تأخر عقلي في فيتنام. وهدفت الدراسة لاختبار مستوى القلق لدى الآباء و الأمهات ذوي الأطفال الذين يعانون من تأخر عقلي، حيث تكونت العينة من (106) أم و (93) أب تتراوح أعمار أطفالهن مابين (3-6) أعوام، و تم استخدام مقياس القلق(State- trait Anxiety Inventory) بعد ترجمته للغة الأفغانية.وأهم النتائج: هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى القلق عند الأمهات عن الآباء.الأمهات اللاتي لديهن أطفال إناث سجلوا نسبة أعلى في القلق عن الأمهات اللاتي لديهن أطفال ذكور.

و أشارت النتائج أن الآباء ذوي الدخل المتدني و الذين لديهم شبكات دعم اجتماعي أقل سجلوا مستوى عال من القلق بنسبة(46.3%).و كلا الآباء و الأمهات سجلوا مستوى عال من القلق بنسبة (53.23%) فيما يتعلق بموضوع الوصمة (Stigma). و في دراسة (Dellvel, et al, 2006) و التي بعنوان الاكتئاب لدى آباء الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة و هدفت الدراسة للتعرف على مستوى الاكتئاب لدى والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة، حيث تم استخدام الدراسة الطولية مع قاعدة بيانات أساسية و من ثم المتابعة فترة (12-6 شهر) ، العينة تكونت من (136)أم و (108) أب و تم استخدام مقياس (Beck) للاكتئاب. أهم النتائج تمثلت في نسبة ذات دلالة إحصائية في مستوى الاكتئاب عند الأمهات العازبات ، و أظهرت النتائج مستوى عال من الاكتئاب لدى الآباء مرتبط بعدم الكفاءة، و أن الآباء الذين يتلقون المعرف عن المشكلة و يستخدمون أساليب تكيف ايجابية و يتلقون الدعم الاجتماعي سجلوا مستوى أقل من الاكتئاب.

و في دراسة (Nitta O, et al,2007) و هي بعنوان الاكتئاب و الصحة النفسية لأمهات لديهم أطفال يعانون من إعاقات حركية حادة في عمر المدرسة و يعانون من شلل دماغي. وهدفت الدراسة لتوضيح العلاقة بين الاكتئاب و الصحة النفسية لأمهات لديهن أطفال في عمر المدرسة و يعانون من شلل دماغي، العينة تكونت من (249) أم و تم استخدام مقياس (Beck) و مقياس (General Health Qustionair-12) للصحة النفسية ، و كانت أهم النتائج و جود دلالة إحصائية هامة بين مستوى الاكتئاب و الصحة النفسية لدى الأمهات. و في دراسة (Meijer Am, et al,2007) و التي بعنوان التنبؤات بسلوكيات التأقلم و القلق عند الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. حيث هدفت الدراسة لوصف مستوى القلق و سلوكيات التأقلم المستخدمة من قبل الوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من الصرع. العينة تكونت من (91) والد و والدة متوسط أعمار أطفالهم مابين (8سنوات و 5 أشهر) تم استخدام مقياس التكيف (Coping Health Inventory) و مقياس القلق (State- T Anxiety Inventory), وأهم النتائج ظهرت بوجود أثر مباشر بين سلوكيات التأقلم المستخدمة و مستوى القلق لدى الآباء ، حيث أظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية واضحة بين استخدام استراتيجيات تأقلم سلبية و بين مستوى القلق لدى الآباء.

وفي دراسة (Webester et al, 2008) بعنوان القلق عن الوالدين لأطفال في مرحلة المدرسة لدى تشخيصهم في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو. وهدفت الدراسة للتعرف على القلق الأبوي لأبناء شخصوا في مرحلة ما قبل المدرسة بتأخر النمو، تكونت العينة من (65) والد ووالدة معدل أعمار أطفالهم (7.3-7) سنوات و تم استخدام مقياس القلق State-Trait Anxiety Inventory) , ووأشارت أهم النتائج أن أكثر من 40%من الآباء لديهم مستوى عال من القلق ، و تقريبا نصف الآباء أظهروا مستوى هام من القلق طبيا.

وعليه هدفت هذه الدراسة التعرف على استراتيجيات التأقلم لدى أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب لدى الوالدين في المنطقة الوسطى في قطاع غزة.

طريقـــــــــة البحـــــــث

العينـــــــــة

قامت الباحثان بتحديد مجتمع الدراسة، وهو يتكون من (153) من الأسر التي يوجد لديها أطفال معاقين حركياً أو عقلياً في المنطقة الوسطى من قطاع غزة، وهم جزء من إجمالي عدد أهالي الأطفال المعاقين والبالغ عددهم (459) من أسر الأطفال المعاقين. وقام الباحثان باختيار عينة البحث بطريقة القصدية (غير عشوائية) حيث تم دراسة جميع أهالي الأطفال شديدي الإعاقة حركيا و عقليا(sever) ما بين سن (0-18) عام حيث بلغ عددهم (153) طفل و طفلة، و بلغ عدد أفراد العينة (306) من أهالي الأطفال المعاقين، منهم (151) من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم (155) من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوحت أعمار العينة من 18 –64سنة، (بمتوسط 36.16سنة وانحراف معياري8.43).

واقتصر البحث الحالي على عينة من أهالي الأطفال المعاقين حركيا و عقليا في المنطقة الوسطى –قطاع غزة ، من الذكور و الإناث (آباء و أمهات) ، و ذلك من خلال تطبيق المقاييس المذكورة لاحقا و تمت هذه الدراسة في الفترة مابين (20-1-2008) إلى (15-2-2008).

طريقـــــــــة البحـــــــث

تقدم الباحثان بطلب لجنة هلسنكي بهدف الحصول على الموافقة لإجراء البحث على العينة التي تم تحديدها و تمت الموافقة عليها, وقام الباحثان بالحصول على كتاب خطي من الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين، للموافقة على تطبيق الأدوات على عينة البحث .كما و قام الباحثان بالاستئذان الخطي كتابيا من أفراد العينة مباشرة في مقدمة كل مقياس بهدف توضيح كيفية الإجابة عليها و إعطائهم نبذة عن موضوع البحث. تعهد الباحثان للمبحوثين بأن هذه المعلومات التي سيتم جمعها ستبقى سرية ، بحيث لم يطلب تسجيل اسم المبحوث على أداة البحث ، و أن البيانات التي سيتم جمعها ستقتصر على إجراءات البحث العلمي فقط.

أدوات البحـــــــــث

مقيـاس استراتيجيات التكيف

مقياس (استراتيجيات التكيف) Ways of Coping ، الصيغة المعدلة ، أعدها فـــــي الأصل (Folkman, Lazarus, Dunkel, Schetter, 1985) (Delonis & Gruen, والمقياس الأصلي مكون من (46 عبارة) تغطي (8 أبعاد)، تصف كيفية مواجهة الناس للضغوط النفسية، وقام سمير قوتة (1997) بتعريبها وتقنينها على البيئة الفلسطينية، وتحتوي الصيغة المقننة على (44 عبارة)، حيث طلب مقنن المقياس من عينة التقنين أن يتذكروا المواقف الضاغطة التي مروا بها، ثم الإجابة على عبارات المقياس بطريقة ليكرت، على تدرج رباعي للإجابة كما يلي:

- لم أفعل ذلك مطلقاً.
- فعلت ذلك نادراً.
- فعلت ذلك أحياناً.
- فعلت ذلك كثيراً.

وعلى المفحوص أن يحدد مدى انطباق كل عبارة عليه ، وذلك بوضع علامة (X) أمام العبارة تحت العمود الذي يتفق مع رأيه .

وتتراوح درجة كل عبارة من عبارات المقياس من 1 إلى 4 درجات ، بحيث إذا وضع المفحوص علامة (X) أمام العبارة في العمود (لم أفعل ذلك مطلقاً) فإنه يحصل على درجة واحدة، ويحصل على درجتين إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك نادراً) ، بينما إذا وضعها في العمود (فعلت ذلك أحياناً) فإنه يحصل على ثلاث درجات ، ويحصل على أربع درجات إذا وضع العلامة في العمود (فعلت ذلك كثيراً).

وتوزع فقرات المقياس في صورته النهائية على سبع استراتيجيات كما يلي:

مسلسل	أساليب مواجهة الضغوط	أرقام الفقرات
1	التفكير بالتمني والتجنب	3، 11، 19، 21، 34، 39، 42
2	التخطيط لحل المشكلات	7، 12، 15، 23، 43، 44
3	إعادة التقييم	5، 8، 9، 16، 20، 31، 32، 38، 40
4	الانتماء	1، 17، 24، 30، 33
5	تحمل المسئولية	2، 10، 18، 26، 41
6	التحكم بالنفس	6، 13، 14، 22، 28، 35، 37
7	الارتباك والهروب	4، 25، 27، 29، 36

فقد تم تقدير صدق الاتساق الداخلي للمقياس وقد تراوحت معاملات ارتباط فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه بين (0.242 – 0.699)، واتضح أن فقرات مقياس استراتيجيات التكيف مع الضغوط حققت ارتباطات دالة مع الدرجة الكلية لأبعادها. كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.415 – 0.693). كما تم حساب معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية وبلغت قيمة معامل الثبات (0.638)، كما بلغت قيمة كرونباخ ألفا لفقرات المقياس (0.729) ، وهي قيم تدلل على مستوى جيد من الثبات عند مستوى دلالة أقل من 0.01 (النعامي، 2005).

وكان معرب ومقنن المقياس سمير قوتة (1997) ، قد قام بحساب معامل ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد المقياس وكانت النتائج كما يلي: التفكير بالتمني والتجنب (ألفا = 0.73) ، التخطيط لحل المشكلات (ألفا = 0.74) ، إعادة التقييم (ألفا = 0.74) ، الانتماء (ألفا =0.72)، تحمل المسئولية (ألفا = 0.65)، التحكم بالنفس (ألفا = 0.66)، وأسلوب الارتباك والهرب (ألفا = 0.64).

مقياس تايلور للقلق من إعداد (Taylor J, 1953)

قام تايلور (1953) Taylor باعداد قائمة القلق (MAS)، والتي تستخدم لتقدير حدة القلق عند الراشدين ، وفي هذه الدراسة تم استخدام النسخة العربية والتي تتكون من 50 فقرة، ويتم الاستجابة عليها (بنعم وتصحح بدرجة واحدة) أو (لا وتصحح صفر)، ويتم جمع درجات المفحوص على جميع الفقرات لتقدير مستوى القلق لديه، وتقدر الدرجات من (0 – 26 درجة تعني لا يوجد قلق)، (27 – 32 تعني قلق خفيف)، (33 – 40 درجة تعني قلق شديد)، (41 درجة وفوق تعني قلق شديد جداً). وتم تقدير الاتساق الداخلي باستخدام معامل كرونباخ ألفا وكانت قيمة ألفا تساوي (0.86)، وكانت قيمة معامل الثبات باستخدام التجزئة النصفية تساوي (0.79).

و تم استخدام هذا المقياس في البيئة الفلسطينية في دراسة العنف ضد المرأة. (ثابت و آخرون،2007)

مقياس بك للإكتئاب: إعداد (Beck I, 1984) وتعريب غريب غريب

هذا المقياس يتكون من 21 بند, تقيس شدة الاكتئاب في البالغين, ولقد استخدم في العديد من الدراسات السابقة, و يتم حساب النقاط وفقاً لتدرج ليكرت الرباعي وتتراوح درجات الاستجابة عليه بين (0) وتعني عدم وجود عرض إلى (3) و تعني وجود عرض شديد, و تم حساب مصداقية المقياس الداخلية و كان معامل ألفا = 0.81, ومعامل الثبات = (0.82) (Beck, 1988).

النسخة العربية من هذا المقياس تم حسابها في دراسات على البيئة المصرية وكان مصداقية هذا المقياس باستخدام معامل ألفا = 0.79 (غريب, 2000). و تم استخدام هذا المقياس في دراسات أخري في البيئة الفلسطينية، و كانت مصداقيته عالية (أبو ليله, 2008 وأبو سيف, 2007)، (ثابت، 2007).

طرق جمع وتحليل المعلومات:

بعد الحصول على موافقة لجنة هلسنكي على موضوع الدراسة وموافقة أهالي الأطفال المعاقين على تطبيق المقاييس عليهم، قام الباحثين بتدريب 5 مهنيين يعملون في مجال الإعاقات للمساعدة في تطبيق أدوات الدراسة على أفراد العينة، وبعد الانتهاء من التطبيق استخدم الباحثين برنامج الرزم الإحصائية (SPSS) لتفريغ البيانات وتصفيتها ومعالجتها، ولتحليل البيانات واختبار الفرضيات استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

1. **اختبار (ت) T – Test للفروق بين متوسطات المجموعات المستقلة:**

للكشف عن الفروق بين متوسطي درجات أمهات وآباء الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، والفروق بين متوسطي درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً، في كل من استراتيجيات التأقلم، والاكتئاب، والقلق.

2. **تحليل التباين الأحادي:**

للتحقق من أثر الاختلاف في عدد الأبناء، وتعليم الآباء، وتعليم الأمهات، والدخل الشهري للأسرة، ونوع السكن على كل من استراتيجيات التأقلم, والقلق، والاكتئاب لدى أفراد العينة.

3. **المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية:**

يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية للمقاييس الفرعية لاستراتيجيات التأقلم ولفقرات الاكتئاب.

4. **التكرارات والنسب المئوية:**

للتحقق من مدى شيوع كل من الاكتئاب والقلق لدى أفراد العينة.

5. **معامل ارتباط بيرسون:**

للكشف عن العلاقة بين استراتيجيات التأقلم من جهة وكل من الاكتئاب والقلق من جهة أخرى.

النتائـــــج

الخصائص الديموغرافية لأفراد العينة

يتضح من الجدول التالي (2) أن العينة اشتملت على 306 من أهالي الأطفال المعاقين، منهم 151 من الآباء بنسبة (49.3%)، ومنهم 155 من الأمهات بنسبة (50.7%) من أهالي الأطفال المعاقين، وتراوحت أعمار العينة من 18 – 64 سنة، (بمتوسط 36.16 سنة وانحراف معياري 8.43).و أن 92 من أفراد العينة لديهم 4 أبناء فأقل بنسبة 30.1%, وأن 137 منهم لديهم ما بين 5 - 7 أبناء بنسبة 44.8%, وبلغ عدد الأسر التي لديها 8 أبناء وما يزيد 77 بنسبة 25.2%. وتوزيع آباء في أسر أفراد العينة حسب مستوى التعليم كالتالي: لم يتعلم بلغ العدد 28 فرداً بنسبة 9.2%, وتعلم حتى المرحلة الابتدائية 64 بنسبة 20.9%, وتعلم من الآباء حتى المرحلة الإعدادية 67 بنسبة 21.9%, وتعلم الآباء حتى المرحلة الثانوية بلغ 62 بنسبة 20.3%, وتعليم الأب حتى مرحلة الدبلوم 41 بنسبة 13.4%,أما تعليم الأب حتى الجامعة وفوق 44 بنسبة 14.4%. يتضح من الجدول التالي أن توزيع الأمهات حسب مستوى تعليمهن كالتالي, لم تتعلم بلغ العدد 39 فرداً بنسبة 12.7%, تعلمت حتى المرحلة الابتدائية 46 أم بنسبة 15.0%, تعلمت حتى المرحلة الإعدادية 69 بنسبة 22.5%, وتعلمت 89 أم حتى المرحلة الثانوية بنسبة 29.1%, تعليم الأم حتى مرحلة الدبلوم المتوسط 38 بنسبة 12.4%,أما تعليم الأم حتى المرحلة الجامعية وفوق 25 بنسبة8.2%. الجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة من أهالي المعاقين حسب الدخل الشهري للأسرة، ويتضح أنه بلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها 250 دولار فأقل 196 بنسبة 64.1%, وبلغ عدد الذين ينتمون لأسر دخلها يتراوح بين 251-500 دولار 45 بنسبة 14.7%, ويتراوح الدخل الشهري عند 35 من الأسر بين 501-750 دولار بنسبة 8.9% من العينة, وبلغ عدد الأسر 30 ممن ينتمون لأسر دخلها أكثر من أكثر من 751 دولار بنسبة 9.8%. الجدول التالي يوضح توزيع العينة حسب نوع السكن: وتبين أن 40 من أفراد العينة يسكنون في المدينة بنسبة 13.1%, و20 منهم في القرية بنسبة 6.5%, أما المخيم بلغ العدد 246 بنسبة 80.4%. يتضح من الجدول التالي 207 من أسر العينة لديها معاق حركياً في الأسرة بنسبة (67.6%)، وأن 99 من أسر العينة لديها إعاقة عقلية بنسبة (32.4%).

جدول (2) توزيع أفراد العينة

	العدد	النسبة المئوية
الجنس		
ذكور	151	49.3
إناث	155	50.7
نوع السكن		
مدينة	40	13.1
قرية	20	6.5
مخيم	246	80.4
عدد الأفراد في الاسرة		
4 فأقل	92	30.1
5-7	137	44.8
8 فأكثر	77	25.2
مستوى التعليم للأب		
لم يتعلم	28	9.2
ابتدائي	64	20.9
إعدادي	67	21.9
ثانوي	62	20.3
دبلوم متوسط	41	13.4
جامعة وفوق	44	14.4
مستوى التعليم للام		
غير متعلمة	39	12.7
ابتدائي	46	15.0
إعدادي	69	22.5
ثانوي	89	29.1
دبلوم متوسط	38	12.4
جامعة وفوق	25	8.2
الدخل الشهري للأسرة		
250 دولار فأقل	196	64.1
251-500 دولار	45	14.7
501-750 دولار	35	11.4
أكثر من 751 دولار	30	9.8
نوع الاعاقة		
حركية	207	67.6
عقلية	99	32.4

جدول (3) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والأوزان النسبية لاستراتيجيات التأقلم (ن=306)

استراتيجيات التأقلم	عدد الفقرات	مجموع الدرجات	المتوسط	الانحراف المعياري	الوزن النسبي	الترتيب
التفكير بالتمني والتجنب	7	5594.00	18.28	3.115	65.3	5
التخطيط لحل المشاكل	6	5484.00	17.92	2.679	74.7	4
إعادة التقييم	9	9142.00	29.87	3.738	82.9	1
الانتماء	5	4940.00	16.14	2.577	80.7	2
تحمل المسئولية	5	3930.00	12.84	2.679	64.2	6
التحكم بالنفس	7	6669.00	21.79	3.142	77.8	3
الارتباك والهروب	5	3370.00	11.01	2.775	55.1	7

مستوى استراتيجيات التأقلم من قبل أهالي الأطفال المعاقين في المنطقة الوسطى من قطاع غزة

يتبين من الجدول السابق أن إستراتيجية إعادة التقييم تحتل المرتبة الأولى في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (82.9%)، يليها الانتماء بوزن نسبي (80.7%)، ثم التحكم بالنفس بوزن نسبي (77.8%)، و يليها التخطيط لحل المشكلات بوزن نسبي (74.7%)، وفي المرتبة الخامسة تأتي التفكير بالتمني والتجنب بوزن نسبي (65.3%)، يليها تحمل المسئولية بوزن نسبي (64.2%)، وجاءت إستراتيجية الارتباك والهروب في المرتبة الأخيرة في الاستخدام من قبل أهالي الأطفال المعاقين بوزن نسبي (55.1%).

جدول (4): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب جنس الأهل (الآباء - الأمهات)

استراتيجيات التأقلم	الآباء (ن =151)		الأمهات (ن =155)		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
التفكير بالتمني والتجنب	18.11	3.056	18.44	3.172	0.93	0.351
التخطيط لحل المشاكل	17.92	2.789	17.92	2.577	0.07	0.995
إعادة التقييم	29.73	3.802	30.01	3.682	0.64	0.517
الانتماء	15.96	2.655	16.32	2.493	1.23	0.219
تحمل المسئولية	12.74	2.824	12.94	2.536	0.65	0.514
التحكم بالنفس	21.70	3.178	21.88	3.114	0.51	0.614
الارتباك والهروب	11.47	2.734	10.56	2.749	2.92	** 0.004

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

الفروق بين الآباء و الأمهات في استراتيجيات التأقلم

وبالمقارنة بين متوسط درجات أمهات الأطفال المعاقين (ن=151)، ومتوسط درجات آباء الأطفال المعاقين (ن=155) في استراتيجيات التأقلم، وقد استخدم الباحثين اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول التالي يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات أفراد المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في استراتيجيات التأقلم، إضافة لقيمة اختبار (ت)، مع بيان مستوى الدلالة قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.58 ويتبين من الجدول السابق أنه: توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في استخدامهم إستراتيجية الارتباك والهروب لصالح الآباء عند مستوى دلالة 0.001.في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين في بقية استراتيجيات التأقلم الست، أي أن المجموعتين تستخدمان استراتيجيات التأقلم بنفس المستوى.

استراتيجيات التأقلم تعزي لنوع الإعاقة (حركية – عقلية)

للتحقق من صحة الفرضية قام الباحثة بالمقارنة بين متوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين حركياً (ن=207)، ومتوسط درجات أهالي الأطفال المعاقين عقلياً (ن=99) في استراتيجيات التأقلم، وقد استخدم الباحثين اختبار (ت) للفروق بين متوسطات درجات العينات المستقلة، والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (5): يبين الفروق في استخدام استراتيجيات التأقلم حسب نوع الإعاقة (حركية - عقلية)

استراتيجيات التأقلم	أهالي المعاقين حركياً (ن =207)		أهالي المعاقين عقلياً (ن =99)		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
التفكير بالتمني والتجنب	18.69	3.054	17.41	3.077	3.425	*** 0.001
التخطيط لحل المشاكل	18.01	2.690	17.72	2.660	0.877	0.381
إعادة التقييم	30.16	3.806	29.26	3.532	1.994	* 0.047
الانتماء	16.43	2.371	15.53	2.879	2.890	** 0.004
تحمل المسئولية	12.94	2.658	12.62	2.723	0.979	0.328
التحكم بالنفس	22.07	3.096	21.20	3.171	2.295	* 0.022
الارتباك والهروب	10.96	2.801	11.12	2.734	0.471	0.638

* دالة عند مستوى 0.05 ** دالة عند مستوى 0.01

قيمة (ت) الجدولية (د.ح = 304) عند مستوى دلالة 0.05 = 1.96، وعند مستوى 0.01 = 2.58

يتبين من الجدول السابق أنه: توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجية التفكير بالتمني والتجنب لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.001. وتوجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لاستراتيجيتي إعادة التقييم والتحكم بالنفس لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.05. كما توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي أهالي الأطفال المعاقين حركياً وأهالي الأطفال المعاقين عقلياً في استخدامهم لإستراتيجية الانتماء لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركياً عند مستوى دلالة 0.01. في حين لم تجد الدراسة فروقاً دالة إحصائياً بين متوسطات المجموعتين من أهالي الأطفال المعاقين حركياً وعقلياً في بقية استراتيجيات التأقلم، أي أن المجموعتين تستخدمان نفس استراتيجيات التأقلم.

انتشار الاكتئاب عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين

جدول (6): يبين مدى انتشار الاكتئاب لدى أفراد العينة

الاكتئاب	العدد	النسبة %
لا يوجد اكتئاب "0 – 21 درجة"	199	65.0
اكتئاب متوسط "22 – 42 درجة"	106	34.6
اكتئاب شديد "43 درجة فما فوق"	1	0.3
المجموع	306	100.0

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد اكتئاب عند 199 من أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 65.0%، ووجد اكتئاب متوسط عند 106 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 34.6% من أفراد العينة، كما وجد أن 1 فقط من أهالي الأطفال المعاقين لديه اكتئاب شديد بنسبة 0.3% من أفراد العينة.

انتشار القلق عند أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين

جدول (7): يبين مدى انتشار القلق لدى أفراد العينة

القلق	العدد	النسبة %
لا يوجد قلق "0 – 26 درجة"	104	34.0
قلق خفيف "27 – 32 درجة"	121	39.5
قلق شديد "33 – 40 درجة"	73	23.9
قلق شديد جداً "41 درجة وفوق"	8	2.6
المجموع	306	100.0

يتبين من الجدول السابق أنه لا يوجد قلق عند 104 من أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 34.0%، ووجد قلق خفيف عند 121 من أهالي الأطفال المعاقين بنسبة 39.5% من أفراد العينة، كما وجد أن 73 من أهالي الأطفال المعاقين لديهم قلق شديد بنسبة 23.9% من أفراد العينة، في حين وجد قلق شديد جداً عند 8 من أفراد العينة بنسبة 2.6%.

الفروق بين العوامل الديموغرافية للوالدين و مستوى القلق و الاكتئاب

تبين أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين مجموعتي الآباء والأمهات من أهالي الأطفال المعاقين في القلق والاكتئاب. وتبين أن الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم أبناء (4 أبناء ودون) وأهالي الأطفال المعاقين الذين لديهم (8 أبناء وفوق)، وكانت الفروق لصالح الأسر التي لديها عدد كبير من الأبناء (8 أبناء وفوق) فهي أكثر قلقاً واكتئاباً.

تبين الدراسة أن دلالة الفروق في القلق كانت بين الذين لم يتعلموا والذين أكملوا التعليم الجامعي من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الذين لم يتعلموا، أي أنهم أكثر المجموعات قلقاً. الفروق في القلق كانت بين أهالي الأطفال المعاقين الذين لم تتعلم الأمهات لديهم والذين أكملت الأمهات التعليم لمستوى الدبلوم من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح الأهالي الذين لم تتعلم الأمهات لديهم، أي أن الأهالي الذين لم تتعلم الأمهات لديهم هم أكثر المجموعات قلقاً.

ويتبين من المتوسطات كما في الجدول السابق أن دلالة الفروق في القلق والاكتئاب كانت بين أهالي الأطفال المعاقين ذوي الدخل (250 دولار

ودون، 251-500 دولار) وذوي الدخل (أكثر من 751دولار) من أفراد العينة، وكانت الفروق لصالح مجموعتي ذوي الدخل المنخفض (250 دولار ودون 500 دولار)، أي أن ذوي الدخل المنخفض أكثر عرضة للقلق. كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في القلق والاكتئاب تعزي لنوع السكن أو نوع الإعاقة لدى أفراد العينة من أهالي الأطفال المعاقين.

استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين

جدول (8): يبين الارتباطات بين استراتيجيات التأقلم والقلق والاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين

المتغيرات	التفكير بالتمني والتجنب	التخطيط لحل المشاكل	إعادة التقييم	الانتماء	تحمل المسئولية	التحكم بالنفس	الارتباك والهروب
القلق	** 0.16	0.07	0.03	* 0.11	0.027	0.04	*** 0.20
الاكتئاب	** 0.17	0.08	*0.11	0.04	0.05	0.07 9	***0. 22

* دالة عند مستوى **0.05 دالة عند مستوى 0.01 *
دالة عند مستوى 0.01

يتبين من الجدول السابق أنه: توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، والانتماء عند مستوى 0.05، وإستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001. في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطيه دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس القلق، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، وإعادة التقييم، وتحمل المسئولية، والتحكم بالنفس. توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التفكير بالتمني والتجنب عند مستوى 0.01، وإعادة التقييم عند مستوى 0.05، وإستراتيجية الارتباك والهروب عند مستوى 0.001. في حين لم تجد الدراسة علاقة ارتباطيه دالة بين درجات أهالي الأطفال المعاقين على مقياس الاكتئاب، ودرجاتهم على استراتيجيات التأقلم: التخطيط لحل المشاكل، والانتماء، وتحمل المسئولية، والتحكم بالنفس.

المناقشـــــــة

لقد بينت النتائج عن استراتيجيات التأقلم المستخدمة من قبل أهالي الأطفال المعاقين ، حيث وجد أن أهالي الأطفال المعاقين يستخدمون كافة أنواع استراتيجيات التأقلم وإن كانت إعادة التقييم تحتل ا لمرتبة الأولى من بين الاستراتيجيات المستخدمة ، وبحسب رأى الباحثين فإن هذا يعتبر مؤشر ايجابي لدى أهالي الأطفال المعاقين ، فهذا يدلل على وجود استراتيجيات تأقلم ايجابية يتم استخدامها بالمقارنة مع أقل الاستراتيجيات استخداما وهى إستراتيجية الارتباك و الهروب ، وفي نتائج بحثي هذا أجد أنني أتفق مع (Heaman, 1995) حول وجود اختلاف و تعدد في استراتيجيات التأقلم المستخدمة فالدراسة بعنوان استراتيجيات التكيف للوالدين الذين لديهم أطفال يعانون من إعاقات في النمو والتطور . فقد وجد أن الوالدين يختلفوا ما بين استخدام إستراتيجيتي الانتماء ، و إعادة التقييم و التحكم بالنفس .

و كذلك في دراسة (Garroa, 2004) والتي تتحدث عن أنماط التكيف لدى الأمهات لديهن طفل معاق حيث وجد أن معظم الأمهات يملن لاستخدام استراتيجيتى إعادة التقييم و التحكم بالنفس .

أما عن أقل الإستراتيجيات استخداما وهى الارتباك والهروب فقد اتفقت النتائج مع معظم الدراسات كدراسة (Richard et al, 2005) والتي بعنوان استراتيجيات التأقلم لدى الآباء و الأمهات لأطفال يعانون من التوحد ، حيث أن الأمهات كن أكثر استخداما لإستراتيجية التجنب النشط مثل (الإذعان ، استخدام سلوكيات عاطفية ، ارتباك وهروب) و اتفقت أيضا مع دراسة (Gray, 2006) وهى عن التكيف لأهالي أطفال يعانون من التوحد ، حيث أن معظم الآباء قد تكيفوا عن طريق لانسحاب الاجتماعي الفردية ، و استخدام استراتيجيات عاطفية. و إن استخدام أهالي الأطفال المعاقين لجميع أنواع الاستراتيجيات السبع لهو دليل حي على أن هذه الفئة تتأثر بالوضع الاجتماعي الكائن لديها و إن كانت نسب الاستخدام تتفاوت في كل إستراتيجية.

و لقد تبين من خلال النتائج أن الآباء هم أكثر استخداما لإستراتيجية الارتباك و الهروب ، وقد ظهرت هذه النتائج في دراسة (Gray, 2006) وهى بعنوان التكيف طوال الوقت لأهالي أطفال يعانون من التوحد ، حيث ظهر أن الآباء كانوا أكثر استخداما الارتباك والهروب، وقد تكيف الآباء عن طريق الانسحاب الاجتماعي ، الفردية و استخدام استراتيجيات عاطفية أخرى ،

ودراسة (Richard et al, 2005) وهى عبارة عن استراتيجيات التأقلم لدى الآباء و الأمهات ، حيث ظهرت أن الأمهات كن أكثر ميلا لاستخدام التركيز على حل المشكلات من الآباء.

و قد اختلفت نتائج الدراسة مع دراسة (Ryole-Branolet, 1990) و التي تناقش استراتيجيات التأقلم لدى أمهات لديهن أطفال ذو إعاقات مختلفة حيث أن نتائج الدراسات الحالية تشير إلى أن هناك فروق دالة إحصائيا بين أهالي الأطفال المعاقين حركيا في استخدام استراتيجيتى التفكير بالتمني و التجنب ، لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركيا . و استراتيجيتى إعادة التقييم لصالح أهالي الأطفال المعاقين حركيا . فقد أشارت الدراسة إلى أن الأمهات اللاتي استخدمن إستراتيجية التجنب و الإنكار هن من كان يعاني أطفالهن من إعاقات نفسية عصابية وليس عقلية . و لكن ربما يرجع هذا الاختلاف لعدم احتواء الدراسة الحالية على نوع إعاقة ثالث يشمل إعاقة نفسية عصابية و إن كان نوعا ما الإعاقة العقلية في مجتمعنا الفلسطيني تعرف من قبل العديد من الأفراد بأنه نوع من الجنون وكذلك ينطبق الوضع على من يعانون من إعاقات نفسية عصابية .

اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة (Little, 2002) عن الاختلافات الجندرية بين الآباء و الأمهات في التكيف و الاكتئاب ففي الدراسة الحالية لا توجد فروق في القلق و الاكتئاب بين مجموعتي الآباء و الأمهات في حين أنه في الدراسة السابقة توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء و الأمهات في مستوى الاكتئاب حيث سجلت الأمهات نسبة عالية من الاكتئاب وقد اختلفت أيضا مع دراسة (Dellve et al, 2006) التي تدرس الضغط والقلق بين والدي الأطفال الذين يعانون من أمراض نادرة فقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الآباء و الأمهات في مستوى القلق ومن وجهة نظر الباحثين أن هذا الاختلاف ربما يعزى في مجتمعنا الفلسطيني إلى الإيمان بالقضاء والقدر ، ووجود شبكة من العلاقات الاجتماعية للأفراد تقدم للوالدين الدعم والتعاطف سواء كانت ذات صلة قرابة أو علاقة عمل أو جيران .

و اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة (Mupf et al, 2002)التي تدرس تأثير القلق على الآباء الذين لديهم أطفال يعانون من السرطان ، حيث اتفقت نتائج تلك الدراسة مع الدراسة الحالية حول وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى تعليم الأب و مستوى القلق ، حيث أشارت النتائج أن الآباء الذين لديهم درجات علمية مساوية أو أعلى من البكالوريوس سجلوا

أعلى نسبة قلق حيث بلغت النسبة (34%) و لكن الاختلاف ظهر مع الدراسة الحالية ، في أن الآباء الذين سجلوا مستوى من القلق هم غير المتعلمين ، وذلك مبرر من وجهة نظر الباحثين فهناك شعور مبهم بالخوف و عدم الأمان نتيجة عدم وجود دخل شهري ثابت لغير المتعلمين ، وربما عدم توفير معلومات كافية لديهم عن طبيعة المشكلة هو سبب في مستوى من القلق على النقيض من الآباء المتعلمين.

واتفقت النتائج مع دراسة (Duvdenvany, 2003) و التي تدرس القلق عند الأمهات العربيات اللاتي لديهن أطفال يعانون من إعاقات عقلية حيث أن نتائج الدراسة الحالية أشارت لوجود مستوى من القلق عند الأمهات غير المتعلمات أيضا و اتفقت الدراسة السابقة مع نفس النتيجة الحالية أن هناك مستوى من القلق لدى الأمهات غير المتعلمات ، وأن الأمهات المتعلمات هن أكثر استخداما للدعم الرسمي (من خلال مؤسسات الرعاية) من الأمهات الأقل تعليما في المناطق الريفية.

و اتفقت النتائج مع دراسة (Hong, 2006) و التي أشارت إلى أن الآباء ذوي الدخل المتدني و علاقات اجتماعية و فعاليات اجتماعية قليلة ظهرت لديهم نسبة القلق(46.3%) و من وجهة نظر الباحثين أن الوضع الاقتصادي السيئ الذي يؤثر على شريحة واسعة من السكان في قطاع غزة و خصوصا الذين يقطنون المخيمات ، و المستمر منذ انتفاضة الأقصى عام (2000)، حيث يؤثر هذا الوضع تأثيرا مباشرا على أهالي الأطفال المعاقين الذين يقطنون في مخيمات اللاجئين مكان تطبيق الدراسة، و الذين نسبة عالية منهم توقفت عن العمل نتيجة لسياسة الإغلاقات التي تتبع حكومة الاحتلال الإسرائيلية، و التي تأثر بشكل مباشر على الطفل المعاق و أسرته التي تعجز عن تلبية متطلباته التي قد تختلف عن متطلبات الطفل السوي.

اختلفت النتائج في الدراسة الحالية مع دراسة (شعيب .1991) التي تدرس مشاعر القلق و العصابية لدى أمهات أطفال معاقين و غير معاقين حيث تبين وجود زيادة في درجة القلق لدى الأمهات اللاتي لديهن أطفال معاقين سمعيا و بصريا و فكريا ، و أنهن أكثر إحساسا بأعراض الاكتئاب عن الأمهات السويات ، و أن أمهات الأطفال المعاقين سمعيا و المتخلفين عقليا لديهم مستوى واضح من القلق عن أمهات الأطفال السويين.

و اختلفت أيضا مع دراسة (Yeh, 2004) و التي أظهرت و جود فروق ذات دلالة إحصائية هامة بأن (76%) من آباء الأطفال المصابين بالسرطان سجلوا مستوى من الاكتئاب مقارنة بآباء الأطفال ذوي الإعاقات الجسدية (11%) . و قد أشار(Richared et al, 2005) أن إستراتيجية التجنب للآباء و الأمهات مرتبطة أكثر بأعراض الضغط و القلق و الاكتئاب. فيما كانت درجة النتائج عالية في دراسة (Ryde-Brandet.B,1990) حيث ظهر أن حوالي (44%) من الأمهات سجلن مستوى من القلق نتيجة استخدام استراتيجيات سلبية كالإنكار و الانسحاب. و كانت النسبة أعلى في دراسة (Wong et al, 2001) حيث أظهرت النتائج أن (49%) من الأمهات لديهن أعراض اكتئاب مرتبطة بالارتباك و الهروب و التجنب.

و تتفق هذه النتائج مع ما تم التطرق إليه في الإطار النظري حيث استخدم كل من (Lazarus & Flokman,1984) مفهوم التكيف ليصف المجهودات التي يبذلها الإنسان من أجل تغيير الطرق الغير مجدية في التعامل مع المشكلات ، إلى طرق أكثر نفعا و فعالية ، لذا فقد عرفوا مفهوم التكيف (Coping) بأنه ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية و السلوكية و الانفعالية ، من أجل إدارة المطالب الداخلية أو الخارجية التي تقيم من قبل الفرد بأنها مرهقة و تفوق الإمكانات.

و لقد قام (Lazarus,1978) بجمع ما توصل إليه الباحثون حول وظائف التكيف، حيث توصلوا إلى أنها تعمل على خفض الضرر للظروف الطبيعية ، المحافظة على الوضع الطبيعي، التسامح و التوافق مع الأحداث و الظروف السلبية ،و الحفاظ على التصور الايجابي عن الذات، و التوازن الانفعالي، و أخيرا استمرارية الرضا عن العلاقات الاجتماعية الجيدة مع الآخرين.

التوصيـــــــات

يتضح من خلال ما سبق عرضه و في سياق ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج أهمية استخدام استراتيجيات تأقلم ايجابية و التي من شأنها أن تخفف من أعراض القلق و الاكتئاب لدى أهالي الأطفال المعاقين ، حيث يتضح جليا من خلال نتائج الدراسة أن إستراتيجية إعادة التقييم تعتبر من أكثر الاستراتيجيات التي يجب التركيز عليها و الحث على استخدامها،و ذلك لما يترتب عليها من نتائج مذهلة لذوي المعاقين للتأقلم مع المواقف الضاغطة التي يتعايشون معها، و هذا لايلغي أهمية استخدام إستراتيجية الانتماء، التحكم بالنفس والتخطيط لحل المشكلات و تحمل المسؤولية هذا و ترى الباحثة أن من ما شأنه أن يخفف من الأعباء النفسية و المادية لأهالي الأطفال المعاقين ، هو أن يكون هناك اهتمام أكبر بهذه الفئة ، عن طريق تخص المؤسسات المعنية في تقديم الخدمات للمعاق و بالتالي ينم تغطية متطلباتها لأساسية التي تثقل والديه نفسيا و فكريا. ويرى الباحثين أن هناك إجراءات يمكن إتباعها لتعزيز الاستراتيجيات الايجابية ، لضمان وقاية أهالي الأطفال المعاقين من القلق و الاكتئاب و هي :

1 . تطوير برامج إرشادية منهجية و للمنهجية تأكد على استراتيجيات التكيف الايجابية التي تساهم في مواجهة مشكلة الإعاقة لدى لوالدين.

2 . العمل على تعزيز وضع الطفل المعاق من خلال تطبيق القوانين التي ينص عليها الإعلان العالمي لحقوق المعاق.

3. العمل ضمن خطة متكاملة من قبل المؤسسات الحكومية و الأهلية للمساهمة في توفير احتياجات الطفل المعاق من خلال معاش شهري دائم له.

4. تسخير دور الإعلام و الإذاعات المسموعة في دمج أهالي الأطفال المعاقين مع المجتمع المحلي و التأكيد على الجهود الجبارة التي تتم من قبل أهالي الأطفال المعاقين نتيجة تربية طفل معاق.

5. عقد لقاءات دورية لأهالي المعاقين للتحدث عن تجربتهم و اكتساب معلومات جديدة من بعضهم البعض و التي من شأنها التخفيف من أعراض القلق لديهم.

6. دمج أهالي الأطفال المعاقين داخل القرى أو الذين يقطنون الأماكن النائية، ضمن نشاطات خاصة مع أهالي الأطفال المعاقين في المدينة أو المخيم،و ذلك للاستفادة من خبرة الآخرين.

7. بناء برنامج إرشادي لخفض حدة القلق و الاكتئاب و الضغوط النفسية لدى أهالي الأطفال المعاقين.

توصيات لمزيد من البحث: (الدراسات المقترحة)

1. دراسة مدى علاقة الوصمة بالقلق و الاكتئاب لأهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالمتغيرات الديموغرافية.

2. دراسة تأثير وجود طفل معاق في الأسرة على الإخوة و تكيفهم مع البيئة المحيطة بهم.

3. تأثير الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية على أهالي الأطفال المعاقين و علاقتها بالقلق و الاكتئاب.

المراجـــع

- عبد الفتاح، غريب: (1985).مقياس الاكتئاب. القاهرة، دار النهضة العربية.
- الجمعية الوطنية لتأهيل المعاقين(2005).تقرير حول الإعاقة في فلسطين.غزة،فلسطين.
- النعامي، أيمن: (2005).الآثار النفسية الناجمة عن الأسر و علاقتها باستراتيجيات التكيف لدى الأسرى الفلسطينيين المحررين في قطاع غزة.رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة-جامعة القدس – غزة.
- وزارة الصحة الفلسطينية (2002). تقرير خاص حول شهداء و جرحى انتفاضة الأقصى في الفترة مابين 28/9/2000 و حتى 28/9/2005. فلسطين.
- وكالة الغوث الدولية: (2006). دليل المؤسسات و المنظمات العاملة في مجال المعاقين و تدريب المعاقين في قطاع غزة، دائرة الإغاثة و الخدمات الاجتماعية بوكالة الغوث الدولية بغزة-قسم الخدمات الاجتماعية-برنامج المعاقين، يناير.

- Abu Saif, K, Thabet A A, Vostanis P .(2007). Depression among End-stage Renal failure patients in Gaza Strip. Arabpsynet E. Journal, 15-16: 89-94.
- Abasuiubong,F.et al .(2006).A controlled Study of Anxiety and Depression in Mothers of Children with learning disability in Lagos, Nigeria. Niger Journal of Medicine,15: 124-137.
- Abu Laila, Ragheb Ali., Thabet A A, Vostanis P .(2009). Effect of trauma on Mental health of ambulance drivers in Gaza Strip. Arabpsynet E.Journal, Vol. 21-22: 237-243.
- Dellve L, et al(.2006). Stress and anxiety among parents of children with rare diseases : Aprospective study . Journal of Advanced Nursing, 53:392-402.
- Duvderany,I.(2003). Anxiety , Social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfear services in Northren Isreal. Journal of Intellectual Disability Research,47:264-272.
- Folkman,S. (1984). Personal control & stress and coping process: Theoritical Analysis. Journal of Personality and Social Psychology ,46:839-852.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985)
- The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology, 50: 992-1003.
- Garro,A(2004). Coping patterns in mothers/ caregivers of children with chronic feeding problems. Journal of Pediatric Health Care, 18: 138-144.
- Gray, D. E.(2006). Coping over time: the parents of children with autism. Journal of Intellectual Disability Research,50:12-97.
- Hong, H.T, et al.(2006). Parenting Anxiety of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. Journal of Intellectual Disability Research, 50: 748-760
- Heaman, D. J.(1995). Perceived stressors and coping strategies of parents who have children with developmental disability: A comparison of mothers with fathers. Journal of pediatric Nursing,10: 311-320.
- Lazarous, R., & Folkman,S.(1984). Coping and Adaptation in Gentry,W Daily. Behavior Medicine. New York: The Guilford press.
- Little, L.(2002). Differences in depression and coping for mothers and fathers of children with Asperser's syndrome and nonverbal learning disorders. Journal of Pediatric Nursing, 28: 565-570.
- Mathiled, A., & Lina, B.(2006). The adaptation of mothers of children with intellectual disability in Lebanon. Journal of Transcultural Nursing,17: 375-380.
- McConkey,R et(2006). The impact on mothers of bringing up A child with intellectual disabilities: across- cultural study. International Nursing Studies,45:65-78.
- Meijer AM , et al .(2007). Parents of children with enduring epilepsy : Predictors of parenting anxiety and parenting coping. Epilepsy Behavior,11:197-207.
- Mupf et al.(2002). Families of children with cancer: The impact on anxiety experienced by fathers. Journal of cancer Nursing,25:66-73.
- Nitta, O. et al. (2007). Relationships of depression and mental health of mothers of severely handicapped school-aged children suffering from cerebral palsy. Journal of Public Health,54:479-485.
- Nor Zaidah , Ah et al.(2004). Coping styles of mothers with disabled children at rural community rehabilitation centers in Muar, Malaysia. Medicine Journal of Malaysia,59: 384-390.
- Qouta, S., Punamaki, R.L., & El Sarraj E .(1997). Experiences and coping strategies among political prisoners. Peace and Conflict: J Peace Psychol 3:19–36
- Richard, P., Hastings, et al.(2005). Systems Analyses of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with Autism. Journal of Autism and Development Disorder,35:635-644.
- Ryde-Brandet. B.(1990). Anxiety and defense strategies in mothers of children with different disabilities. Journal of Medicine Psychology, 63: 183-192.

- Wong, T.T , et al. (2001). Predictions of maternal for families having a child with epilepsy. Journal of Nursing Research,9:116-126.
- Wortman, C. et al.(1992). Psychology, 4th edition, New york, MCGraw- Hill, Inc,USA.
- Yeh, C.H.(2004). Gender Differences in the use of coping strategies among Taiwanese parents whose children have cancer. Cancer Nursing, 27:100-107.
- Yeh Ch,et al(.2004). Comparing depression levels of parents of children with cancer and parents of children with Physical disabilities. Journal of Psychooncology, 13:898-910.
- Taanila A, et al.(2002). Coping of parents with physically and /or intellectually disabled children. Journal of child Care Health Development, 28: 73-86.
- Taylor J. (1953). A personality scale of manifest anxiety. J Abn Soc Psychology; 48 285–90.
- Thabet, AA., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E. (2007). Domestic violence and mental health of Palestinian women, Arabpsynet E. Journal, Spring, 13, 137-143.
- Webster, RI. et al. (2008) . Child health and parental anxiety in school age children with pre- school diagnosis of development delay. Journal of Child Neurology, 23:32-38.

ARABPSYNET PSYCHIATRIST GUIDE

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

ARABPSYNET PSYCHOLOGIST GUIDE

Send your Scientific CV via CV FORM

www.arabpsynet.com/cv/CV.htm

Effect of war on Palestinian children behavioural and emotional problems

Thabet A.A., Child and Adolescent Psychiatrist
Abu Tawahina A*., Clinical Psychologist;Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the impact of war on children depression and anxiety, and other mental health problems.

Methods: The study was conducted in the entire Gaza Strip two weeks after finishing War on Gaza that lasted for 23 days. The study sample included 374 children aged 6-17 years. Children completed measures of experience of traumatic events (Gaza Traumatic Checklist-War on Gaza), SDQ-self, and SDQ-parents.

Results: Palestinians children experiences variety of traumatic events: 93.9% hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, and 69% left home form more safe place, and 24.5% exposed to burn by bombs. Each child reported 12.80 traumatic events. The study showed that mean traumatic events was 13.8, 33.5% of children reported low traumatic level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Using SDQ, the study showed that 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity compared to 61.5% by parents' report, 17.4% reported hyperactivity compared to 23.5% by parents' report, 57.2% reported emotional problems compared to 51.9% by parents' report, 72.7% reported conduct problems compared to 82.1% by parents report, 32.9% reported peer relationships compared to 40.6% by parents' report, and 8% reported social problems compared to 13% by parents' report.

Total SDQ by self was negatively associated with hearing of arrest of someone or a friend, and positively predicted by witnessing the signs of shelling on the ground and being detained at home during incursion. While total SDQ by parents scores was positively associated with being detained at home during incursion, watching mutilated bodies in TV, and witnessing of own home demolition.

Conclusions: This study revealed that children living in area of conflict and war are the main group at risk of developing mental health problems and the international laws to protect the civilians during the conflict and establishing save haven for children and their families to decrease the effect of war on children. Also, we recommend doing more follow-up study of the same sample after 6 months to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school bases crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

Key words: War on Gaza, trauma, SDQ self, SDQ parents.

Introduction

Previous studies showed that not only PTSD is the only reaction to trauma, but children reported depression, anxiety, ADHD symptoms. Thabet and Vostanis (1998) in study of social adversities and anxiety disorders in Palestinian children showed that 21.5% of children scored as anxiety problems. Anxiety disorders varied from study to another study according to type of traumatic events and sample size.

Papageorgiou et al. (2000) in study of 95 children of 8-13 years, who had experienced war in Bosnia found that rate of anxiety was 23.0%; Scholte et al, (2004) in study of a ample of 1011 respondents aged 15 years or older, conducted in Nangarhar province found that 38.5% had anxiety disorders. Also depression was one of the common psychological disorder found in children exposed to political violence, Papageorgiou et al, (2000) described the pattern of psychopathology in a sample of 95 children of 8-13 years, who had experienced war in Bosnia. The study found that 47% scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Thabet et al (2006) in study of 349 children aged 6-15 years from West Bank and Gaza Strip found that 39.2% of children from the Gaza Strip reported post traumatic stress disorder compared to 34% of children from the West Bank. Using SDQ for parents and teachers, 36.9% and 38.5% according to parents and teachers from Gaza were rated as being caseness. Similarly, Thabet et al (2007) in study of 420 children in the Gaza Strip showed that 25.4% reported anxiety scores within the clinical range, 268 children (65.5%) were rated within the clinical PTSD range, and 203 children (49.6%) were rated within the range for likely clinical morbidity according to SDQ-parents. Previous studies in the area showed that there were differences in level of PTSD, depression, and anxiety in children at risk. Other researchers tried to find the effect of trauma on mental health problems, Elbedour et al (2007) in study of 229 Palestinian adolescents living in refugee camps of Rafah and Khan-Younis in the southern region of the Gaza Strip showed that 68.9% of the sample was classified as having developed PTSD, 40.0% of the participants reported moderate or severe levels of depression, 94.9% of the sample was classified as having severe anxiety levels. In another study Thabet and Vostanis (2007) showed that 65.5% of children were rated within the clinical PTSD range. Also, 25.4% of children reported anxiety scores within the clinical range and 49.6% were rated within the likely clinical range, according to the previous SDQ by parents. Also, Thabet et al (2008a) in study of 200 families from North Gaza and East Gaza showed that 70.1% of children were likely to present with PTSD, 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% were rated as having significant mental health morbidity by their parents.

Mater et al (2007) in a study aimed to identify the impact of labor on children general mental health and anxiety. The study showed that 79.2% of children were rating themselves as psychiatric cases, 33.9% of children reported hyperactivity; 38% reported emotion problems, 56.3% reported conduct disorder, 79.1% of them had good peer relationships. Also, 20.6% reported obsessive compulsive problems, 18% reported social phobia, 17.7% had generalized anxiety, and 17.7% had panic and agoraphobia, 10.7% had physical injury and 15.3% had separation anxiety.

The aim of the study was to investigate the impact of war on children behavioural and emotional problems rated by children and their parents.

Methods

Setting and Sample

The Gaza Strip is a narrow elongated piece of land, bordering the Mediterranean Sea between Israel and Egypt, and covers 360 km^2. It has high population density. About 17% of the population lives in the north of the Gaza Strip, 51% in the middle, and 32% in the south area. There is high unemployment, socioeconomic deprivation, family overcrowding, and short life expectancy. Nearly two-thirds of the population is refugees, with approximately 55% living in eight crowded refugee camps. The remainder lives in villages and towns. Since September 2005, the population of the Gaza Strip has been exposed to regular incursions and shelling, resulting in at least 200 deaths and many more injuries, in the last six months alone.

The study population included 374 children living in areas exposed to war that lasted for 23 days including the entire Gaza Strip. The total sample was selected using EPI 6 in which the total sample was 380 children. We added 20 children to the sample for missing interviews. Children were selected from randomly families from the five areas of the Gaza Strip. One street was selected in each area, and every third household that fulfilled the selection criteria. In larger buildings, one flat from each floor was selected.

The data collection was carried out by 8 trained professionals, under the supervision of the first author. The data was collected during Feb 2008. Children were interviewed in their homes after getting written consent from parents to participate in the study. One of the difficulties of this study was that, throughout the interviews, there were strong feelings of hostility, anger, and intolerance to interview in the selected areas, for which reason the interviews had to be discontinued with some children and to be repeated later on.

Measures

- *Demographic characteristics*

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, number of children, and education level.

- Traumatic events were assessed by checklists that reflected the nature of violence, trauma and losses during the war on Gaza. Israeli military violence was assessed by the Gaza Traumatic Events Checklist for Israeli Violence (Thabet, Abdulla, El Helou, & Vostanis, 2006) consisting of 30 items covering three domains of events typical for the Israeli siege: (1) witnessing personally acts of violence (e.g., killing of relatives, home demolition, bombardment, and injuries), (2) having experiences of loss, injury and destruction in family and other close persons, and (3) being personally the target of violence (e.g., being shot, injured, or beaten by the soldiers). In checklist children were asked whether they had been exposed to each of these events: (0) no, (1) yes during the 23 days of war. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.90 and split half was 0.81.

The *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* (Goodman R, 1997, 1999) was completed by parents on their children's behavioural and emotional functioning and by children 11 years and old. This standardised questionnaire includes 25 items on a 0-2 scale. The 25 SDQ items are grouped in the scales of hyperactivity, emotional, conduct, and peer relationships problems, as well as a prosocial scale. A score is estimated for each scale and a total difficulties score for the four problem scales. The SDQ has previously been used in the Gaza child population by the research group (Thabet et al, 2000). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha for parents was α=0.60 and split half was 0.58 and for children form Cronbach's alpha was α=0.59 and split half was 0.58.

Statistics analyses

Cross tables with Pearson □2 –statistics were applied to analyse the associations between demographic factors, trauma, and psychiatric symptoms, and gender differences in exposure to traumatic events, and general mental health. T-tests were applied to analyse gender differences in trauma, and psychiatric symptoms. To analyse the predictive role of traumatic experiences by children, general mental health problems, we used hierarchical multiple regression analyses with main and interaction effects. The estimated main effects indicate direct associations between trauma and psychiatric symptoms. The dependent variables were SDQ parents and Self total scores and independent variables were 30 traumatic experiences.

Results

Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

The sample consisted of 374 children, 197 were males (52.7%) and 177 were females 47.3%. The age ranged from 6 to 17 years with mean age 11.09 (SD = 2.9). According to place of residence, 34.2% were from North Gaza, 24.9% were from Gaza city, 15.8% were from middle area, 7.8% from Khan Younis, and 17.4% were from Rafah area. According to type of living, 44% live in cities, 20.9% live in villages, and 34.8% live in refugee camps. According to family monthly income, 60.9% had less than 300 US $ monthly, 26.% had 301-650 $ monthly, and 13.1% had 651 and above

Table 1 :Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

	N	%
1. Sex		
Male	197	52.7
Female	177	47.3
Mean = (SD = 7.48)		
3. Place of residence		
North Gaza	128	34.2
Gaza	93	24.9
Middle area	59	15.8
Khan Younis	29	7.8
Rafah area	65	17.4
4. Type of residence		
City	166	44.4
Village	78	20.9
Camp	130	34.8
No of siblings		
Less than 4	99	26.5
5-7 siblings	172	46.0
8 and more	103	27.5
Family monthly income		
Less than 300 US $	190	60.9
301-650 $	81	26.0
651$ and more	41	13.1
Father job		
Unemployed	109	36.8
Simple worker	54	18.2
Skilled worker	39	13.2
Employee	72	24.3
Merchant	11	3.7
Others	11	3.7
Mother job		
Housewife	296	90.2
Simple worker	10	3.0
Employee	12	3.7
Others	10	3.0

Types of traumatic events

Palestinians children experiences variety of traumatic events: 93.9% hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessing the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies in TV, 73% were deprived from water or electricity during the war, 69% said they left home form more safe place.

Table 2: The most common traumatic events

Types of traumatic events	No.	%
1. Watched mutilated bodies in TV	335	94.9
2. Heard shelling of the area by heavy artillery	351	93.9
3. Heard the sonic sounds of the jetfighters	351	93.9
4. Witnessed the signs of shelling on the ground	342	91.4
5. Deprivation from water, food, or electricity during the war	273	73
6. Forced to move from home to safer place during the war	258	69
7. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at neighbours homes	239	63.9
8. Witnessed of shelling and destruction of another's home	225	60.2
9. Witnessing assassination of people by rockets	203	54.3
10. Were detained at home during incursion	198	52.9
11. Heard killing of non relative	177	47.3
12. Hearing killing of a relative	167	44.7
13. Heard the arrest of someone or a friend	157	42
14. Threaten by shooting	150	40.1
14. Destruction of personal belongings during the war	133	35.6
15. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at own home	127	34
16. Witnessed shelling and destruction of own home	124	32.2
17. Deprivation of going to toilet and leaving the room at home because of the firing and shelling the area	101	27
18. Witnessed shooting of non relative	89	23.8
19. Witnessed killing of non relative	86	23
20. Witnessed shooting of a relative	85	22.7
21. Exposure to burn by bombs and phosphorous bombs	84	22.5
22. Witnessed killing of a relative	81	21.7
23. Beaten and humiliation by the army during the war	72	19.3
24. Threaten with a family member being killed	69	18.4
25. Shot by bullets, rocket, or bombs	61	16.3
26. Threaten with being killed by the army	61	16.3
27. Physical injury due to bombardment of your home	58	15.5
28. Threatened to death by being used as human shield by the army to move from home to home	54	14.4
29. Detained for hours during the war	49	13.1

Mean of traumatic events

The study showed that mean traumatic events was 13.8 (SD =6.1). The results showed that mean traumatic events reported by males was 13.032 (SD =6.46) compared to mean in female =12.50 (SD = 6.64). No significant differences between males and females in reporting traumatic events (t=0.78, p = 0.44).

Level of traumatic events

In order to find the severity of traumatic events, 30 items were recoded into 0-9 low level traumatic event, 10-19 moderate level, and 20 and above severe level. The results showed that 33.5% of children reported low level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Table 3: Level of traumatic events

Traumatic events	No.	%
Low level	125	33.5
Moderate level	191	51.2
High level	57	15.3

Mental health problems according to children above 11 years themselves and parents

Prevalence of general mental health problems using SDQ

Using SDQ by children above 11 years, 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity, 17.4% reported hyperactivity, 57.2% reported emotional problems, 72.7% reported conduct problems, and 32.9% reported peer relationships, and 8% reported social problems.

Table 3 : Prevalence of mental health problems according to children 11 years and above

Mental health problem	Normal	Borderlin	Abnormal
SDQ total difficulties	21.9	18.2	59.9
Conduct problems	10.2	17.1	72.7
Emotional problems	27.8	15.0	57.2
Peer relationship problems	39.0	28.1	32.9
Hyperactivity problems	62.6	20.1	17.4
Social problems	73.5	18.5	8

Determinants of mental health of children rated by children and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total SDQ was entered as dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total SDQ scores was negatively associated with hearing of arrest of someone or a friend (B = -.12, p< 0.013), and positively predicted by witnessing the signs of shelling on the ground (B = 0.12, p< 0.01) , and being detained at home during incursion (B=.11, p< 0.02).

Table 4:Linear Regression analysis of SDQ-self and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	p
(Constant)	2.035	.148		13.747	.000
16. Witnessing the signs of shelling on the ground	.372	.150	.127	2.486	.013
5. Hearing of arrest of someone or a friend	-.213	.085	-.128	-2.495	.013
19. Being detained at home during incursion	.185	.085	.113	2.189	.029

F = 5.4, p <0.05, R^2=0.04

Prevalence of mental health problems according to parents

The study showed that 61.5 % of children rated by their parents as having psychiatric morbidity, 82.1% reported conduct problems, 51.9% reported emotional problems, 40.6% reported peer relationships problems, 23.5% reported hyperactivity, and 13% reported social problems.

Table 5: Prevalence of mental health problems according to parents (N = 374)

Mental health problem	Normal	Borderline	Abnormal
Total SDQ by self	19.5	19.0	61.5
Conduct problems	7.2	10.7	82.1
Emotional problems	32.1	16.0	51.9
Peer relationships	39.3	20.1	40.6
Hyperactivity	55.9	20.6	23.5
Social problems	75.3	11.0	13.7

Determinants of mental health of children rated by parents and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total SDQ scores was entered as dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total SDQ scores was positively associated with being detained at home during incursion (B =. 11, p< 0.03), watching mutilated bodies in TV (B= .10, p< 0.04), and witnessing of own home demolition (B=.10, p< 0.04).

Table 6: Linear Regression analysis of SDQ-parent and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	14.170	1.108		12.786	.000
19. Being detained at home during incursion	1.078	.502	.111	2.145	.033
14. Watching mutilated bodies in TV	2.267	1.128	.103	2.009	.045
10. Witnessing of own home demolition	1.063	.530	.104	2.008	.045

F = 5.15, p <0.05, R^2=0.05

Discussion

This study tried to investigate the effect of war trauma on children anxiety, depression, and general mental health problems. This study showed that Palestinians 93.9% of children hear shelling of the area by artillery, 93.9% hear the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessing the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies in TV, 73% were deprived from water or electricity during detention at home, 69% said they left home form more safe place, and 24.5% exposed to burn by bombs. These findings were consistent with most of our previous studies in the area (Thabet et al, 2006; Thabet et al, 2007; Thabet et al, 2008).

Our study showed 59.9% of children rated themselves as having psychiatric morbidity compared to 61.1% rated by parents. Our findings are the highest level of mental health problems in area and it is inconsistent with previous studies which showed lower level of mental health problems , in study of Palestinian children in the Gaza Strip was described by Thabet & Vostanis (1998) where the prevalence of mental health problems rated by teachers was (43.4%). In another study of Palestinian children found that (20.9%) were rated above the cut-off for mental health problems on the Rutter A2 (parent) Scales, and 74 children (31.8%) were above the cut-off on the Rutter B2 (teacher) (Thabet & Vostanis, 2000). Zakrison, Shahen, Mortaja & Hamel (2004) in a study of prevalence of psychological morbidity among Palestinian children living in the southern Bethlehem District of the West Bank during July 2000, using the Rutter A2 (parent) Scale filled out by a parent of each of the 206 subject children (ages 6 to 13 years found a rate of psychological morbidity of 42.3% among Palestinian children. Thabet et al (2006) ins study of Palestinian children in Gaza Strip and West Bank of using SDQ for parents and teachers, 72 children (36.9%) from Gaza were rated as having caseness (were considered as having a problem) by parents using (17-40) cut-off points compared to 44 (29.3%) from the West Bank. Seventy two children (38.5%) from Gaza were rated as having caseness by teachers using (16-40) cut-off points compared to 46 (30.7%) from the West Bank. Our speculation of this high level of mental health problems could be due to the high intensity of trauma during the war and children feelings that their were no safe place to hide and others cannot protect them. Also, Palestinians are under siege for the last 3 years and children feel that they are in big prison and cannot leave Gaza.

Clinical implications

It appears that traumatic events and other emotional and behavioural problems are common disorders of children living in area of war and conflict. At present, however, it is clear how many of these children will behavioural and emotional problems have.

Also, do we need new types of intervention in wide scale approach in dealing with increasing number of Palestinian children affected by war and trauma. There are needs for more psychoeducation programs for parents to enable them of recognizing their own reactions to war and trauma and their children normal and abnormal reactions to war. This also applicable to professionals working in community based organizations and increase their capacity of early detection of children with mental health problems and giving them the clinical skills to practice these skills in dealing with children in community and schools. Also school based intervention using group counseling and psycho education of adolescents.

We recommend doing more follow-up study of the same sample after 1 year to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems.

References

- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannamc, J., Whitcomed, J. A., and Abu Hein, F. (2007) Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second Uprising (Intifada), Child *Abuse & Neglect, 31:* 719–729.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child *Psychol Psychiatry, 38*, 581–586

- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry 40*, 791–799.

- Khahlout, A., Thabet, AA. (2009 in press). Impact of Political violence on adolescents mental health in the Gaza Strip.

- Mater, S., Thabet A. A., Vostanis P .(2008), Mental Health problems among labour children in the Gaza Strip, *Arabpsych E Journal,* 18-19, 177-189.

- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 84–90.

- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of Childhood Diseases, 78,* 439-442.

- Thabet, A.A, Stretch D, & Vostanis P. (2000). Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry, 46,* 266-80.

- Thabet, A. A., Abdulla, T., El Helou, M., & Vostanis, P. (2006). *Effect of trauma on children mental health in the Gaza Strip and West Bank* (Chapter in a Book, (Eds.) Greenbaum, C. W., Veerman, P., Bacon-Shnoor, N (2006). Protection of Children During Armed Political Conflict .A Multidisciplinary Perspective. Pp 123-138.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2007) Children Exposed to Political Conflict: Implications for Health Policy. *Harvard Health Policy Review*, 8), 47-57.

- Thabet, L., Thabet, AA, Vostanis, P.(2007). Mental health problems among Orphanage children in the Gaza Strip. *Adoption and Fostering Journal. 31*, 2, 54

Comorbidity of Depression and Anxiety in Palestinian Children Victims of War on Gaza

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of this study was to investigate the impact of war on children with depression and anxiety.

Methods: The study was conducted in the entire Gaza Strip two weeks after the end of the War on Gaza that lasted for 23 days. The study sample included 374 children aged 6 to 17 years. Children completed measures of experience of traumatic events (Gaza Traumatic Checklist-War on Gaza), Birleson Depression Inventory, and Child Revised Manifest Anxiety Scale.

Results: Palestinian children experienced a variety of traumatic events: 93.9% heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 69% left home for a safer place, and 24.5% were exposed to burn by bombs. Each child reported 12.80 traumatic events. The study showed that mea traumatic events was 13.8: 33.5% of children reported low traumatic level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

No gender differences in depression scores, and no statistical association between total trauma and depression scores. However, total depression scores were positively predicted by being forced to leave home under threat of war and being threatened with shooting, while physical injury due to bombardment of their home negatively predicted depression.

Mean anxiety score was 11.05. No gender differences were found in the level of anxiety. Total anxiety scores were negatively associated with shooting by bullets, rockets, or bombs, witnessing a friend's home be demolished and witnessing one's own home demolished, while witnessing the killing of friend was positively correlated with anxiety.

The results showed that 237 of children had no anxiety or depression (63.5%), 95 children had either depression or anxiety (25.5%), and 41 children had comorbidity of depression and anxiety (11%).

Conclusions: This study revealed that children living in areas of conflict and war are the main group at risk of developing depression and anxiety, and the international laws must protect the civilians during the conflict, establishing save havens for children and their families to decrease the effect of war on children. Also, we recommended doing more follow-up studies of the same sample after 6 months to evaluate the effect of continuous trauma on children's mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school basis crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

Introduction

On 27th December 2008 a new chapter of the conflict in the Middle East between the Israelis and Palestinians started to be written in which a new wave of violence erupted where at least 1,330 Palestinians were killed and 5,500 were injured in the Gaza Strip. This war on Gaza continued for 23 days. According to new data that emerged from people working in the field, changes in the types of psychological symptoms were observed such as excessive fears, panic attacks, amnesia, helplessness, hopelessness, uncertainty of the current situation and the future

psychological disorders and exposure to political and military violence in the area. Review of the literature on the relationship between showed that anxiety, psychosomatic, and depression symptoms seem to be shared by most children who were subjected to political or military violence irrespective of their ethnic or cultural background.

Previous studies showed that PTSDi is not the only reaction to trauma, but children reported depression, anxiety, and ADHD symptoms. Thabet and Vostanis (1998) in a study of social adversities and anxiety disorders in Palestinian children showed

that 21.5% of children showed anxiety problems. Anxiety disorders varied from study to study according to the type of traumatic event and sample size. Papageorgiou et al. (2000) in a study of 95 children between 8 and 13 years old who had experienced war in Bosnia found that the rate of anxiety was 23.0%; Scholte et al. (2004) in a study of a sample of 1,011 respondents aged 15 years or older conducted in the Nangarhar province found that 38.5% had anxiety disorders. Also, depression was one of the common psychological disorders found in children exposed to political violence. Papageorgiou et al. (2000) described the pattern of psychopathology in a sample of 95 children between 8 and 13 years old who had experienced war in Bosnia. The study found that 47% scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Thabet et al (2004) in a study of comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict in the Gaza Strip Exposure to traumatic events, strongly predicted MFQ scores: 23.9% of children scores were within PTSD range. In another study, Scholte et al. (2004) aimed to determine the rate of exposure to traumatic events; estimated prevalence rates of symptoms of PTSD, depression, and anxiety found that high rates of symptoms of depression were reported by 391 respondents (38.5%); anxiety, 524 (51.8%); and PTSD, 207 (20.4%). Thabet et al. (2007) in a study of 420 children in the Gaza Strip showed that 25.4% reported anxiety scores within the clinical range, 268 children (65.5%) were rated within the clinical PTSD range, and 203 children (49.6%) were rated within the range for likely clinical morbidity according to SDQ-parents. Previous studies in the area showed that there were differences in level of PTSD, depression, and anxiety in children at risk. Other researchers tried to find the effect of trauma on mental health problems, Elbedour et al (2007) in a study of 229 Palestinian adolescents living in refugee camps of Rafah and Khan-Younis in the southern region of the Gaza Strip showed that 68.9% of the sample was classified as having developed PTSD, 40% of the participants reported moderate or severe levels of depression, 94.9% of the sample was classified as having severe anxiety levels. In another study Thabet and Vostanis (2007) showed that 65.5% of children were rated within the clinical PTSD range. Also, 25.4% of children reported anxiety scores within the clinical range and 49.6% were rated within the likely clinical range, according to the previous SDQ by parents. Also, Thabet et al (2008a) in a study of 200 families from North Gaza and East Gaza showed that 70.1% of children were likely to have PTSD, 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% were rated as having significant mental health morbidity by their parents. Similarly, Khamis (2008) in a study aimed to assess the occurrence of PTSD and psychiatric disorders (i.e., anxiety and depression) in Palestinian adolescents following intifada-related injuries found that 137 adolescents (76.5%) in the sample met full criteria for PTSD diagnosis after they had been injured by live ammunition. About 41 (29.9%) of the cases had a delayed onset – that is, the onset of symptoms occurred more than six months after the trauma. In regard to depression and anxiety, significant differences were found between PTSD and non- PTSD adolescents on the depression and anxiety scales. Adolescents who exhibited PTSD symptoms were more likely to report higher levels of depression and anxiety.

In a study of the effect of shelling the Gaza area, Thabet et al. (2008) in a sample of 200 families and children found that 33.9% were rated as having anxiety symptoms of likely clinical significance, and 42.7% of children were rated as having significant mental health morbidity by their parents.

Not only was the effect of violence on children studied, but so was a group of children that were considered children at risk, such as children who lost their parents due to sudden death, children living in orphanages, labour children, and children with physical disabilities. Thabet et al. (2007) in a study to establish the level of emotional problems among 115 orphaned children in the Gaza Strip found that 39.3% reported PTSD, 49.0% reported depression, and 28.5% reported anxiety. Mater et al. (2007) conducted a study that aimed to identify the impact of labor on children's general mental health and anxiety. The study showed that 79.2% of children were rating themselves as psychiatric cases, 33.9% of children reported hyperactivity; 38% reported emotion problems, 56.3% reported conduct disorder, 79.1% had good peer relationships. Also, 20.6% reported obsessive compulsive problems, 18% reported social phobia, 17.7% had generalized anxiety, 17.7% had panic and agoraphobia, 10.7% had physical injury, and 15.3% had separation anxiety.

The aim of this study was to investigate the impact of war on children depression and anxiety and comorbidity of the two disorders.

Methods

Setting and Sample

The Gaza Strip is a narrow elongated piece of land, bordering the Mediterranean Sea between Israel and Egypt, and covers 360 km2. It has a high population density. About 17% of the population lives in the north of the Gaza Strip, 51% in the middle, and 32% in the south area. There is high unemployment, socioeconomic deprivation, family overcrowding, and short life expectancy. Nearly two-thirds of the population are refugees, with approximately 55% living in eight crowded refugee camps. The remainder lives in villages and towns. Since September 2005, the population of the Gaza Strip has been exposed to regular incursions and shelling, resulting in at least 200 deaths and many more injuries in the last six months alone.

The study population included 374 children living in areas that were exposed to war that lasted for 23 days including the entire Gaza Strip. The total sample was selected using EPI 6 in which the total sample was 380 children. We added 20 children to the sample for missing interviews. Children were selected randomly from families from the five areas of the Gaza Strip. One street was selected in each area, and every third household that fulfilled the selection criteria. In larger buildings, one flat from each floor was selected.

The data collection was carried out by eight trained professionals under the supervision of the Dr. Thabet. The data was collected during February 2008. Children were interviewed in their homes after getting written consent from parents to participate in the study. One of the difficulties of this study was that, throughout the interviews, there were strong feelings of hostility, anger, and intolerance to interview in the selected areas, for which reason the interviews had to be discontinued with some children and to be repeated later on.

Measures

Demographic Characteristics

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire included gender, age, number of children, and education level.

Traumatic Events

Traumatic events were assessed by checklists that reflected the nature of violence, trauma and losses during the war on Gaza. Israeli military violence was assessed by the Gaza Traumatic Events Checklist for Israeli Violence (Thabet, Abdulla, El Helou, and Vostanis, 2006) consisting of 30 items covering three domains of events typical for the Israeli siege: (1) personally witnessing acts of violence (e.g. killing of relatives, home demolition, bombardment, and injuries); (2) having experiences of loss, injury and destruction of family and/or other close persons; and (3) being the target of violence (e.g., being shot, injured, or beaten by the soldiers). In the checklist, children were asked whether they had been exposed to each of these events: (0) no, (1) yes during the 23 days of war. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.90 and split half was 0.81.

The Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) (Reynolds C, & Richmond B., 1978, 1987)

This is a standardised 37-item self-report questionnaire for children between 6 and 19 years of age (Reynolds C, & Richmond B, 1978). It measures the presence or absence of anxiety-related symptoms ('yes'/'no' answers) in 28 anxiety items and 9 lie items. A cut-off total score of 19 has been found to predict the presence of anxiety disorder (Thabet and Vostanis, 1998). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.89 and split half was 0.89.

Birleson Depression Inventory (BDI: Birleson, 1981)

This self-completed inventory, also known as the Depression Self Rating Scale for Children, consists of 18 items. The scale has been found to differentiate between depressed and nondepressed British children. A cut-off score of 15 is 6 times more likely to be associated with a diagnosis of depression and provides acceptable specificity and sensitivity (Birleson, Hudson, Buchanan, & Wolff, 1987). The scale has been used with children aged 7 to 18 years and normative data on 250 school children aged 11 to 15 years has been reported (Firth & Chaplin, 1987; Yule, 1992). The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.67 and split half was 0.57.

Statistics analyses

Cross tables with Pearson □2 –statistics were applied to analyse the associations between demographic factors, trauma, psychiatric symptoms, and gender differences in exposure to traumatic events, depression and anxiety. T-tests were applied to analyse gender differences in trauma, and psychiatric symptoms. To analyse the predictive role of traumatic experiences by children, depression and anxiety, we used hierarchical multiple regression analyses with main and interaction effects. The estimated main effects indicate direct associations between trauma and psychiatric symptoms. The dependent variables were depressive and anxiety symptoms, and the independent variables were 30 traumatic experiences. Also, children who were rated as having both depression and anxiety were rated, and a prediction of comorbidity by traumatic events was evaluated using multiple regression analysis.

Results

Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

The sample consisted of 374 children, 197 were males (52.7%) and 177 were females 47.3%. The age ranged from 6 to 17 years with a mean age of 11.09 (SD = 2.9). According to place of residence, 34.2% were from North Gaza, 24.9% were from Gaza city, 15.8% were from middle area, 7.8% from Khan Younis, and 17.4% were from Rafah area. According to type of living, 44% live in cities, 20.9% live in villages, and 34.8% live in refugee camps. According to family monthly income, 60.9% had less than 300 US $ monthly, 26.0% had 301-650 US $ monthly, and 13.1% had 651 US $ and above.

Table 1 : Sociodemographic characteristics of study population (N = 374)

Characteristics	#	%
1. Gender		
Male	197	52.7
Female	177	47.3
Mean = (SD = 7.48)		
2. Place of residence		
North Gaza	128	34.2
Gaza	93	24.9
Middle area	59	15.8
Khan Younis	29	7.8
Rafah area	65	17.4
3. Type of residence		
City	166	44.4
Village	78	20.9
Camp	130	34.8
4. No of siblings		
Less than 4	99	26.5
5-7 siblings	172	46.0
8 and more	103	27.5
5. Family monthly income		
Less than 300 US $	190	60.9
301-650 $	81	26.0
651$ and more	41	13.1
6. Father's job		
Unemployed	109	36.8
Simple worker	54	18.2
Skilled worker	39	13.2
Employee	72	24.3
Merchant	11	3.7
Others	11	3.7
7. Mother's job		
Housewife	296	90.2
Simple worker	10	3.0
Employee	12	3.7
Others	10	3.0

Types of traumatic events

Palestinians children experienced a variety of traumatic events: 93.9% heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessed the signs of shelling on the ground, 94.9% watched mutilated bodies on TV, 73% were deprived from water or electricity during the war, and 69% said they left home for a safer place.

Types of traumatic events	#	%
1. Watched mutilated bodies in TV	335	94.9
2. Heard shelling of the area by heavy artillery	351	93.9
3. Heard the sonic sounds of the jetfighters	351	93.9
4. Witnessed the signs of shelling on the ground	342	91.4
5. Deprivation from water, food, or electricity during the war	273	73
6. Forced to move from home to a safer place during the war	258	69
7. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at neighbours homes	239	63.9
8. Witnessed the shelling and destruction of another's home	225	60.2
9. Witnessed assassination of people by rockets	203	54.3
10. Were detained at home during incursion	198	52.9
11. Heard killing of a non relative	177	47.3
12. Heard killing of a relative	167	44.7
13. Heard the arrest of someone or a friend	157	42
14. Threatened by shooting	150	40.1
14. Destruction of personal belongings during the war	133	35.6
15. Witnessed firing by tanks and heavy artillery at own home	127	34
16. Witnessed shelling and destruction of own home	124	32.2
17. Deprivation of going to the toilet and leaving the room at home because of the firing and shelling in the area	101	27
18. Witnessed shooting of a friend	89	23.8
19. Witnessed killing non relative	86	23
20. Witnessed shooting of a relative	85	22.7
21. Exposure to burn by bombs and phosphorous bombs	84	22.5
22. Witnessed killing of a relative	81	21.7
23. Beaten and humiliated by the army during the war	72	19.3
24. Threatened with a family member being killed	69	18.4
25. Shot by bullets, rocket, or bombs	61	16.3
26. Threatened with being killed	61	16.3
27. Physical injury due to bombardment of your home	58	15.5
28. Threatened with death by being used as human shield by the army to move from home to home	54	14.4
29. Detained for hours during the war	49	13.1

Table 2: The most common traumatic events

Mean of traumatic events

The study showed that the mean traumatic events was 13.8 (SD =6.1). The results showed that the mean traumatic events reported by males was 13.032 (SD =6.46) compared to mean in female =12.50 (SD = 6.64). No significant differences between males and females in reporting traumatic events (t=0.78, p = 0.44).

Level of traumatic events

In order to find the severity of traumatic events, 30 items were recoded into 0-9 low level traumatic events, 10-19 moderate level, and 20 and above severe level. The results showed that 33.5% of children reported low level, 51.2% reported moderate level, and 15.3% reported high level of traumatic events.

Table 3: Level of traumatic events

Traumatic events	#	%
Low level	125	33.5
Moderate level	191	51.2
High level	57	15.3

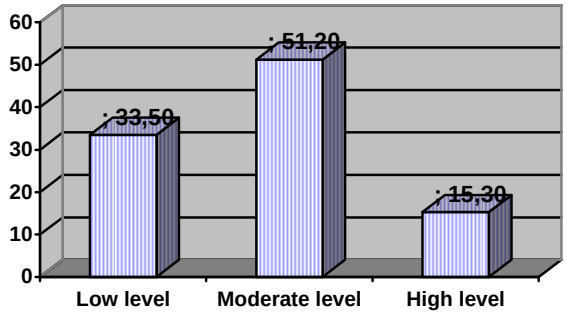

Figure 1: Level of traumatic events

Depression symptoms according to Birleson depression scale

Palestinian children reported a variety of depression symptoms: 51.5 % said they did not enjoy the things they do as much as they used to, 58.7% said they have no energy, and 44.9% said they do not sleep very well. The child mean depression score was 18.77 (SD =4.7).

Table 4: Depression symptoms according to Birleson depression scale

	Always	Sometimes	No
I enjoy the things I do as much as I used to	9.4	39.1	51.4
I have lots of energy	10.9	30.4	58.7
I get tummy aches	12.3	48.6	39.1
I sleep very well	13.8	41.3	44.9
I am good at the things I do	13.8	61.6	24.6
I feel so sad I can hardly stand it	13.8	48.6	37.7
I am easily cheered up	14.5	52.2	33.3
I enjoy my food	16.7	45.7	37.7
I look forward to things as much as I used to	17.4	47.8	34.8
I feel very lonely	19.6	44.2	36.2
I think life isn't worth living	22.5	49.3	28.3

I feel very bored	24.6	60.1	15.2
I feel like running away	26.8	38.4	34.8
I feel like crying	27.5	53.6	18.8
I like to go out to play	32.6	38.4	29
I have bad dreams	34.1	48.6	17.4
I can stick up for myself	34.3	42.3	23.4
I like talking with my family	49.3	41.3	9.4

The independent test was done to find gender differences in mean depression scores. The results showed that mean depression in boys was 18.6 (SD = 4.91) compared to 18.93 (SD =4.57) in girls. There was no significant differences between boys and girls in total depression scores (t = -0.56, p = 0.32). Also, age of children was recoded into two groups (6-12 years, and 13 years and above). There were no significant differences in depression according to age group of children.

Pearson correlation test was done to find the relationship between total traumatic events and depression. The results showed no statistical association between depression scores and total trauma.

One way ANOVA was performed to find differences between depression as dependent variable and place of residence, type of residence, and family monthly income. The results showed no statistically significant differences in total depression scores and other sociodemographic variables.

Determinants of depression scores and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total depression was entered as a dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total depression score was positively associated with being forced to leave home under threat of war (B= .13, p< 0.02) and threat of shooting (B=.11, p< 0.03), while physical injury due to bombardment of their home was negatively associated with depression (B= -.14, p< 0.009).

Table 4: Linear Regression analysis of depression and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	p
(Constant)	17.700	.459		38.560	.000
30. Forced to leave home during the war	1.337	.528	.130	2.531	.012
18. Physical injury due to bombardment of home	-1.864	.707	-.142	-2.636	.009
22. Threatened with shooting	1.148	.528	.118	2.176	.030

F = 5.2, p <0.05, R2=0.04

Anxiety symptoms according to RCMAS

The study showed that 88.1% said they get nervous when things do not go the right way for them, 80.5% said they were worried about what is going to happen, 75.4% afraid of a lot of things, 74.4% said their feelings get hurt easily when they are fussed at, 72.9% worry about what their parents will say to me, and 71.6% said it is hard to get to sleep at night. The mean anxiety score was 11.05 (SD =6.8). Using a cut-off point of 18 and more as anxiety, 64 children (17.2%) reported themselves as having anxiety and 309 children (82.8%) reported no anxiety.

Table 5: Anxiety symptoms according to RCMAS

	#	%
I get nervous when things do not go the right way for me	118	88.1
I worry about what is going to happen	107	80.5
I am afraid of a lot of things	101	75.4
My feelings get hurt easily when I am fussed at	99	74.4
I worry about what my parents will say to me	97	72.9
It is hard to get to sleep at night	96	71.6
I often worry about something bad happening to me	96	72.2
I wiggle in my seat a lot	92	69.7
I worry a lot of the time	91	67.9
I get mad easily	91	67.9
Others seem to do things easier than I can	90	67.2
I wake up scared some of the time	90	67.7
I worry when I go to bed at night	90	67.7
It is hard to keep my mind on my school work	86	64.7
Other children are happier than I	85	63.9
My feelings get hurt easily	84	63.2
I am nervous	84	63.2
I have bad dreams	80	60.2
I have trouble making up my mind	79	59
I worry about what other people think about me	79	59.4
I feel someone will tell me I do things the wrong way	73	54.9
Often I have trouble getting my breath	62	46.3
I am tired a lot	62	46.6
My hands feel sweaty	56	42.1
I feel that others do not like the way I do things	54	40.3
I feel alone even when there are people with me	47	35.1
Often I feel sick in my stomach	39	29.1
A lot of people are against me	38	28.6

Determinants of anxiety scores and traumatic events

In order to find out the predictive effect of traumatic events on psychological symptoms, total anxiety symptoms were entered as a dependent variable in a multiple regression model, with traumatic events as the independent variables. The results showed that the total anxiety scores were negatively associated with shooting by bullets, rockets, or bombs (B= .-14, p< 0.006), witnessing a friend's home be demolished (B= .-14, p< 0.008) , and witnessing one's own home be demolished (B=.15, p< 0.005), while witnessing the killing of a friend was positively correlated with anxiety (B=.15, p< 0.02).

Table 6: Linear Regression analysis of anxiety and traumatic events

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	P
(Constant)	13.771	.685		20.095	.000
30. Forced to leave your home during the war	-2.104	.756	-.144	-2.784	.006
11. Witnessing of a friend home demolition	-2.028	.760	-.147	-2.669	.008

6. Witnessing killing of a friend	2.417	.865	.151	2.795	.005
10. Witnessing of own home demolition	-1.948	.834	-.135	-2.335	.020

F = 9.3, p <0.05, R^2=0.09

Comorbidity of depression and anxiety

In order to find the comorbidity of depression in children, children who scored above 19 on the anxiety scale and 17 in Birleson Depression Inventory were computed and the frequency of depression, anxiety, and comorbidity was calculated. The results showed that 242 of children had no anxiety or depression (64.9%), 95 children had either depression or anxiety (25.5%), and 41 children had comorbidity of depression and anxiety (11%).

Table 7: Comorbidity of depression and anxiety

	#	%
No disorder	237	63.5
Depression or anxiety	95	25.5
Depression and anxiety	41	11.0
Total	373	100.0

Discussion

This study tried to investigate the effect of war trauma on children's anxiety, depression, and comorbidity of the two disorders. This study showed that 94.9% watched mutilated bodies on TV, 93.9% of children heard shelling of the area by artillery, 93.9% heard the sonic sounds of the jetfighters, 91.4% witnessed signs of shelling on the ground, 73% were deprived from water or electricity during the war, 69% said they moved from home to a safer place, and 24.5% were exposed to burn by bombs. These findings were consistent with most of our previous studies in the area (Thabet et al. 2006; Thabet et al. 2007; Thabet et al. 2008).

Our study showed that 17.2% of children had anxiety problems. The rate of anxiety disorder in this study is inconsistent with and a higher rate than previous studies which showed a high rate of anxiety. The reported prevalence of 'any anxiety disorder' varied substantially between studies. The lowest rate that was reported was 2.6% in the American 11 year olds in the study by Costello et al. (2003), and the highest was 41.2% in the Japanese 7 to 9 year olds reported by Sugawara et al. (1999). These study findings were consistent with similar studies done in the same period after war: Khahlout and Thabet (2009 in Press) in a study of Palestinian children exposed to political violence showed that 20.8% reported anxiety problems. The prevalence of anxiety appears to be less than the previous study by Thabet and Vostains (1998) of Palestinian children in the Gaza Strip: similar instruments showed that 21.5% of children reported anxiety disorders. Also, lower than the rate of anxiety in children from Bosnia, Papageorgiou et al. (2000), in a study of 95 children, between 8 and 13 years who had experienced war in Bosnia, found that the rate of anxiety was 23.0%. Results of anxiety rates were lower than that found in Scholte et al. 2004's study of children in Nangarhar province, which found that 38.5% had anxiety disorders. Also, the rate of anxiety in this time is lower than the previous study by Thabet et al. (2007) which aimed to determine the prevalence of PTSD, anxiety, behavioural and emotional problems of Palestinian children in relation to traumatic events and other socioeconomic status, and found that the rate of anxiety disorder was 33.9%. The lower rate of anxiety could be explained by the facts that this study was done immediately after the war on Gaza when children were in state of denial and disbelief about what happened to them and their families. Also, chronic adversities, including non-improvement of the socioeconomic situation, the siege of the Gaza Strip, and uncertainty of the post-war situation, increase children's other mental health problems rather than their anxiety.

Depression was one of the common psychological disorders found in children exposed to political violence. Our study showed that 69.5% of children scored above the cut-off point on the depression scale. Our study results for the prevalence of depression were higher than the rate of depression in other studies. Papageorgiou et al. (2000) in a study of children who experienced war in Bosnia found that 47% of children scored within the clinical range on the Depression Self-Rating Scale for Children. Scholte et al. (2004) in a study aimed to determine the rate of exposure to traumatic events, and to estimate prevalence rates of symptoms of PTSD, depression, and anxiety found high rates of symptoms of depression were reported by 391 respondents (38.5%) and anxiety (51.8%).

Our explanation of the high rate of depression in this study is that depression is a result of other chronic adversities and not due to traumatic events, and children in Gaza Strip are living under siege for the last two years with high rates of unemployment among parents, restriction of movements, big families, over-crowdedness, domestic violence, and community violence. This is consistent with a previous study of refugee children in the same area (Thabet et al., 2004). Comorbidity of depression and anxiety was 9.9%.

Other issues and limitations

This study was cross sectional. Cross sectional studies can only ever provide a snapshot of disorder prevalence over one period of time; and it has been argued, therefore, that they might underestimate psychopathology. In order to estimate the full burden of mental health throughout childhood, it has been argued that longitudinal studies are required.

Implications

It appears that traumatic events, anxiety, depression, and other emotional and behavioural problems are common disorders of children living in areas of war and conflict. At present, however, it is not clear how many of these children will have an anxiety disorder that is more than a transient phase, or that will develop into another, equally problematic disorder. Although very few studies have yet reported on the persistence of DSM-III-R[ii] or DSM-IV[iii] disorders from this early part of childhood, there is evidence to suggest that anxiety can be persistent. Research is now clearly needed to investigate the continuity of anxiety, depression, and other mental health problems in children. What are the consequences of this for children, their families, and for society as a whole?

Also, do we need new types of intervention in a wide-scale approach to dealing with increasing numbers of Palestinian children affected by war and trauma? Are the needs for more psycho-education for parents to enable them to recognize their own reactions to war and trauma and their children normal and abnormal reactions to war? Do we have to do more work with

professionals working in community-based organizations and increase their capacity of early detection of children with mental health problems, giving them the clinical skills to deal with children in community and schools? Also, another question raised, are the scales used in this study and other studies valid for diagnosing children with depression, anxiety, and other mental health problems, or do we need to evaluate the child's function in schools, homes, streets, and their lives.

We recommend doing a follow-up study of the same sample after six months to evaluate the effect of continuous trauma on children mental health problems. More intervention programs such as expressive writing therapy, mind body, school basis crisis intervention, group's intervention, and cognitive behaviour methods should be applied and evaluated for its efficacy in developing better coping strategies with similar traumatic events.

References

- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self rating scale. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *22*, 73-88.

- Birleson, P., Hudson, I., Buchanan, D. G., & Wolff, S. (1987). Clinical evaluation of a self-rating scale for depressive disorder in childhood (Depression Self-Rating Scale). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*, 43-60.

- Elbedour, S., Onwuegbuzie, A. J., Ghannamc, J., Whitcomed, J. A., Abu Hein, F. (2007). Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among Gaza Strip adolescents in the wake of the second Uprising (Intifada), Child *Abuse & Neglect, 31*, 719–729.

- Firth, M. A., & Chaplin, L. (1987). Research note: The use of the Birleson depression scale with a nonclinical sample of boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *28*, 43±60.

- Khahlout, A., Thabet, AA. (2009 in press). Impact of Political violence on adolescents mental health in the Gaza Strip.

- Khamis, V. (2008), "Post-traumatic stress and psychiatric disorders in Palestinian adolescents following Intifada-related injuries, *Social Science & Medicine,* 67, 1199–1207.

- Mater, S., Thabet A. A., Vostanis P .(2008), Mental Health problems among labour children in the Gaza Strip, *Arabpsych E Journal,* 18-19, 177-189.

- Papageorgiou, V., Frangou-Garunovic, A., Iordanidou, R., Yule, W., Smith, P., & Vostanis, P. (2000). War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children. *European Child and Adolescent Psychiatry, 9*, 84–90.

- Reynolds C, & Richmond B. (1978). What I Think and Feel: a measure of children's manifest anxiety. *J Abn Child Psychology* , 6, 271-80.

- Reynolds C, & Richmond B. (1987). What I Think and Feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology* , 25, 15-20.

- Scholte, W.F., Olff, M.; Ventevogel, P., de Vries, G.J., Jansveld, E., Cardozo, B. L., & Crawford, C. A. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA. 4;292(5):626-8.*

- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (1998). Social adversities and anxiety disorders in the Gaza Strip. *Archives of Childhood Diseases, 78,* 439-442.

- Thabet, A.A, Abed, Y & Vostanis, P. (2004). Comorbidity of post-traumatic stress disorder and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 45, 533-542*

- Thabet, A. A., Abdulla, T., El Helou, M., & Vostanis, P. (2006). *Effect of trauma on children mental health in the Gaza Strip and West Bank* (Chapter in a Book, (Eds.) Greenbaum, C. W., Veerman, P., Bacon-Shnoor, N. (2006). Protection of Children During Armed Political Conflict .A Multidisciplinary Perspective. Pp 123-138.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2007) Children Exposed to Political Conflict: Implications for Health Policy. *Harvard Health Policy Review*, 8), 47-57.

- Thabet, L., Thabet, AA, Vostanis, P.(2007). Mental health problems among Orphanage children in the Gaza Strip. *Adoption and Fostering Journal. 31*, 2, 54-62.

[i] posttraumatic stress disorder

[ii] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third edition, Revised

[iii] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Forth edition

Effectiveness of school-based debriefing sessions for Palestinian children affected by war and trauma

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Background: There are no psychosocial interventions to address children psychosocial needs among Palestinian children area of war and conflict.

Aim : To evaluate the school-based debriefing sessions for children living in a zone of ongoing war conflict.

Method : A randomly selected sample of 240 children aged 10-16 years who were affected by the current conflict in the Gaza Strip were interviewed about their war experiences and reactions to the violence before and after participating in the 2-week intervention in schools for 8 session.

Results : Children themselves reported decrease in all mental health problems after the intervention. However parents disagreed with their children and reported no change in behavioural and emotional problems of their children after the intervention

Conclusion: Our findings that using school based counseling setting in time of war and trauma could improve children mental health if they report their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress.

Introduction

There has been increasing number of research on the effectiveness of specific psychological interventions for children living in war zones (Gupta and Zimmer, 2008). However, a number of studies have described or evaluated different models of interventions for PTSD among children who had suffered abuse, experienced natural disasters, or exposed to community violence. These predominantly adopt psychodynamic or cognitive therapeutic frameworks, and a variety of techniques, with the broad aim of enabling the child to make links between trauma, emotions and beliefs, which can subsequently be challenged and modified. Herman (1997) outlined three phases of treatment for traumatized clients: the establishment of safety, remembrance and mourning, and reconnection with ordinary life.

Research on young people who had PTSD as a result of exposure to a disaster includes that by Chemtob, Nakashima, and Carlson (2002) examining adolescents with PTSD 2–3 years following exposure to a disaster, and that by Goninan et al. (1997) in which CBT for PTSD began 1.5 years after exposure to a disaster. These studies both indicate that children who have significant PTSD symptoms benefit from CBT intervention for both the PTSD and related difficulties such as depression, social competence and behavioural problems. Three randomized, controlled psychosocial treatment studies of sexually abused children with acute PTSD symptoms also demonstrate the superiority of CBT compared with non-directive supportive therapy or usual treatment in the community (Cohen, 2003). A comprehensive review by Ramchandi and Jones (2003) on treatment available for children who have suffered sexual abuse concluded that, 'cognitive behavior therapy for children who are symptomatic' (including suffering from PTSD) 'has the strongest research evidence for efficacy'. In addition, Feeny et al. (2004) established that CBT and related techniques have been empirically proven to benefit the emotional well-being of young clients suffering from trauma-related psychological concerns such as PTSD. relaxation techniques, problem solving, aggression management, grief resolution, narratives, and stress inoculation are examples of ways to help children and teens cope with natural disasters (Feeny et al., 2004). Feeny et al. also supported the use of psychoeducational groups where children experiencing trauma-related symptoms can meet, share their stories and reactions, gain a sense of cohesion and universality, and learn how to better cope with their feelings, thoughts, and behaviors. When using CBT with individual children or groups, Feeny et al. found that short-term counseling (i.e., 4 sessions) was as effective as treatments involving larger numbers of sessions

(i.e., 12 sessions). Also, group interventions were as successful as individual counseling interventions in treating children's symptoms. Finally, the authors found that starting the counseling process soon after the disaster or traumatic event was more effective in the long term. A randomized controlled

study evaluating the effectiveness of a group CBT treatment package for a cohort of schoolchildren in Los Angeles, USA, who had PTSD symptoms as a result of living in a community with high levels of violence, found clinically significant improvements which were maintained at 6-month follow-up (Stein et al., 2003). In another study of Sierra Leone children to determine whether rapid education intervention reduced trauma symptoms found that intrusion and arousal symptoms decreased after such intervention, while avoidance reactions increase (Gupta and Zimmer, 2008).

The aim of the study was to evaluate the school-based counseling sessions for children living in a zone of ongoing war conflict. The hypothesis was that, children receiving the intervention would have significantly reduced mental health symptoms following the intervention.

Methods

Subjects

A total of 240 children aged 10-16 years randomly selected from three public schools in the Gaza Strip schools registration lists provided by the Ministry of Education. All children were interviewed in their schools were selected from. The sampled consisted of 240 children, age ranged from 10 - 16 years the average age (12.2 years). There were 186 boys (77.5%) and 54 girls (22.5%). Of the total children, 33.3% of children live Khan Younis, 35.4% live Deir el-Balah area, and 31.3% live in Gaza city. A total of 80% of the pre-test sample was re-interviewed for the post-test 2 weeks after completing the intervention resulting in a 20% reduction in the post-test sample (n=192). A detailed written and verbal explanation of the purpose of the assessment, confidentiality issues and the voluntary nature of the survey was provided to the teachers and parents of the children prior to administering the interviews. Written authorization to participate in the assessments and the intervention was obtained by the team staff from camp supervisors in the presence of the children. Verbal permission was also obtained from each child before conducting the interviews.

Procedure

Pre-test assessment was applied to children one week before starting the school-based sessions (children were involved in 8 sessions in two weeks time). The sessions consisted of providing a safe environment to share children traumatic experiences, providing accurate information about the trauma to clarify misunderstandings, drawing pictures about one of their worst memories, sharing their drawing, story telling about experiences and discussion among themselves about the meaning and solutions, dream analysis, taking part in role-plays of similar traumatic events, and mentioning last dreams concerning the traumatic events . Each group consisted of 25 children. After one week of finishing the interventions sessions, the same assessment tools were used to find the effectiveness of such intervention on reducing children behavioural and emotional problems. The data collected during the time of Sept 2007- Jan 2008 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war.

Instruments

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et all, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 34 symptom items rated on a 3-point Likert- type scale ranging from 0 (rarely applies) to 2 (certainlyapplies). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct – 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true, 1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha =

Results of the study

Sociodemographic data

The total number of children in the selected for this study were 240 children, children age ranged from 10-16 years with mean 12.2 years (SD=1.36). According to sex, 77.5% were boys and 22.5% were females. According to place of residence, 33.3% of children live in the province of Khan Younis area, 35.4% live in Deir El-Balah, and 31.3% live Gaza city. According to grades, 19.6% were in the fifth grade, 31.3% were in the sixth grade, 13.8% were in the seventh grade, and 35.4% were in eighth grade.

Table 1 : Sociodemographic data for children in the sample (N= 240)

	N	%
Sex		
Male	186	77.5
Female	54	22.5
Level of study		
Five	47	19.6
Sex	75	31.3
Seven	33	13.8
Eight	85	35.4
Place of residence		
Khan Younis	80	33.3
Deir el-Balah	85	35.4
Gaza City	75	31.3

Results of Gaza Child Health Study Scale- children 12 years old and above report

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, children 12 years old and above were interviewed one week before the intervention. The results showed that mean GCHSS before was 14.82 (SD =7.98), conduct problems mean was 4.27 (SD =4.08); hyperactivity mean was 3.84 (SD = 2.08), depression mean was 2.96 (SD =1.82), obsessive mean was 3.63 (SD = 1.89), and overanxious mean was 1.86 (SD = 1.26).

Post assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, children were interviewed one week after the intervention. The results showed that mean GCHSS was 6.6 (SD =3.83), conduct problems mean was 4.02 (SD =4.32); hyperactivity mean was 2.82 (SD = 2.11), depression mean was 2.31 (SD =1.78), obsessive mean was 3.19 (SD = 1.91), and overanxious mean was 1.45 (SD = 1.26).

Table 2: Paired T test of GCHSS-Child report

	First assessment		Second assessment					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean Diff.	SD	t	p
Gaza Child Health Study Scale	14.82	7.98	6.66	3.83	2.76	9.7	2.9	0.004
Conduct	4.28	4.08	4.02	4.32	0.25	4.7	0.56	0.57
Hyperactivity	3.84	2.08	2.82	2.11	1.01	2.3	4.5	0.001
Depression	2.96	1.82	2.31	1.78	0.65	2.1	3.2	0.002
Obsessive	3.62	1.89	3.19	1.91	0.43	2.1	2.11	0.037
Overanxious	1.86	1.26	1.45	1.26	0.41	1.5	2.77	0.007

Results of Gaza Child Study Scale report-parents form for children 11 years old and less

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, parents of children 11 years and less were interviewed one week before the intervention. The results showed that mean GCHSS before was 9.45 (SD =7.04), conduct problems mean was 3.34 (SD =4.08); hyperactivity mean was 3.69 (SD = 2.48), depression mean was 1.82 (SD 2.21), obsessive mean was 2.76 (SD = 1.78), and overanxious mean was 1.87 (SD = 1.60).

Post assessment results

In order to investigate the effectiveness of the intervention, parents of children 12 years old and above were interviewed one week after the intervention. The results showed that mean GCHSS was 6.56 (SD =4.12), conduct problems mean was 3.32 (SD = 4.66); hyperactivity mean was 3.27 (SD = 2.66), depression mean was 1.84 (SD =2.11), obsessive mean was 2.78 (SD = 1.99), and overanxious mean was 1.71 (SD = 1.53).

Differences in child mental health between the two stages of intervention using Paired T test of GCHSS –child

In order to find the effectiveness of the intervention, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period.

The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total GCHSS before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 2.76 (t=2.9, p = 0.004), no statistically significant differences between the mean of conduct disorder before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.25 (t=4.5, p = ns), there were statistically significant differences between the mean of total hyperactivity disorder in children before and after intervention in schools. Thismean differences between the two times was 1.01 (t=4.5, p = 0.001), there were statistically significant differences between the mean of total depression disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.65 (t=3.2, p = 0.002), there were statistically significant differences between the mean of total obsessive disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.43 (t=2.11, p = 0.03). There were statistically significant differences between the mean of total anxiety disorder in children before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.41 (t=2.77, p = 0.007).

Differences in child mental health between the two stages of intervention using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the intervention, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report.

The results showed that there were no statistically significant differences between the mean of total GCHSS before and after intervention in schools. This mean differences between the two times was 0.46 (t=0.04, p = ns), the was also applicable to all other subscales (conduct, hyperactivity, depression, obsession, and anxiety)

Table 3: Paired T test of GCHSS-Parents report

	First assessment		Second assessment					
	Mean	SD	Mean	SD	Mean Diff.	SD	t	p
Gaza Child Health Study Scale	9.458	7.04	6.56	4.12	4.6	8.8	0.64	0.63
Conduct	3.346	3.966	3.32	4.66	0.24	4.5	0.04	0.96
Hyperactivity	3.691	2.483	3.27	2.66	0.41	2.4	0.15	0.13
Depression	1.829	2.216	1.84	2.11	-0.01	2.1	-0.051	0.96
Obsessive	2.768	1.780	2.78	1.99	-0.12	2.33	0.047	0.96
Overanxious	1.877	1.608	1.71	1.53	1.16	1.60	0.93	0.36

Discussion

Before discussing the results of this study, it is important to note that the study has number of limitations. During the second phase of the study there was oscillation of the internal fighting the Gaza Strip between the Palestinian factions which affecting data collection of the post assessment stage, added to the repeated incursions of the Gaza Strip by Israelis military forces which may increase the traumatic events and reactions beside the siege of Gaza Strip. Also, the main outcome measures were questionnaire-based self report rather than interview. These limitations leave considerable room for improvement in future studies. Nevertheless, bearing these caveats in mind, there were several interesting findings in the present study.

Children who participated in the school based intervention reported a significant decrease in overall behavioural and emotional symptoms. However, parents Teachers reported did not reported significant improvements in their children' overall behaviour and emotional symptoms following their attendance at the group.

Our study consisted with other studies using other types of therapy, Kimnerly et al (2005) study to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioural therapy (CBT) techniques school-based group intervention designed for children who have experienced trauma. Twenty-six children (aged 11–15 years) who were refugees or asylum-seekers from war-affected countries participated. The manual-based intervention consisted of and was implemented within secondary schools. Children in the CBT group showed statistically significant, but clinically modest improvements following the intervention, with decreases in overall severity of post-traumatic stress symptoms. Significant improvements were also found in overall behavioural difficulties and emotional symptoms. Children in the waiting list control group did not show any improvements over the same period. However, follow-up data, which were only available for a small subset of eight children, suggest that gains in the CBT group were not maintained at 2-month follow-up. In another study of children using debriefing, However others such as Stallard et al (2006) in a study aimed to determine whether an early intervention using a psychological debriefing format is effective in preventing psychological distress in child road traffic accident survivors in which 158 children aged 7–18 were followed-up after completed eight months post accident with 132 (70/82 of the experimental group and 62/76 in the control group). Main outcome measures: Self-completed measures of psychological distress; fulfillment of diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. Results: Children in both groups demonstrated considerable improvements at follow-up. The early intervention did not result in any additional significant gains. Thabet et al (2008 in press) in study the effectiveness of expressive writing therapy technique for Palestinian children in the Gaza Strip found that children anxiety symptoms decreased after 6 sessions of writing, while PTSD and depression did not change.

Conclusion

Our findings that using school based counseling setting in time of war and trauma could improve children mental health if they report their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development,* 46, 1-78.

- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34,* 189–213.

- Chemtob, C.M., Nakashima, J., & Carlson, J. (2002). Brief treatment for elementary school children with disaster-related post-traumatic stress disorder: A field study. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 99–112.

- Feeny, N. C., Foa, E. B., Treadwell, K. R. H., & March, J. (2004). Posttraumatic stress disorder in youth: A critical review of the cognitive and behavioral treatment outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 466-476.

- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror* (2nd ed.). New York: Basic Books.

- Goenjian, A.K., Karayan, I.L., Pynoos, R.S., Minassian D., Najarian, L.M., Steinber, A.M., & Fairbanks, L.A. (1997) Outcome of psychotherapy among early adolescents after trauma. *American Journal of Psychiatry, 154*, 536–542.

- Gupta, L., & Zimmer, C. (2008). Psychosocial intervention for war-affected children in Sierra Leone. The British Journal of Psychiatry, 192, 212-216.

- Kimnerly, A. Ehntholt, P., Smith, A. Yule, W.(2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10 (2), 235–250.

- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S .(1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival,* 15 (4), 368 – 378.

- Miller, T., Ramchandi, P., & Jones, D.P.H. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children. *British Journal of Psychiatry, 183*, 484–490.

- Stein, B.D., Jaycox, L.H., Kataoka, S.H, Wong, M., Tu, W., Elliott, M.N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 290*, 603–611.

- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 127–134.

- Thabet, A.A., Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child and Adolescent, Psychiatry, 14, 262-269.*

- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2008 in press). Expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.

Effect of trauma on school performance among school-aged children in Gaza Strip

El Majdalawy, Abdel Karim - BA, MCMH - Ministry of Education
Abdel Aziz Mousa Thabet*, - Associate Professor of Psychiatry - School of Public Health- Al Quds University
Panos Vostanis - Professor of Child and Adolescent Psychiatry -University of Leicester, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

ABSTRACT

Background: We examined the relationship between psychic trauma and school performance among preparatory school children in Gaza Strip.

Methods: A cross-sectional study was carried out at eight governmental and United Nations Relief and Work Agency (UNRWA) Preparatory School in Gaza Strip.

Data was collected through indirect method using a structural interviewed questionnaire and reviewing school records . trauma was classified to three levels mild, moderate and severe according to Gaza Traumatic Chick list , if child have 0-4 traumatic events consider mild trauma ,5-10 items consider as moderate trauma ,more than 10 items consider as severe trauma ,the most traumatic events was watching martyrs and injured people on TV , which rated 96.9%of study sample .After that the researcher study the prevalence of post traumatic stress disorder which was71.2% among the study sample developed PTSD .

School performance was assessed by getting scores in Math, Arabic language , and total average in the first half of scholastic year Concentration , attention and participation in class activities .

Results: The study showed that 19.7% of children reported mild trauma, 72.4% of them reported moderate trauma, and 7.9% reported severe trauma. Also, 71.2% of the study sample developed post traumatic stress disorder. A significant association between trauma, PTSD and low school performance was observed.

Conclusion: there is a positive association between trauma, PTSD and school performance, this association was demonstrated through lower means of scores in Math, Arabic language and total average of children after the Intifada events than before it.

Key words: Children, Trauma, PTSD, Low school performance,

Introduction

Palestinian children living in Gaza Strip has been experienced a variety of physical and psychological trauma (Thabet et al, ,2002, 2004). The devastating impact of living in violence environments is well documented in earlier studies that link violence to child behavior problems, depression, anxiety, post traumatic stress disorder (PTSD), poor school achievement, and low future expectations (Fitzpatrick and Boldizar, 1993; Freeman et al., 1993; Cooley-quille et al., 1995; Horowitz et al., 1995; Schwab-Stone et al., 1995; Singer et al., 1995; Cambell and Schwarz, 1996; Saigh et al., 1997; Kilewer et al., 1998). In addition to psychological difficulties, childhood bereavement has been found to affect negatively both academic and social functioning (Rafphael, 1983). Although most bereaved youths did not experience significant psychological impairment , those how did also experienced more school and peer difficulties , more health problems , and lower self esteem compared to bereaved youths who were less distress (Martie et al., 1998).

Relationships between mental health problems and learning difficulties, especially reading failure have been well-documented (Boetsch et al., 1996). However, there is a debate about which set of problems leads to which. This seems to be particularly the case for boys, some of whom enter school with attention and self-regulation deficits, which put them at, risk for failure. Smart et al., (1996) showed that children identified at 7 to 8 years as having reading problems were not more likely than non disable children to develop behavioral problems as a reaction to their school failure but were more likely to have entered school with adjustment problems, which were then followed by the development and persistent of reading problems (Prior et al., 1999).

A link between IQ and delinquency has been hypothesized for decades and has received steadily mounting empirical support in population-based cross sectional studies. Similarly, an extensive literature documents phenotypic overlap between reading\ achievement problems and externalizing behavior problems in children (Joel et al., 1999).

The relation between the level of traumatic experience, degree of active participation in the Intifada, and cognitive and emotional responses were studied among 108 Palestinian children of 11-12 years of age in the Gaza Strip. The result showed that the more traumatic experiences the children had and the more they participated in the Intifada, the more concentration, attention, and memory problems they had (Quota, 2000).

In a study of 271students aged 13 and 14 years to study school stressors and children's coping strategies. The result found that the most frequent stressors were teacher's abusive behaviors in the classroom teaching and assessment. Student's coping strategies, and their school results, were determined by the intensity of school stress, anxiety, and temperamental characteristic. The researcher concluded that this study demonstrated teacher s psychological abuse as an important component of children's school stress. an over-abundant by the abuse , stress and anxiety subjects regulate their optimal level of stimulation and activation by using survival – coping strategies , destructive for their school achievement , and well being (Piekarska , 2000).

Five years after the Gulf war, the researchers assessed the internalizing, externalizing stress, and post traumatic symptoms of 81 children aged 8-10 years whose homes were damaged in the SCUD missile attack, as well as general and post traumatic symptoms, defensive style and object relations in their mothers to assess the long-term consequences of the SCUD missile attack in Israel on children as a function of their mothers psychological functioning, family cohesion, and the event itself. The result found that there was a significant decrease in severity in most symptom domains and an increase in avoidant symptoms in the children. Greater severity of symptoms was associated with being displaced, living in a family with inadequate cohesion, and having a mother with poor psychological functioning. The association between the symptoms of children and mother was strong among the younger children. Posttraumatic symptoms increased in one third of the children and decreased in one third over the last 30 months of the study. Sever posttraumatic symptoms were reported in 8% of the children (Laor, 2001).

In keeping with society's expectations concerning education and school performance and attendance, most children attend school on a regular and voluntary basis. However, for some children, school attendance is so distressing emotionally that they have difficulty attending school, a problem that often results in prolonged absence from school (Burke and Silverman, 1987; Kingt al., 1995). Fortunately, there have been significant developments over the past decade in relation to science- based assessment and treatment and treatment practices which should help in the early identification and sound management of school refusing children (Bernstein, 2001).

It is clear that children's exposure to war is a risk factor for PTSD and other adjustment problems. However, war exposure involves multiple traumatic events, including experiencing or witnessing violent acts (e.g., killings, rape, torture) or the results of violent acts (e.g., seeing dead bodies, or bombed buildings), as well as experiencing nonviolent trauma such as homelessness or starvation.

In another study 59 children between the ages of 7 and 14 years with a history of trauma and posttraumatic stress disorder symptoms were assessed with the clinician-administered PTSD scale for children and adolescents to examine the frequency and intensity of post traumatic stress disorder symptoms and their relation to clinical impairment, to examine the requirement of meeting all DSM-IV symptom cluster criteria (i.e., criteria B, C, D), and to examine the aggregation of PTSD symptoms clusters across developmental stages.

The result of the study says that children fulfilling requirements for two symptom clusters did not differ significantly from children meeting all three-cluster criteria with regard to impairment and distress. Reexperience (cluster B) showed increased aggregation with avoidance and numbing (cluster C) and hyper arousal (cluster D) in the later stages of puberty. The researchers concluded that frequency and intensity of symptoms might both contribute to the phenomenology of pediatric PTSD. Children with sub threshold criteria for PTSD demonstrate substantial functional impairment and distress (Carrion, 2002).

Exposure to violence in childhood has been associated with lower school grades. However, the association between violence exposure and performance on standardize test (such as IQ or academic achievement) in children. It is also not known whether violence exposure itself or subsequent symptoms of trauma are primarily responsible for negative outcomes (Undersea, 2003).

The aim of the study is to assess the effect of trauma on school performance as one of the indicators for cognitive abilities among middle school children in Gaza Strip.

Methodology

Subjects

The population frame for this study consisted of male and female pupils in the preparatory schools living in three governorates of Gaza Strip in both UNRWA and MoEd schools. The sample selected consisted of 500 Palestinian pupils in preparatory schools from both UNRWA and MoEd schools as follows, 100 pupils from Bet-lahia (village), 300 from Gaza city, and 100 from Al-Nussirate refugee's camp. The sample selection was multi-stages random selection; the first was cluster random selection included all the UNRWA and MoEd schools in Bet-Lahia, Gaza, and Al-Nussirate refugee's camp. The we selected two schools in Bet-Lahia , one was UNRAW and the other was MoEd school, 4 schools from Gaza city, 2 from UNRAW and the other from MoEd , and in Al-nussirate refugees camp two schools for UNRAW. The second stage was stratified cluster selection of classes, in Bet-Lahia and Al-nussirate children were selected randomly from one class, and consider all pupils in this class as subject and invite all pupils in this class to participate in the study , because we need 50 participants from each schools, but in Gaza city we need 75 participants from each schools , so we select three classes from each school then we applicant the third stage in which a systematic random selection of participants inside the class which known as , systematic seat order , by this way , each pupils was given a number , then each pupils who had odd number was given a participation invitation letter. According to the first stage of sampling, cluster random selection of 8 schools, 5 of them for UNRWA and 3 for MoEd. The data was collected on April 2005.

The sample consisted of 482 children, 240 of them were boys (49.8%) and 242 were girls (50.2%). According to age, 72.6% of the sample members were 14 years-old, and 27.4% were 15 years-old . A total of 71.2% of the children live in cities, 27% live in camps, and 1.9% live in villages. According to family income, 27.2% of children family monthly income gain less than 800 NIS, 25.3% between 800-1500 NIS, and 18.9% between 1500-2200 NIS, and 28.6% monthly income more than 2200 NIS.

Table 1: Characteristics of the study population

Variables	No.	%
Sex		
Male	240	49.8
Female	242	50.2
Age		
14 years	350	72.6
15 years	132	27.4
Place of residency		
City	343	71.1
Camp	130	27
Village	9	1.9
Address		
Gaza	285	59.1
North Gaza	106	22
Mid zone	91	18.9
Family monthly income		
Less than 800 NIS	131	27.2
900-1500 NIS	122	25.3
1600-2200 NIS	91	18.9
More than 2300 NIS	138	28.6
Paternal education		
Not educated	12	2.5
Elementary	57	11.8
Preparatory	61	12.7
Secondary	125	25.9
Diploma	54	11.2
University	134	27.8
High education	39	8.1
Maternal education		
Illiterate	21	4.4
Elementary	30	6.2
Preparatory	70	14.5
Secondary	232	48.1
Diploma	37	7.7
University	78	16.2
High education	14	2.9
Paternal job		
Unemployed	165	34.3
Simple worker	79	16.4
Skilled worker	25	5.2
Employee	143	29.7
Trader	70	14.4
Maternal job		
Home wife	421	87.3
Employee	43	8.9
Simple worker	18	3.8

The study was performed in the beginning of second trimester of the scholastic year 2003-2004.

Instruments

The personal and Demographic data

It includes demographic data such as, age, sex, place of residency, level of education, and type of work of parents.

The socio-economic questionnaire contains information contains information about the family assistance resources and monthly income. (Palestinian central bureau of statistics 2003).

The Gaza Traumatic Event Chick list

It is a chick list in which 19 events that commonly occurs during times of political and military violence in Gaza Strip. The original chick list was based on previous chick list used in Gaza Strip (Thabet et al, 2001, 2002).

Few items were not present in the first Intifada check list of 1987 , so we added to the checklist of the current Intifada traumatic events, and was rated by children as a dichotomy, "Yes" or "No" .The chick list was rating the children level of exposure to traumatic events , the children who reporting 4 events or less , were classified as " low exposure" , those children who reported 5-10 events were classified as "moderate exposure " and those children who reported 11 events or more classified as " severe exposure " .

Structured Clinical Interview for the DSM-IV (First et al., 1996).

The SCID PTSD module is a structured clinical interview that reflects the DSM-IV criteria for PTSD. Following a preface that provides examples of traumatic incidents that individuals may encounter, situational reactivity is assessed. The next four subtests assess for reexperiencing symptoms, avoidance and numbing symptoms, increased arousal, and duration of symptoms. Clinically significant impairment is determined by the examiner.

It composed of 17 items self reported scale designed to score symptoms of post traumatic stress disorder reactions of children aged (6- 16) years .alpha Cronbach's for Inter- rater reliability for this instrument when administered by a clinician has been reported to be high, with a Cohen k of 0.87 for agreement between items .The CPTSD-RI has been translated into Arabic and validated for this culture. The 17 DSM-4 symptoms items of (CPTSD-RI) can be categorized as follows:

Items 1-4, 17: represents criteria B (intrusive re-experiencing).

Items 5-11: represents criteria C (avoidance and numbness).

Items 12-16: represents criteria D (hyper arousal reaction). This index was developed to measure the two most characteristics aspects of post traumatic psychopathology, namely the strengths of unpleasant, intrusive thoughts and the energy spent in trying to block them out of conciseness. Items are rated as "never" "0", "sometimes" "1", and "often" "2".

We estimated a cut-off point for the presence of post traumatic stress disorder reactions according to DSM-4 diagnostic criteria.

School performance

The components of school performance included scores in language, score in math, and total average of pupils in the first

trimester of the scholastic year, class participation and concentration and attention.

A scoring technique was employed for these components. A total score for school performance was calculated where each of these factors was represented in the total score by equal proportion in relation to other components. The total score will calculate as the mean for these six components scores.

Statistical analysis

The collected data was entered by the statistical package for social sciences (SPSS) software, version 10. Frequency distribution and descriptive statistics were used to presents the data. Statistical significant of the results was established when the P-value was less than 5% (p 0.05).

Categorical data were compared by chi-square. Two groups of normally distributed continuous variables were compared by t-test.

Average and standard deviation for some variables were calculated and presented. Relevant associations were investigated with Pearson product –moment correlations when normally distributed.

Internal consistency of the questionnaire was indexed by means of chronbach (alpha value).

Results

Type of and severity of trauma

The results showed that the most common type of traumatic events were: Watching pictures of martyr in the TV injured persons (96.9%), hearing of incursion of the area (92.5%), and witnessing bombardment by aircraft (82.0%), while the least common events were: witnessing the demolishing of own home (4.8%), watching homes demolishing in TV (3.1%), and being shot by bullets (1.5%).

Table (2): Types and frequency of traumatic events (No = 482 children)

No	Traumatic event	No	%
1.	Watching pictures of martyr in the TV injured persons and	467	96.9
2.	Hearing of incursion of the area	466	92.5
3.	Witnessing bombardment by aircraft	395	82.0
4.	Witnessing targeted assignation by aircraft	298	61.8
5.	Witnessing the incursion	240	49.8
6.	Hearing of the killing of a friend	167	34.6
7.	Witnessing the shooting of a friend	113	23.4
8.	Witnessing the bombardment of people homes	107	22.2
9.	Witnessing the raids of his or neighbor homes	82	17
10.	Witnessing the demolishing of a friend home	71	14.7
11.	Hearing of the killing of close relative	67	13.9
12.	Witnessing destroying of the their lands	62	12.9
13.	Witnessing killing of close relative	58	12.0
14.	Witnessing killing of close family member	45	9.3
15.	Witnessing the killing of a friend	40	8.3
16.	Witnessing the bombardment of own home	35	7.3
17.	Witnessing the demolishing of own home	23	4.8
18.	Watching homes demolishing in TV	15	3.1
19.	Being shot by bullets	7	1.5

In this point the researcher classified the trauma to three degrees mild, moderate and severe according to number of items the child answer it "yes" as follows 0-4 ,the child exposed to mild trauma , 5-11 child exposed to moderate trauma and the child who answer "yes" more than 11 items of trauma chick list exposed to severe trauma .

Table (3) shows that 19.7% of the sample's members reported mild trauma, where as 72.4% reported moderate trauma, and 7.9% reported severe trauma.

Table (3): Severity of the traumatic events

Severity of trauma	No.	%
Mild	95	19.7
Moderate	349	72.4
Severe	38	7.9

The results showed differences between male and female of trauma level these differences explained that males were more traumatized than females where the mean for male 7.154 and standard deviation where 2.86, for female it was lower mean for them = 6.086 and standard deviation =2.36. The differences were statistically significant at (t=4.631, p-value = 0.000).

The relation between trauma and sex

The result showed that there is a positive relation between trauma and sex. Figure (11) explains that 10.8% of males exposed to severe trauma while 5% of female, at the same time 24% of females exposed to mild trauma while 15.4% of males .it was Statistically significant at (chi square= 9.864, p-value = 0.007).

The relationship between place of residency and trauma

The result showed that there is a positive relation between place of housing and trauma, and statistically significant at (chi square = 11.528, p-value = 0.021). figure (12) explains that 12.1% of sample's members who live in mid zone exposed to severe trauma , 11.3% of north Gaza and 5.3% of Gaza exposed to severe trauma , at the same time 23.5% of sample's members live in Gaza exposed to mild trauma , 13.2% of north Gaza , and 15.4% of mid zone exposed to mild trauma .

Child post-traumatic stress disorder reactions

In table (4) we can note that the most common symptoms reported by children were felt as thoughts of events was re-occurring and the second was to be upset by some thing which reminded , but at the same time the most less symptoms occurred were to feel distant or cut off from other people and the second one was to have distressing dreams of the events .

Table (4): Child post-traumatic stress disorder reactions according to DSM IV scale
(No =482 children)

No	Items	Never	Sometimes	Always
1	Have you had painful images memories or thoughts of the event?	15.6	68.7	15.8
2	Have you had distressing dreams of the event?	37.6	53.1	9.3
3	Have you felt as though the event was re-occurring?	21	47.7	31.3
4	Have you been upset by something which reminded?	23.7	45.4	30.9
5	Have you been avoiding any thoughts or feelings about the event?	20.5	43.6	20.5
6	Have you been avoiding doing things or going into situations which remind you about the event?	36.9	47.7	15.4
7	Have you found yourself unable to recall important parts of the event?	72.2	17.8	10.0
8	Have you had difficulty enjoying things?	32.6	45.9	21.6
9	Have you felt distant or cut off from other people?	60.8	30.7	8.5
10	Have you been unable to have sad or loving feeling?	41.7	47.1	11.2
11	Have you found it hard to imagine along life span fulfilling your goals?	33.4	45.6	21.0
12	Have you had trouble falling asleep or staying sleep?	42.7	41.9	15.4
13	Have you been irritable or had outbursts of anger?	25.3	61.0	13.7
14	Have you had difficulty concentrating?	30.7	53.9	15.4
15	Have you felt on edge, been easily distracted, or had to stay on guard?	56.6	33.4	10.0
16	Have you been jumpy or easily startled?	29.9	49.4	20.7
17	Have you been physically upset by reminders of the event?	44.0	41.5	14.5

Prevalence of PTSD

The study revealed that 71.2% of the sample's members developed PTSD, while 28.8% didn't develop PTSD. The results showed that 68.8% of males developed PTSD; where as 73.6% of females developed PTSD. The result shows there was no significant statistically difference between sex (X2= 1.355, p-value 0.144).

Relationship between trauma and PTSD

The result showed a positive and statistically significant relationship between trauma and PTSD at (chi square= 13.987, p-value= 0.001), and correlation coefficient of Person =0.753, table (10) appeared that 92.1% of sample's members who exposed to severe trauma developed PTSD, and 71.9% of sample's members who exposed to moderate trauma developed PTSD, where as 60% of sample's members who exposed to mild trauma they developed PTSD.

Average marks of pupils before and after Intifada

Table (11) showed that pupils marks average deteriorated for pupils who exposed to severe trauma more than pupils who exposed to moderate trauma and more than pupils who exposed to mild trauma. This deterioration of marks average increase with increasing of severity of trauma due to Intifada events.

Table (5)
Severity of trauma and marks average

Severity of trauma	Subject	Before Intifada	After Intifada	T	p-value for this	Pearson correlation	SD
Mild	Math	64	47.6	0.126	0.443	-0.077	2.49
	Language	65.1	51.2	0.029	0.481		2.64
	General average	66	63	0.642	0.26		0.97
Moderate	Math	59.4	37.2	4.216	0.00	-0.235	1.44
	Language	60.4	40.8	4.691	0.00		1.57
	General average	63.9	59.7	5.213	0.00		0.611
Severe	Math	59.8	38.9	9.721	0.00	-0.518	3.85
	Language	54.7	34.6	7.364	0.00		3.97
	General average	57.5	50.3	5.297	0.00		1.82

Pupils marks average according to development of PTSD

Table (5) appeared that pupils who exposed trauma and developed PTSD were affected negatively more than pupils who were not developed PTSD, which means that marks average deteriorated severely in pupils who developed PTSD, in comparison of pupils who were not developed PTSD

Table (6): Effect of PTSD on marks averages

Development of PTSD	Subject	Before	After	t	p-value
Not developed	Math	65.8	63.6	1.236	0.108
	Language	64.6	64.4	0.451	0.321
	General average	65.2	64.5	0.324	0.372
Developed	Math	59	47.7	8.45	0.00
	Language	59.8	41.3	9.54	0.00
	General average	60.2	41	7.46	0.00

Table (6) appeared that the mean of school performance for pupils who developed PTSD lower than the mean for pupils who didn't develop PTSD.

The table showed that there is a positive and statistically significant relationship between PTSD and the mean of school performance at (t= 3.644, p-value= 0.0013),

Discussion

In this study the researcher found that the most common traumatic events were , children watching the pictures of martyrs and injured people in TV, hearing of incursions , witnessing the bombardments by aircraft and witnessing targeted assignation by aircraft , but on the other hand , the least common traumatic events experienced by children of the study were as follow , being shot by bullets, witnessing home demolishing , witnessing the bombardment of one own home , witnessing the killing of a friends and witnessing the killing of close family members .

It is logic and expected result , because every one can watch TV, but not every one is an active in participation in Intifada events to be shot by bullets , or to be live near Israeli settlements to be home demolishing or to loss one of family members or one of the friends .

There are several studies which supported our findings in the current study , some of these studies were local as, (Thabet et al, 2001) where as they found that the most common type of traumatic events was watching pictures of victims on TV and the last one was to being shot by bullets.

Regional studies as (Macksoud et al, 1996) when they found in a study carried out in Lebanon that children developed post traumatic stress disorder reactions, when they exposed to displacement and when witnessing violent acts.

In world study for (Pfefferbaum, et al 1995) they found that, watching TV of the blast in Oklahoma City was the primary predictor for developing post traumatic stress disorder among the children who watch the event on TV.

In this study, the researcher put 19 traumatic events which represent all possible types of trauma in Al-Aqsa intifada. The researcher classified the severity of trauma as follow , the child who exposed to 0-4 traumatic events known to have mild trauma , child who exposed to 5-11 traumatic events , known to have moderate trauma , and child who has more than 11 traumatic events from 19 traumatic events which represents trauma chick list in the questionnaire known to have severe trauma .

The research findings revealed that 15.4% of boys exposed to mild trauma, where as 24% of girls exposed to mild trauma. For moderate trauma we found 73.8% of boys and 71% of girls, and at the same time, 10.8% of boys exposed to severe trauma, while 5% of girls exposed to sever trauma.

We can interpret these findings to more actively and participation in Intifada events for boys, which increasing the risk to be exposed to more traumatic events, thus to be in severe trauma category, 10.8% of boys have severe trauma in comparison to 5% of girls. On the other hand mild trauma was higher in girls than in boys it was 24% for girls and 15.4% for boys, it is due to the nature of Arab and eastern societies in which girls staying at home most time so, she is most time watching TV, with out actively participating in Intifada.

In Gaza governorate we found 23.5% of sample's members exposed to mild trauma, we should mention here that Gaza governorate consider the best economically area in Gaza Strip, while mild trauma in North Gaza and mid zone were 13.2 and 15.4. At the same time highest level of severe trauma recorded in mid zone which was 12.1%, then in North Gaza which was 11.3 % and the lowest level of severe trauma recorded in Gaza governorate which was 5.3%.

We can interpret these findings for more than one reasons, first, mid zone and North Gaza involved many Israeli settlement, which consider hot points,

Second , many Israeli military invasions happened and re-occupation or parts of North Gaza happened for several days , the last reason we can mention is that targeted assignation by aircraft happened in AL-Nussirate refugees camp two weeks only before data collection more than 15 killed and more than 50 persons injured in those attack , all these reasons affect on the results .this result can be supported by study of (Thabet et al, 2001) when they found that the children living in hot areas and near Israeli settlement were more exposed to trauma than others .

The findings of our study indicated that the most common post traumatic stress disorder reactions experienced by the children was to be felt as thoughts of the events was re-occurring , to be upset by some thing which reminded , to feel difficulty enjoying things , and hard to imagine a long life span fulfilling their goals . In fact these reactions happened due to cumulative trauma through three years of Intifada events and continuous Israeli terrorism against Palestinian people, but we fear from these findings to be complicated to more serious psychological problems such as major depression and others.

our findings here supported by the result of (Thabet, et al ,2001) where , they found that the most common post traumatic stress disorder reactions were , waves of strong feelings about the events , being distressed when thinking about the events and reminder it .

Conclusion

The purpose of this study was to assess a possible relationship between traumatic events of the AL-Aqsa Intifada on school performance among preparatory school children in Gaza Strip.

This study considers as pioneer in this field in Palestine, which investigates the current Intifada events and its consequences in the psychological trend, and its effects on school performance. Trauma, and post traumatic stress disorder reactions were not only a psychological problems, but it is

political, economical, and social in its origins. So we couldn't deal with this important issue separately of the political and general conditions in the area. It is obvious from this study and other studies that children are highly vulnerable to have post traumatic stress disorder reactions, as well as other population categories, as a result of direct and indirect exposure to traumatic events.

This problem was more complex during Al-Aqsa Intifada and they are in great need for immediate interventions. So on the light of these results we recommend of the following:

1- Holding directive public courses, especially for parents to explain how to deal with problems, which appear early and recognize the unfamiliar behaviors.

2- Distributing psycho directive associations and programs all over the governorates and focus on the areas which face the oppression of the occupation.

3-Exerting efforts to obtain a free directive phone line works day and night to give advice direction and reply the public questions.

4- Intensifying informational activity in different national and governmental broad casting stations to present psycho and social rehabilitation programs.

5- Publishing regular leaflets through associations and centers which concern with psych and social sides and distribute it for every person as possible.

6- Activating the role of the associations which concern with this field by opening new branches as much as they can all over the governorates.

7- We ask the ministry of education to do the best to deal with this issue and to activate the teachers and psychologists who work in MoE to discover any behavioral problems in the students.

References

- American psychiatric association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth edition. Washington, D.C. (1999).

- Berliner.L. (1997).Intervention with children who experience trauma .The effect of trauma and the development process, Cicchetti, D., Toth, S (eds.) New York: Wiley, Pp. 491-514.

- Carrion, Victor G.M.D.; Weens, Carl F., Rebecca M.A., Allan, L. (2002). The phenomenology of post traumatic stress disorder symptoms in youth: American Academy of Child and Adolescent Psychatry.41 (2), 37-44.

- Dougal, Liegey, A., Robert J.MD, Posluszuy, M., Fullerton, S., and Baum, A. (2001). Predictors of Post Traumatic Stress Disorder among Victims of Motor Vehicle Accidents: American Psychosomatic Society.63 (3)117-122.

- Dyregrov, A., Gupta, L., Gjested, R., Mukanoheli, E., (2000).Trauma exposure and psychological reactions to genocide among Rwandan children: Journal of Traumatic Stress .13 (1), 102

- Friedman,M.&Jaranson,J.(1996).The applicability of the post traumatic stress disorder.In Marsella A.J.,Borneman,t.,Ekblad,S., and Orely,J. (Eds.) , Amidst periland pain(207-212). Washington.DC: American Psychologist Association.

- Gavrilovic,J.,Lecic-Tosevski,D.,Knezevic,G.,Priebe,S.(2002).predictors of post traumatic stress disorder in civilian one year after air attacks : A study of Yugoslavian students . Institute of Psycho Trauma.

- Gayala, M., Elana, B. Gordis.(2000). The effects of family and community violence on children: Annual Review of Psychology, 244.

- Gerring,J.,Slomine,B.,Vasa,R.,Gardos,M.,Chen,A., Rising,W., Christensen,J.,Denckla,M.,Erust,M.(2002). Clinical predictors of post traumatic stress disorder after closed head injury in children: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.4 (2), 97-103.

- Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E: Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1369-1380

- Herman,JL.(1992).Trauma and recovery , United state of America : Basic books, 1992,Hilgard,E.R.,Atkinson,R.C.,Atkinson,R.L.,(1975). Introduction to psychology, New York, Harcourt Brace Jovanovich, 609.

- James, B. (1989). Treating traumatized children: Toronto Lexington Books.

- Kleber, R. & Brom, D. (1992). Coping with trauma. Amsterdam: Swets &Zeitenger.

- Laor, N., Wolmer, LeoM.A, Cohen, Donald J. (2001). Mothers' functioning and children's symptoms five years after a SCUD missile attacks: The American journal of psychiatry, American psychiatric association.158 (7),34,35.

- Lazarus, R.S. &Folkman, S. (1987). Transactional theory and research in emotions and coping: European Journal of Personality.44 (3)128-131.

- Levin, M.D. & Jennings, A. (1991). Keeping a head in school: Student's book about learning abilities and learning disorders, Educators Pub service, New York.

- Lothstein, Leslie M. (1997).The mental health of children in war and command violence: American journal of psychiatry; American psychiatric association.154 (9) PP.1308, 1309.

- Macksoud, M., (1992). Assessing war trauma in children: A case of Lebanese study .Journal of Refugee Studies, 5, 74-85.

- McCloskey, Laura, A., Walker, Marla M.A. (2000). Post traumatic stress disorder in children exposed to family violence and single-event trauma. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 39 (1), 145-149.

- Martie, P. Thompson, Nadine, J., Kimberly, W. (1998).Role of secondary stressors in the parental death-child distress relation.Journal of Abnormal Child Psychology.Pp.93-97.

- Palestinian center for human rights. Weekly Report on Israeli Human Rights Violations in the Occupied Palestinian Territories: Jan.2004 No. (4),17.

- Palestinian central bureau of statistics. Population, Housing and Establishment Census .2003

- Pfefferbaum, B., Nixon, s., Kurg, R., Moore, V., Brown, J., Pynoos, R., Foy, D., Gurwitch, R., (1999). Post traumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. American Journal of psychiatry, 109, 1069- 1074.

- Piekarska, A., (2000).School stress, teacher's abusive behaviors and children's coping strategies: Child Abuse and Neglect.24 (2).291-298.

- Sack, William H.MD, Clarke, G., Seeley, John MS. (1995).Post traumatic stress disorder across two generations of Cambodian refugees: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34, 69-74.

- Schwab-Stone M, Chen C, Greenberger E, Silver D, Lichtman J, Voyce C: No safe haven, II: the effects of violence exposure on urban youth. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 359-367

- Shooter, Michael (1997). The impact of death, divorce, and disaster on young people: Child and Adolescent Psychiatry; 10 (40), 268-274.

- Slone, M., Adiri, M., Arian, A. M. (1998).Adverse political events and psychological adjustment: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry .37 (10), 93-99.

- Suedfeld, P., Pennebaker, James W. (1997).Health out comes and cognitive aspects of recalled negative life events: American Psychosomatic Society; 59 (2).

- Terr, LC. (1991).Childhood trauma: An out line and overview; American Journal of Psychiatry, 148, 10-20.

- Thabet, A., Vostanis, P. (1998).Social adversities and anxiety disorders in Gaza Strip. Archives of Disease in Child Hood. 78 (5), 439-442.

- Thabet, A., Vostanis, P. (1999).Post traumatic stress disorder reactions in children of war: Journal of Child Psychology and Psychiatry. (40),217-222.

- Thabet, A., Vostanis, P. (2000).Post traumatic stress disorder reactions in children of war: Child Abuse and Neglect. 24 (2) .291-298.

- Thabet,A., Abed,Y.,Vostanis,P.(2001).The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in Gaza Strip: Eastern Mediterranean Journal of Health (32),57-64.

- Thabet,A.,Tischer,V.,Vostanis,P.(2004).Maltreatment and coping strategies among male adolescent living in Gaza strip: Child Abuse and Neglect (28),77-91.

- Pynoos, R., &Nader, K. (1988).Psychological first aid and treatment approach to children exposed to commu nity violence: Research implication, Journal of Traumatic Stress Studies, 1, (4), 24-29.

- Thabet, A., Abed, Y., Vostanis, P. (2002).Emotional problems in Palestinian children living in a war zone: The Lancet.359.

***Correspondence: Abdel Aziz Mousa Thabet, Gaza via Israel, P.O 5314**

Arabpsynet Association

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm

Effectiveness of Student Mediation Program to decrease behavioural and emotional problems in Palestinian children affected by war and trauma in the Gaza Strip

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Background: There are few psychosocial interventions programs to address children psychosocial needs among Palestinian children area of war and conflict.

Aim : The aim of the study was to evaluate the effectiveness of student mediation program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Method : Participants of the study were 304 schoolchildren aged 6-16 (Mean age = 10.62 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Pre-test and assessment scales (Sociodemographic scale and Gaza Child Mental Health Scale) were applied to children one week before starting the student mediation sessions on Sep 2007 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war and at the end of scholastic year on May 2008.

Results : According to children report, the results showed that there was statistically significant decrease in total scores of child mental health and hyperactivity symptoms after student school mediation program. According to parents, the results showed that there was statistically significant decrease in obsessive and overanxious symptoms after student mediation program.

Conclusion : Our findings that using student mediation program in time of war and trauma could improve children mental health. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress.

Key words: Children, Trauma, student mediation, behavioural and emotional problems

Introduction

Research has documented that exposure to traumatic events leads to diverse negative reactions among youth. For example, in the Great Smoky Mountains Study (a

10-year longitudinal study using a large representative sample), exposure to at least one traumatic event by age 16 was reported by 68% of the youth (Copeland, Keeler, Angold, & Costello, 2007), with 13.4% of these youth reporting posttraumatic stress symptoms (Angold, Costello, Farmer, Burns, & Erkanli, 1999). Lifetime occurrence of anxiety (9.8%), depressive (12.1%), and disruptive behavior disorders (19.2%) for youth exposed to trauma also was found to be high (Copeland et al., 2007) Research on young people who had PTSD as a result of exposure to a disaster includes that by

Treatment research on ameliorating youths' adverse reactions following their exposure to traumatic events is relatively recent.

Effective treatments for traumatized children usually involve cognitive-behavioral

elements, including the psychoeducation of children and parents regarding the nature of the disorder, some form of exposure work coupled with imagery or relaxation exercises, and a restructuring of cognitive dysfunctions (Laor, 2001; Perrin et al, 2004; Thabet et al, 2005). Empirical data concerning interventions in the area of mental health after disasters clearly support intervention effectiveness.

School-wide prevention/intervention strategies may be more appropriate for intervention for children living in area of continuous war and conflict such as the Gaza Strip. School-wide strategies, if implemented in a comprehensive manner, are designed to affect all aspects of the school community including the teaching staff, administration, support staff, parents/guardians, and student body. School-wide initiatives should include changes in school policies and procedures, staff development, violence and mental health assessments, curriculum support, and programming initiatives. For example, conflict resolution programs are implemented in many schools such as the Second Step Program for prekindergarten and 9th-grade students (Flannery, Huff,&Manos, 1996) and the Peace Builders for grades 1 through 5 (Grossman et al., 1997) with some success in improving school climate. These programs should include discussions of specific examples that involve relational aggression through which students not only learn to successfully resolve conflicts but also build a climate of

disapproving it. Raising awareness within schools and educating students about the detrimental effects of rumors, peer isolation, and other interpersonal manipulation may be an important part of a systematic approach. This would further promote peer mediation, not necessarily teacher- directed intervention that may not be highly desired by some students. Consistent with the systematic approach in creating a positive school climate, class and school rules should reflect strong disapproval of relationally aggressive behaviors and should be clearly communicated to students and parents.

One of the school-based intervention programs is the school mediation. Generally, the process of mediation involves four stages (e.g., Danielsson, 1994; Vanderkooi & Pearson, 1983). During Stage 1, outlining the expectations for the mediator's and disputants' roles and obtaining consent to the ground rules for the procedure help set the tone for a calm and reasoned conflict resolution and create a safe environment in which discussion can proceed. The mediator establishes his or her influence over the process but clearly places the responsibility for resolution on the disputants in this first stage. In Stage 2, dispute issues are identified and areas of agreement are highlighted to help provide the mediator and the disputants an understanding of each party's perspective. In Stage 3, understanding of each disputant's desires, reasons, and emotions is developed through a discussion of each party's perspective, and, as a result, empathy is enhanced between the opponents. Finally, during Stage 4, solutions to disputed issues are formulated. Because of the controlled nature of the mediations up to this point and the potential for increased understanding, solutions that are satisfactory to both disputants may be developed.

It is only within the last 30 years that mediation has been used in North America, originating in attempts to forestall industrial conflict in labor–management disputes and as an alternative to adjudication procedures in the court system. Mediation is now used to resolve interpersonal conflicts as diverse as those between victims and offenders, spouses in divorce cases, peers at school, and parents and their adolescent children (Emery & Wyer, 1987; Irving & Benjamin, 1992; Johnson, Johnson, Cotton, Harris, & Louison, 1995; Umbreit & Coates, 1992). Although there has not been a great deal of research conducted on mediation, the past empirical work has generally shown that mediation results in more constructive outcomes than other forms of conflict resolution, with high levels of disputant compliance and satisfaction (Kressel & Pruitt, 1985). Mediation that involves child participants has been studied in two contexts: parent–adolescent disputes and school based peer mediation programs. Sometimes parent– adolescent conflicts deteriorate and become severe enough to warrant formal third-party intervention. The goals of this type of mediation are to enhance family functioning, to prevent adolescent maltreatment, and to keep children from being placed in shelters or foster care (Smith, 1995). It has been found that mediation is perceived to improve family functioning (e.g., encouragement of independence by parents) and results in high rates of disputant satisfaction with the process (Van Slyck, Stern, & Newland, 1992). In addition, peer mediation programs are increasingly.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of student mediation program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Methods

Subjects

Participants of the study were 304 schoolchildren aged 6-16 (Mean age= = 10.62 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Procedure

After receiving authorization for the intervention program from the Ministry of Education, participant's schools were recruited on the base of the consent of school headmasters and administrators, who acquired written consent from parents. In each school, 4 children from each class were allocated randomly to the intervention group.

Pre-test assessment was applied to children one week before starting the student mediation sessions on Sep 2007 by 8 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war. On May 2008 after finishing the semester the children were assessed again with the same instruments.

The Student Mediation program

The student mediation program described here has developed piloted and evaluated in Hamilton, Ontario by the Collaborative Student Mediation Project. The manual was designed for professionals with experience conducting large scale school-based programs. This manual describes an approach to student mediation programs which has proven effective in a formal trial (Cunningham et al, 1998). There are three types of student mediation programs: First is on line mediation in which teams if students conduct mediation in the playground where conflict occurs. Mediators interrupt emerging disagreements, disputes, or bullying episodes, offer students the opportunity to resolve the problem, outline the rules of mediation, facilitate communication between disputants, encourage students to formulate a resolution to the conflict, and plan a strategy for preve4ntingduture problems. Second is Office Mediation which is conducted by appointment with teams of mediators in more private setting. Playground mediators, playground supervisors, teachers, principals, peers, or parents may suggest that students involved in a conflict make an appointment with the office mediation team. Third is the Mediation as an alternative to discipline in which office mediation may be available as an alternative to disciplinary actions. For example, mediators may help students solve conflicts which might result in a suspension (Cunningham et al, 2001). The program consisted of nine steps: 1) the program was presented to the schools administration, 2) presented to staff, 3) principal conducts decision making staff meeting, 4) present the mediation program to parents, 5) complete mediation program contact, 6) complete mediation program worksheet, 7) develop an advertising plan 8) introduce mediation to the student body, 9) develop a mediation uniform. In this project we used the Arabic version of the Manual which had been used in the last three years in Gaza Strip school (GCMHP, 2007).

Instruments of assessment the program

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et all, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 34 symptom items rated on a 3-point Likert- type scale ranging from 0 (*rarely applies*) to 2 (*certainly applies*). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct – 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true,

1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha = 0.87 and split half was 0.86 .

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. Frequency and percentages of the demographic variables were obtained. T- Paired test to compare the intervention program before and after was used.

Results of the study

Sociodemographic data

The total number of children was 304 children, children age ranged from 6-16 years The average age was (12.2 years). There were 285 boys (87.17%) and 39 girls (12.83%). Of the total number of children, 28.29% of children live Khan Younis, 54.93% live Deir el-Balah area, and 16.78% live in Gaza city.

Table 1: Sociodemographic data for children in the sample (N= 304)

	N	%
Sex		
Male	265	87.17
Female	39	12.83
Age Mean = 10.62 (SD =2.90)		
Place of residence		
Gaza City	51	16.78
Deir el-Balah	167	54.93
Khan Younis	86	28.29
Class		
First	25	8.22
Second	42	13.82
Third	38	12.50
Fourth	25	8.22
Five	48	15.79
Six	37	12.17
Seven	31	10.20
Eight	9	2.96
Ninth	5	1.64
Tenth	44	14.47

Results of Gaza Child Health Study Scale- children 12 years old and above report

Pre assessment results

In order to investigate the effectiveness of the school mediation, children 12 years old and above were interviewed one week before the intervention using GCHSS for children. The results showed that mean GCHSS before was 13.93 (SD =8.10), conduct problems mean was 2.85 (SD =3.81); hyperactivity mean was 3.39 (SD =2.18), depression mean was 2.07 (SD =1.87), obsessive mean was 3.93 (SD = 1.60) , and overanxious mean was 3.93 (SD = 1.60).

Post assessment results

After finishing the school mediation, children were interviewed again using the same assessment tools. The results showed that mean GCHSS was 13.46 (SD =8.50), conduct problems mean was 3.06 (SD =3.67); hyperactivity mean was 3.31 (SD = 2.15), depression mean was 2.01 (SD =1.97), obsessive mean was 3.37 (SD = 1.72), and overanxious mean was 3.37 (SD = 1.72).

Differences in child mental health between the two stages of school mediation using Paired T test of GCHSS – child

In order to find the effectiveness of the school mediation, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period.

The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of child mental health before and after school mediation. This mean differences between the two times was 1.42 (t=2.16, p = 0.03) and hyperactivity symptoms mean differences between the two times was 0.73 (t = 3.17, p = 0.001)**.**

Table 2 : Paired T test of GCHSS-Child report

	Mean	SD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale-1	13.93	8.10	0.49	0.62
Gaza Child Health Survey Scale-2	13.46	8.50		
Conduct-1	2.85	3.81	-0.43	0.67
Conduct-2	3.06	3.67		
Hyperactivity-1	3.39	2.18	0.32	0.75
Hyperactivity-2	3.31	2.15		
Depression-1	2.07	1.87	0.25	0.80
Depression-2	2.01	1.97		
Obsessive-1	3.93	1.60	2.82	0.01
Obsessive-2	3.37	1.72		
Overanxious-1	3.93	1.60	2.82	0.01
Overanxious-2	3.37	1.72		

Results of Gaza Child Study Scale report-parents form for children 12 years old and less

Pre assessment results

Before starting the school mediation, parents of children 12 years and less were interviewed one week before the

intervention. The results showed that mean GCHSS before was 12.56 (SD =8.40), conduct problems mean was 2.39 (SD =3.22); hyperactivity mean was 3.72 (SD = 2.72), depression mean was 1.54 (SD =1.64), obsessive mean was 2.82 (SD = 1.73), and overanxious mean was 2.82 (SD = 1.73).

Post assessment results

After finishing the school mediation, parents of children 12 years old and less were interviewed one week after the intervention by parents. The results showed that mean GCHSS was 11.13 (SD =8.22), conduct problems mean was 2.18 (SD = 3.49); hyperactivity mean was 2.98 (SD = 2.78), depression mean was 1.37 (SD =1.57), obsessive mean was 2.79 (SD = 1.56), and overanxious mean was 2.79 (SD = 1.56).

Differences in child mental health between the two stages of school mediation using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the school mediation, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of obsessive symptoms before and after school mediation. This mean differences between the two times was 0.56 (t=2.82, p = 0.01) and overanxious symptoms (t = 2.82, p = 0.01).

Table 3: Paired T test of GCHSS-Parents report

	Mean	SD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale-1	12.56	8.40	2.16	0.032
Gaza Child Health Survey Scale-2	11.13	8.22		
Conduct-1	2.39	3.22	0.71	0.478
Conduct-2	2.18	3.49		
Hyperactivity-1	3.72	2.72	3.17	0.001
Hyperactivity-2	2.98	2.78		
Depression-1	1.54	1.64	1.25	0.214
Depression-2	1.37	1.57		
Obsessive-1	2.82	1.73	0.24	0.814
Obsessive-2	2.79	1.56		
Overanxious-1	2.82	1.73	0.24	0.814
Overanxious-2	2.79	1.56		

Discussion

Before discussing the results of this study, it is important to note that the study has number of limitations. During the study there was siege of Gaza Strip with limitation of materials and fuel which affect the intervention in schools, added to this the repeated incursions of the Gaza Strip by Israelis military forces which may increase the traumatic events and reactions beside the siege of Gaza Strip. Also, the main outcome measures were questionnaire-based self report rather than interview. These limitations leave considerable room for improvement in future studies.

Children reported significant decrease in total scores of child mental health and hyperactivity symptoms after student school mediation program. Also, parents reported decrease in obsessive and overanxious symptoms after student mediation program. Our study consistent with many studies which have shown that participation in peer mediation programs has positive effects on disputants and mediators in terms of problem solving, communication, academic grades, perspective taking, and conflict resolution skills (Araki, 1990; Lane-Garon, 1998). Peer mediations have also been found to help children reach and maintain agreements and to have high rates of satisfaction (Crary, 1992). As well, children who have been trained as mediators use more constructive strategies for resolving conflict and do so in many different contexts (Gentry & Benenson, 1992; Johnson et al, 1995). Johnson and colleagues found that after formal training in mediation procedures, children were more likely to express feelings, reverse perspectives, formulate multiple agreements, or explain the reasons for their positions (Johnson et al., 1994; Johnson et al., 1995).

Our study consisted with other studies using other types of therapy, Kimnerly et al (2005) study to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioural therapy (CBT) techniques school-based group intervention designed for children who have experienced trauma. Twenty-six children (aged 11–15 years) who were refugees or asylum-seekers from war-affected countries participated. The manual-based intervention consisted of and was implemented within secondary schools. Children in the CBT group showed statistically significant, but clinically modest improvements following the intervention, with decreases in overall severity of post-traumatic stress symptoms. Significant improvements were also found in overall behavioural difficulties and emotional symptoms. Children in the waiting list control group did not show any improvements over the same period. However, follow-up data, which were only available for a small subset of eight children, suggest that gains in the CBT group were not maintained at 2-month follow-up. In another study of children using debriefing, However others such as Stallard et al (2006) in a study aimed to determine whether an early intervention using a psychological debriefing format is effective in preventing psychological distress in child road traffic accident survivors in which 158 children aged 7–18 were followed-up after completed eight months post accident with 132 (70/82 of the experimental group and 62/76 in the control group). Main outcome measures: Self-completed measures of psychological distress; fulfillment of diagnostic criteria for post-traumatic stress disorder. Results: Children in both groups demonstrated considerable improvements at follow-up. The early intervention did not result in any additional significant gains. Thabet et al (2008 in press) in study the effectiveness of expressive writing therapy technique for Palestinian children in the Gaza Strip found that children anxiety symptoms decreased after 6 sessions of writing, while PTSD and depression did not change.

Conclusion

Our findings showed that using school mediation in time of war and trauma could improve children mental health if they reported their feelings themselves and not their parents. This highlight the need for more long acting and new methods of intervention for children living in area of war and conflict such as cognitive behaviour therapy and social skills training to enable children cope with trauma and stress. Also more involvement of intervention in home based intervention programs and using different tools of assessment which may reflect the new skills the

children can gain from involvement of such conflict resolution programs.

Study implications

Student mediation program may hold great promise as a technique for school based intervention in children's disputes. Therefore, it may be important for future training programs to incorporate more gradual and prolonged mediation training. Interestingly, despite the limitations in our mediation training procedures, children were clearly able to use mediation and influence the way in which children dealt with conflicts as they mediated. Perhaps their extensive experience as third parties to children's conflicts allows schools administration to rapidly incorporate mediation procedures in this domain.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development,* 46, 1-78.
- Angold, A., Costello, J. E., Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., & Erkanli, A. (1999). Impaired but undiagnosed. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 38, 129–137.
- Araki, C. T. (1990). Dispute management in the schools. *Mediation Quarterly, 8,* 51–62.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34,* 189–213.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry, 64*, 577–584.
- Cunningham, C. E., Bremner, B., & Secord-Gilbert, M. (1997). *COPE: The community parent education program. A school- based family systems oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders*. Hamilton: COPE works.
- Cunningham, C. E., Cunningham, L, J., & Martorelli, V. (2001). *COPEing with Conflict at School: The collaborative student mediation project manual. community parent education program.* A school- based family systems oriented workshop for parents of children with disruptive behavior disorders. Hamilton: COPE works.
- Danielsson, C. (1994). A holistic approach to dispute resolution at a community mediation center. In D. D. Cahn (Ed.), *Conflict in personal relationships* (pp. 203–221). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Emery, R. E., & Wyer, M. M. (1987). Child custody mediation and litigation: An experimental evaluation of the experience of parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 179–186.
- Flannery, D. L., Huff, C.,&Manos, M. (1996).Youth gangs:A developmental perspective. In T. Gullotta, G. Adams,& R. Montemayor (Eds.), *Advances in adolescent development: Delinquency, juvenile justice, and adolescence* (Vol 10). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Irving, H. H., & Benjamin, M. (1992). An evaluation of process and outcome in a private family mediation service. *Mediation Quarterly, 10,* 35–55.
- Gaza Community Mental Health Program .(2007). Arabic version of *COPEing with Conflict at School: The collaborative student mediation project manual. community parent education program.*
- Gentry, D. B., & Benenson, W. A. (1992). School-age peer mediators transfer knowledge and skills to home setting. *Mediation Quarterly, 10,* 101–109.
- Crary, D. R. (1992). Community benefits from mediation: A test of the "peace virus" hypothesis. *Mediation Quarterly, 9,* 241–252.
- Grossman, P. W., Neckerman, H. J., Koepsell, T., Liu, P. Y., Asher, K. N., Beland, K., et al. (1997). Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1605-1611.
- Kimnerly, A. Ehntholt, P., Smith, A. Yule, W.(2005). School-based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who have Experienced War-related Trauma. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 10 (2), 235–250.
- Johnson, D. W., Johnson, R., Dudley, B., & Acikgoz, K. (1994). Effects of conflict resolution training on elementary school students. *Journal of Social Psychology, 134,* 803–817.
- Johnson, D. W., Johnson, R., Cotton, B., Harris, D., & Louison, S. (1995). Using conflict managers to mediate conflicts in an innercity elementary school. *Mediation Quarterly, 12,* 379–389.
- Johnson, D. W., Johnson, R. T., Dudley, B., Ward, M., & Magnuson, D. (1995). The impact of peer mediation training on the management of school and home conflicts. *American Educational Research Journal, 32,* 829–844.
- Lane-Garon, P. S. (1998). Developmental considerations: Encouraging perspective taking in student mediators. *Mediation Quarterly,16,* 201–217
- Laor N. (2001). The role of mental health professionals after mass disasters. Presented at the Congress on The Promised Childhood. Tel Aviv, April 29–May 3, 2001.
- Perrin S, Smith P, Yule W. (2000). Practitioner review: the assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry, 41, 277– 89.
- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., &

Qouta, S .(1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival,* 15 (4), 368 – 378.

- Miller, T., Ramchandi, P., & Jones, D.P.H. (2003). Treating psychological symptoms in sexually abused children. *British Journal of Psychiatry, 183*, 484–490.

- Smith, M. (1995). Mediation for children, youth, and families: A service continuum. *Mediation Quarterly, 12,* 277–283.

- Stallard, P., Velleman, R., Salter, E., Howse, I., Yule, W., & Taylor, G. (2006). A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47, 127–134.

- Thabet, A.A., Khalid Karim, & Vostanis P .(2005). Group crisis intervention for children during ongoing war conflict. *European Child and Adolescent, Psychiatry, 14, 262-269.*

- Thabet, A.A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E , & Vostanis, P (2008 in press). Expressive writing therapy for Palestinian Adolescents in the Gaza Strip.

- Umbreit, M. S., & Coates, R. B. (1992). The impact of mediating victim offender conflict: An analysis of programs in three states. *Juvenile and Family Court Journal, 43,* 21–28.

- Valsiner, J., & Cairns, R. B. (1992). Theoretical perspectives on conflict and development. In C. U. Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 15–35). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Vanderkooi, L., & Pearson, J. (1983). Mediating divorce disputes: Mediator behaviors, styles and roles. *Family Relations, 32,* 557–566.

Arabpsynet Psychiatrists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp

Arabpsynet Psychologists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp

The impact of siege on prevalence of depression and anxiety disorder among universities students in Gaza governorates

Ismail Ibrahim Lubbad - RN, MCMH
Abdel Aziz Mousa Thabet, MD, PhD - Associate Professor of Psychiatry-Al Quds University

abdelazizt@hotmail.com

Abstract

Aim: The study aimed to examine the impact of the siege on the mental health (anxiety and depression) of universities students in Gaza Strip.

Subjects: The sample consisted of 392 students from the four universities in Gaza strip by representative sample of 183 males and 209 females. The researcher used analytical descriptive design to represent the entire population of the study.

Instruments: The researcher used modified questionnaires and scales to achieve the goal of the study such as socioeconomic questionnaire prepared by the researcher; Siege Checklist by (GCMHP); Taylor Manifestation Anxiety Scale (TMAS); and Beck Depression Inventory (BDI-2).

Results: The results showed that 166 (42.3%) had moderate anxiety, and 62 (15.8%) of had severe anxiety. While 146 (37.2%), had moderate depression, and 12 (3.1%) of them were had sever depression. The results indicated that there were positive significant correlation between siege, anxiety and depression among the universities students. In addition, found that a significant difference in siege and depression according to sex of the study sample in favor of males. While the result found no significant differences in anxiety according to sex of the study sample.

There were a significant difference in total siege and anxiety according to the type of university of Al Aqsa, Al Quds Open and Al Azhar universities.

Conclusion : The siege has several dangerous effects on social, political, economical, educational, as well as psychological impacts. The siege limits the entrance of medical equipments and instruments, drugs and medication, goods, and all life basics. Furthermore, the limited resources in Gaza strip due to siege created socio-economical gap in all life walks. The Palestinian people suffer from poverty, low income, and high prices for every thing they want to achieve. The dramatically changes that occurred due to siege were severe and unbearable in short time which deteriorated all aspects of life inside Gaza Strip. Also, the universities students were considered the most significant group among Palestinian people who complain of several limitations and shortages due to siege that affected these groups. These groups represent the highest cluster among Palestinian people whom suffer of a great anxiety and depression and other mental health problems as a result of confirmed siege on Gaza Strip.

Key words: Siege of Gaza, University Students, anxiety, depression.

اثر الحصار على مدى انتشار الاكتئاب والقلق بين طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة

الملخص:

الهدف: هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر الحصار على الصحة النفسية (القلق والاكتئاب) لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في غزة.

العينة: اشتملت عينة الدراسة على 392 طالب وطالبة من الجامعات الأربع في قطاع غزة بواقع 183 طالب , و 209 طالبة. استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لعرض البيانات الخاصة بمجتمع الدراسة.

المقاييس: استخدم الباحثان عدة مقاييس معدلة ومتلائمة مع غرض وهدف الدراسة منها: مقياس الحالة الاجتماعية (إعداد الباحث)؛ قائمة الحصار (برنامج غزة للصحة النفسية)؛ مقياس اعرض القلق (تايلور)؛ ومقياس بك للاكتئاب.

النتائج: أظهرت النتائج أن 156 (39.8%) يعانون من قلق خفيف, 166 (42.3%) يعانون من قلق متوسط, 62 (15.8%) يعانون من قلق شديد. بينما أظهرت النتائج أن146 (37.2%) يعانون من اكتئاب متوسط, 12 (3.2%) يعانون من اكتئاب شديد.

كما أظهرت النتائج أن هناك علاقة ارتباطيه موجبة بين الحصار, القلق , والاكتئاب بين طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة. كما أفادت النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية في كل من الحصار والاكتئاب تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور من أفراد العينة. بينما لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية في القلق تبعا لمتغير الجنس بين أفراد العينة.

كما أظهرت النتائج بان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية لكل من الحصار والقلق تبعا لمتغير نوع الجامعة لصالح جامعة القدس المفتوحة, وجامعة الأقصى, وجامعة الأزهر.

الخلاصة : لقد خلصت الدراسة إلي أن للحصار تأثيرات كبيرة على جميع نواحي الحياة في قطاع غزة, و يشمل ذلك الحياة الاجتماعية, و السياسية, و التعليمية, و كذلك الحالة النفسية. إن للحصار تأثيرات كبيرة تتمثل في منع دخول الادوية و المعدات الطبية, و البضائع المختلفة مما أدي الي ازدياد المعانة للفلسطينيين في قطاع غزة. و يعتبر طلاب الجامعات من الفئات التي تضررت نتيجة لفقدان العمل لمعيل الأسرة و الفقر و عدم القدرة على دفع رسوم الجامعات مما أدي إلي ظهور أعراض القلق و الأكتئاب لديهم؟

Introduction

People are differ in living stander from those are satisfy with little living in a calm happy life with quietness and safety and some of who are not satisfy and running behind world while they have much more than even they make security through power. In our lovely home we have a good promise youth who will carry on themselves to build our civilian nation and future. We have many thousand of university students whom they are our hope for present and future in a situation of secure, monitory, and manner stability.

In this our area-Gaza Strip- siege with most of its types are assignment strongly which affect negatively monitory economically and psychological on our students in universities in Gaza Strip. Siege as language is monopolizing and limiting needs through deconstructed behavior or dealing. Siege as meaning on obstacles punishment in a varieties ways on people, countries, group of people, or communities and companies, done by power countries for their own and properties mostly injustice. The siege had strong impact on the Palestinian children in Gaza strip that they were complaining of various emotional and behavioral problems that encounter them and their parents (Abu-Hein, 2008).

The Gaza Strip has two main crossings that connect it to the whole world, Rafah in the south (To Egypt)(and Erez in the north (to Israel). There are three other crossings that are used to exchange goods and bring in food to the Gaza Strip; today all are closed partially or completely . The siege that was imposed on the Gaza Strip has created excessive loss and damage in the different aspects of Palestinian life.

The Gaza Strip has turned into a huge prison with no access to the outside world. Israel has subjected the Gaza Strip to a series of collective punishment measures, the main of which is imposed strict siege on the movement of people and goods.

The suffocating siege imposed on the Gaza Strip leading to disastrous consequences to the physical and mental health of the citizens. The serious consequences of the blockade on the psychological, social and the Palestinian society, where the lead to increased rates of mental disorders in general terms commonly depression, anxiety and psychological disorders caused by physical psychological reasons, as well as contribute to satisfactory setbacks widely among psychopaths. Qouta said; the most powerful results of the study were the negative indicators particularly on children, the sick, students and the unemployed, which were reflected on their behavior and the exacerbated tensions and disturbances (Qouta & Kassab, 2008).

These emotional suffering reflect itself in the high level of domestic violence and clan and the community in general. As well as strengthen the sense of anger and resentment at the international community is unable to intervene just to establish a people and their legitimate rights including their right to self-determination and establish a Palestinian stat with sovereignty over its land natural confiscation. Furthermore, the educational system in Gaza has also been affected by the siege. With the start the new school year, there has been a serious lack of books and shortage of the raw materials needed for printing. According to the United Nations Relief and Works Agency (UNRWA), one-third of students started the school year without the needed text books.

The closures also deprived thousands of students from reaching their universities outside the Gaza Strip. Thousands of students are not allowed to join their universities in the West Bank or abroad due to the siege. Palestinians have gone through repeated traumas of death and destruction of home and life over the past few decades.

The current siege provokes the previous traumas making people re experience the negative feelings that they have previously encountered and passed through. The effects of the siege and blockade on the Palestinian family have different effects 99% found the prices highly risen compared to previously situations, 87% social relation ceased, where psychologically symptoms that most commonly 23% neurological, 17.2% quickly and harassment by initiation, 14% feeling malaise, and 16.2% transitional feature of anger (Thabet , 2008).

The effects of the siege on mental health

Few studies were carried out investigate such unique phenomena of collective punishment of one and half million people. At the psychological and emotional levels, the closure results in psychological pressure and frustrations. Individuals interact with these frustrations and pressures differently according to their bio-psychosocial factors. There are primary reactions such as changes in habits and behaviors and daily routine of the individual including; excessive smoking and alcohol consumption, and excessive eating or lack of it, and excessive or lack of sexual activities.

Nasrallah (2008) who studied "the impact of the Israeli siege on the cultural situation in Gaza provinces" . the results of the study showed that the siege had a negative effects. where the acquisition of books had stopped for most of public libraries and the loan services and many others. Also the theatre work reduced from the number of plays and presented shows. The artists production had been effected from their production and participation in exhibitions and workshops for Foreign Affairs.

Nilsson (2008) Who aimed to highlight the constant human rights violations the Palestinian children are subjected to under the siege because the violence and destruction create deep seated psychological consequences that deeply affect the behaviour of the children in fundamental ways. The researcher concluded that to live with constant violence leads to much confusion for children since they live with a confusion they might not understand. The lack of protection for children indicates that there is an acceptance of the violence which also creates confusion. It has been shown that children growing up with so much uncertainty as in Gaza become aggressive, extremely disobedient or compliant.

Taatgen & Kapka (2008) studied the siege and the obstruction right for education and provided a rationale for the creation of a lobby group of educators for international education in Gaza. The authors postulate that every child has a right to an education, and every open society has the duty to provide its children with access to international education. In spite of the obstacles, we left Gaza more convinced than ever that international education should be part and parcel of Gaza's creation and development as an independent state .The siege must surely rank as the largest obstacle to achieving this goal. A country that is occupied cannot properly educate its children.

Fox (2008) studied "Palestinians Under Siege: A Critical Psychology Perspective on Mental Health and Justice". The author discussed the drastic mental health consequences of living under siege are well-known. Although, specific outcomes vary according to local conditions, besieged communities around the globe experience lethal combinations of restricted movement, physical violence, hunger and disease, and disruptions to schools, hospitals, welfare support systems, and other public and community institutions. In whatever combination these and other factors arise, the common result is widespread mental distress.

Thabet et al (2008) in a study aimed to investigate the impact of the siege of Gaza strip on the Palestinian feelings of anger and anger state in relation to psychological symptoms. They found that the most common impact of the siege of Gaza items were: prices were sharply increased (97.67%); I feel I 'm in a big prison (92.23%); and I cannot find things I need in the market (91.70%). The results showed that female reported more summarization, obsessive compulsive disorder, and phobic anxiety. Also, Palestinian who live in camps reported more psychological problems, depression symptoms, anxiety, and hostility. However, psychosis symptoms were more common in people who live in villages than in camps or cities. People with who reported high siege scores were correlated positively with high psychopathology including anxiety and depression.

Thabet et al (2009) aimed to study the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems. They found that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 (SD = 4.07). The results showed that people with monthly income less than 350 US $ were more affected by siege that the other groups. The most common psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%). The results showed than mean HSCL was 53.82, mean anxiety subscale scores was 21.70, and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59), 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%). People live in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps. Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US $ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups.

The study aimed to assess the effects of the siege on mental health of universities students in Gaza Strip.

Methodology

Subjects

A simple random sample was selected depending on EPI-6 from total number of 57,468 students from Gaza Universities. The proportional ratio was taken among universities (Al Aqsa, Islamic, Al Azhar, and Al Quds Open) as well as the students (male and female). The total number of students was 392 students.

Instruments

The researchers used the following instrument:

Socio-economic questionnaire

This questionnaire developed by the researchers to assess the students' age, gender, name of the university, place of residence, number of family member, father employment and education , mother employment and education, and family income.

Siege Checklist (GCMHP, Thabet et al, 2008)

Siege checklist developed by Community Mental Health Program to assess the siege effects on the Palestinian people who experience persistent siege. This scale consisted of 21 item regarding the daily life living of Palestinian people. The key answer of this scale is "Yes=1 " or "No= 0", and no reversal items. In this study**,** Siege Checklist Cronbach's alpha (No. of items = 21) was 0.72.

The Taylor Manifestation Anxiety scale (TMAS)

Taylor (1953) developed one of the first measures of chronic, manifest anxiety, Taylor's Manifest Anxiety Scale (MAS). Taylor's scale consisted of items selected from the Minnesota Multiphase Personality Inventory Taylor's MAS was reported to be useful in identifying adults with chronic anxiety (Reynolds & Richmond, 1997). We used the Arabic version with 50 items and answer is "Yes= 1" or "No= 0", And there were reversal items. The score ranged from (0- 13 no anxiety), (14- 26 Mild anxiety), (33- 40 moderate anxiety), and (37- 50 very sever anxiety). The reliability of the scale was tested by using Cronbach's alpha which was 0.79.

Beck Depression Inventory (BDI-2)

The long form of the BDI is composed of 21 questions or items, each with four possible responses. Each response is assigned a score ranging from zero to three (0, 1, 2, 3), indicating the severity of the symptom. Individual questions of the BDI-2 assess mood, pessimism, sense of failure, self-dissatisfaction, guilt, punishment, self-dislike, self-accusation,

suicidal ideas, crying, irritability, social withdrawal, body image, work difficulties, insomnia, fatigue, appetite, weight loss, bodily preoccupation, and loss of libido. Items 1 to 13 assess symptoms that are psychological in nature, while items 14 to 21 assess more physical symptoms. The scores of the BDI-2 were, (0- 21 no depression), (22 – 42 moderate depression), and (43 – 63 sever depression). The reliability of the scale was tested by using Cronbach's alpha which was 0.85.

Procedures

An approval letter obtained from the administrations of the universities in response from Al Quds University pre-request to facilitate our mission. An approval letter was obtained from Helsinki committee in the Ministry of Health to allow the researchers to carry out his study. Informed consent was obtained from the respondents printed on the cover page of the questionnaire clarifying the aim of the study and its objectives, and grantee that they will be protected from any harm resulting from their agreement or disagreement for participation. The data was collected on March and April 2009.

Statistical analysis

After data collection the researcher used SPSS program (Ver. 16) for data entry and analysis. In addition, the researcher used descriptive analysis including frequencies, t-independent tests, One Way ANOVA, and Pearson correlation coefficient for explaining the relation and differences between the study variables.

Socio-demographic results of the study sample

The following table, the total numbers of sample selected for the current study was 392 university students. The study showed that 183 (46.7%) of the university students of were males, and 209 (53.3%) were females, the mean of age of the study sample is (20.66 years) and standard deviation SD is (2.51) years. 201 of the university students were live in city (51.3%), 152 live in camp (38.8%) and 39 live in village (9.9%). were study in Al-Aqsa University (23.0%), 126 were in Islamic University (32.1%), 90 of Al-Azhar University were (23.0%), and 86 of sample were of Al-Quds open University (21.9%). Forty five of the university students were have family size 4 persons and less than (11.5%), 107 were 5 – 7 persons (27.3%) and 240 of the sample were have 8 and above of family size (61.2%). There were 154 of university students had family income less than 1000 NIS (39.3%), 100 family income was from 1001-2000 NIS (25.5%), 69 of sample were from 2001-3000 NIS (17.6%), 27 were from 3001-4000 NIS (6.9%), 42 were more than 4000 NIS (10.7%).

Table 1: Socio-demographic results of the study sample (N = 392)

Variable	No.	%
Sex		
Male	183	46.7
Female	209	53.3
Place of residence		
North Gaza	200	51.0
Gaza	87	22.2
Middle area	73	18.6
Khan Younis	15	3.8
Rafah	17	4.3
Type of residence		
City	201	51.3
Camp	152	38.8
Village	39	9.9
University		
Al-Aqsa University	90	23.0
Islamic University	126	32.1
Al-Azhar University	90	23.0
Al-Quds open University	86	21.9
No of siblings		
4 persons and less	45	11.5
5 - 7 persons	107	27.3
8 and above	240	61.2
Family monthly income		
1000 NIS and less than	154	39.3
1001 - 2000 NIS	100	25.5
2001 - 3000 NIS	69	17.6
3001- 4000 NIS	27	6.9
More than 4000 NIS	42	10.7

Frequency of siege among the study sample

The total scores of the siege among the study sample at the level of 54.0%, where the ratio scales plays the role of this step. Where the highest siege items were "we can not finish some construction and repair work in our house due to shortage of cement and building materials" 97.4 %, followed by "One of the family member died due to prevention of traveling for treatment" 86.2 %. I had suffering of not able to receive proper medical care 16.6 %, and I sold some of my furniture and family gold 16.1%.

Table 2: Frequency of siege items

N	Items of siege	Yes		No	
		N	%	N	%
1	We can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	382	97.4	10	2.6
2	One of the family member died due to prevention of traveling for treatment	338	86.2	54	13.8
3	We can not find some of the necessary things for children (Milk, baby napkins, etc.)	338	86.2	54	13.8
4	I feel I am in a big prison	307	78.3	85	21.7
5	My work affected so much due to shortage of fuel, papers, medicine, row materials	303	77.3	89	22.7
6	Social visits are less than before	295	75.3	97	24.7
7	I quitted some purchased daily needs	280	71.4	112	28.6
8	I started doing the papers for immigration	263	67.1	129	32.9
9	My work affected so much due to cut-off of electricity	257	65.6	135	34.4
10	I was not able to reach a place I planned to go to	214	54.6	178	45.4

11	I need to travel outside the Gaza Strip and can not	199	50.8	193	49.2
12	I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	199	50.8	193	49.2
13	I can not find things I need in the market	152	38.8	240	61.2
14	I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member	151	38.5	241	61.5
15	My monthly income decreased	144	36.7	248	63.3
16	Prices are sharply increased	139	35.5	253	64.5
17	I thought of immigration	130	33.2	262	66.8
18	I was prevented from visiting one of the family members in Israelis jails	125	31.9	267	68.1
19	I stopped completely working	98	25.0	294	75.0
20	I had suffering of not able to receive proper medical care	65	16.6	327	83.4
21	I sold some of my furniture and family gold.	63	16.1	329	83.9

Frequency of anxiety among the study sample

The total scores of anxiety among the study sample at the level of 56.4%, where the ratio scales plays the role of this step. Where the highest item were "I would like to be happy like others" 92.1 %, followed by "I lost my sleep because of anxiety" 86.7% %.While the lowest item were the "I feel no redness face at all" 22.2%, and the "I feel quietness all times" 26.3 %. There were 8 (2.0%) of the study sample of the university students were had no anxiety "0– 13 total scores", 156 (39.8%) had mild anxiety "14– 26 scores", 166 (42.3%) were had moderate anxiety "27– 36 scores", and 62 (15.8%) of the study sample were had sever anxiety "37– 50 scores".

Table 3: Prevalence of anxiety among the study sample

Variable	No.	%
No anxiety "0- 13 scores"	8	2.0
Mild anxiety "14- 26 scores"	156	39.8
Moderate anxiety "27- 36 scores"	166	42.3
Severe anxiety "37- 50 scores"	62	15.8
Total	392	100

Frequency of depression among the study sample

The total scores of depression among the study sample at the level of 32.0%. Where the highest depression effects were "tiredness or fatigue" 64.5 %, followed by "Sadness" 62.8 %, and "guilty feelings" 59.2 %. While the lowest depression effects are the past failure 8.7%, and self—dislike 11.5 %.

There were 234 (59.7%) of the study sample of the university students were had no depression "0– 21 total scores", 146 (37.2%) suffered moderate depression "22– 42 scores", and 12 (3.1%) of them were had sever depression "43– 63 scores".

Table 4: Prevalence of depression among the study sample

Variable	No.	%
No depression "0- 21 scores"	234	59.7
Moderate depression "22- 42 scores"	146	37.2
Severe depression "43- 63 scores"	12	3.1
Total	392	100

The relation between Siege and mental health "anxiety and depression " among the study sample:

There were positive significant correlation between siege and anxiety and among the study sample of university students (Person's correlation "R"= 0.454, P= 0.001).

There were positive significant correlation between siege and depression and among the study sample of university students (Person's correlation "R"= 0.250, P= 0.001).

That means the high incidence of siege will combined with high incidence of anxiety and depression, among the study sample of university students, and reversible is right.

Siege, anxiety and depression according to type of the sex

The researcher demonstrate t-independent test to investigate the differences between male and female in demonstrating Siege and anxiety and depression. The result found that a significant difference in siege according to sex of the study sample, (t= 4.21, p= 0.001), in favor males. In addition; the result found that a significant difference in depression according to sex of the study sample, (t= 3.29, p= 0.001), in favor males. While the result found that no significant difference in anxiety according to sex of the study sample, (t= 0.56, p= 0.576).

Table 5: Independent t-test comparing means of siege and anxiety and depression according to sex

Variable	Male N = 183		Female N = 209		T-value df= 390	Sig. Level
	Mean	SD	Mean	SD		
Siege	12.19	4.238	10.57	3.328	4.21	*** 0.001
Anxiety	28.42	8.437	27.98	7.134	0.56	0.57
Depression	21.95	11.149	18.64	8.705	3.29	*** 0.001

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

Siege, Anxiety and depression according to university of the study sample:

In order to investigate the difference in siege, anxiety and depression according to university of the study sample (Aqsa, Islamic, Azhar, or Quds) the researchers demonstrate one-way ANOVA analysis. There was a significant difference in siege according to the university of the study sample (f=24.496; P= 0.001). The lowest siege effect was on the Islamic university (mean; 9.25), and the highest siege effect was on Al Quds Open (mean 13.31).

In addition; there was a significant difference in anxiety according to the university of the study sample (f=4.782; P= 0.003). The lowest anxiety effect was on Islamic university (mean 26.50), but the highest anxiety effect was on Al Quds Open university (mean 30.54). While; there was no significant difference in depression according to the university of the study sample (f=1.624; P= 0.183).

Table 6: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to university

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	928.214	3	309.405	24.496	*** 0.001
	Within Groups	4900.674	388	12.631		
	Total	5828.888	391			

Anxiety	Between Groups	840.092	3	280.031	4.782	** 0.003
	Within Groups	22722.558	388	58.563		
	Total	23562.651	391			
Depression	Between Groups	489.161	3	163.054	1.624	0.183
	Within Groups	38965.490	388	100.427		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

Post –hoc analysis using Scheffe statistical test was done and indicated; the means of siege and anxiety according to university of the study sample (Aqsa, Islamic, Azhar, or Quds). The group of Islamic university students were significantly lower in siege and anxiety than other groups of universities of the study sample.

Table 7: Means of siege and anxiety according to university

Variable		No.	Mean	S.D
Siege	Aqsa	90	11.82	3.922
	Islamic	126	9.25	3.646
	Azhar	90	11.85	2.798
	Quds Open	86	13.31	3.714
Anxiety	Aqsa	90	28.35	8.288
	Islamic	126	26.50	7.574
	Azhar	90	28.14	7.353
	Quds Open	86	30.54	7.375

Siege, anxiety and depression according to type of residence (City-Camp-Village):

One-Way ANOVA analysis was used to study the differences between siege, anxiety and depression according to the type of residence (City-Camp-Village).

There was a significant difference in anxiety according to the type of residence of the study sample (f=4.897; P= 0.008). In addition; there was a significant difference in depression according to the type of residence of the study sample (f=9.445; P= 0.001).

While; there was no significant difference in siege according to the type of residence of the study sample (f=1.963; P= 0.142).

Table 8: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to type of residence

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	58.246	2	29.123	1.963	0.142
	Within Groups	5770.642	389	14.835		
	Total	5828.888	391			
Anxiety	Between Groups	578.722	2	289.361	4.897	** 0.008
	Within Groups	22983.929	389	59.085		
	Total	23562.651	391			
Depression	Between Groups	1827.161	2	913.580	9.445	*** 0.001
	Within Groups	37627.490	389	96.729		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p<0.001

Post –hoc analysis using Scheffe statistical test was done and indicated; the means of anxiety and depression according to type of residence of the study sample (City-Camp-Village). The group of students who live in village were significantly higher in anxiety and depression than other groups the study sample. The lowest anxiety effect was on cities residence (mean 27.76), and the highest was on village residence (31.84). But the lowest depression effect was on camp residence (18.81) and the highest was on village residence (16.46) .

Table 9: Means of anxiety and depression according to type of residence

Variable		No.	Mean	S.D
Anxiety	City	201	27.76	7.444
	Camp	152	27.81	8.099
	Village	39	31.84	7.242
Depression	City	201	20.01	9.560
	Camp	152	18.81	9.737
	Village	39	26.46	11.502

Siege, anxiety and depression according to the family income of the sample

One-way ANOVA analysis was demonstrated to investigate the differences in siege, anxiety and depression according to family income of the study sample (1000 NIS and less than, 1001 – 2000, 2001- 3000, 3001- 4000, and more than 4000 NIS).

There was a significant difference in siege according to the family income of the study sample (f=8.476; P= 0.001). In addition; there was a significant difference in anxiety according to the family income of the study sample (f=2.562; P= 0.038).

While; there was no significant difference in anxiety according to the family income of the study sample (f=1.319; P= 0.262).

Table 10: One-way ANOVA comparing siege, anxiety and depression according to family income

Variable	Source of variance	Sum of Squares	Df	Mean Square	F-value	Sig. Level
Siege	Between Groups	469.509	4	117.377	8.476	*** 0.001
	Within Groups	5359.379	387	13.849		
	Total	5828.888	391			
Anxiety	Between Groups	607.814	4	151.954	2.562	* 0.038
	Within Groups	22954.836	387	59.315		
	Total	23562.651	391			
Depression	Between Groups	530.760	4	132.690	1.319	0.262
	Within Groups	38923.890	387	100.579		
	Total	39454.651	391			

*p< 0.05 **p< 0.01 ***p< 0.001

Post –hoc analysis using Scheffee statistical test was done and indicated; the means of siege and anxiety according to family income of the study sample (1000 NIS and less than, 1001 – 2000, 2001- 3000, 3001- 4000, and more than 4000 NIS). The students of two lowest family income group (2000 and less than) were significantly more affect by siege than two highest family income groups (3001 and above) of the study sample. The lowest siege affect was on family income that ranged between 3001-4000NIS (mean 8.85), and the highest siege effects was on low family income (less than 1000NIS). In addition; the students of lowest family income group (1000 NIS and less than) were significantly high anxious than two highest family income groups (3001 and above) of the study sample. The lowest anxiety effect was on family income that ranged between 3001-4000 NIS by mean 24.59) and the highest anxiety effects was on low family income (less than 1000 NIS).

Table 11: Means of siege and anxiety according to family income

Variable		No.	Mean	S.D
Siege	Less than 1000 NIS	154	12.17	3.719
	1001 - 2000 NIS	100	11.85	3.691
	2001 - 3000 NIS	69	10.81	4.106
	3001- 4000 NIS	27	8.85	3.644
	More than 4000 NIS	42	9.45	3.132
Anxiety	Less than 1000 NIS	154	29.20	7.779
	1001 - 2000 NIS	100	28.11	7.782
	2001 - 3000 NIS	69	28.39	6.800
	3001- 4000 NIS	27	24.59	7.831
	More than 4000 NIS	42	26.66	8.495

Notes : 3.90 NIS= one Dollar

Discussion

The results demonstrated that the total mean of siege items among the study sample was 11.33 at the level of 54.0%. Where the highest siege effects were "I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials" 97.4 %, followed by "One of the family member died due to prevention of traveling for treatment" 86.2 %. The researchers hypothesize that related to sustainability of the siege and its expansion all over Gaza and affected all people from different socioeconomic classes. This is a consistent and systematic policy of collective punishment against Palestinian civilians in contradiction with the international conventions. That appear to be consistent with the finding of CMHP (2008) report that reported that the continuations of the closures and restrictions have had catastrophic effects on the living conditions of civilians resulting in exacerbation of the existing problems of poverty and unemployment.

In a report by Butcher (2008) found that Gaza's humanitarian crisis is more acute today than at any time. More Gazans are dependent on food aid than ever before, hospitals suffer the longest power cuts yet experienced, record levels of raw sewage are being pumped daily into the sea and the economy has never been worse.

Furthermore, the World Health Organization (WHO) (2008) in their report found that the lack of electrical power, arising from a fuel shortage, and restrictions on the movement of people and goods, including medicines, jeopardize the continuity of basic health care and curtail access to specialist care outside Gaza.

However, Palestinian Shippers' Council (2007) reported that the economic situation is also affected with closure imposed on exports and the limitation of imports to basic commodities and processed food, while needed raw materials for industry production are banned from entry.

The results revealed that 2% of the universities students have no anxiety; 39.8% have mild anxiety; 42.3% have moderate anxiety; and15.8% have severe anxiety. The researcher hypothesize that for the effects of the siege that affected every one in Gaza strip and the majority of the students suffer from the anxiety by all levels. Furthermore, the stressful situation which they live have major affect on those student and also, the students were exposed to different situational stressors that accumulated the anxiety disorders among them. Since they exposed to war crisis, siege with all its dimensions that reflected on their daily living functions. In a study by Abu Hein (2008) who studies the effects of living under siege found that 92% of the Palestinian children of Gaza suffer from feeling of insecurity and feel anxiety and tension that appear consistent with our results.

Also, consistent with the results of CMHP (2008) which reported that the reactions for frustrations and pressure contribute to low self esteem, feeling of worthlessness, powerlessness, loneliness, despair, loss of hope, anxiety and feelings of anger and alienation, panic, fear, nervousness, depressed mood, and feeling overwhelmed, feelings of laziness and apathy, helplessness, and inability to practice the daily routine in an appropriate manner as well as an increased demands and pressures and inability to fulfill such demands in an adaptive manner.

But the results demonstrated that 59.7% of the students have no depression; 37.2% have moderate depression; and 3.1% have severe depression. The researcher hypothesize that related to the siege effects and the restrictions of movements, unavailability of the necessary needs on both social or economical aspects. These results seem to be consistent with the results of CMHP report (2008) which reported that in the case of prolonged psychological pressure and frustrations, and inability to cope with them, the symptoms may develop into more serious psychological disorders such as depressions, anxiety, or somatoform disorders (conversion disorders and hypochondriasis).

Anxiety and depression prevalence have been more prevalent among the universities students in Gaza Strip. These results indicated the critical issue especially when the results appeared among the universities students since these students considered elite among the Palestinian people.

These results seem to be consistent with the results of First (2008) who found that listening to children is difficult for parents under siege because of parental shame at not being able to provide and protect, and confusion over what can be said. Parental anxiety, grief, helplessness, depression or despair may enter in.

The increasing numbers of anxiety and depression cases among universities students related to different situations originated from the siege and as a dangerous consequence of the siege. The deficiency of food supplies; health equipment; educational process; and economical aspects due to siege made different problems to Gazan's population generally and universities students especially. In a study by O'Loughlin (2008) found that nearly 60% suffered post traumatic stress disorder, around 20% suffered anxiety and 51% were depressed.

However, in a study by Abu Hien (2008) He found that 87%of Gaza children feel fear of darkness and they are more clinging to there parents and sharing them there bids. 68%of them suffering from school problems like lack of concentration . 76% of them has behavioral problems like isolation , social withdrawal and aggression.

But in another study by Awad (2008) found that feelings of insecurity and distress are all too common for children who witness violence. Often, they perform poorly in school, or drop out altogether.

The results revealed that there were significant positive correlation between siege , anxiety, and depression among universities students. However, that means the high incidence of the siege combined with high incidence of anxiety and depression. The researcher attribute that for the different effects of the siege on all life walks. The siege destroyed the humanity, the economy, social relation, and education.

In a study by Nassrallah (2008) and CMHP report (2008) showed that the siege had a negative effects on the population in Gaza strip that appear consistent with our results.

According to CMHP report (2008) they found that there were other psychological responses including lack of attention, poor concentration, and memory problems, all of which result in lack of decision making and being easily-provoked. For people who are already suffering from psychological problems, their problems are aggravated as a result of the increased pressure and due to lack of medications, particularly for psychotic patients. At the somatic level, there are physical reactions such as pains in some parts of the body including; muscle pains, headaches, stomachaches, and feeling of suffocation and exhaustion etc (CMHP, 2008).

In another study by CMHP (2007) found that children may develop various psychological problems including; anxiety and depression, aggressiveness, poor concentration, withdrawal, clinging to parents, sleep disturbances. Also, children regress to behaviors inappropriate to their stage of development through thumb sucking, nail-biting, enuresis, and aggressiveness.

The results revealed that there were a significant differences in siege and depression according to sex in favor of males; while there were no significance in anxiety according to sex of the study sample. The researcher attribute these results for male dominance in the community and because of the direct participation of males in all life walks and they more prone to stressful situations than female. Males in Gaza face different stressful situations since they participate in work, help their families, their needs expand and they unable to meet the initials of it. These unmet needs lead to depressed mood and other psychological problems that appear more in males. But anxiety seems to be equal in both sexes so any thing in the life due to the deficiency of the necessary needs may lead to anxious mood in both.

However, in a study by CMHP (2007) found that the closure is converting the Gaza strip into what resembles a huge prison, resulting in feelings of intolerance, isolation, alienation, broken social connections, and networks as well as an increased level of community, tribal, and familial violence.

The results revealed that there were a significant difference in siege and anxiety according to the type (name) of the university. Scheffe test indicated that Islamic university students were significantly lower in siege and anxiety than other universities. The researcher hypothesize that these results reflect the policy of the university and institutional mission for every university. However, these results indicated that the availability of the Islamic university resources diminish the effects of the siege and anxiety, but the other universities affected by the siege and this lead to anxiety because they followed by external resources and polices. Also, the Islamic university governed by local and national policy that differ from other universities. But the other universities exposed to different situational stressors including external or internal stressors that not complied with the procedures of the Islamic university.

The results found that there were a significant differences in anxiety and depression according to type of residence in favor of villages residence. The researcher hypothesize that because the shortage of necessary needs and life requirements for the students who live in villages. The highly demanding life required more needs but the villages residents unable to met these needs during the current crisis. So, the villages resident students more prone to develop anxiety and depression than others.

The results showed that there were no significant differences in siege, anxiety, and depression according to the family size between the study sample. The researcher attribute that for unexpected effects that cover all families without regarding to the number of the family and it is considered general problem not specified for some persons.

The results revealed that there were a significant differences in siege and depression according to father and mother education in favor of not educated (parents). The researcher hypothesized that related to social differences and limited resources in addition to additional thoughts and opinions related to siege and depression.

The results found a significant differences in siege and anxiety according to father work among the study sample. Scheffe test indicated that the universities students who have unemployed fathers have higher degrees of siege and anxiety than others who employed. The researcher attribute these results for accumulated effects of the siege that people suffer from and all life walks lead to increase these problems among unemployed. However, all Gazan's people suffer from different effects of siege and anxiety with variety in its sequence and duration. That seem to be consistent with Palestinian Shippers' Council Report (2007) which reported that unemployment (65%) levels have sharply limited households' ability to buy supplies.

But the results revealed that there were no statistical differences in siege, anxiety, depression according to mother's employments for the universities students. The researcher hypothesize that because mothers didn't play role in work and employment in our community .

The results found that there were a significant difference in siege and anxiety according to family income among the universities students. Scheffe test indicated that universities students with low family income more affected by siege and anxiety than universities students with high family income. The researcher hypothesize that these results because high income families achieve the needs of their students but low income families unable to achieve the basic needs and requirements so they affected by siege and anxiety.

The current study seem to be consistent with the results of Palestinian Shippers' Council Report (2007) which reported that Gaza's high poverty (85% of households are living under the poverty line) and unemployment (65%) levels have sharply limited households' ability to buy supplies. These factors amongst other impediments have affected and impacted the operation and growth of the private sector enterprises. Most of the 3,900 industries in Gaza are manufacturing industries of which there is a 95% dependency on imported raw materials. Also there is an 80% dependency on the imports of machinery and maintenance parts which can lead to the suspension of production lines.

However, As a result, direct and indirect losses are estimated at US$ 4 million for the Furniture Sector, US$ 12 millions for the Garment and Textile Sector and US$ 3 millions for the Processed Food Sector. The summer season is critical for the exports of industrial sectors. The planting season normally starts in June for the upcoming export season in November. If the border terminals remain closed, the sector will face a 100% loss in sales estimated to be more than US$ 12 million (Palestinian Shippers' Council ,2007).

Conclusion

The siege have several dangerous effects on social, political, economical, educational, as well as psychological impacts. The siege limit the entrance of medical equipments and instruments, drugs and medication, goods, and all life basics. Furthermore, the limited resources in Gaza strip due to siege created socio-economical gap in all life walks. The Palestinian people suffer from poverty , low income , and high prices for every thing they want to achieve. The dramatically changes that occurred due to siege were severe and unbearable in short time which deteriorated all aspects of life inside Gaza Strip. Also, the universities students were considered the most significant group among Palestinian people who complain of several limitations and shortages due to siege that affected these groups. These groups represent the highest cluster among Palestinian people whom suffer of a great anxiety and depression and other mental health problems as a result of confirmed siege on Gaza Strip. On the other hand, Gazan's people generally complained from unavailability of medical help and supplies that must be available for every one in our community. In addition, the Gazan's people developed various medical and ,mental health problems due to siege. However, they complaining of many psychological problems ranging from anxiety, depression, and other psychological problems including anger, sleep disturbance, aggression. While, the educational process were deteriorated and all the students were unable to achieve their right to learn board or in West Bank. The prolonged prohibition on students leaving the Strip to study has created a grave shortage of skilled personnel, among them specialist physicians and persons engaged in the paramedic professions. Generally, The siege and its accompanying sanctions have led to shortages of food, electricity, medicines and medical treatment, have severely restricted freedom of movement, and have impeded the residents' ability to earn a living and obtain an education.

Recommendations

Community Mental Health Providers:

- It is necessary from community mental health program to take action and provide the main intervention for those complaining from anxiety and other psychological problems.
- It is necessary to provide immediate action regarding psychological problems and mental health problems for those suffering from siege.
- Providing psychological first aid for those complaining from anxiety and depression due to siege and provide them with the necessary requirements.

International Organizations:

- Asking international humanitarian organizations to take action against the siege and follow the international census to relieve the siege.
- Free the main entrance (check points) from and to Gaza, and re-open main borders.
- It is necessary for the international community to pay a close attention to the children right of protection from the negative consequences of siege in order to maintain their psychological and physical well being.
- It is necessary to urge the international community to protect Palestinian children and to break the imposed siege on Palestinian people.
- It is necessary from the international community to pressure Israel to stop violation of Palestinian rights and to allowing free movement of people, goods, and necessary equipment and supplies.
- It is necessary from the international court of justice to pressure Israel to abide by the international conventions regarding human rights and children's rights.

Universities and Colleges

- It is necessary for the universities to train and instruct the students regarding the psychological problems and the effects of the siege and to provide necessary intervention regarding the effects of the siege.
- Provide close attention to the surrounding situations and respect the human right and make a real consideration to university fees and students requests.

References

- Abu Hein, F. (2008): Siege and mental health: Siege Stress Emotional and Behavioral Problems of Palestinian Children and Their Parents Living under Siege "Gaza experience". International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine
- Abu Hein, F. Kh. (2007). Palestinian version of beck depression inventory, study among the students of Al-aqsa University., Gaza Strip.
- Aqsa News (Jan., 2008): Message from Friends of Al-Aqsa. Defense of Al Aqsa and peace in Palestine, issue No. 3
- Barlow, D. H. (2001). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Baroud, Sooma M. (2008). Prevalence of depression and anxiety disorders among women of

childbearing age attending Primary Care Centers in the Gaza Governorates, *Un published master thesis*, School of Public Health – Gaza, Al-Quds University- Palestine.

- Beck, A. (1972): Depression: causes and treatment. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. and Emery, D. (1997). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press, 1979.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995): Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 754-765.
- Chomsky, N. (2007): Guillotining Gaza. Information Cleaning House. Massachusetts Institute of Technology
- Chomsky, N. (2009): Exterminate all the Brutes. Information Cleaning House. Massachusetts Institute of Technology.
- Christopher, D. (1996): Siege Warfare: Fortress in the Early Modern World, 1494–1660. Routledge and Kegan Paul.
- Dugard, J. (2008): Human Rights Situation In Palestine And Other Occupied Arab Territories. Report of the Special Rapporteur on the situation of human rights in the Palestinian territories occupied since 1967. Human Rights Council, A/HRC/7/17.
- First, Elsa (2008): Listening to Children Under Siege. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine.
- Fox, D. (2008): Palestinians Under Siege: A Critical Psychology Perspective on Mental Health and Justice". International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine.
- Gisha (2008): Gaza Closure Defined: Collective Punishment. Position Paper on the International Law Definition of Israeli Restrictions on Movement in and out of the Gaza Strip. Legal centre For Freedom of Movement.
- Nasrallah, E. (2008): the impact of the Israeli siege on the cultural situation in Gaza provinces" . International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine.
- Nilsson, Ann-Charlotte (2008): Children Under Siege. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine.
- Qouta, S. & Kassab, A. (2008): Study on the effects of the Siege on the quality of life of citizens in Gaza. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine.
- Street, P. (2009): Equanimity, Power, Gaza, and The New York Times. Znet, the spirit of resistance Lives.
- Taatgen, H. & Kapka, M. (2008): Culture, Democracy and Civil Society: Siege and the Obstruction to the Right of an Education. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah – Palestine
- Taylor, J. A. (1953): A personality scale of manifest anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 48: 285-290.
- Thabet, A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, E., and Punamaki, L. (2009 in Press): Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III).
- Thabet, A., Abu Tawahina, A., Vostanis, P. (2008): the relationship between siege of Gaza strip, Anger, and psychological symptoms. Arabpsychnet Journal, 20, 174-184.
- Thabet, A.A. (2008): Trauma, PTSD, Mental Health, and Resilience as mediator factor in Palestinian children in the Gaza Strip. International conference, Siege and Mental Health. Walls vs. Bridges, 27 - 28 October 2008, Gaza - Ramallah - Palestine
- Weisberg, R. B., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2002, May): The occurrence and course of mixed anxiety-depressive disorder in a sample of primary care patients. Paper presented at the meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA.
- World Health Organization (2005): Child and Adolescent Mental Health Policies And Plans. Mental Health Policy and Service Guidance Package World Health

Internet resources

Al Mezan Center for Human Rights (May, 2008): Al Mezan Issues Report on Health and Environmental Impacts of Fuel Crisis in the Gaza Strip. http://www.mezan.org/site_en/press_room/press_detail.php?id=847

- Awad, M. (2008): Organized 'recreation days' relieve stress for children in Gaza. http://www.unicef.org/infobycountry/oPt_44863.html
- Britannica encyclopedia (2009): http://www.britannica.com/bps/search?query=siege
- Butcher, T. (2008): Human crisis in Gaza 'is worst for 40 years' http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/1580933/Human-crisis-in-Gaza-is-worst-for-40-years.html
- Dalloul, M. (2008): The Psychological Costs of the Gaza Siege. http://www.islamonline.net/servlet/Satellite?c=Article_C&cid=1203757693944&pagename=Zone-English-HealthScienceFHSELayout

- Erlanger, S. (November, 2007): Gaza's Isolation Takes Toll on Students and Prices. http://www.end-gaza-siege.ps/Reports/OldReports/GazasIsolation.htm

- Gaza Community Mental Health Programm (February, 2008): http://www.end-gaza-siege.ps/SiegeImpact/MentalHealhSector/GazaCommunityMentalHealthProgramm.htm
- Gaza Community Mental Health Programm GCMHP (2007): Gaza Community Mental Health Programmhttp://www.end-gazasiege.ps/SiegeImpact/MentalHealhSector/GazaCommunityMentalHealthProgramm.htm
- Hanna M. (2005): Middle East Christians: Gaza pastor. BBC News Retrieved on 16-6-2009. http://news.bbc.co.uk/2/hi/middle_east/4514822.stm
- MEDEA (2004): European Institute for Research on Mediterranean and Euro-Arab Cooperation with the support of the European Commissionhttp://www.medea.be/index.html?page=2&lang=en&doc=204

ARABPSYNET BOOKS GUIDE

ENGLISH EDITION

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm

دليل الكتـب النفسية العربية

الإصدار العربي

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm

Effectiveness of school based psychodrama in improving mental health of Palestinian Adolescents

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Background: There are few psychosocial interventions programs to address adolescent's psychosocial needs among Palestinian adolescents area of war and conflict.

Aim : The aim of the study was to evaluate the effectiveness of school based psychodrama program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Method : Participants of the study were 84 school adolescents aged 12-17 (Mean age = 13.7 years) from grades one tenth from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Pre-test and assessment scales (Sociodemographic scale and Gaza Child Mental Health Scale) were applied to children one week before starting the psychodrama sessions on April and May 2008 by 6 psychologists and psychiatric nurses working the field of children victims of trauma and war and at the end of scholastic year on May 2008.

Results: According to adolescents report, the results showed that there was statistically significant decrease in total scores of child mental health problems and hyperactivity symptoms after psychodrama program. According to parents, the results showed that there was statistically significant decrease in obsessive and overanxious symptoms after student the intervention program. However, teachers did not report improvement in most of adolescent's mental health problems.

Conclusion: Our findings showed that psychodrama program in time of war and conflict was effective and improved adolescents' mental health. However, there were discrepancies between the adolescents, parents, and teachers reports of improvement in mental health problems. Parents and adolescents agreed that the program improved the adolescent's mental health. However, teachers said no effect. This highlighted the need for increasing the number of psychodrama sessions and time between each session. Also, other factors could be studied instead of only studying the mental health such as resilience and social skills.

Key words: Adolescents, Psychodrama, Mental health, Gaza Strip

Introduction

Psychodrama's method is a kind of non-scripted theater and requires extensive training to implement. In brief, it uses action with auxiliaries (specially trained actors) and externalizes inner reality in concrete scenes. This allows for the catharsis of abreaction (emotion releasing), as well as for catharsis of insight (cognitive restructuring). Moreno called it a "science which explores the truth by dramatic means" and deals with interpersonal and private worlds" (Moreno, 1951, p. 102). Witnessing oneself in action does often penetrate defense mechanisms to make subconscious processes a matter of conscious experience (and thus accessible to the free will function.)It is true that in general, empirical data on the effectiveness of psychodrama have been generated infrequently and have often been based on methodologically weak experimental designs. The explanation given for this trend has been that psychodramatists are clinical practitioners and hence are disinclined to be engaged in scientific research. J. L. Moreno, the founder of psychodrama, himself was not an avid advocate of the traditional scientific research. It has also been suggested that the absence of courses on psychodrama from academic curricula has been. Psychodrama is an umbrella name for a series of techniques presented by the late J.L. Moreno (1977). During a psychodramatic exploration in action, the client and director can together precisely identify the moment at which maladaptive thoughts arise. But psychodramatic treatment does not necessarily target the thought itself. Rather, psychodramatic action evokes the affective packaging or accompanying emotional sequences that make the thought so durable. Because persistent thoughts coil inextricably with their emotional imprint, they will often not easily extinguish until the affective packaging shifts and reprints.

Katz et al (2004) found not different from the controls who received treatment as usual consisting of psychodynamic group and individual therapy. These results indicate that suicidal adolescents might benefit from different types of intervention

Xianchen (2004) using psychodrama found that frequent nightmares were associated with both suicidal ideation and suicide attempts. During treatment, it happened in several cases that by accessing the material of the suicidal state in wakefulness the feelings and images transformed into familiar nightmares. Focusing on the experiences during a nightmare could also suddenly transfer the client into the state experienced during daytime suicidal ideation.

Kipper and Richti (2003) in meta-analysis of studies measuring the effectiveness of psychodramatic techniques found that the overall treatment effect size for the 25 studies was 0.95, above the cutoff level of 0.80 that customarily indicates a large effect (Cohen, 1992). This effect size is slightly higher than the comparable results commonly reported in the group psychotherapy literature for the effectiveness of group therapy in general (0.50–0.70; Fuhriman & Burlingame, 1994). Arguably, the elevated effect size might be partly due to the halo effect often associated with psychodramatic interventions. Nonetheless, the overall effect size is certainly congruent with the tendency reported for group psychotherapy in general, a fact that lends credence to the conclusion that the available research demonstrated the empirical validity of the basic psychodramatic techniques (i.e., role reversal and doubling).

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of psychodrama program in improving mental health status of Palestinian children in the Gaza Strip.

Methods

Subjects

Participants of the study were 84 adolescents aged 12-17 years (Mean age= 13.79 SD= 1.05) from three schools selected randomly from schools registration lists provided by the Ministry of Education. From each school, classes were randomly assigned to the prevention.

Procedure

After receiving authorization for the intervention program from the Ministry of Education, participant's schools were recruited on the base of the consent of school headmasters and administrators, who acquired written consent from parents. In each school, 4 adolescents from each class were allocated randomly to the intervention group. Pre-test assessment was applied to adolescents one week before starting the psychodrama sessions on April 2008 by 6 psychologists and psychiatric nurses working the field of children and adolescents victims of trauma and war in the area.

Psychodrama sessions

Psychodrama model

The psychodrama model, described by Carbonell and Parteleno-Berehmi (1999), focused on giving adolescents the opportunity to process the trauma through their senses, using a reenactment dramatization which each girl directed. The warm-up phase was a time for the girls to bond, develop a group culture, and learn theatrical skills and core concepts. During the action phase, each girl was given the opportunity to stage, direct, and act out what happened to her. During this reenactment, the therapists had opportunities to reframe the events of the trauma in more adaptive ways. Each client was also given the opportunity to create new, positive endings to her story, in hopes of restoring a sense of personal control to the clients. Alternative formats were offered when a reenactment seemed too overwhelming for a client. During the final phase of each session, the girls had the opportunity to share their experiences of the dramatization and any feelings it brought up for them. Carbonell and Parteleno-Berehmi (1999) advised that, in the sharing phase, it is important for therapists to allow for emotional processing of material without becoming overly analytical about it.

As a treatment process, psychodrama concerns itself with the way an individual responds to a particular situation by focusing on the individual's behavioural responses, his belief system about himself, the other and the world in which he inhabits, his feelings and the consequences of such a response. The process begins by establishing a contract with the client as to what is

wrong and what needs to be addressed in the session;

- moves on to examining the present problem as it relates to the adolescent in the here and now, examining the client's responses to the specific situation in which other persons and objects are involved. It is at this stage that a role analysis is made;
- finds similarities in the recent past in order to check the role analysis and confirm the internal working models operating;
- discovers linkages in the deep past;
- helps the adolescents understand his or her own process in life;
- achieves a catharsis if necessary with regard to repressed emotions;
- concretizes the issues: the choices and action that keep the client in the dysfunctional state;
- helps the adolescent see the choices and option in life;
- aids integration of the cognitive and the affective states;
- achieves closure so that the client can apply what he has learnt within the therapeutic situation.

On May 2008 after finishing the semester the children were assessed again with the same instruments.

Instruments of assessment the program

Sociodemographic data:

The adolescents demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence.

Gaza Child Health Study Scales (Miller et all, 1999)

The Gaza Child Health Study Scale was developed and validated in the Gaza Strip and West Bank in a sample of Palestinian children (Miller et al, 1999). The original OCHS assesses problem behavior symptoms associated with DSM-III childhood psychiatric disorders (Boyle, Offord, Racine, Szatmari, & Sanford, 1993) and contains items adapted from the Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach & Edelbrock, 1981). The modified GCHSS contains 42 symptom items for teachers and 62 items for parents and child himself rated on a 3-point Likert-type scale ranging from 0 (*rarely applies*) to 2 (*certainly applies*). Broadband scales are computed to assess internalizing (e.g., worries about things in the future; needs to be told over and over that things are okay) and externalizing (e.g., kicks, bites, or hits other children; defiant, talks back to adults) symptoms. This version consists of 34 items measures (conduct – 15 items, hyperactivity- 6 items, depression-5 items, obsession-4, and

overanxious-3 items) the emotional and behavioural problems of children rated by parents if the children 6-11 years and by children themselves if the were 12 years and more. The score range from 0= not true,

1= sometimes, 2= true. The reliability test of the scale was Cronbach's alpha = 0.87 and split half was 0.86 .

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 11 for data entry and analysis. Frequency and percentages of the demographic variables were obtained. T- Paired test to compare the intervention program before and after was used.

Results of the study

Sociodemographic characteristics data

The total number of adolescents was 84 children age ranged from 12-17 years, the average age was (13.79 years). There were 56 boys (66.7%) and 28 girls (33.33%). According to class, 33.3% enrolled in the 7th class, 32.1% in the eight class, and 34.5% in the ninth class. Most of them live in cities (71.1%), 24.1% live in villages, and 4.8% live in camps. According to family monthly income, 54.3% had monthly income less than 350 US $, 25.9% had monthly income 350-740 US $, and 19.8% had monthly income more than 750 US $.

Table 1: Sociodemographic data for adolescents in the sample (N= 84)

	No	%
Sex		
Male	56	66.7
Female	28	33.3
Class		
Seven	28	33.3
Eight	27	32.1
Ninth	29	34.5
Type of residence		
City	59	71.1
Village	20	24.1
Camp	4	4.8
No. of siblings		
Less than 4	15	17.9
5-7	42	50.0
8 and above	27	32.1
Family Monthly income		
Less than 350 $	44	54.3
351-750 $	21	25.9
751 $ and above	16	19.8
Paternal education		
Uneducated	3	3.6
Preparatory	8	9.5
Primary	22	26.2
Secondary	12	14.3
University	18	21.4
Master degree	16	19.0
PhD	5	6.0
Paternal job		
Unemployed	31	37.8
Simple worker	8	9.8
Skilled worker	5	6.1
Employee	27	32.9
Merchant	4	4.9
Others	6	7.3
Maternal education		
Uneducated	5	6.0
Preparatory	2	2.4
Primary	19	22.6
Secondary	33	39.3
University	15	17.9
Master degree	10	11.9
Maternal job		
House wife	81	96.4
Simple worker	1	1.2
Employee	2	2.4

Results of Gaza Child Health Study Scales report

Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS – parents form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to parents report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times were 9.56 (t=7.6, p = 0.001), conduct (t=3.0, p = 0.001), oppositional deviant disorder (t=3.0, p = 0.001), separation anxiety (t=2.9, p = 0.001), and depression (t=3.0, p = 0.001). However no changes in overanxious and hyperactivity scores after intervention. Table 2.

Table 2: Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS –parents form

	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	26.2	16.3	9.5	7.6	0.001 **
Post-assessment	16.6	11.4			
Conduct					
Pre-assessment	1.3	2.1	0.5	3.0	0.001 **
Post-assessment	0.8	1.8			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.2	3.8	1.1	3.0	0.001 **
Post-assessment	3.2	3.7			
hyperactivity					
Pre-assessment	3.5	2.7	0.4	1.7	0.10//
Post-assessment	3.1	2.7			
Overanxious					
Pre-assessment	5.7	4.3	0.8	1.8	0.10//
Post-assessment	4.9	3.9			
Separation anxiety					

Pre-assessment	4.8	3.6	1.1	2.9	0.001 **
Post-assessment	3.7	3.4			
Depression					
Pre-assessment	6.1	4.9	1.3	3.0	**0.001
Post-assessment	4.8	4.2			

Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS–teachers' form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to teachers report. The results showed that there were statistically significant negative differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times was -4.4 (t=-4.6, p = 0.001), conduct (t=3-4.1, p = 0.001), hyperactivity (t= -3.2, p = 0.001), and depression (t=-2.7, p = 0.001). While, there were no significant differences in overanxious problems. Table 3.

Table 3 :Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHSS –teachers form

GCHSS –teachers form	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	15.5	10.4	-4.4	-4.6	0.001 **
Post-assessment	19.9	9.8			
Conduct					
Pre-assessment	1.1	1.9	-0.8	-4.1	0.001 **
Post-assessment	1.9	2.2			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.5	3.5	1.0	2.9	0.001 **
Post-assessment	3.5	2.4			
hyperactivity					
Pre-assessment	2.8	2.1	-0.9	-3.2	0.001 **
Post-assessment	3.7	2.0			
Overanxious					
Pre-assessment	3.5	2.4	0.3	1.1	//0.3
Post-assessment	3.2	2.2			
Depression					
Pre-assessment	4.0	4.4	-1.1	-2.7	0.001 **
Post-assessment	5.1	3.7			

Differences in adolescents mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS–children' form

In order to find the effectiveness of the psychodrama, a paired T test was done to find the differences between pre assessment and post assessment period according to children report. The results showed that there were statistically significant differences between the mean of total scores of mental health before and after psychodrama. This mean differences between the two times was 11.8 (t=6, p = 0.001), oppositional deviant disorder (t=4.0, p = 0.001), hyperactivity (t = 2.8, p = 0.001), overanxious (t = 6.10, p = 0.001), separation anxiety (t=4.0, p = 0.001), and depression (t=9.0, p = 0.001). However, there was increase in conduct disorder after the intervention (t = - 3.6, p = 0.001). Table 4.

Table 4 :Differences in child mental health between the two stages of psychodrama using Paired T test of GCHS–adolescent' form

GCHSS –child	Mean	SD	MD	t	p
Gaza Child Health Survey Scale					
Pre-assessment	34.40	17.20	11.80	6.00	0.001 **
Post-assessment	22.60	18.30			
Conduct					
Pre-assessment	1.00	1.70	-1.00	-3.60	0.001 **
Post-assessment	2.00	2.50			
Oppositional deviant disorder					
Pre-assessment	4.30	3.30	1.40	4.00	0.001 **
Post-assessment	2.90	3.30			
Hyperactivity					
Pre-assessment	3.70	2.50	0.90	2.80	0.001 **
Post-assessment	2.80	2.50			
Overanxious					
Pre-assessment	8.20	4.30	3.20	6.10	0.001 **
Post-assessment	5.00	4.10			
Separation anxiety					
Pre-assessment	6.80	3.50	2.10	4.00	0.001 **
Post-assessment	4.70	4.00			
Depression					
Pre-assessment	8.90	5.10	4.30	9.00	0.001 **
Post-assessment	4.60	4.30			

Discussion

The results showed that there were statistically significant decrease in total scores of mental health problems of adolescents according to the adolescents and their parents after one week of psychodrama in schools. However, teachers reported no change in mental health problems after such intervention. This is consistent with similar studies using other types of intervention, Cohen and Mannarino (1992) and Sinclair and colleagues (1995) used trauma-focused cognitive behavioral approaches, and Lindon and Nourse (1994) utilized a multi-dimensional model, which also contains graduated exposure to the trauma, though not labeled as such. Despite lack of controls, these results provide preliminary support for

trauma-focused CBT as an effective intervention for alleviating symptoms of PTSD. Other studies that provided exposure to the trauma did not include PTSD measures. Five studies (Baker, 1987; Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999; Cohen & Mannarino, 1992; Lindon & Nourse, 1994; MacKay et al., 1987) measured anxiety symptoms more generally. Of these, three studies (Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999; Cohen & Mannarino, 1992; Lindon & Nourse, 1994) reported finding significantly reduced anxiety symptoms from pretest to post-test. The study of a psychodrama group (Carbonell & Parteleno-Barehmi, 1999) also found significant improvement in anxiety symptoms in comparison to a control group. The study by Baker (1987) utilized a Rogerian/ humanistic approach and found that anxiety symptoms were reduced by group treatment, but not significantly more than by individual treatment. MacKay and colleagues' (1987) study of a drama therapy group with no control group found no significant improvements in anxiety levels, possibly due to the small sample size. These results appear to indicate that many models of group therapy are associated with decreases in self-reported anxiety symptoms to a moderate degree. Carbonnell & Parteleno-Barehmi, 1999 and MacKay et al., (1987) found significant improvement in depression scores. In their controlled study Carbonell and Parteleno-Barehmi's (1999) psychodrama group was associated with significantly greater decreases in depression than an arts and crafts waitlist group. MacKay et al.'s (1987) psychodrama group also yielded improvements in depressive symptoms from pretest to post-test, as measured by group members' average scores on the Beck Depression Inventory (BDI). There was no evidence that humanistic/Rogerian or trauma-focused CBT groups alleviated depressive symptoms. There may be something about the way the psychodrama allows the girls to create a happier ending for themselves and process trauma with all five senses that contributes to decreased depressive symptoms.

Conclusion

Our findings showed that psychodrama program in time of war and conflict was effective and improved adolescents' mental health. However, there were discrepancies between the adolescents, parents, and teachers reports of improvement in mental health problems. Parents and adolescents agreed that the program improved the adolescent's mental health. However, teachers said no effect. This highlighted the need for increasing the number of psychodrama sessions and time between each session. Also, other factors could be studied instead of only studying the mental health such as resilience and social skills.

References

- Achenbach, T. M. & Edelbrock, C. S. (1981). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged 4 through 16. *Monograph of the Society for Research in Child Development,* 46, 1-78.
- Baker, C. R. (1987). A comparison of individual and group therapy as treatment for sexually abused adolescent females. *Dissertations and Abstracts International, B,* 4319–4424.
- Boyle, M. H., Offord, D. R., Racine, Y. A., Szatmari, P., & Sanford, M. (1993). Evaluation of the revised Ontario Child Health Study scales. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 34,* 189–213.
- Carbonell, D. M., & Parteleno-Barehmi, C. (1999). Psychodrama for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy, 49,* 285–306.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1992). *The effectiveness of short-term structured group for sexually abused girls: A pilot study.* Paper presented at a lecture series on therapy for sexually abused children, University of Pittsburgh.
- Cohen, J. (1992) A power primer. *Psychological Bulletin, 112,* 155–159
- Fuhriman, A., & Burlingame, G. M. (Eds.). (1994). *Group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis.* New York: Wiley.
- Katz, L.Y., Cox, B.J., Gunasekara, S.,& Miller, A.L. (2004). Feasibility of dialectical
- behaviour therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43,* 276–282.
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D .(2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A Meta-analysis. Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 7 (1), 13–25
- Lindon, J., & Nourse, C.A. (1994). A multidimensional model of group work for adolescent girls who have been sexually abused. *Child Abuse and Neglect, 4*(18), 341–348.
- MacKay, B., Gold, M., & Gold, E. (1987). A pilot study in drama therapy with adolescent girls who have been sexually abused. *The Arts in Psychotherapy, 14,* 77–84.
- Miller, T., Masri, M., Allodi, F., & Qouta, S .(1999). Emotional and behavioural problems and trauma exposure of school-age Palestinian children in Gaza: Some preliminary findings. *Medicine, Conflict and Survival,* 15 (4), 368 – 378.
- Moreno, J. L. (1951). *Sociometry, experimental method and the science of society.* Beacon, NY: Beacon House.
- Moreno, J.L. (1977). *Psychodrama.* Beacon, NY: Beacon House.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K., & Jones, M. (1995).
- Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting: Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence, 10*(4), 533–542.
- Xianchen, L. (2004). Sleep and adolescent suicidal behaviour. *Sleep, 27,* 1351–1358.

Outcome Measure in a Child and Adolescent Mental Health Service in GCMHP Clinics

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Objective: *to examine the usefulness of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) as an outcome measure for children referred to Gaza Community mental Health Program Clinics*

Methods: *This was a prospective study of new attendees to Gaza Community Mental Health Centers (N = 54). Questionnaires were completed by parents at initial attendance and after approximately 1 month.*

Results: *At 1-month follow up, positive change was detected on the SDQ There was a significant reduction in the 'total difficulties' score as rated by parents. Furthermore, there were lowered levels of perceived difficulties and burden on the SDQ impact supplement, and a decrease in the overall impact score.*

Conclusion: *The SDQ is a useful outcome measure.*

Key words: *Child, adolescent, SDQ, parents, outcome.*

Introduction

In mental health, the assessment of interventions has been hindered by inadequate outcome measures. However, this limitation has been recently addressed with the development of Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1999). Several behavioural and emotional screening questionnaires have been used in child psychiatric epidemiological research. In order to identify children's positive aspects in addition to their weaknesses, Goodman developed the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in 1997. The SDQ covers common forms of child and adolescent psychopathology including emotional, hyperactivity and conduct problems. Despite its brevity, the English-language versions of the SDQ have been shown to be of acceptable reliability and validity, performing at least as well as the Rutter Questionnaires and the Child Behaviour Checklist. (Goodman, 1997; Goodman et al., 1998; Goodman and Scott, 1999; Koskelainen et al., 2000; Goodman, 2001). In a large British study (n = 7984) of 5–15 year olds in a community setting, multi-informant SDQs (parents, teachers, older children aged 11 or over) detected psychiatric disorders with a specificity of

95% and a sensitivity of 63% (Goodman et al., 2000). Furthermore, the SDQ offers a better coverage of inattention, peer relationships and prosocial behaviour. A single form is suitable for both parents and teachers, which is likely to increase parent-teacher correlations (Goodman, 1997).

The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a brief questionnaire developed by Goodman [5] for assessing the psychosocial adjustment of children and adolescents. Versions are available for parents and teachers of 4- to16-year-olds, and a nearly identical version can be completed independently by 11- to 16-years olds. The SDQ differs from related instruments in that: (a) it is very short, with 25 items that are divided into five scales: emotional symptoms, conduct problems, hyperactivity- inattention, peer problems and prosocial behaviour; (b) the items concern both strengths and difficulties; and (c) all items fit on one page. These properties may enhance the acceptability for respondents and, consequently,

The response rate and the accuracy of the answers. The SDQ has been translated into more than 40 languages in recent years including the Arabic (Thabet and Vostanis, 2000) (see www.sdqinfo.com), reflecting the field's current need for an economic and user-friendly instrument like this. However, the very properties of the SDQ also have some drawbacks, as only some of the problems that may be assessed in clinical populations or in epidemiological studies are represented in the questionnaire. The aim of the present study was to assess the usefulness of the SDQ as an outcome measure as a part of monitoring system of Gaza Community Mental Health Program following clinical intervention (approximately 1 months after initial referral).

Study design

The present study was a prospective child mental health service evaluation, assessing emotional and behavioural outcomes in the children rated by parents.

Subjects

The first assessment sample consisted of 54 children aged 6-15 years in the first half year of 2008, 2 children data was missing. According to the clinic place, 55.8% of children were from Gaza Center, 27.4% from Bear El Balah, and 16.8% from Khan Younis cente. The mean age of the sample was 9.58, SD =3.08

Procedure

Method

A multidisciplinary child and adolescent mental health team.

in Gaza Community Mental Health Centers, administered the SDQ routinely to parents prior to the first clinic attendance. The diagnoses generated by the SDQ algorithm were compared with the diagnoses of clinicians, replicating the methodology used by Goodman et al (2000).

Data were collected over 6 months starting from January 2008 to June 2008 in the Gaza Strip. Due to the small number of children presenting to Gaza Community Mental Health Centers, all new referred cases were included in the study. Self-completion was feasible for parents. Sometimes the therapists administered the SDQ in all instances, with informed consent taken prior to the interview.

Statistical analyses

The SDQ by parents was the primary outcome measures for the children. Within-group pre-post intervention SDQ score changes were statistically tested using paired t-tests.

Effect sizes were calculated by using pre- and post-intervention standard deviations for continuous data or pre- and post-intervention. Statistical analyses were undertaken using SPSS version 13.0.

Measures

Sociodemographic data:

The children demographic data was collected by questionnaire include sex, age, class, and place of residence, and types of therapy.

The *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* [Goodman, 1999] was completed by parents on their children's behavioural and emotional functioning. This standardised questionnaire includes 25 items on a 0-2 scale. The 25 SDQ items are grouped in the scales of hyperactivity, emotional, conduct, and peer relationships problems, as well as a prosocial scale. A score is estimated for each scale and a total difficulties score for the four problem scales. The SDQ has previously been used in the Gaza child population by the research group (Thabet et al 2000). The same scale was filled by parents one month after coming to clinics.

Results

The study evaluated 52 children in the first assessment in the first half year of 2008, 36 were boys (75%) and 12 were girls (25%). One month later, 26 boys (72.1%) and 10 girls (27.9%) were assessed. According to the clinic place, 55.8% of children were from Gaza Center, 7.55% from Bear El Balah, and 35.85% from Khan Younis center. Other socioeconomic characteristics are showed in table 1.

Figure 1: Sampling of the study population

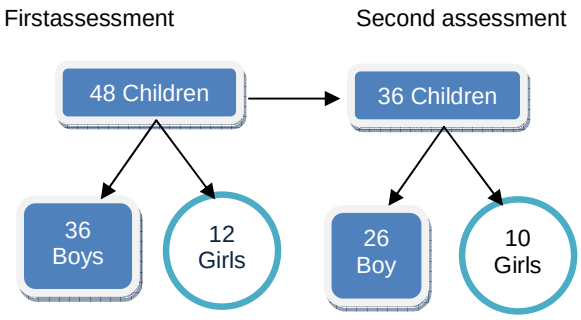

Table 1: Sociodemographic characteristics of the study sample (N = 54)

Items	N	%
Age mean = 9.58, SD = 3.08		
Place of residence		
Gaza	30	56.60
Dear El balah	4	7.55
Khan Younis	19	35.85
Family monthly income		
Less than 300$	31	63.27
301-500 $	13	26.53
501-750 $	3	6.12
751$ and more	2	4.08
Paternal education		
Not educated	2	3.85
Elementary	9	17.31
Primary	9	17.31
Secondary	16	30.77
Diploma	7	13.46
University	9	17.31
Paternal job		
Unemployed	13	26.00
Simple worker	10	20.00
Skilled worker	11	22.00
Employee	6	12.00
Merchant	4	8.00
Others	6	12.00
Died		
Maternal education		
Less than primary	13	25.49
Secondary	23	45.10
Diploma	10	19.61
University	5	9.80
Maternal job		
House wife	46	88.46
Employee	5	9.62
Simple worker	1	1.92

Diagnostic criteria of children referred to GCMHP according to DSM-IV

According to children assessment by the therapists, 31.50% still undecided, and 16.66% had learning problems, 11.11% had functional enuresis, 9.26% had PTSD, and other children ranged from simple phobia to mood disorders

Table 2: Diagnostic criteria of children referred to GCMHP according to DSM-IV

Diagnosis	No	%
Child abuse	1	1.85
Conduct disorder	1	1.85
Conversion Disorder	1	1.85
ADHD	1	1.85
Parent child relationship problems	1	1.85
Stuttering	1	1.85
Phobia	1	1.85
Acute Psychotic Disorder	2	3.70
Oppositional defiant disorder	2	3.70
Epilepsy	3	5.55
Mood disorder	3	5.55
PTSD	5	9.26
Functional Enuresis	6	11.11
Learning disorder	9	16.66
Undecided	15	27.8
Total	52	100.0

Types of psychological interventions in the centers

Children referred to GCMHP clinics were treated by different methods, 46.3% said that they had family counseling with mean 4.8 sessions, 37.8% had play therapy, 23.5% had behaviour therapy, 22.5% received drugs, 14.8% received individual counseling, 12.3% received cognitive therapy, 9.9% received supportive psychotherapy, and 8.6% received individual psychotherapy

Table 3: Type of intervention in the centers

Types of intervention	Yes		No		Mean sessions
	No	%	No	%	
Family counseling	38	46.3	57	53.7	4.8
Play therapy	31	37.8	64	62.2	4.1
Behaviour therapy	**19**	**23.5**	76	76.5	4.3
Medication	18	22.5	77	77.5	-
Individual Counseling	12	14.8	83	85.2	4.5
Cognitive therapy	10	12.3	85	87.7	6.5
Supportive psychotherapy	8	9.9	87	90.1	3.8
Individual therapy	7	8.6	88	91.4	2.4

Impact of intervention in children mental health according to Parent form of SDQ

In repeating after one month the SDQ for parents form, it was obvious that total SDQ mean decreased from 20.9 to 16.4 with mean differences =5.3 (t = 5.8, p = 0.001), prosocial behaviour was more after month (6.9 to 6.9) (t = -2.3, p = 0.03), hyperactivity decreased from mean 5.7 to 4.6 (t = 4.8, p = 0.001), emotional problems significantly decreased from mean 5.5 to 3.8 (t = 5.5, p = 0.001), conduct problems decreased from mean 5.4 to 4.2 (t = 4.6, p = 0.001), and also peer relationships problems decreased from mean 4.4 to 3.7 (t = 2.6, p = 0.01).

Table 4: Paired T test comparing effectiveness of intervention after one month using SDQ-parents

SDQ-parents form	Assessment	Mean	SD	MD	t	p
Total Difficulties Score	Preass.	20.9	5.4	0.001	5.8	4.53
	Postass.	16.4	6.5			
Prosocial Behaviour	Preass.	6.3	2.6	0.03	-2.3	-0.60
	Postass.	6.9	2.6			
Hyperactivity/Inattention	Preass.	5.7	1.7	0.001	4.8	1.04
	Postass.	4.6	2.0			
Emotional Symptoms	Preass.	5.5	2.4	0.001	5.5	1.70
	Postass.	3.8	2.5			
Conduct Problems	Preass.	5.4	1.9	0.001	4.6	1.11
	Postass.	4.2	2.1			
Peer Problems	Preass.	4.4	2.1	0.01	2.6	0.66
	Postass.	3.7	1.5			

Time of difficulties reported by parents

In asking the parents about the time starting had their children difficulties, 3.5% reported difficulties less than one month, 18.6% reported difficulties from 1-5 months, 17.45 reported 5-12 months period, and 60.5% reported difficulties more than one year.

Table 5: Period of difficulties in children

Period of difficulties	N	%
Less than one month	3	3.5
1-5 months	16	18.6
5-12 months	15	17.4
More than one year	52	60.5
Total	86	100.0

Benefit from coming for treatment in the centers

Paents reported different opinion about the benefits from coming for therapy, 18.9% reported that they got very much benefit, 56.8% had much benefit, 20.1% had a little one, and only 4.1% said there was no benefit.

Table 6: Benefit of bringing the child to the clinic

Benefit	N	%
Not at all	3	4.1
Only a little	15	20.3
Much	42	56.8
Very much	14	18.9
Total	74	100.0

Perceived difficulties

In the areas of emotions, concentration, behaviour or social relations, perceived difficulties are rated on a four-point scale: 0, no; 1, minor; 2, definite; 3, severe. As can be seen in Table 7, there was a significant reduction in parents' perception of their child's overall difficulties at follow up (first assessment: M = 2.85 (SD = 0.78), follow up: M= 2.26 (SD = 0.75): t(34)= 3.58, p = 0.001). Table 7.

Children upset

In asking the parents about the changes in children upset after coming to clinics, there was significant reduction in children upset at follow up (first assessment: M = 2.87 (SD = 0.82), follow up: M= 2.17 (SD = 0.65): t(29)= 4.19, p = 0.001).

Burden

Respondents who reported perceived difficulties rated the level of burden. At follow up there was a significant reduction in the burden placed by the child on the family as perceived by parents (Table 7). The mean score reduced significantly from 3.27 at baseline to 2.44 at follow up (t(28) = 4.16, p < 0.001).

Table 7:Impact of intervention on children difficulties after one month according to parents

Difficulties	Assess.	Mean	Std. Deviation	Mean. D.	t	P
Child have difficulties in emotions, concentration and behaviour	Time 1	2.85	0.78	0.59	3.58	0.001
Over the last month, has your child had difficulties in emotions, concentration	Time 2	2.26	0.75			

Difficulties upset the child-1	Time 1	2.87	0.82	0.70	4.19	0.001
Difficulties upset the child-2	Time 2	2.17	0.65			
Home life-1	Time 1	3.03	0.76	0.80	4.25	0.001
Home life-2	Time 2	2.23	0.77			
Relationships-1	Time 1	2.83	0.83	0.73	3.96	0.001
Relashionships-2	Time 2	2.10	0.66			
Learning-1	Time 1	3.37	0.72	0.97	5.71	0.001
Learning-2	Time 2	2.40	0.72			
Leisure activities-1	Time 1	2.77	0.97	0.70	3.17	0.001
Leisure activities-2	Time 2	2.07	0.78			
Burden on family-1	Time 1	3.27	.84	.82	4.160	.0001
Burden on family-2	Time 2	2.44	.82			

Discussion

This is the first study aimed to evaluate the impact of clinical intervention for Palestinian children in the Gaza Strip. The study showed that using the Strengths and Difficulties Questionnaire is promising in monitoring the impact of different intervention strategies used in Gaza Community Mental Health Program centers. The results showed that coming to clinics were very helpful in decreasing mental health problems, burden on families, children being less upset after one month of coming for the clinic. This consistent with previous worked which showed that family procedure in coming for psychiatric help in different mental health clinics lead to improvement of children symptoms. The results showed children referred to Gaza Community Mental Health Program centers had clinically significant problems and appear similar to international outpatient samples. Recent research in Germany and Australia also using the SDQ as a measure of severity generated SDQ scores (Klasen et al, 2000; Mathai, et al, 2004).

Few previous studies have used the SDQ as an outcome measure. One small study (n = 27), using the SDQ to measure the effect of a mental health outreach service on homeless children and families, found that the Total SDQ score improved significantly (Tischler et al 2000), A longer term follow-up study (n_40, mean age-9.5 years) using the SDQ as a repeat measure of change, found all of the highly significant post-intervention SDQ gains had been lost at 3 years (Andreson et al, 2005). Another larger study (n=141) used changes in SDQ scores to measure the effect of videotaped Parent Management Training (PMT) on parent-rated child behaviour (children aged 3_8 years) and demonstrated moderate effect size reductions in Total and conduct SDQ scores (Scott et al, 2001).Taken together, these studies suggest that the SDQ shows sensitivity to change. The present study appears to be first outcome study to date and suggests sufficient sensitivity to change to support using the SDQ as an outcome measure with children.

Conclusion

The Gaza Community Mental Health Program intervention appeared moderately beneficial for a range of common emotional and behavioural problems seen in primary school-age children over the short term.

The results suggest that the SDQ has potential utility as an outcome measure for this age group, although this utility is limited to commonly occurring, broadly defined problems.

Acknowledgements

The authors thank and acknowledge to all children, families, and therapists working in different clinics. Also to our statistician Khalil Megdad for his excellent job.

References

- Anderson, L., Vostanis, P., & O'Reilly, M. (2005). Three-year follow-up of a family support service cohort of children with behavioural problems and their parents. *Child Care Health Dev, 31*, 469-477.

- Klasen, H., Woerner, W., Wolke, D et al. (2000). Comparing the German versions of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) and the Child Behavior Checklist. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 9*, 271-276.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. J Child *Psychol Psychiatry, 38*, 581–586

- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 7, 125–130

- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry 40*, 791–799.

- Goodman, R., Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire

- and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *J Abnormal Child Psychol, 27*, 17–24.

- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry, 177*, 534–539.

- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child and Adoles Psychiatry, 40*, 1137–1145.

- Koskelainen, M., Sournader, A., & Kalijonen, A. (2000). The Strengths and Difficulties

- Questionnaire among Finnish school aged children and adolescents. *Europ Child Adoles Psychiatry, 9*, 277–284.

- Mathai, J., Anderson, P., Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Aust N Z I Psychiatry, 38*,639-643.

- Scott, S., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B.,& Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. BMJ, 323, 194-198.

- Tischler V, Vostanis P, Bellerby T, Cumella S. (2000). Evaluation of a mental health outreach service for homeless families. *Arch Dis Child,* 86, 158-163.

- Thabet, A.A., Stretch, D. & Vostanis, P. (2000). Child mental health problems in Arab children: application of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *International Journal of Social Psychiatry, 46,* 266-280.

Arabpsynet Reviews

Arabic Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm

English Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

French Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm

Arabpsynet Links

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Ar.htm
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.htm
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Links.Fr.htm

Effectiveness of Psychoeducation Program on coping and Mental Health of Palestinian women in the Gaza Strip

Abdel Aziz Mousa Thabet, MD, PhD - Associate Professor of Psychiatry-Al Quds University
Thabet, Sana.S -BA, M.P.H - Child and Family Training and Counseling Center-Gaza

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the effectiveness of psychoeducation program on mental health and coping strategies of Palestinians women affected by War on Gaza .

Methodology:

Subjects: The study sample consisted of 176 women from three areas in the Gaza Strip from total number of 180 women with response rate of 97.7%. The age of women ranged from 18-65 years with mean age 40.42 years. Those women were investigated before starting the intervention and 6 months after the intervention program by the same instruments.

Instruments: We used self-reported questionnaire including demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Ways of Coping scale which was applied before starting the program and after 6 months.

Results: The study showed mean GHQ-28 scores (mental health problems) decreased from 17.15 to 11.99, somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment, social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29, depression scores decrease from 3.64 to 2.48, mean anxiety in the first assessment was 4.56 compared to 3.77 in the second assessment, but it did not reached significantly statistically differences. The results showed that mental health problems rated by GHQ and all subscales were significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. The results showed that there were significant differences in the following ways of coping: mean of total coping increased from 125.15 to 127, problems solving mean scores increase from 16.85 in the first assessment to 17.76, reinterpretation. However, no statistically significant differences in scores of other coping strategies after intervention.

Conclusion: This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using reinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers to help such women in their area with well designed programs of individual, group, and family therapy. Also there are needs for more psychoeducation for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established with leaders from the same group who may teach the other women. Community women group should be established and extensive training of the group to be responsible of developing other women in the society.

Key word: War on Gaza, Effectiveness, counseling, psychoeducation, women mental Health, coping strategies

دراسة بعنوان "مدي فاعلية برنامج التدريب النفسي للنساء الفلسطينيات للتكيف مع الخبرات الصادمة و تحسين صحتهن النفسية في قطاع غزة"

الهدف العام: هدفت الدراسة لمعرفة مدي فاعلية برنامج التدريب النفسي للنساء الفلسطينيات للتكيف مع الخبرات الصادمة و تحسين صحتهن النفسية بعد الحرب على قطاع غزة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 176 إمرأه من أصل 180 امرأة تم اختيارهن من مناطق تعرضت للقصف المباشر و تهديم بيوتهن (جحر الديك, والعطاطرة, والثوام, وتل الهوا, والشيخ عجلين). تراوحت أعمار النساء من 18-65 سنه بمتوسط عمر بلغ 40.42 سنه.

أدوات الدراسة: لتقييم البرنامج التدريبي النفسي تم استخدام عدة مقاييس قبل البدء في البرنامج و بعد الانتهاء منه و شملت المقاييس: مقياس الحالة الاجتماعية الاقتصادية, مقياس الصحة النفسية العام, ومقياس طرق التكيف مع الضغوط النفسية.

نتائج الدراسة: تبين أن متوسط المشاكل النفسية قد انخفض من 17.15 إلي 11.99, و متوسط الشكوى الجسمية انخفض من 5.31 إلي 3.61, متوسط الاضطراب الاجتماعي من 3.79 إلي 2.29 , ومتوسط الاكتئاب انخفض من 4.56 إلى 3.77, و معدل القلق على حسب مقياس الصحة النفسية قد انخفض متوسطه من 4.56 إلي 3.77. ويتضح من الدراسة أن كل المشاكل النفسية قد انخفضت و لكن معدل القلق انخفض و لكن بدون أن يكون هناك دلالة إحصائية.

كذلك تبين أن متوسط التأقلم قد ازداد بعد التدخل و خاصة بنود إعادة التقييم, والتحكم بالذات, و حل المشاكل

الخلاصة: بينت هذه الدراسة أن النساء الفلسطينيات قد تعرضن لأنواع مختلفة من الصدمات النفسية مثل التعرض للقصف, و هدم البيوت, و مشاهدة استشهاد أحباء لهن, الاحتجاز في داخل البيوت أثناء الحرب, و مغادرة البيوت و السكن في المدارس و عند الأصدقاء. و هذه الصدمات النفسية كان لها الأثر الكبير على الصحة النفسية و ظهور بعض ردود الفعل النفسية من قلق, و اكتئاب, و أعراض جسدية. و لكن تلك النسوة استمر رن في العناية بالبيت و بالأطفال باستخدام طرق تكيف مثل إعادة تقييم الموقف, و التحكم بالذات, و التمني. هذه النتائج تبين الحاجة إلي وجود مراكز متخصصة في المناطق المتأثرة بالحرب لمساعدة النساء على التغلب على المشاكل النفسية و كذلك إيجاد مشاريع مدرة للدخل للأسر الفقيرة, و عمل نفس البرامج في مناطق أخري وكذلك إستهداف الازواج في مثل تكلك البرامج, و عمل مجموعات قيادية من النساء لتدريب النساء الأخريات في مجال القيادة, و التكيف مع الأزمات, و مواجهة ضغوط الحياة المختلفة.

Introduction

War on Gaza

On 27 December, the Israeli occupying forces conducted sudden and intensive air strikes on Gaza Strip. The attacks began at approximately 11:30 am and lasted for approximately three hours. These attacks destroyed most of the Gaza security offices including police stations. As a result, more than 230 Palestinians were killed and at least 770 we re injured including 100 in critical condition. This military operation continued for 23 days. As a result, 1320 Palestinians, including 446 children and 110 women and 108 elderly, were killed and 5320 others, including 1855 children and 795 women, were injured. This doesn't mean that the rest of the fatalities and injuries were engaged in hostilities, or that they are not innocent civilians. A large number of men and male youth were killed in their homes, in the presence of their families. its phases resulted in a mass destruction of private properties. At least 4,000 houses were totally destroyed and other 16,000 houses were partially damaged (Humanitarian Duty Report, 2008).

Clients with trauma-related conditions have more difficulty internalizing coping skills through observation than individuals with normal brain functions and need to be taught effective coping skills. Family resources such as understanding of the trauma-related condition, finances, available time and energy, and ability to provide ongoing support also influence the course of recovery (Moller and Rice, 2006). .

Group intervention for adult trauma survivors is common (Foy, Eriksson, & Trice, 2001). There is some empirical support for these groups, indicating reduced levels of depression and PTSD symptoms (Foy et al., 2000; Stalker & Fry, 1999).

Group psychotherapies are applied as a treatment option for women with experiences of childhood sexual trauma (Hazzard, Rogers, & Angert, 1993), rape (Foa, Rothbaum, Riggs, & Murdock, 1991; Foa et al, 1999), and domestic and spouse violence (Rounsaville, Lifton, & Bieber, 1979; Yu¨ ksel et al., 1999). Although involving different approaches, group therapies share similar goals of balancing the physiological and psychological reactions to the trauma, revealing the related

emotions and perceptions, facilitating remembrance,understanding the negative effects of the past on present well-being and social relationships, and learning to cope with internal stress (Hazzard et al., 1993). The reviving, sharing, and restructuring of painful memories make it possible for trauma survivors to relieve trauma-related emotions in the ‘‘arms of the group,’’ which symbolizes safety, respect, and caring. Group dynamics enable trauma survivors to face their earlier losses and repair feelings of hopelessness and loneliness, as well as to express anger that emerges as a result of reworking traumatic memories (Brewin, Andrews, & Rose, 2000).

Some evidence is available on the effectiveness of group psychotherapy among women with multiple traumas in decreasing psychological distress and depression and in improving self-esteem (Lubin & Johnson, 1997; Resnick et al., 1989; Rosenthal, Feiring, & Taska, 2003). Resnick and her group (1989) showed that PTSD and depressive symptoms decreased among women exposed to rape who participated in therapy involving the cognitive structuring model, as compared with women in the waiting list control group. The therapy also had a positive impact on self-esteem and increased effectiveness in dealing with interpersonal

problems. There are demands that group therapy for women with multiple traumatic experiences should be sensitive to the relationship of gender and power and to the uniqueness of cultural needs, attributions, and interpretations (Gavranidou & Resver, 2003). A gender-sensitive approach indicates that group therapy aims at attenuating trauma symptoms and agony by increasing awareness of women’s issues and social questions and increasing empowerment and hopefulness. The sensitive approach emphasizes the sustainable development of personal resources, increases in social network participation and discovering multiple strengths in oneself and others (Hazzard et al., 1993; Herman, 1992).

Psychoeducation model

A psychoeducational model specific to coping with the aftermaths of trauma and abuse was developed in recognition of the role of biopsycho-social-spiritual processes in promoting recovery and subsequent health outcomes. In 1999, a pilot group psychoeducational group program based on the Three R’s Psychiatric Wellness

Rehabilitation Program (Moller & Murphy, 1997; Murphy & Moller, 1996) was conducted in two independent nurse-managed outpatient clinics. The goal of the pilot program was to develop a curriculum that would specifically address interventions to promote wellness for those living with the aftermaths of trauma and abuse. The original sample involved 16 women, 10 in one site and 6 in another, ranging in age from 21 to 48 years. The pilot curriculum, initially scheduled to be developed within 8 biweekly sessions, actually took 18 months to be developed. The final 12 session curriculum and participant workbook was finished in 2001. The course was named Become Empowered: Symptom Management for Abuse and Recovery from Trauma and is referred to as BE SMART (Moller & Murphy, 2001). Males with trauma-related disorders were invited to participate upon completion of the workbook and with recommendations from women who knew men who were also victims. Similar to the findings of Nicholas and Forrester (1999), the inclusion of men helped diffuse generalized resentments by the women as they realized that men could suffer similar kinds of abuse that they do (Nicholas & Forrester, 1999). The term ordinary heroes Q was coined by one participant to describe efforts to maintain wellness, practice symptom management, and prevent relapse. Basu et al (2009) in study examined the effectiveness of a 10-week community-based psycho-educational group intervention for women and children. Mothers’ (n = 36) and children’s outcomes (n = 20) were assessed preintervention and 3- and 6-months postintervention The results did not find significant differences between women in the intervention. group (IG), wait-list control group (CG), and an early termination comparison group (EG: people who completed 4 or fewer sessions but were available for follow up interviews). However, mean differences were in the expected direction. Graphical analyses of the symptom trajectories indicate that the IG condition showed the most decline in anxiety and depression symptoms compared to the CG and EG conditions. The aim of the study was to investigate the effectiveness of psychoeducation, and program on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology

Subjects

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women who were exposed directly to war experiences and lost their homes with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza).

Group selection procedure

In order to select the sample, the project coordinator obtained a list of 180 women (60 from each location). The names were obtained from local community base organizations and municipalities and included women who were more affected by war due to direct exposure to traumatic events and as a result they lost partially or completely their homes, some on them lost husband, brother or a son. A Team of three psychologists were trained for 4 hours on using the study instruments and were ready to do the data collection. Women were contacted by telephone to be part of the project which will involve settings of debriefing, psychoeducation sessions including ways of coping with stress and trauma, children rearing, and leadership. Beside women received legal advice training and vocational training. The data collection was divided in two parts, the first include focus group of 20-30 women from each side and themes of the discussion include loss, grief, and reactions to trauma, coping with trauma, feelings after the war, social and family support, and children behaviour during and after war. In the next session women were interviewed using the instruments with written consent to participate in the study and only women signed the consent were interviewed and included in the project. The data collection was conducted at the first week of April for two weeks and data entry and clearing finished at the end of April 2009. The same women were interviewed using the same scales 6 months after the intervention on August 2009.

Psychoeducation program

The sample included 180 women who were selected from the most affected area in the Gaza Strip were divided into 6 groups (30 in each group) and two groups in each geographical area (North Gaza, Middle area, and Gaza). Each group attended 16 sessions biweekly in their area (2 hours each). The subjects include: debriefing for two sessions, meaning of trauma, stress

management, relaxation, coping strategies in war and stressful situations, leadership and women empowerment, family violence, early detection of children with mental health problems, dealing with children and family violence, legal advice, women rights, heritage, divorce, and marital law.

Such session where coordinated and run by three female psychologists with Master Degree in Community Mental Health and one male lawyer. After 4 months of training the women were asked to participate in vocational training in which a trainer in using stitching of Folk clothes and gifts were included.

Instruments

Demographic Questionnaire.

Women completed a background questionnaire that included questions about age,, number of children, and education level, and income .

General Health Questionnaire (GHQ-28) Goldberg, J.P., Hillier, V.F. (1979).

Women maternal mental health ratings were based on the General Health Questionnaire (GHQ-28). It covers severe depression and suicidal risk, anxiety and insomnia, social dysfunction, and somatic symptoms (59). Emphasis is on changes in condition, so items compare the present mental state to the person's normal mental health status. This scale had been validated in Arabic culture and showed reliability and validity. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.91 and split half was 0.88 (Thabet et al, 2005). In this study the Cronbach's alpha was α=0.88 and split half was 0.74.

Ways of coping (Folkman et al, 1986)

The revised Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) differs from the original Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) in several ways. The response format in the original version was Yes/No; on the revised version the subject responds on a 4-point Likert scale (0 = does not apply and/or not used; 3 = used a great deal). Redundant and unclear items were deleted or reworded, and several items, such as prayer, were added.

The Way of Coping that used in this study shortened to 44 items divided in 7 subscales as follow: Wish and avoidance thinking including the following items (3, 11, 19, 21, 34, 39, 42), problem solving including the following items (7, 12, 15, 23, 43, 44), reinterpretation including the following items (5, 8, 9, 16, 20, 31, 32, 38, 40), affiliation including the following items (1,17,24,30,33), accountability including the following items (2, 10,18, 26, 41), self control including the following items (6, 13, 14, 22, 28, 35, 37), trouble and escape including the following items (4,25,27,29,36).

The validity of this scale was tested before in study by Folkman et al (1986) among community sample of people and showed their alphas independently as follow; confronting coping (alpha= 0.70); Distancing (alpha =0.61); self-controlling (alpha=0.70); seeking social support (alpha=0.76); accepting responsibility (alpha= 0.66); escape and avoidance (alpha=0.72); planful problems solving (alpha=0.68); and positive reappraisal (alpha=0.79). The eight scales accounted for 46.2% of the variance. In this study the (alpha=0.72). In this study the Cronbach's alpha was α=0.80 and split half was 0.70.

Ethical issues

A covering letter was send to women explaining the aim of the baseline study and about their right not to participate in study and ask them to sign the letter if they agree to participate with in the study.

Analysis

SPSS (SPSS win, Ver. 12) was used for data entry and analysis and the validity and reliability of the instruments using split half method and Cronbach's alpha equation.

Frequency distribution was used in statistical analysis. Mean differences between the two times was measures using paired t test. For qualitative data such as structured interviews with women were be analyzed manually by the consultant depending in his previous experiences in similar research. The main themes emerged will be listed and discussed. At the end of the project the women were asked about the effectiveness of the sessions in ways of coping with their problems and mental health problems.

Results

Socideomographic characteristics of the study sample

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7% in the first baseline study and 174 women in the second assessment. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza). The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 (SD= 11.47). According to house type, 67.6% live in their own house, 22.7% rented a house, 3.4% live in camp area, and 6.3% live with extended family. According to number of children in each family, 24.4% had Less than 4 children, 42% had 5-7 children, and 29.5% had more than 8 children. The study showed that those families are coming from poor sector of the Palestinian society, 88.1% had less than 300$ monthly income, 6.8% had 301-600$ monthly, and 5.1% had 601-750 $ monthly.

Table 1: Socideomographic characteristics of the study sample (N= 176)

	No.	%
1. Place of residence		
Tal El Hawa (South Gaza)	29	16.5
Shekh Ejlien (South Gaza)	28	15.9
Joher Eldeek (Middle area)	60	34.1
Atatra (North Gaza)	29	16.5
Thwam (North Gaza)	30	17.0
2. Age	Mean = 40.42 (SD	
3. Type of residence		
4. House type		
Own	119	67.6
Rented	40	22.7
Camp	6	3.4
With family	11	6.3
5. Number of children		
Less than 4 children	43	24.4

5-7 children	74	42.0
More than 8 children	52	29.5
6. Family monthly income		
Less than 300 US $	155	88.1
301-600 US $	12	6.8
601-750 US $	9	5.1
7. Husband education		
Not educated	22	12.5
Preliminary	57	32.4
Primary	47	26.7
Secondary	36	20.5
Diploma	4	2.3
University	9	5.1
High education	1	0.6
8. Job of husband		
No working	113	64.2
Simple worker	34	19.3
Skilled worker	13	7.4
Employee	9	5.1
Merchant	3	1.7
Others	4	2.3
9. Women education	176	100.0
Not educated	50	28.4
Preliminary	20	11.4
Primary	43	24.4
Secondary	53	30.1
Diploma	4	2.3
University	6	3.4
10. Women's job		
House wife	170	96.6
Employee	4	2.3
Farmer	1	0.6
Merchant	1	0.6

Means and standard deviation of the GHQ-28 in the first assessment

The study showed than mean GHQ-28 was 17.15 (SD = 7.91), anxiety mean was 4.56 (SD = 2.35), somatisation mean was 5.31 (SD = 2.12), social dysfunction mean was 3.79 (SD = 2.27), and depression mean was 3.64 (SD = 3.02).

Means and standard deviation of the GHQ-28 in the second assessment

The study showed than mean GHQ-28 was 11.99 (SD = 9.57), anxiety mean was 3.77 (SD = 2.33), somatisation mean was 3.61 (SD = 2.60), social dysfunction mean was 2.29 (SD = 2.25), and depression mean was 2.48 (SD = 2.08).

Differences in means of GHQ-28 after the interventions

In order to find the differences in general mental in women using GHQ-18, paired t test was performed. The results showed that mean anxiety in the first assessment was 4.56 compared to 3.77 in the second assessment, but it did not reached significantly statistically differences (t = 1.67, p = 0.09), somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment (t = 7.7, p = 0.001), social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29 (t = 7.3, p =0.0001), mean depression scores decrease from 3.64 to 2.48 (3.65, p = 0.001). Mean GHQ-28 scores decreased from 17.15 to 11.99 (t = 6.5, p = 0.0001). The results showed that mental health problems rated by GHQ and all subscales were significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. Table 2.

Table 2: Differences in means of GHQ-28 after intervention

GHQ	Assessment	Mean	SD	M.D.	t	p
Anxiety	First assessment	4.56	2.35	.79	1.672	.096
Anxiety	Second assessment	3.77	2.33			
Somatization	First assessment	5.31	2.12	1.70	7.787	.0001
Somatization	Second assessment	3.61	2.60			
Social dysfunction	First assessment	3.79	2.27	1.50	7.312	.0001
Social dysfunction	Second assessment	2.29	2.25			
Depression	First assessment	3.64	3.02	1.16	3.658	.0001
Depression	Second assessment	2.48	2.08			
Total GHQ	First assessment	17.15	7.91	5.15	6.655	.0001
Total GHQ	Second assessment	11.99	9.57			

Coping with trauma

Ways of coping items in the first assessment

Ways of coping items

As shown in table 3, the most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised myself that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%).

Table 3: Ways of coping items

	Never	Rarely	Some-times	Always
I wished that stressful situation finished quickly	5.7	8.0	12.6	73.7
I tried to forget the stressful events	15.7	7.6	23.8	52.9
I wished there miracle had happened	16.7	9.2	21.8	52.3
I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation	6.4	13.9	28.9	50.9
I promised my self that things will be better next time	6.9	7.5	36.8	48.9
I asked advice from people I respect	13.1	13.7	25.1	48.0
I slept more hours than usual	53.4	19.0	16.1	11.5
I realized that I make problem for my self	40.0	34.9	15.4	9.7

Means and standard deviations of ways of coping scores in the first assessment

The study showed that mean ways of coping scores was 125.25 (SD = 18.33), mean reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24)

Ways of coping items in the second assessment

As shown in table 4, the most common ways of coping items used by women were: I prayed and asked God for help (92.35%), I wished that stressful situation finished quickly (70.0%), I wished there miracle had happened (56.47%), I asked advice from people I respect (52.35%), I promised myself that things will be better next time (52.35%), and I discovered recently what is important in life (47.65).

Table 4: Ways of coping items in the second assessment

Coping items	Never	Rarely	Some-times	Always
I prayed and asked God for help	2.94	0.59	4.12	92.35
I wished that stressful situation finished quickly	5.3	10.0	14.7	70.0
I wished there miracle had happened	8.24	17.06	18.24	56.47
I asked advice from people I respect	6.47	10.59	30.00	52.35
I promised myself that things will be better next time	6.47	10.59	30.00	52.35
I discovered recently what is important in life	0.59	4.12	11.18	47.65

Means of coping strategies in the second assessment after the intervention

The study showed that mean ways of coping scores was 127.14, mean (SD = 13.85), reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24).

Differences in the ways of coping scores after the intervention

In order to find the differences in coping strategies after intervention, t paired dependent test was performed. The results showed that there significant differences in the following ways of coping: problems solving mean scores increase from 16.85 in the first assessment to 17.76 (t =-2.76, p = 0.01), reinterpretation mean scores from 26.99 to 28.69 (t= -3.29, p = 0.001). However, no statistically significant differences in scores of other coping strategies after intervention.

Table 5: Differences in the ways of coping scores

		N	Mean	Std. Deviation	Mean Diff.	t	p
Total coping scores	First assessment	134	125.15	18.40	-1.99	-1.09	0.28
Total coping scores	Second assessment	134	127.14	13.85			
Wish and avoidance thinking	First assessment	161	20.51	5.64	0.39	0.82	0.41
Wish and avoidance thinking	Second assessment	161	20.12	3.54			
Problem solving	First assessment	161	16.85	3.97	-0.91	-2.76	0.01
Problem solving	Second assessment	161	17.76	3.37			
Reinterpretation	First assessment	160	26.99	5.94	-1.71	-3.29	0.00
Reinterpretation	Second assessment	160	28.69	4.66			
Affiliation	First assessment	163	14.77	3.37	-0.37	-1.20	0.23
Affiliation	Second assessment	163	15.13	2.92			
Accountability	First assessment	166	13.80	2.52	-0.46	-1.91	0.06
Accountability	Second assessment	166	14.26	2.50			
Self control	First assessment	161	20.75	3.93	-0.01	-0.03	0.97
Self control	Second assessment	161	20.76	3.41			
Trouble and escape	First assessment	164	11.12	3.25	0.30	0.98	0.33
Trouble and escape	Second assessment	164	10.82	3.03			

Discussion

This study is the first study to evaluate the effectiveness of psychoeducation on the long term intervention program with women victims of war and trauma which may improve mental health and coping strategies after war. The sample was selected from women who were exposed to war traumatic events during the war on Gaza which lasted 23 days and left them living mostly with relatives and in tents after their loss their homes. Most of women experiences shelling of their homes, home demolition, directed injury to due shelling, phosphorus inhalation, escaping from homes and living in schools, unable to get the necessary needs to eat and drink during the war, witnessing the killing of relatives and neighbours, hearing shelling of the area, witnessing bombardment of their homes and neighbours homes, being used as human shields, shot by bullets and rockets.

The results showed that the mental health problems rated by GHQ-28 decreased after 6 months of intervention from 17.15 to 11.99 , also mean anxiety decreased from the first assessment from 4.56 to 3.77 in the second assessment, somatisation scores mean decreased from the first assessment 5.31 to 3.61 in the second assessment, social dysfunction mean scores decreased from 3.79 to 2.29, mean depression scores decrease from 3.64 to 2.48 significantly decreased after the intervention, while, anxiety decreased but it did not reached a significant level. This was supported by the women voices from the focus groups.

Sousan from Joher El Deek (middle area) said

"*I was more calm before the war.. I was not nervous, and I was coping with all problems.. After the sessions, I changed and*

started to cope with our lost and mental health problems after the war.. The sessions give us space to move from homes and not stacked in our homes. I hope that new subjects concerning the adolescent's problems and how to deal with such problems are important".

Om Mohand Joher El Deek (middle area) said

"After war, I was anxious and after lectures I started to count from one to ten. I benefited much from the lectures and what I learn at the sessions I go back and talk to my daughters about the subjects".

Sara from Tel El hawa (Gaza city) said

"We learn the relaxation techniques and I started using this method to overcome the sleep problems, the psychiatrist helped me with sessions and some medications, the lawyer help us in knowing our rights, marriage, and divorce.. he is a good lawyer"

Om Ramy from Tel El hawa (Gaza city) said

"I am better than before, I changed completely and my nerves become better than before, the physician gave me some medications and anxiety is much less than before. All anxiety was after the war".

Samer from Atatra (North Gaza) said

"My psych was not good after the war. After talking to the trainers and sessions I had improved and we learned how to solve our problems and cope between with daily problems".

Halima from Atatra (North Gaza) said

"After war we stayed at home watching every day the destroyed homes. But, after coming for sessions, our worries were less than before and we were happy".

Naema from Atatra (North Gaza) said

"Our hearts were full of sadness and worries and after coming for sessions it opened and become less worried and our hearts were empty. We are more calm and quit".

Howida Atatra (North Gaza) said

"I swear by God I had chest pain and chocking attacks when I am at home, my sister husband was killed and I used to talk to hear about the lectures of the sessions and told her the ways of relaxation when she is distressed by talking very deep breath. I improved after the sessions and become happier and less fearful".

Mazzoza Atatra (North Gaza) said

"I feel more comfortable. Every time I attend the sessions the anxiety become less than before. My chest pain and tightness of chest is less than before".

However some of those women did not report any change in their mental health due to continuity of the trauma and inability to rebuild their homes due to siege of Gaza and prevention of construction material entry to Gaza Strip.

Entisar said

"I am tired due to war and loss of my relatives and my son..How I can forget my son. we come to sessions and listen to lectures and being calm.. After we go to our homes and watching the war effect on our homes we become worried and anxious and we cannot sleep at night and memories of the incursion is coming to our minds and I had stomach-aches due to thinking of our condition".

Faiza said

"When I came to the sessions, the bad images of my destroyed home disappear for a while. When I came back to my home and see the destruction I feel sad and unhappy.

Etaf said

"We are not happy at our places due to destruction of our home.. we improved a little. Now I can control myself.. The images and thoughts of war are still coming to my mind,, sadness become less than before. My home was destroyed so my thinking all the time in how to build our home. I had fears and anxiety sometimes at night. Whatever there is help from all organization, however no hope for future.

Our results showed that Palestinian women after war used reinterpretation, self control, and wishful thinking in coping with trauma resulted from War on Gaza.

Interestingly, 6 months after the intervention session's women used the same types of coping strategies such as reinterpretation, self control, wishful thinking and problem solving. The results showed that there was increase in all the three main coping strategies and this could be the effect of sessions which may increase women ability to understand their symptoms and being able of dealing with their emotion and feelings. This is consistent with previous literature on coping which showed that coping is process which may not change with time or stressful situation (Folkman and Lazarus, 1986).

The effectiveness of the program was highlighted by the women during the focus groups

Entisar said "After sessions, we learned how to deal with our children and other people.. when I face new problem, I face the problem and try to solve it.. before I was withdraw from the situation".

Eman said "Thanks God, many things changed after attending the session, I started to laugh . I make my self busy most of the time so I become calm and quite.

Sara said "We learned about how to cope with problems and we discussed such strategies with the trainers and especially using relaxation and how to deal with our children during the crisis and we applied what we learned on our children".

Tagreed said "The sessions with the lawyer was excellent.. Before the lecturers we did not know about our rights and we know now what to do if our husbands hit us what to do and how to go to the physician and ask him for medical report to be presented to the court.

Nema said "attending the sessions was very helpful and we accept our faith and God well.. Talking during the sessions improved our psych".

Other study in the area found that ideological commitment serves as a contextual resource for active coping responses; it provides the possibility of interpreting and attributing causes and consequences of trauma in meaningful, consoling and encouraging ways, sharing experiences and disclosing emotions with others, all contributing to empowerment and successful recovery (Punamaki et al, 2008). However, Gaza women used different types of coping strategies used by Ethiopian victims, Nordanger (2007) in study using in-depth interviews with 20 victims of the Ethio-Eritrean war, to addresses how psychosocial impacts of political violence are coped with in a Tigrayan context in northern Ethiopia showed that women used commonly diverted thinking, distraction, and future investment as coping strategies.

Conclusion and recommendations

This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to PTSD, anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. The implication such intervention (psychoeducation) was very helpful for those women to be able to continue doing care of their children and family in spite of devastating effect of war. Those findings highlight the need for targeted more women in the affected areas of war and conflict with such low cost projects which decrease depending on highly skilled professionals and decrease burden on professional working during war in helping victims. Also there are needs for more psychoeducation husbands and adolescents on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also, we recommended conducting more group therapy for women, husbands, and adolescents to improve their wellness.

Acknowledgement

We would like to thank Oxfam organization for their support of the project "Helping of Women in Gaza Victims of loss and war" that targeted women in the most affected areas in the Gaza Strip and this study is the final assessment study of the project which evaluated the effectiveness of such project. We also thank the women how participated in this study and in the project. Also our gratefulness extended to the staff of child and Family training and counselling center staff for data collection, entry, and analysis.

References

- Basu, R., Malone, J. C., Levendosky, A. A., Dubay, S. (2009). Longitudinal Treatment Effectiveness Outcomes of a Group Intervention for Women and Children Exposed to Domestic Violence. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 90–105, 2009
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress,* 13, 97–107.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., & Murdock, G. B. (1991). Treatment of post traumatic stress disorder in rape victims: Comparison between cognitive behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psvchology*, 59, 715–725.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194–200.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Foy, D. W., Eriksson, C. B., & Trice, G. A. (2001). Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, *5*(4), 246–251.
- Foy, D. W., Glynn, S. M., Schnurr, P. P., Jankowski, M. K., Wattenberg, M. S., Weiss, D. S., et al. (2000). Group therapy. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 155–175). New York: Guilford Press.
- Goldberg, J.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9,* 139-145.
- Hazzard, A., Rogers, J. H., & Angert, L. (1993). Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors. *International Journal of Group Psychotherapy*, 43, 453–468.
- Lubin, H., & Johnson, D. R. (1997). Group therapy for traumatized woman. *International Journal of Group Psychotherapy,* 47, 271–290.
- Nordanger, D. Ø. (2007). Coping with Loss and Bereavement in Post-war Tigray, Ethiopia. *Transcultural Psychiatry*, 44(4): 545–565.
- Moller, M. D., & Michael J. Rice,H.J.(2006). The BE SMART Trauma Reframing Psychoeducation Program. *Archives of Psychiatric Nursing,* 20, 21–31.
- Punamak, R-L., jarisalo, K. I., Komproe, I, Qouta, S., El _masri, M., De Jong, J. P. T. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping,* 21(4), 337-358.
- Resnick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., Marhoefer, D., & Dvorak, S. (1989). A comparative outcome study of behavioural group therapy for sexual assault victims. *Behaviour Therapy*, 19, 385–401.
- Rosenthal, S., Feiring, C., & Taska, L. (2003). Emotional support and adjustment over a year's time following sexual abuse discovery. *Child Abuse and Neglect*,27, 641–661.
- Rounsaville, B., Lifton, N., & Bieber, M. (1979). The natural history of a psychotherapy group for battered women. *Psychiatry,* 42, 63–78.
- Stalker, C. A., & Fry, R. (1999). A comparison of short-term group and individual therapy for sexually abused women. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, *44*(2), 168–174.
- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The validity and reliability of Arabic version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal, 1(1),* 33-36.
- Yu¨ ksel, S., Kora, K., Ozkan, M., Turksoy, N., Gok, S., & Tunali, D. (1999). Group
- treatment for domestic violence in Turkish women. *Behavior Therapist*, 22, 167–173.

Coping of Palestinian women with trauma and loss due to War on Gaza

Abdel Aziz Mousa Thabet, MD, PhD - Associate Professor of Psychiatry-Al Quds University
Thabet, Sana.S - BA, M.P.H - Child and Family Training and Counseling Center-Gaza

abdelazizt@hotmail.com - cftcc@hotmail.com

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the effect of trauma including loss of home due to demolition and beloved one on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology:

Subjects: The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7%. The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 years.

Instruments: The study used self-reported questionnaire including Demographic questionnaire, General Health Questionnaire (GHQ-28), and Ways of coping

Results: The study showed that 68% of the women said that they feel worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting scared or panicky for no good reason, 87.4% found everything getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks. Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 91.1% of women were rated as psychiatric morbidity cases and need further investigation, while 8.9% were not.

Women used different ways of coping. The most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised myself that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%). While the least common ways of coping items were: I slept more hours than usual (11.5%) and I realized that I make problem for myself (9.7%). The study showed that mean ways of coping scores was 125.25, mean reinterpretation was 27.04, mean self control was 20.75, mean wishful thinking was 20.38, mean problem solving was 16.83, mean affiliation was 14.79, mean accountability was 13.85, and mean trouble and escape was 11.18.

Conclusion: This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using

Rreinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers with such women in their area with well designed programs of individual, group, and

family therapy. Also there are needs for more psycho education for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established.

Key word: War on Gaza, Women mental Health, coping strategies

Introduction

Palestinian families, especially women are subject to all forms of trauma and stress in the last 6 decades. Studies on the relationship between psychological disorders and exposure to political and military violence showed that women are developing anxiety, psychosomatic, and depression symptoms which seem to be shared by most families who were subjected to political or military violence irrespective of their ethnic or cultural background. Studies including parents showed that high level of mental health problems were rated, in study of Thabet et al (2001) showed that 76.2% of mothers scored within the clinical range of general psychiatric morbidity which similar to recent studies in the same culture in which 75.5% were rated as psychiatric cases. Khamis (2006) in study of 64 Palestinian families from West Bank and Gaza Strip with mean age of participants was 48.6 years. The study revealed that 35% met full criteria pf PTSD diagnosis; this rate was higher in women than men (44. % vs. 26.1%). The study showed difference in PTSD, Jerusalemites had lower level of PTSD (20%) than those residents of West Bank and Gaza (31.3%, 47%). The results showed that West Bank residents reported more anger than Jerusalemites and Gazans. No significant differences among the groups on depression. Thabet et al (2008) in study of 200 families from North Gaza and East Gaza who had exposed to continuous shelling in 2006, the results showed that parents reported a mean number of 8.5 traumatic events, 60% of parents had symptoms of potential clinical significance. Of PTSD, and 26.0% reported severe to very severe anxiety symptoms. Thabet et al, (2009a in Press) in study of women victims of abuse showed that 18% of women reported moderate to severe anxiety symptoms. Women who were single were more anxious than women who were married. No differences in reported anxiety were established between type of residence, family type, educational level and monthly income, 5.6% of those women reported moderate to severe depression symptoms.

On 27 December, the Israeli occupying forces conducted sudden and intensive air strikes on Gaza Strip. The attacks began at approximately 11:30 am and lasted for approximately three hours. These attacks destroyed most of the Gaza security offices including police stations. As a result, more than 230 Palestinians were killed and at least 770 we re injured including 100 in critical condition. This military operation continued for 23 days. As a result, 1320 Palestinians, including 446 children and 110 women and 108 elderly, were killed and 5320 others, including 1855 children and 795 women, were injured. This doesn't mean that the rest of the fatalities and injuries were engaged in hostilities, or that they are not innocent civilians. A large number of men and male youth were killed in their homes, in the presence of their families. its phases resulted in a mass destruction of private properties. At least 4,000 houses were totally destroyed and other 16,000 houses were partially damaged (Humanitarian Duty Report, 2008).

Thabet et al (2009b in Press) in study to establish the relationship between war traumatic experiences due to last war on Gaza on January 2009, PTSD, traumatic grief, death anxiety, and general mental health of 374 adults aged from 22 to 65 years with mean age 40.13. The study showed that 66.6 % of the sample reported PTSD and 90.9% were rated as cases according to GHQ-28 and need further investigation.

The conceptual underpinnings of much of the recent empirical developments in the field of coping with stress can be traced to the work of Lazarus and his co-workers (Lazarus & Folkman, 1984). These writers viewed the process of coping as comprised of two distinct phases: first of all; primary appraisal, which refers to a set of cognitions concerning the significance or impact of the stressful event for the individual, and secondary appraisal, which refers to a set of cognitions regarding the availability of resources or options (e.g., coping skills) for dealing with the stressful situation. Billings & Moos, (1981) viewed coping dimensions as comprised of two separate classes, namely, emotion-focused (i.e., efforts directed at affect regulation) and problem-focused (i.e., strategies directed at minimizing or solving the impact of the stressful event) coping.

Earlier research suggests that exposure to severe and uncontrollable trauma, especially combined with feelings of helplessness, is related to emotion-focused and distancing coping strategies, whereas trauma allowing greater degrees of control is associated with problem-focused coping (Mikulincer, Florian, & Weller, 1993; Mikulincer & Solomon, 1989). In emotion-focused coping, people attempt to manipulate their feelings, perceptions, and attributes to be less threatening and more controllable. In problem-focused coping, people aim at changing the distressing reality and remove the cause of stress and trauma (Folkman & Lazarus, 1985; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Lazarus and Folkman's (1984) theory of coping suggests it is a highly contextual process involving the cognitive appraisal and re-appraisal of threats and whether anything can be done to change the situation. Their model hypothesizes that coping strategies may change from one stage of a complex stressful encounter to another, making measurement difficult.

The aim of the study was to investigate the effect of trauma including loss of home due to demolition and beloved one on Palestinians women mental health and coping strategies.

Methodology

Subjects

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women who were exposed directly to war experiences and lost their homes with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza).

Instruments

Demographic questionnaire

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, number of children, and education level.

General Health Questionnaire (GHQ-28) Goldberg, J.P., Hillier, V.F. (1979).

Women maternal mental health ratings were based on the General Health Questionnaire (GHQ-28). It covers severe depression and suicidal risk, anxiety and insomnia, social dysfunction, and somatic symptoms (59). Emphasis is on changes in condition, so items compare the present mental state to the person's normal mental health status. GHQ-28 scores above the cut-off of 4/5 are considered to be possible psychiatric 'cases' (Kent et al, 1999). This scale had been validated in Arabic culture and showed reliability and validity. The internal consistency of the scale calculated using Cronbach's alpha, was α=0.91 and split half was 0.88 (Thabet et al, 2005). In this study the Cronbach's alpha was α=0.88 and split half was 0.74.

Ways of coping (Folkman et al, 1986)

The revised Ways of Coping (Folkman & Lazarus, 1985) differs from the original Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) in several ways. The response format in the original version was Yes/No; on the revised version the subject responds on a 4-point Likert scale (0 = does not apply and/or not used; 3 = used a great deal). Redundant and unclear items were deleted or reworded, and several items, such as prayer, were added.

The Way of Coping that used in this study shortened to 44 items divided in 7 subscales as follow: Wish and avoidance thinking including the following items (3, 11, 19, 21, 34, 39, 42), problem solving including the following items (7, 12, 15, 23, 43, 44), reinterpretation including the following items (5, 8, 9, 16, 20, 31, 32, 38, 40), affiliation including the following items (1,17,24,30,33), accountability including the following items (2, 10,18, 26, 41), self control including the following items (6, 13, 14, 22, 28, 35, 37), trouble and escape including the following items (4,25,27,29,36).

The validity of this scale was tested before in study by Folkman et al (1986) among community sample of people and showed their alphas independently as follow; confronting coping (alpha= 0.70); Distancing (alpha =0.61); self-controlling (alpha=0.70); seeking social support (alpha=0.76); accepting responsibility (alpha= 0.66); escape and avoidance (alpha=0.72); planful problems solving (alpha=0.68); and positive reappraisal (alpha=0.79). The eight scales accounted for 46.2% of the variance. In this study the (alpha=0.72). In this study the Cronbach's alpha was α=0.80 and split half was 0.70.

Procedure

In order to select the sample, the project coordinator obtained a list of 180 women (60 from each location). The names were obtained from local community base organizations and municipalities and included women who were more affected by war due to direct exposure to traumatic events and as a result they lost partially or completely their homes, some on them lost husband, brother or a son. A Team of three psychologists were trained for 4 hours on using the study instruments and were ready to do the data collection. Women were contacted by telephone to be part of the project which will involve settings of debriefing, psychoeducation, legal advice, ways of coping with stress and trauma, children rearing, leadership, and vocational training. The data collection was divided in two parts, the first include focus group of 20-30 women from each side and themes of the discussion include loss, grief, and reactions to trauma, coping with trauma, feelings after the war, social and family support, and children behaviour during and after war. In the next session women were interviewed using the instruments with written consent to participate in the study and only women signed the consent were interviewed and included in the project. The data collection was conducted at the first week of April for two weeks and data entry and clearing finished at the end of April 2009. The response rate was 97.7%.

Ethical issues

A covering letter was send to women explaining the aim of the baseline study and about their right not to participate in study and ask them to sign the letter if they agree to participate with their children in the study.

Analysis

SPSS (SPSS win, Ver. 12) was used for data entry and analysis and the validity and reliability of the instruments using split half method and Cronbach's alpha equation.

Frequency distribution was used in statistical analysis. Means and standard deviations of GHQ and subscales, and coping scores were recorded. For qualitative data such as structured interviews with women were be analyzed manually by the consultant depending in his previous experiences in similar research. The main themes emerged will be listed and discussed.

Results

Socideomographic characteristics of the study sample

The study sample consisted of 176 women from total number of 180 women with response rate of 97.7%. According to place of residence, 16.5% were from Tal El Hawa, 15.9% were from Shekh Ejlien (Gaza city), 34.1% were Joher El Deek (Middle area), 16.5% from Atatra, and 17% were from Thwam (north Gaza). The age of women ranged from 18-65 with mean age 40.42 (SD= 11.47). According to house type, 67.6% live in their own house, 22.7% rented a house, 3.4% live in camp area, and 6.3% live with extended family. According to number of children in each family, 24.4% had Less than 4 children, 42% had 5-7 children, and 29.5% had more than 8 children. The study showed that those families are coming from poor sector of the Palestinian society, 88.1% had less than 300$ monthly income, 6.8% had 301-600$ monthly, and 5.1% had 601-750 $ monthly.

Table 1: Socideomographic characteristics of the study sample (N= 176)

	No.	%
1. Place of residence		
Tal El Hawa (South	29	16.5
Shekh Ejlien (South	28	15.9
Joher Eldeek (Middle	60	34.1
Atatra (North Gaza)	29	16.5
Thwam (North Gaza)	30	17.0
2. Age	Mean = 40.42 (SD	
3. House type		

Own	119	67.6
Rented	40	22.7
Camp	6	3.4
With family	11	6.3
4. Number of children		
Less than 4 children	43	24.4
5-7 children	74	42.0
More than 8 children	52	29.5
5. Family monthly		
Less than 300 US $	155	88.1
301-600 US $	12	6.8
601-750 US $	9	5.1
6. Husband education		
Not educated	22	12.5
Preliminary	57	32.4
Primary	47	26.7
Secondary	36	20.5
Diploma	4	2.3
University	9	5.1
High education	1	0.6
7. Job of husband		
No working	113	64.2
Simple worker	34	19.3
Skilled worker	13	7.4
Employee	9	5.1
Merchant	3	1.7
Others	4	2.3
8. Women education	176	100.0
Not educated	50	28.4
Preliminary	20	11.4
Primary	43	24.4
Secondary	53	30.1
Diploma	4	2.3
University	6	3.4
9. Women's job		
House wife	170	96.6
Employee	4	2.3
Farmer	1	0.6
Merchant	1	0.6

Psychological symptoms of women using GHQ-28

As shown in table 2, 68% of the women said that their feelings were worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting scared or panicky for no good reason, 87.4% found every thing getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks.

In looking to depression symptoms, 40.1% said that found themselves wishing they were dead and away from it all much more than usual and only 9.2% had suicidal idea.

Table 2: Psychological symptoms according to GHQ-28

	1	**2**	**3**	**4**
	Better than before	As usual	Worse than before	More worse than before
A1. Been feeling perfectly well and in good health?	4.7	4.7	54.4	14.0
	No	Less than usual	More than usual	Much more than usual
A2. Been feeling the need of a good tonic?	0.6	24.6	9.9	51.5
A3. Been feeling run down and out of sorts?	8.9	13.6	53.8	23.7
A4. Felt that you are ill?	0.6	24.1	12.9	48.8
A5. Been getting any pains in your head?	14.4	13.8	51.7	20.1
A6. Been getting a feeling of tightness or pressure in your head?	19.3	13.5	46.8	20.5
A7. Been having hot or cold spells?	30.3	16.0	38.3	14.9
B1. Lost much sleep over worry?	15.4	21.7	38.3	24.6
B2. Had difficulty staying a sleep once you are off?	12.2	12.2	42.4	32.6
B3. Felt constantly under strain?	6.4	8.8	46.8	38.0
B4. Been getting edgy and bad-tempered?	5.8	8.1	44.8	41.3
B5. Been getting scared or panicky for no good reason?	24.4	5.4	45.8	24.4
B6. Found every thing getting on top of you?	4.6	8.0	39.1	48.3
B7. Been feeling nervous and strung-up all the time?	14.2	10.1	46.7	29.0
D1. Been thinking of yourself as a worthless person?	35.6	23.6	27.6	13.2

D2. Felt that life is entirely hopeless?	31.8	9.8	29.5	28.9
D3. Felt that life isn't worth living?	30.9	20.6	24.2	24.2
D5. Found at times you couldn't do anything because your nerves were too bad?	8.6	14.9	40.6	36.0
D6. Found yourself wishing you were dead and away from it all?	52.3	7.6	24.4	15.7
	More than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C1. Been managing to keep yourself busy and occupied?	22.0	31.8	27.7	18.5
	Faster than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C2. Been taking longer over the things you do?	11.6	27.7	34.7	26.0
	Satisfied	As usual	Satisfied less than usual	Satisfied much less than before
C4. Been satisfied with the way you 12.7	35.8	32.4	19.1	
	More than usual	As usual	Less than usual	Much less than usual
C3. Felt on the whole you were doing things well?	23.8	15.1	50.6	10.5
C5. Felt that you are playing a useful part in things?	14.3	39.4	31.4	14.9
C6. Felt capable of making decisions about things?	10.9	35.6	37.9	15.5
C7. Been able to enjoy your normal day-to-day activities?	5.2	27.2	43.9	23.7
	Never	I don't think	Come to my mind	Certainly
D4. Thought of the possibility that you might make away with yourself?	17.2	13.6	27.2	41.4
	Never	I don't think	More than usual	Much more than usual
D7. Found the idea of taking your own life kept coming into your mind?	69.0	21.3	6.9	2.3

Means and standard deviation of the GHQ-28

The study showed than mean GHQ-28 was 16.86 (SD = 6.91), somatization mean was 5.37 (SD = 2.13), anxiety mean was 4.59 (SD = 2.35), social dysfunction mean was 3.82 (SD = 2.28), and depression mean was 3.39 (SD = 2.11).

Table 3: Means and standard deviation of the GHQ-28

	N	Min	Max	Mean	SD
Total GHQ	158	0	28	16.86	6.9
Anxiety	176	0	12	4.59	2.3
Somatization	171	0	12	5.37	2.1
Social	172	0	7	3.82	2.2
Depression	165	0	12	3.39	2.1

Prevalence of mental health problems

Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 91.1% were rated as psychiatric morbidity cases and need further investigation, while 8.9% were not cases.

Table 4: Psychiatric cases according to GHQ-28

	No.	%
Non psychiatric	14	8.9
Psychiatric morbidity	144	91.1
Total	158	100.0

Coping with trauma

Ways of coping items

As shown in table 5, the most common ways of coping items used by women were : I wished that stressful situation finished quickly (73.7%), I tried to forget the stressful events (52.9%), I wished there miracle had happened (52.3%), I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation (50.9%), I promised my self that things will be better next time (48.9%), and I asked advice from people I respect (48%). While the least common ways of coping items were: I slept more hours than usual (11.5%) and I realized that I make problem for my self (9.7%).

Table 5:Ways of coping items

	Never	Rarely	Some-times	Always
I wished that stressful situation finished quickly	5.7	8.0	12.6	73.7
I tried to forget the stressful events	15.7	7.6	23.8	52.9
wished there miracle had happened	16.7	9.2	21.8	52.3
I know what to do so I increased my efforts to cope with the situation	6.4	13.9	28.9	50.9
I promised my self that things will be better next time	6.9	7.5	36.8	48.9
I asked advice from people I respect	13.1	13.7	25.1	48.0
I slept more hours than usual	53.4	19.0	16.1	11.5
I realized that I make problem for my self	40.0	34.9	15.4	9.7

Means and standard deviations of ways of coping scores

The study showed that mean ways of coping scores was 125.25 (SD = 18.33), mean reinterpretation was 27.04 (SD =5.96), mean self control was 20.75 (SD =3.90), mean wishful thinking was 20.38 (SD =5.59), mean problem solving was 16.83 (SD = 4.04), mean affiliation was 14.79 (SD =3.35), mean accountability was 13.85 (SD =2.53), and mean trouble and escape was 11.18 (SD =3.24)

Table 6:Means and standard deviation of the ways of coping scores

	N	Min.	Max.	Mean	SD
Total coping	141	67	194	125.2	18.3
Reinterpretation	166	12	69	27.04	5.96
Self control	170	9	28	20.75	3.90
Wishful thinking	167	8	59	20.38	5.59
Problem solving	167	7	24	16.83	4.04
Affiliation	169	5	20	14.79	3.35
Accountability	171	5	19	13.85	2.53
Trouble and escape	170	5	20	11.18	3.24

Discussion

This study is the first study done on the effect of war on women mental health and coping strategies after war on Gaza. The sample was selected from women who were exposed to war traumatic events during the war on Gaza which lasted 23 days and left them living mostly with relatives and in tents after their loss their homes.

Most of women experiences shelling of their homes, home demolition, directed injury to due shelling, phosphorus inhalation, escaping from homes and living in schools, unable to get the necessary needs to eat and drink during the war, witnessing the killing of relatives and neighbours, hearing shelling of the area, witnessing bombardment of their homes and neighbours homes, being used as human shields, shot by bullets and rockets.

Om Mazen from Joher Eldeek said

"When soldiers entered the area they start shooting and shelling the homes by tanks and heavy artillery. It was incredible they thought that we were died we escaped and went to the hospital. We were scared about our children and we watched the youth people killed in streets of the area. When we come back tour home we did not find any tree, our animals were buried in the ground, chickens were buried, and wood was buried".

Om Hany said

"For me I am still in shock and do not belief that it happened, I was afraid about my sons, our house is about 4 hectares full of olive oils and vegetables. The Bulldozer came and they destroyed all the four buildings of the house and we left the place and went to schools. The army throw phosphorus bomb inside the school. When we come back we didn't recognize the place, my grandson say the airplane is their (zanana) and run away. They destroyed the trees, killed and buried our birds and sheep's, and house.

Om Kamel from El Skekh Ejlein area said

" *during the war were big numbers in our home, we cannot sleep. All the days and nights there was sounds of shelling from the sea and from the tanks".*

Om Salman said

"We left our home and went to my brother in law home and during our escapes the sounds of shelling from the sea was very high and all the classes of our home fall down"

Om Raed said

" I lost my husband during this war and my home was completely destroyed. I was keeping my self for my children, but now I can not tolerate any more"

Om husam from Atatra said

"*I lost my child who was 12 years old.. We were at home and the Israeli army asked us to leave our home. They told us to go to schools.. We took our children and some blankets and went to UNRWA schools.. We did not take any clothes.. we stayed for 23 days and when we come back we did not found our home.. it was demolished and smashed with the ground and now we are living in a tent".*

Om Fouad said

"*The army throw pamphlets asking us to leave the area which near the border.. We did not move thinking that they are trying to make us anxious.. Then the airplane came and through phosphorus bombs and we stayed at our home and we slept inside the central hall and all night were exposed to shelling.. Next day I was preparing for lunch. I heard sound of explosion and when I went outside my home, I can not see because dust and smokes was all over the street someone said Mum come to me, when I came outside the door. I saw my son and six people lying on the street and his legs were not their. They took him to the hospital. And then they told me that he is dead.*

Om Osama from Thwam area said

"when the land incursion stated we stayed three days in our home.. then the airplane hit someone in the street.. I was with my husband and son and one shell hit our home. my husband was injured in front of me and they took him to the hospital"

Nabila said

"when the land incursion started we refused to leave our home and then our home was hit by a missile and fire was everywhere.. and we left our home and the airplane was firing on our home and my son told me do not go because the street is burning and fire is everywhere.. and we escaped and went to schools and stayed for twenty days.. when we come back we found that all the furniture was smashed, our money was lost, our computer was not their..

Feelings were worse to very worse in their general health. 60.7% said they felt ill more than usual, 75% said that had difficulty in staying asleep, 71.1% had headache, 84.8% felt constantly under strain, 86.1% were getting edgy and bad tempered, 70.2% getting *scared* or panicky for no good reason, 87.4% found every thing getting on top of them, 75.7% been feeling nervous and strung-up all the time. 51.5% said they had been satisfied with the way they have carried out their tasks. These feelings were reported in women during the focus groups sessions

Om Mazen from Joher Eldeek said

"When we hear the sound of the airplane we become panicky and irritable, after war we had fears of the coming war, uneasiness, sleep problems, the war destroyed our psych".

Om Ramy Joher Eldeek said

"*We are depressed and feel hopeless and helpless. I was pregnant and miscarriage during the war. Till now I can belief that this happened to me."*

Om Ramy from Shekh Ejlien said

"I am very terrified till now, I can not sleep or eat.. till now I had fears. I afraid to sleep in the room facing the see fearing that they will shell us from the sea as what happened during the war. I had pain all over my legs.

Om Mohammed said

"I am suffering of fears and forgetfulness. I put things and do not remember where I put it.. Everyday I had bad dreams of the war. I am thinking so much my Diabetes Mellitus become worse also the rheumatic pains increased after the war. "

Om Raed from Atatara area said

"my psych is broken.. I can not tolerate any more.. My memory is not good. I put things and forget where I put it, I can not sleep at night..I had pain in my hands and legs.. my chest is tight and my mind is busy all the time..

Om housam from Atatara area said

"After war all of us need treatment. My relation with my children changed.. I feel lumb in my throat.. I feel that something is missing".

Sabrin from Thwam area said

"When I lost my husband due to war, I had nervous breakdown and I had repeated fits and lost my conscious.. I am very dizzy most of the time and had fits when someone reminds me of the war".

Om salem said from Thwam area said

"All the time I had fears and can not sleep.. I become very nervous".

The study showed than mean GHQ-28 was 16.86, somatisation mean was 5.37, anxiety mean was 4.59, social dysfunction mean was 3.82, and depression mean was 3.39. Using the previous cut-off point of the GHQ-28, the result showed that 91.1% were rated as cases and need further investigation, while 8.9% were not cases. This study results consistent with our study of effect of war on 374 families from entire Gaza Strip two weeks after the war on Gaza in which mean GHQ-28 was 15.6, somatisation mean was 4.3, anxiety mean was 5, social dysfunction mean was 3.2, and depression mean was 3.2. Using the previous cut-off point of the GHQ-28 (4/5), the result showed that 90.9% were rated as cases and need further investigation, while 9.1% were not cases (Thabet et al, 2009 in Press). In this study, women mental health problems rated by GHQ was higher than the rate mental health problems rated by the same instrument by Cardozo et al (2000) who studied prevalence of psychiatric morbidity associated with the war in Kosovo, estimated mean total score based on a possible GHQ-28 questions was 11.1. Although we found that the GHQ-28 was well accepted and easy to administer, the interpretation of the results for prevalence estimates is not straightforward unless an optimal cut-off score is established for the specific population. Our results were higher than the rate of psychiatric caseseness found in study of survivor of the Piper Alpha oil platform disaster which took place on 6 July 1988, resulting in the deaths of 167 men and leaving 59 survivors. It involved the complete destruction above sea level of the platform at 193 km northeast of Aberdeen, a city in the Grampian region of Scotland. The study showed that after 10 years 44% of the traced survivors (16/36) scored above 4 in GHQ-28 (Hull et al 2002).

Our results showed that Palestinian women used reinterpretation, self control, and wishful thinking in coping with trauma resulted from War on Gaza. Om barra from Joher El Deek said

"The best thing we used to cope with war was to take care of our children and faith in God"

Om Alla said

"The first thing I used to cope with war effect was faith in Alla and not looking back and put goal in front of me".

This is consistent with previous studies in similar culture. For example, Halcon and colleagues (2004) found that between 50 and 75% of a sample of Somalian and Ethiopian refugees used prayer to relieve their sadness. In some cases, religious beliefs are linked to a style of coping that emphasizes 'enduring' the adversities of the present for the reward of a 'better future' (Colic-Peisker & Tilbury, 2003). In addition, religious beliefs are likely to assist individuals in adapting to life difficulties more broadly. Specifically, Brune et al. (2002) found that refugees who reported holding a firm belief system tended to also report higher educational achievement, better mastery of language and fewer symptoms of PTSD. Cognitive processes, in the form of interpretations and perceptions of oneself and one's situation, have also enabled individuals to cope with traumatic events (Vázquez, Cervellón, Pérez-Sales, Vidales, & Gaborit, 2005). These include refugees' attitudes toward their internal resources, such as taking a positive approach, identifying strengths, reinforcing the determination to cope and self-perception as a survivor rather than a victim (Gorman et al., 2003). Similarly, adaptive cognitive processing is expressed in being prepared for difficulties, talking about them, or living them

new meaning (Basoglu et al., 1997; Goodman, 2004). Positive cognition focusing on hope and aspirations for the future has been shown to help in overcoming psychological problems (Goodman, 2004). Punamäki (1990) argues, refugees exposed to extreme violence and conflict may adopt very active and purposive coping strategies such as becoming involved in political activities or confronting the opposing force in a conflict. Political and religious beliefs strengthen such involvements. By contrast, others may engage in passive and more ineffective cognitive strategies, such as avoidance, a failure to confront the trauma or a framing of the situation as out of one's control (Basoglu et al., 1997). Also our results consistent with Khawaja et al, 2008 study of 23 Sudanese refugees residing in Brisbane, Australia response to the extreme difficulties they experienced throughout the pre-migration period, refugees were able to identify several strategies that allowed them to cope: the use of religion, social support networks, reframing, and focusing on the future. The first and most commonly identified coping strategy was the use of religion. Refugees also reported that they gave up trying to deal with the situation and placed their fate in God. The second coping strategy, employed by almost half of the participants, was the use of social support networks. The third coping strategy participants used was a cognitive process of reframing the situation. Participants reported two major methods of reframing their personal evaluation of difficulties to allow successful adaptation. The first of these was a belief in their own inner strength. The second type of reframing was the normalization of traumatic experiences and resignation to whatever the future held. These participants reported that they became accustomed to living with their difficulties and adopted the attitude that everyone was in the same situation and there was nothing that could be done about it. Other described how refugee believed that their fate was in the hands of God and that, by maintaining their faith and prayer, their suffering would end through the intervention of God. Spirituality, expressed through prayer, was used to cope with the stress of the environment. Belief systems, political or religious, were of central importance in the lives of these possibly traumatized individuals and influenced the psychological and adaptational outcomes (Brune et al., 2002; Gorman et al., 2003).

These types of coping strategies used by Palestinian women in this study were different from other studies including similar stressful situation such as imprisonment in which strong ideological commitment and collective sharing of national aspirations explained political prisoners' endurance of not succumbing to passive, avoidant, and emotion-focused situational coping (Basoglu et al., 1996; Becker, 1997). Also this time the coping used by women was different from other studies among Palestinians which showed that, exposure to military violence increases rather than decreases active coping and political activity among children (Punamaki & Suleiman, 1989) and adults (Punamaki, 1986, 1988). Ideological commitment serves as a contextual resource for active coping responses; it provides the possibility of interpreting and attributing causes and consequences of trauma in meaningful, consoling and encouraging ways, sharing experiences and disclosing emotions with others, all contributing to empowerment and successful recovery (Punamaki et al, 2008).

Conclusion and recommendations

This study showed that Palestinian women experienced variety of traumatic events ranged from exposure to shooting, shelling of their homes, witnessing killing of close relatives, being detained at their homes and prevent from leaving their homes, internal displacement, home and land destruction, and losing their homes. Those traumatic events increased women suffering and agony and lead to anxiety, depression, somatic and social dysfunctional symptoms. However, those women were continued to take care of their children and family in spite of devastating effect of war by using reinterpretation, self control, and wishful thinking. Those findings highlight the need for establishing community mental health centers with such women in their area with well designed programs of individual, group, and family therapy. Also there are needs for more psychoeducation for women and their husband on mental health issues and reactions to trauma and ways of dealing of feelings of hopelessness and helplessness by creating new small projects which may improve their families' socioeconomic situation and increased women self-esteem and self confidence. Also psychosocial programs must be established targeting children and husbands.

Also new programs for helping women in developing better coping skills must be established.

Acknowledgement

We would like to thank Oxfam organization for their support of the project "Helping of Women in Gaza Victims of loss and war" that targeted women in the most affected areas in the Gaza Strip and this study is the baseline study of the project which will help is evaluation the effectiveness of such projects. We also thank the women how participated in this study and in the project. Also our gratefulness extended to the staff of child and Family training and counselling center staff for data collection, entry, and analysis.

References

- Basoglu, M., Parker, M., O¨ zmen, E., Tasdemir, O¨ ., Sahin, D., Ceyhanh, Z., et al. (1996). Appraisal of self, social environment, and state authority as a possible mediator of posttraumatic stress disorder in tortured political activists. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 232_236.

- Becker, D. (1997). The deficiency of the concept of posttraumatic stress disorder when dealing with victims of human right violations. In R. J. Kleber, C. R. Figley, & B. P. R. Gersons (Eds.), Beyond trauma. *Cultural and societal dynamics* (pp. 99_110). New York/London: Plenum Press.

- Billings, A., & Moos, R., (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine,* 4, 139-157.

- Brune, M., Haasen, C.,Krausz, M.,Yagdiran,O., Bustos, E., & Eisenman,D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: A pilot study. *European Psychiatry, 17*, 451–458.

- Colic-Peisker, V., & Tilbury, F. (2003). Active and passive resettlement: The influence of support services and refugees own resources on resettlement style. *International Migration, 41*, 61–89.

- Endler, N., & Parker, J. .(1992). Multidimensional assessment of coping: A

- critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 844-854.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 219-239

- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1985). The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

- Khawaja, N. G., White, K. M., Schweitzer, R., & Greenslade, J. (2008). Difficulties and Coping Strategies of SudaneseRefugees: A Qualitative Approach. *Transcultural Psychiatry,* 45(3), 489–512

- Khamis, V. (2000). *Political violence and the Palestinian family: Implications for mental health and well-being,* New York: Haworth Press.

- Krohne, H., (1996). Individual differences in coping. In lvi Zeidner & N S. End/er (Edsj, Handbook of coping: Theory, research, applications. pp38l- 409). New York: John Wiley and Sons.

- Goldberg, J.P., & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9,* 139-145.

- Goodman, J. H. (2004). Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research, 14*, 1177–1196.

- Gorman, D., Brough, M., & Ramirez, E. (2003). How young people from culturally and linguistically diverse background experience mental health: Some insights for mental health nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*, 194–202.

- Lazarus, RS, & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Mikulincer, M., Florian, V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology,* 64, 817-826.

- Mikulincer, M., & Solomon, Z. (1989). Causal attribution, coping strategies, and combat related post-traumatic stress disorder. *European Journal of Personality*, 3, 269_284.

- Punamäki, R. L. (1990). *Political violence and psychosocial responses: A studyof Palestinian women, children and ex-prisoners.* Tampere Peace Research Institute Research Reports No. 1, Tampere, Finland.

- Punamaki, R. L. (1986). Stress among Palestinian women under military occupation; Women's appraisal of stressors, their coping modes, and their mental health. *International Journal of Psychology*, 21, 445_462.

- Punama¨ki, R. L. (1988). Experiences of torture, means of coping and level of symptoms among Palestinian political prisoners. *Journal of Palestinian Studies*, 16, 81_96.

- Punamaki, R. L., & Suleiman, R. (1989). Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children. *British Journal of Social Psychology*, 29, 67_77.

- Punamak, R-L., jarisalo, K. I., Komproe, I, Qouta, S., El _masri, M., De Jong, J. P. T. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping,* 21(4), 337-358.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216_269.

- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Public Health Journal, 7,* 314-321.

- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The validity and reliability of Arabic version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal, 1(1),* 33-36.

- Thabet, A. A. Tawahina, A. Abu; El Sarraj, Eyad., &Vostanis, Panos. (2008). Exposure to war *trauma* and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry,* 17, 191-199.

- Vázquez, C., Cervellón, P., Pérez-Sales, P., Vidales, D., & Gaborit, M. (2005). Positive emotions in earthquake survivors in El Salvador (2001). *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 313–328.

Coping with stress and siege in Palestinian families in the Gaza Strip (Cohort study III)

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems.

Methods: Previously selected sample of 184 households from the Cohort study II were selected from the entire Gaza Strip. The age ranged from 18 to 64 years with mean age was 41.53 years. The subjects were interviewed using self administrated questionnaire which include sociodemographic scale, Family Coping Oriented Family Coping scale, and John Hopkins Checklist. The data collection was carried our on October and November 2008.

Results : The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 (SD = 4.07). The results showed that people with monthly income less than 350 US $ were more affected by siege that the other groups.

The most common psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%). The results showed than mean HSCL was 53.82, mean anxiety subscale scores was 21.70, and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59), 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%).

People live in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps. Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US $ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups.

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God (85.9%) sharing our difficulties with relatives (83.7%), seeking encouragement and support from friends (83.2%), facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away (82.1%), seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems (81.5%), seeking advice from relatives (grandparents, etc.) (80.4%), participating in mosque activities (79.9%), and attending religious meetings (79.3%). The total scores of FCOPE ranged from 71 to 131 (Mean = 106.21), reframing (Mean = 29.35), seeking spiritual support (Mean = 16.08), mobilizing family support (14.76), passive appraisal (Mean = 10.74).

The results showed that the total HSCL scores were positively associated with the following siege items: I sold some of my furniture and wife gold, social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment, I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money, and negatively with the following items: I went to Zaka organizations and other organizations to get the food, I can not find things I need in the market.

Conclusion: The present study shows that Palestinian families are victims of stress and trauma and showed high level of depression and anxiety. However, coping strategies usually used perceived social support have direct effect on families member' outcomes. The reliance on spiritual coping and reframing could be useful for these families to face their difficulties even if we observe adjustment problems. Results also point out to the necessity of elaborating intervention models which include an active participation of significant others.

Key word: Family coping, siege, stress, mental health, Gaza Strip

Introduction

Since the beginning of 2006 the situation in the Gaza Strip has become more uncertain and only can be viewed with concern by the international organizations working in the West Bank and Gaza Strip. Specifically, this uncertainty is based on the results of the Palestinian Legislative Council elections at the end of January 2006 – in which the Islamic Resistance Movement (Hamas) won 74 of the 132 seats. Following this election, the international community, through public statements issued by the Quartet for the Gaza Disengagement, the United Nations (UN) and the European Union (EU) have asked the future Hamas-led government to commit to non-violence, to the recognition of Israel and to the acceptance of previous obligations (the Roadmap) in order to allow international donors to continue providing funds to the PA. Israel has announced that it will withhold monthly tax payments to the PA, amounting to between US$ 50 million and US$ 65 million per month and constituting about two-thirds of the income derived from Palestinian economic activity (WHO, 2006).

In July 2008 another historical period started when Israel and Palestinian factions agreed on truce period for 6 month ending in 19th December 2008. During this period at the least 22 Palestinians were killed in Gaza Strip and tens were wounded, locally made rocket continued to shell the near Israelis towns close to Gaza Strip border (PHS, 2008). On 19th December the Palestinian fighting factions decided not to prolong the truce for another period and started shelling the Israelis areas with locally mad rockets, Israelis voices inside the minister cabinet and streets started to increase to take military action against the Gaza Strip beside the siege measures which already present for the last 18 months. In the last 2 weeks, the humanitarian condition of the entire Gaza Strip entered into a very serious stage in which most of the bakeries stop working and cues of people are in front of the opened one, electricity is coming for 6 hours daily, no house gas and people started to use woods and kerosene cookers. Beside, there was a shortage in most of food material and UNRWA stopped distribution of food for around one million persons in the Gaza Strip. On 27th December 2008, a new chapter had been opened by new strikes by airplanes on Gaza Strip which left at least 700 people killed and 3000 wounded. Still the war is going on and no clear vision for the countries to end the current war.

All of the above mentioned stressors added new burden on Palestinian families and number of studies in the last 2 years showed that Palestinians are suffering of a variety of stress related psychiatric problems such as depression, anxiety, and PTSD. However, presence of other protective factors such as coping strategies, presence of family support, and community support buffer the effect of stress and trauma on Palestinians (Quota, 2003, Thabet et al, 2008a, 2008b).

McCubbin and Patterson's (1982) postulated that families in crisis must cope with a pile-up of stressors. Their coping responses are affected by precise stressors, existing and new resources, and perceptions of the crisis. Finally, coping leads to adaptation, which is on a continuum from nonadaptation to maladaptation.

The basic function of coping is to manage specific demands that are appraised as taxing and exceeding one's resources in order to protect mental health and psychological integrity (Lazarus & Folkman, 1984). In emotion-focused coping, people attempt to manipulate their feelings, perceptions, and attributes to be less threatening and more controllable. In problem-focused coping, people aim at changing the distressing reality and remove the cause of stress and trauma (Folkman & Lazarus, 1985; Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Other studies among Palestinians have showed that, against general beliefs, exposure to military violence increases rather than decreases active coping and political activity among children (Punamaki & Suleiman, 1989) and adults (Punamaki, 1986, 1988). Recently, Punamaki et al (2008) in study of Participants were 184 men recruited from a Palestinian community sample, 92 were former political prisoners and 92 non-prisoners. The results showed that, compared to non-prisoners, the political ex-prisoners employed less avoidant, denying, and emotion-focused coping strategies. Military trauma was associated with avoidant and denying coping only among non-prisoners. The ex-prisoners showed more mental health and medical problems, especially when exposed to military trauma. None of the coping styles or strategies were effective in protecting the mental health in general or in either groups. However, main effect results revealed that the high level of active and constructive and low level of emotion-focused coping was associated with low levels of psychiatric symptoms and psychological distress.

The aim of the study was to investigate the ways of coping in Palestinian families exposed to siege and stress and mediating effect of coping on mental health problems.

Methodology

Subjects

The sample included 184 parents, 44 of them were fathers (23.5%) and 140 mothers (76.5%). The age ranged from 26 to 65 years with mean age of 41.61 (SD = 8.66).

Procedure

We selected the sample of the parents according to the first and second stage of cohort study in which the names of the families was available for the data collection. We held a meeting and conducted training for 4 hours to 8 professionals working in the filed of community mental health and had previous experience in data collection (4 social workers, 4 psychologist). We explained to them the aim of the study and give them prepared list of number of the families to be interviewed. A cover letter was given to each parent to obtain written permission from them to participate in the study. Sociodemographic information for the study population was collected from parents. Each interview took 45 minutes to be completed. The data collection was done between September and November 2008.

Instruments

The data was collected from couples by using the following questionnaires:

Demographic questionnaire.

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, citizenship, and education level.

Gaza Siege Checklist-Revised version (Thabet, 2008)

This checklist consisted of 21 items covering a wide range of daily life situation affected by Gaza Siege including the family,

health, education, social life, and economic issues. The first checklist was This scale was developed after conducting a focus group for 20 professionals working in different sectors of health, education, social services, and economic sectors. In this study, the split half reliability of the scale was high (r = .78). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high (α = .72). Some items were changed to fulfill the needs of new changes in siege and strikes in Gaza Strip.

Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) *(Mollica et al., 1987)*

The HSCL-25 contains four possible responses: not at all, a little, quite a bit, and extremely. An individual's score is obtained by summing the scores of all the responses and dividing by the total number of responses (Mollica et al., 1987). The score of 1.75 is generally accepted as indicative clinical symptoms (Mollica et al.; Nicholson, 1997). A 25 items version of HSCL-25 which has been used in wide range of primary health care settings as a valid and reliable measure of psychiatric symptoms, in particular screening of anxiety and depression experienced by client. Symptoms are scored on a 4-point Likert scale. Which has a 10-item anxiety and a 15-item depression scale? The established clinically significant item-average cut-off score of 51.75 for each sub-scale. The Cranach's alpha internal consistency coefficient in this sample was.87 for the HSCL-25 anxiety subscale,.87 for the HSCL-25 depression subscale, Shrestha et al (1998). In other study population, Cronbach's alpha was 0.91 and 0.88 for the anxiety and depression sub-scales respectively (Hollifield et al, 2008). The Arabic translated version has proven to be reliable and valid in a multicultural context (Afana et al 2002).

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales The Family Crisis Oriented McCubbin, H. I., Olson, D. H., & Larsen, A. S. (1991).

Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) is a self-report measure used to assess family coping strategies (McCubbin et al., 1991). The F -COPES was used in this study because coping as a construct deals with plans or actions that ameliorate the experience of stress (e.g., McCubbin et al., 1991). The scale is composed of 30 items, which result in five subscale scores and a total score. The five subscales are: (a) Acquiring Social Support; (b) Reframing; (c) Seeking Spiritual Support ; (d) Mobilizing Family to Acquire and Accept Help; and (e) Passive Appraisal. A score is obtained for each subscale and the total score by summing the respondents score for each of the items. The norm group for the final F-COPES scale consisted of 2,740 spouses and adolescents. Percentiles, means, and standard deviations are provided for subscales and the total score. Alpha reliabilities for the scales ranged from .63 to .83. The reliability of the total scale was .86. Test-retest reliability estimates range from a low .61 to a high of .95 for the subscales. Total scale test-retest reliability was .81 (n = 116, 4-week interval**)** (McCubbin, et al, 1991).

Statistical analysis

In this study we used SPSS ver. 14 for data entry and analysis. Frequencies and percentages of siege items, psychological symptoms, and coping were calculated. T-independent test, ANOVA tests for between-group comparison of continuous variables. Spearman's correlation coefficient tested the association between numbers of siege scores, psychological symptoms, and coping strategies by families' scores. Linear regression investigated the association between independent (siege items, coping strategies, and sociodemographic variables) and psychological problems as dependent variable.

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 184 participants with response rate of 99%, it consisted of 144 male (52.07%) and 43 mothers (47.93%). The age ranged from 18 to 64 years with mean age was 41.53 years (SD =7.84). According to place of residence 26.1% were from North Gaza, 37.5% were from Gaza area, 14.7% from Middle area, 3.8% from Khan Younis area, and 17.9% were from Rafah area (south of Gaza). According to type of residence, 43.5% live in cities, 12.5% live in villages, and 44% live in camps. According to number of siblings, 13.6% of families had less than 4 children, 61.4% had 5-7 children, and 25% had 8 and more siblings. In looking for the family monthly income, 60.9% of the families monthly income was less than 350 US $ per month, 30.4% earned 351-700 US $, and only 8.7% earned more than 701 US $.

Table 1 : Sociodemographic characteristic of the study sample

	No	%
Place of residence		
North Gaza	48	26.1
Gaza	69	37.5
Middle area	27	14.7
Khan Younis	7	3.8
Rafah area	33	17.9
Place of residence		
City	80	43.5
Village	23	12.5
Camp	81	44.0
Siblings		
Less than 4	25	13.6
5-7 children	113	61.4
8 and above	46	25.0
Monthly family income		
Less than 350 US $	112	60.9
351-700 US $	56	30.4
More than 701 US $	16	8.7

Frequency of impact of siege of Gaza

The results showed that the most common impact of siege of Gaza items were: prices are sharply increased (90.8%), I feel I am in a big prison (88.5%), I can not find things I need in the market (91.70%), I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation (73.4%), and I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses (62.58). Each participants reported from 2-20 items of siege with mean siege scores of 10.83 (SD = 4.07). Table 2.

Table 2 : Frequency of Impact of siege of Gaza items

	No.	%
1. Prices are sharply increased	167	90.8
2. I feel I am in a big prison	162	88.5
3. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation	135	73.4

4. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses	115	62.8
5. Social visits are less than before due to shortage of fuel and absence of transportation	115	62.8
6. Social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment	112	60.9
7. Ability to send children to schools due to shortage of money	110	59.8
8. I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of medicine and equipment transportation	105	57.1
9. Losing the job due to shortage of cement ,and basic construction materials	105	57.4
10. I can not find things I need in the market	99	53.8
11. I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	94	51.1
12. I sold some of my furniture and wife gold.	87	47.3
13. I started borrowing from banks and people to keep my family demands	85	46.2
14. I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money	84	45.7
15. I postponed the marriage ceremony of my sons due to shortage of furniture and building materials	80	43.5
16. I can not finish some construction and repair work in my house due to shortage of cement and building materials	80	43.5
17. I thought of immigration	78	42.4
18. I started smoking and using Nargela and abusing drugs due to stress	58	31.5
19. I need to travel outside the Gaza Strip and can not	51	27.7
20. I stopped sending my children to schools due to shortage of money and let them do other jobs	51	27.7
21. I started doing the papers for immigration	32	17.4

Differences between siege other socioeconomic variables (place of residence, number of siblings, and family monthly income)

In order to find the differences between the place of residence, number of siblings, monthly income and siege, one way ANOVA test was performed. Pos hoc Bonnefroni test showed that people living in cities were more affected by siege than those in camps and not villages (Mean = 10.5 vs 8.9) (F=6.1, p = 0.001). There were no differences in siege and number of children in the Palestinian families. Pos hoc results showed that people with monthly income less than 350 US $ were more affected by siege that the other groups (Mean = 10.6 vs 8.66) (F=8.94, p = 0.001)

Psychological problems rated by families

The most common psychological problems were: Crying easily (21.7%), difficulty falling asleep (16.8%), worrying too much (16.3%), headaches (15.2%), and feeling tense (15.2%).

Table 3: Percentages of the sample endorsing items of the HSCL

	Extremely	Quite a bit	Somewhat	Not at all
1. Suddenly scared	10.3	19.0	47.3	23.4
2. Feeling fearful	6.5	23.9	48.9	20.7
3. Faintness, dizziness	8.2	27.2	31.0	33.7
4. Nervousness, shakiness	5.4	27.2	46.7	20.7
5. Heart pounding	8.7	23.4	39.7	28.3
6 .Trembling	7.1	21.7	34.8	36.4
7. Feeling tense	14.1	23.4	42.9	19.6
8. Headaches	15.2	28.3	40.2	16.3
9. Spells of terror	8.7	16.8	32.1	42.4
10. Feeling restless	11.4	25.0	53.3	10.3
11. Feeling low in energy	9.8	25.0	51.6	13.6
12. Blaming yourself	11.4	22.3	42.9	23.4
13. Crying easily	21.7	25.0	35.9	17.4
14. Loss of sexual interest	8.7	10.3	34.2	46.7
15. Poor appetite	10.3	20.1	48.4	21.2
16. Difficulty falling asleep	16.8	25.5	37.5	20.1
17. Feeling hopeless	12.5	20.7	34.2	32.6
18. Feeling blue	13.0	23.4	38.6	25.0
19. Feeling lonely	12.5	17.9	33.7	35.9
20. Feeling trapped or caught	8.7	8.7	17.9	64.7
21. Worrying too much	16.3	14.1	46.2	23.4
22. Feeling no interest	9.8	29.9	44.6	15.8
23. Thoughts of ending your life	2.7	27.7	34.8	34.8
24. Feeling everything is an effort	10.3	34.8	40.8	14.1
25. Feelings of worthlessness	3.8	12.0	29.9	54.3

Mean and standard deviation of mental health using HSCL

The results showed than mean HSCL was 53.82 (SD = 13.99), mean anxiety subscale scores was 21.70 (SD = 6.38), and mean depression subscale scores was 32.11 (SD = 8.59). Taking in consideration of cutoff point of >1.75 in HSCL, 139 of participants (75.5%) rated as psychiatric cases and 45 were not cases (24.5%).

Table 4: Mean and standard deviation of mental health using HSCL

	N	Min.	Max.	Mean	SD
Total HSCL	184	29	84	53.82	13.99
Anxiety	184	10	38	21.70	6.38
Depression	184	17	58	32.11	8.59

Differences between mental health problems rated by HSCL and other socioeconomic variables (place of residence, number of siblings, and family monthly income)

In order to find the differences between the place of residence, number of siblings, monthly income and mental health, one way ANOVA test was performed. Pos hoc Bonnefroni test showed that people living in cities reported mental health problems less than those live in villages and camps (F =18.06, p =0.001). Also, the results showed that people with monthly income less than 350 US $ showed more mental health problems than the other two groups were more affected by siege that the other groups (F=8.19, p = 0.001)There were no differences in mental health problems of adults and number of children in the Palestinian families (F = 2.44, p =.09).

Families coping with siege and stress

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God (85.9%) sharing our difficulties with relatives (83.7%), Seeking encouragement and support from friends (83.2%), facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away (82.1%), seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems (81.5%), seeking advice from relatives (grandparents, etc.) (80.4%), participating in mosque activities (79.9%), and attending religious meetings (79.3%). While the least common coping items used were: receiving gifts and favours from neighbours (e.g. food, taking in mail, etc.) (27.7%), feeling that no matter what we do to prepare, we will have difficulty in handling problems (21.2%), and watching television (14.1%).

The total scores of FCOPE ranged from 71 to 131 (Mean = 106.21, SD =11.46), reframing (Mean = 29.35, SD = 4.31), seeking spiritual support (Mean = 16.08, SD = 2.79), mobilizing family support (Mean = 14.76, SD = 4.31), passive appraisal (Mean = 10.74, SD = 2.78).

Table 5: Means and standard deviation of FCOPE and subscales

	N	Min.	Max.	Mean	SD
FCOPE	184	71	131	106.21	11.46
Reframing	184	14	40	29.35	4.31
Seeking spiritual support	184	7	20	16.08	2.79
Mobilizing family to acquire and accept help	184	7	20	14.76	2.78
Passive appraisal	184	4	19	10.74	2.86

Relationship between siege scores, mental health, and coping of families

In order to investigate the relationship between the siege total scores, mental health, and coping of families, Pearson coefficient correlation test was done. The results showed that there were statistically significant positive correlation between total siege scores and total family coping strategies (r = 0.19, p < 0.001), total HSCL (r = .22, p < 0.001), anxiety domain (r = 0.22,p < 0.001), depression subscale (r = 0.20, p < 0.001).

Table 5: Pearson correlations coefficient test between siege scores, mental health, and coping of families

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Siege	1									
2. FCOPE	.19**	1								
3. Acquiring -Social Support	-.08	-.18*	1							
4. Reframing	-.04	-.05	.55**	1						
5. Seeking Spiritual Support	-.12	-.07	.63**	.23**	1					
6. Mobilizing Family to Acquire and Accept Help	-.03	.16*	.38**	.57**	.24**	1				
7. Passive Appraisal	-.12	.03	.50**	.25**	.58**	.33**	1			
8. Total_HSCL	.22**	.09	-.08	-.12	-.02	-.03	.09	1		
9. Anxiety	.22**	.16*	-.15*	-.12	-.02	-.01	.10	.91**	1	
10. Depression	0.20**	0.03	-0.02	-0.11	-0.01	-0.05	0.08	0.95**	0.74**	1.00

Determinants of siege scores and psychological symptoms

In order to find out the predictive effect of siege on psychological symptoms, total psychological symptoms was entered as dependent variable in a multiple regression model, with siege items as the independent variables. The results showed that the total HSCL scores were positively associated with the following siege items: I sold some of my furniture and wife gold (B= .45, p< 0.001), social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment (B= .16, p< 0.001), I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money (B= .14, p< 0.001), and negatively with the following items: I went to Zaka organizations and other organizations to get the food (B= -.25, p< 0.001), I can not find things I need in the market (B= -.20 p< 0.001).

Table 6: Linear Regression analysis of psychological symptoms and siege items

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
	B	SE	Beta	t	Sig.
(Constant)	49.743	1.896		26.237	.000
I sold some of my furniture and wife gold.	12.665	2.127	.450	5.953	.000
I went to Zaka organizations and other organizations to get the food	-7.207	2.040	-.256	-3.534	.001

I can not find things I need in the market	-5.882	1.895	-.209	-3.104	.002
Social visits are less than before due to shortage of money due to unemployment	4.758	1.935	.165	2.459	.015
I stopped smoking and using Nargela due to shortage of money	4.144	1.853	.147	2.237	.027

$F = 16.21$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.56$

Discussion

This study is the third stage of cohort study of Palestinian families in the Gaza Strip trying to highlight the effect of stress and trauma on Palestinians in the last 2 years.

The study showed that Palestinians exposed to variety of stressful events and the siege of the Gaza Strip was one of the last measure inflicted by the Israelis of the entire population namely: prices are sharply increase, feeling being in big prison, was not able to get specific medicine for them or for one of the family member due to shortage of fuel and absence of transportation, was not able to get specific medicine for them or for one of the family member due to shortage of physicians and nurses. This results showed that siege as stressful collective situation which increased with shortage of medicine and staff in hospitals due to dispute between the Palestinians in Gaza and West Bask. This is consistent with our previous study in similar sample in last April in Gaza (Thabet et al 2008b, in press).

Our results showed that the 75.5% of the study sample rated as psychiatric cases using HSCL consistent with our previous study in the beginning of Al Aqsa Intifada in which 72.9% of mothers rated as psychiatric caseness according to GHQ (Thabet and Vostanis, 2001). However, this high level of mental health problems is less than the rate of mental health problems in referred psychiatric patients in which 87.7% of the referred cases were scoring above cut off point of GHQ (using 4/5 as a cut-off point compared to only 13 (12.3%) of the controls (Thabet and Vostanis, 2005).

Our results is consistent with studies carried in the area in which in a nationwide epidemiological survey of mental health problems in terms of lifetime prevalence in Iran found that the prevalence of psychiatric disorders using GHQ-12 was 10.8%, (25.9% of the women and 14.9% of the men) using GHQ-28 to be likely 'cases', and 27.3% of the individuals had to be regarded as probably suffering from a psychological disturbance (Mohammadi et al, 2005; Noorbala et al, 2004; Mofidi et al, 2008).

The study showed the most common coping strategies used were: having faith in God, sharing our difficulties with relatives, seeking encouragement and support from friends, facing the problems "head-on" and trying to get a solution right away, seeking information and advice from persons in other families who have faced the same or similar problems, seeking advice from relatives (grandparents, etc.), participating in mosque activities, and attending religious meetings. Studies revealed that in times of disaster, individuals have to focus on survival, day-to-day needs, and basic essential tasks (Figley & Barnes, 2005). Eating well, exercise, self-reflection, and spiritual activities are self-care strategies recommended by mental health professionals (Coster & Schwebel, 1997; Jennings & Skovholt, 1999; Wright, 1997). Moreover, the literature indicates that one important factor in coping with disaster is the role of social support (Walsh, 1998). Research indicates that actively seeking social support is related to better adjustment postdisaster (Tang, 2006) and that overall levels of social support lead to more positive disaster outcomes (Cryder, Kilmer, Tedeschi, & Calhoun, 2006). Individual differences in coping with trauma have been associated with varying degrees of adjustment (Allen, 1999). For example, research on dealing with disasters indicates that more active forms of coping, such as problem solving, are related to better adjustment (Bodvarsdottir & Elklit, 2004; Lopez-Valequez & Marvan, 2003). Research on cognitive forms of coping indicates that cognitive reframing, optimism, and acceptance (when situations cannot change) tend to be successful coping strategies as well (Cryder et al., 2006; Seligman, 1998; Walsh, 1998). The literature also suggests that more emotional forms of coping, such as venting and catastrophizing, do not work well (Bodvarsdottir & Ask, 2004; LaGreca, Prinstein, Silverman, & Vernberg, 1996), but are certainly normal, and this is in line with my observations. This is consistent with study of victims of Asian Tusnami who coped with symptoms and distress by utilising a number of culturally relevant resources, the most common being their own strength, family and friends, the use of a Western-style hospital and their own religious practice (Tang, 2006). Others found that people utilised their own strength (70%), family and friends (56%), a Western-style hospital (56%) or their own religious practice (53%) to cope with symptoms or feelings since the tsunami (Hollifield et al 2008).

Conclusion and clinical implications

The present study shows that Palestinian families are victims of stress and trauma and showed high level of depression and anxiety. However, coping strategies usually used perceived social support have direct effect on families member' outcomes. The reliance on spiritual coping and reframing could be useful for these families to face their difficulties even if we observe adjustment problems. Results also point out to the necessity of elaborating intervention models which include an active participation of significant others. Groups of parents could be a way to include these persons in the adaptation process and reinforce the positive perception of support received. This kind of intervention could increase parents feelings of competence to deal with the and adversities.

References

- Aeaste, M. G., Paste, L. Jacobsson, L., & J. Richter, J.(200I). General mental health, quality of life and attitudes among Kurdish people in Iran. *International Journal of Social Psychiatry,* 54(5), 457–468

- Allen, J. G. (1999). *Coping with trauma*. Arlington, VA: American Psychiatric Press.

- Bodvarsdottir, I., & Elklit, A. (2004). Psychological reactions in Icelandic earthquake survivors. *Scandinavian Journal of Psychology, 45,* 3–13.

- Coster, J. S., & Schwebel, M. (1997). Well-functioning in professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 28,* 5–13.

- Cryder, C. H., Kilmer, R. P., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2006). An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *American Journal of Orthopsychiatry, 76,* 65–69.

- Figley, C. R., & Barnes, M. (2005). External trauma and families. In P. McKenry & S. J. Price (Eds.), *Families and change* (pp. 379–402).

- Michael Hollifield, Chandanie Hewage, Charlotte N. Gunawardena, Piyadasa Kodituwakku. (2008). Symptoms and coping in Sri Lanka 20–21 months after the 2004 tsunami. *The British Journal of Psychiatry 192*, 39–44.

- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46,* 423–432.

- Hill, R. (1958). *Families under stress*. Westport, CT: Greenwood. Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology, 46,* 423–432.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lopez-Vazquez, E., & Marvan, M. L. (2003). Risk perception, stress, and coping strategies in two catastrophe risk situations. *Social Behavior and Personality, 31,* 61–70.

- Mohammadi, M.R., Davidian, H., Noorbala, A.A., Malekafzali, H., Naghavi, H.R., Pouretemad, H.R. *et al.* (2005). An epidemiological survey of psychiatric disorder in Iran. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 16.

- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1982). Family adaptation to crisis. In H. I. McCubbin, A. E. Cabule & J. M. Patterson (Eds.), *Family stress, coping, and social support* (pp. 26–47). Springfield, IL: Charles C Thomas.

- Noorbala, A.A., Bagheri, Yazdi, S.A., Yasamy, M.T. & Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70–73.

- Oaks, T., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,* 150-170.

- Qouta, S., Punamäki, R.-L., & El Sarraj, E. (2003). Prevalence and determinants of PTSD among Palestinian children exposed to military violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*, 265–272.

- Punama¨ki, R. L. (1986). Stress among Palestinian women under military occupation; Women's appraisal of stressors, their coping modes, and their mental health. *International Journal of Psychology, 21*, 445-462.

- Punama¨ki, R. L. (1988). Experiences of torture, means of coping and level of symptoms among Palestinian political prisoners. *Journal of Palestinian Studies, 16*, 81-96.

- Punama¨ki, R. L., & Suleiman, R. (1989). Predictors and effectiveness of coping with political violence among Palestinian children. *British Journal of Social Psychology, 29,* 67-77.

- Punamaki, R-L., , Jaisalo, U., Komproe, I., Qouta, S., El-Masri, M., & De Jong, J. (2008). Dispositional and situational coping and mental health among Palestinian political ex-prisoners. *Anxiety, Stress, & Coping,* 21, 337-358.

- Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2002). *Children experiencing disasters: Definitions, reactions, and predictors of outcomes.* In A. M. La Greca, W. K. Silverman, E. M. Vernberg, & M. C. Roberts (Eds.), helping children cope with disasters (pp. 11–33). Washington, DC:American Psychological Association.

- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of

- coping. Psychological Bulletin, 129, 216_269.

- Tang, C. S. (2006). Positive and negative postdisaster psychological adjustment

- among adult survivors of the Southeast Asian earthquake tsunami. *Journal of Psychosomatic Research, 61,* 699–705.

- Thabet, A.A., Abed, Y. & Vostanis, P. (2001). The effect of trauma on Palestinian children and mothers mental health in the Gaza Strip. *Eastern Mediterranean Public Health Journal, 7,* 314-321.

- Thabet, A. A. & Vostanis, P. (2005). The Validity and Reliability of Arabic Version of General Health Questionnaire in the Gaza Strip. *Palestinian Medical Journal, 1*, 33-36.

- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, Eyad., &Vostanis, P. (2008a). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *European Child & Adolescent Psychiatry, 17,* 191-199.

- Thabet, A. A., Abu Tawahina, A., El Sarraj, Eyad., &Vostanis, P. (2008b In press). The relationship between Siege of Gaza Strip, anger, and psychological symptoms.

- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: GuilfordPress.

Siege of Gaza, quality of life Palestinian children in the Gaza Strip

Thabet A.A., Consultant Child and Adolescent Psychiatrist & Senior Researcher
Abu Tawahina A., Clinical Psychologist
Eyad El Sarraj, Consultant Psychiatrist,Gaza Community Mental Health Programme
Panos Vostanis, Professor of Child and Adolescent Psychiatry, University of Leicester, Greenwood Institute of Child Health, Westcotes House, Westcotes Drive, Leicester LE2 OQU, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net - pv11@le.ac.uk

Abstract

Aim: The aim of the study was to investigate the effect of siege on Palestinian children and adolescents locus of control and wellbeing.

Method: The sample consisted of 164 Palestinian children and adolescents tested in the Gaza Strip in November and December 2008. The age of children ranged from 8-18 years with mean age 14.69 years.

Instruments: Child and adolescents were interviewed by the following: Sociodemographic scale, Gaza Siege Checklist-children- form, and Kidscreen-52 HRQoL questionnaire.

Results: The results showed that the most common items of siege of Gaza items were: learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools (82.6%), I feel I am in a big prison (79.9%), I quitted purchased daily needs because prices are very high (79.3%), I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation (75%), I cannot find some of the necessary things for study such as books and stationary (68.5%). The children reported from 1-19 siege items with mean =9.07.

The study showed that mean children physical well being was 11.03, psychological well being mean was 13.77, moods and emotions mean was 12.53, self perception mean was 7.28, autonomy mean was 9.56 , parent relations and home life 14.75, financial resources mean was 5.45, peers and social support mean was 12.63, school environment mean was 13.79, and social acceptance (Bullying) mean was 2.26.

The results showed that the total siege scores was positively predicted by general mood, self perception and negatively predicted by financial resources.

Conclusion: This study is one of few studies done to evaluate the impact of siege on Palestinian children quality of life. The findings that children depend on parent relations and home life, psychological well being, and school environment to overcome the adversities effect of siege. This highlight the need to involve parents in education programs to increase their awareness of children well-being and psychological needs in time of war and siege.

Also, involving the teachers in well organized courses in the field of child mental health, psychological well-being, coping with stress and siege. Also improving the school environment atmosphere and relationship between students in schools may improve psychological and physical well-being of children.

Key words: Siege, quality of life, children, Gaza Strip

Introduction

Escalation of the crisis in the Gaza Strip was obvious after the capture of an Israeli soldier by Palestinian militant groups in Gaza Strip. As a response to this action, Israeli government started the incursion of the Gaza Strip in a military operation called “Summer Rains campaign” and during this military campaign strict closure by sealing off the entire Gaza Strip was imposed. This included closing the all the crossings for prolonged period of times, and resulted in huge humanitarian suffering for the whole Palestinian population. In this operation, more than 400 people were killed and thousands were injured.

Gaza also suffered from resumption of sonic booms, the shortage of food, fuel and Medical supplies, and the destruction of Electricity Station. Later on, in early June, 2007, gunfire and rocket propelled grenades could be heard from the streets of Gaza City. In half a year, more than 150 Palestinians have been killed in fighting; sparking the fear a civil war could erupt in the Palestinian Authorities, and especially in Gaza. Another round of fighting began on June 10 and ended on June 14, 2007. Throughout the four days of fighting, Hamas had taken control of the Gaza Strip from Beit Hanoun in the north to Rafah in the south. The Israeli government closed all check-points on the

borders of Gaza in response to the violence. During the four days of intense fighting at least 116 people were killed. On September 19, 2007 Israel's Security Cabinet voted to declare the militant Hamas-controlled Gaza Strip an "enemy entity" and enacted a number of sanctions. Among the sanctions approved by the Cabinet was reducing the fuel supply to a bare minimum. Only essential food and medical supplies would be permitted to enter the Strip and electricity would also be reduced. From that time till today the siege of Gaza was tightened and this was escalated in the last 2 months in which fuel shortage problem and closure of borders became the main issue of discussion in the Gaza Strip. The above mention issues raised the issue of quality of life people especially children in Gaza Strip have in the last 8 years.

Health-related quality of life in children and adolescents

Quality of Life (QOL) is a complex, abstract, and multidimensional concept which is difficult to define and has relevance to virtually all areas of human function [Evans, 1994]. HRQOL is a main part of QOL and is considered to be an important construct in describing one's overall condition within the health context (von Rüden, 2007; Fayes et al, 2000). Generally it is conceptualized as a multidimensional construct built up by several domains (Ravens-Sieberer, 1998; Davis, 2007).

There is some consensus considering physical, emotional and social aspects of health to be core domains of HRQOL (Bisegger et al, 2005; Anderson et al, 1993). Others follow the WHO definition of health as a state of complete physical, mental, and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity (The Kidscreen group, 2006).

Nevertheless, the overall quantity of domains differs in the literature. For example, "behavioural, cultural, and psychological dimensions" as well as "a global perception

of health and well-being" are regarded as important domains of HRQOL (Solans et al, 2007). Depending on the population under study, HRQOL domains consist of several various specific dimensions or factors (Jenney and Campell, 1997). For example, physical factors might include aspects such as self-care, pain, or mobility, while social factors might include aspects such as friends, work, or family. These differences in quantity of domains and dimensions lead to widely varying definitions of HRQOL. Based on a commonly accepted definition by the WHO Quality of Life group (WHO Quality of Life Group, 1993), the following operational definition as stated by von Rüden (2007) is used in this paper defined HRQOL is a multidimensional construct covering physical, emotional, mental, social, and behavioural components of well-being and functioning as subjective perceived by a person depending on the cultural context and value system one is living in.

The aim of the study was to investigate the effect of siege on Palestinian children and adolescents wellbeing.

Method

Participants

The sample consisted of 184 Palestinian children and adolescents tested in the Gaza Strip in November and December 2008. The sample responded to the interview were 164 participants with response rate of 89.1%, 82 of them were males (50%) and 82 were females (50%). The age of children ranged from 8-18 years with mean age 14.69 years (SD = 2.41).

Procedure

We selected the sample of the children and adolescents according to the second stage of cohort study list of names of the families. We held a meeting and conducted training for 4 hours to 8 professionals working in the children mental health and had previous experience in data collection (4 social workers, 4 psychologists). We explained to them the aim of the study and give them prepared list of number of children to be interviewed. A cover letter was given to each parent to obtain written permission from them to interview their children in the study.

Sociodemographic information for the study population was collected from parents. Each interview took 45 minutes to be completed. Children were informed by data collectors that there was no right or wrong answers and that they were free to withdraw from the study at any time. Children were also informed that if they had questions when completing the scales.

Instruments

The data was collected from children by using the following questionnaires:

Demographic questionnaire

Demographic information about the participants was obtained using a survey developed by the authors. This questionnaire includes sex, age, and citizenship

Gaza Siege Checklist-children form (Thabet, 2008)

This checklist consisted of 20 items covering a wide range of daily life situation affected by Gaza Siege including the family, education, social life, and economic issues. In this study, the split half reliability of the scale was high (r = .58). The internal consistency of the scale was calculated using Chronbach's alpha, and was also high (α = .54). Some items were changed to fulfill the needs of new changes in siege of Gaza Strip.

Kidscreen-52 HRQoL questionnaire

It is the first instrument for children and adolescents that was developed simultaneously in several different countries and tested in a large representative sample of children and adolescents (Ravens-Sieberer et al, 2003), thereby helping to provide a broad perspective on the understanding and interpretation of HRQoL across different countries. The KIDSCREEN-52 contains 52 items covering 10 HRQoL dimensions, and has demonstrated its reliability and validity based on classical test theory as well as modern item response theory (Ravens-Sieberer et al, 2005). Although the KIDSCREEN-52 achieved most of the attributes proposed by the Scientific Advisory Committee of the Medical Outcome Trust (Ravens-Sieberer et al, 2003), a shorter HRQoL questionnaire for use in epidemiological and clinical studies was warranted to reduce response burden and to save administration costs. It should enable a wider range of application of a cross-cultural comparable assessment of children and adolescents HRQoL but still permit measurement of the most important components of HRQoL covered by the measurement model of the original KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer et al, 2003). The questionnaire includes the following dimensions (and number of items): Physical well being (5), Psychological well being (6), Moods and emotions (7), Self perception (5), Autonomy (5), Parent relations and home life (6), Peers and social support (6), School environment (6), Social acceptance (Bullying) (3), and Financial resources (3). All items are answered on a Likert-type

scale with five ordered response categories, from “never” to “always” on all frequency answer scales and from “not at all to “extremely” on intensity answer scales. The recall period for most items is one week. The dimension scores are sum-scores of each item, further transformed into values between 0 and 100, where higher values indicate better HRQL. Dimension scores are calculated when no more than one item is missing. The instrument has shown acceptable reliability and validity coefficients (Ravens-Sieberer et al, 2005]. In this study the questionnaire was translated to Arabic by the first author and third author separately and Back Translation was done by the English bilingual translator with BA in English language and words in both languages were compared and showed no major differences between the two. The internal consistency of the subscales was calculated using Chronbach’s alpha, the results showed for each subscales as in Table 1.

Table 1: Reliability of the KIDSCREEN-52 (HRQoL) questionnaire

	Alpha	No.of
1. Physical well being	0.84	5
2. Psychological well being	0.81	6
3. Moods and emotions	0.80	7
4. Self perception	0.77	5
5. Autonomy	0.86	5
6. Parent relations and home life	0.86	6
7. Financial resources	0.82	3
8. Peers and social support	0.89	6
9. School environment	0.87	6
10. Social acceptance (Bullying)	0.84	3

Results

Sociodemographic characteristic of the study

The sample responded to the interview were 184 participants with response rate of 99%, it consisted of 92 males (50%) and 92 girls (50%). The age ranged from 6-18 years with mean age was 12.4 years (SD =7.84). According to place of residence 26.1% of children were from North Gaza, 37.5% were from Gaza, 14.7% were from Middle area, 3.8% were from Khan Younis , and 17.9% were from Rafah (south of Gaza). According to type of residence, 43.5% of children live in cities, 12.5% live in villages, and 44% live in camps. According to number of siblings, 13.6% of families had less than 4 children, 61.4% had 5-7 children, and 25% had 8 and more siblings. In looking for the family monthly income, 60.9% of the families monthly income was less than 350 US $ per month, 30.4% earned 351-700 US $, and only 8.7% earned more than 701 US $.

Table 2: Sociodemographic characteristic of the study sample

	N	%
Sex		
Boys	92	50
Girls	92	50
Address		
North Gaza	48	26.1
Gaza	69	37.5
Middle area	27	14.7
Khan Younis	7	3.8
Rafah area	33	17.9
Place of residence		
City	80	43.5
Village	23	12.5
Camp	81	44.0
Number of siblings		
Less than 4	25	13.6
5-7 children	113	61.4
8 and above	46	25.0
Monthly family income		
Less than 350 US $	112	60.9
351-700 US $	56	30.4
More than 701 US $	16	8.7
Paternal education		
Uneducated	11	6.0
Preparatory	25	13.6
Primary	40	21.7
Secondary	53	28.8
University	20	10.9
Master degree	27	14.7
PhD	8	4.3
Father work		
Unemployed	90	48.9
Skilled worker	18	9.8
Employee	59	32.1
Others	17	9.2
Maternal education		
Uneducated	9	4.9
Preparatory	19	10.3
Primary	63	34.2
Secondary	74	40.2
Diploma	13	7.1
University	6	3.3
Mother work		
Housewives	177	96.2
Employee	7	3.8

Frequency of impact of siege of Gaza items

The results showed that the most common items of siege of Gaza items were: learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools (82.6%), I feel I am in a big prison (79.9%), I quitted purchased daily needs because prices are very high (79.3%), I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation (75%), can not find some of the necessary things for study such as books and stationary (68.5%). While the least common siege items reported by children were: I started doing the papers for immigration (18.5%), begging in streets and go to organizations for help (17.9%), stealing from neighbors and shops (10.3%).

The children reported from 1-19 siege items with mean =9.07 (SD = 2.8).

Table 3: Frequency of items of siege of Gaza (N = 184)

No.	Items	No.	%
1	Learning problems due to shortage of electricity and teachers unable to come to schools	152	82.6
2	I feel I am in a big prison	147	79.9
3	I quitted purchased daily needs because prices are very high	146	79.3

4	I was not able to go to school due to shortage of fuel and absence of transportation	138	75
5	I can not find some of the necessary things for study such as books and stationary	126	68.5
6	Social visits are less than before	118	64.1
7	I was not able to get my need due to stopped of working of my parents due to siege	107	58.2
8	I can not live in my house due to shortage of cement and building materials and non finishing of our home	106	57.6
9	I was not able to get specific medicine for me or for one of the family member due to shortage of medicine and equipment transportation	104	56.5
10	Able to get toys and necessary things	84	45.7
11	I thought of immigration	73	39.7
12	Thinking of leaving the school and got to work in streets to help the family	57	31
13	Going to street to sell biscuits, gums, and other things to help family	54	29.3
14	I need to travel outside the Gaza Strip for treatment and other things and can not	48	26.1
15	Using non prescribed medicine to overcome the problems	46	25
16	One of my family members need to travel outside the Gaza Strip for treatment and other things and can not	45	24.5
17	Escape from school and go to work in garages and workshops	40	21.7
18	My parents started doing the papers for immigration for me	34	18.5
19	Begging in streets and go to organizations for help	33	17.9
20	Stealing from neighbors and shops	19	10.3

Means and Standard deviations of Kidscreen

From total number of 184 children only 160 children returned the Kidscreen questionnaire. The study showed that mean children physical well being was 11.03 (SD = 3.38), psychological well being mean was 13.77 (SD = 5.08), moods and emotions mean was 12.53 (SD = 6.32), self perception mean was 7.28 (SD = 3.83), autonomy mean was 9.56 (SD = 4.46), parent relations and home life 14.75 (SD = 5.42), financial resources mean was 5.45 (SD = 3.24), peers and social support mean was 12.63 (SD = 6.23), school environment mean was 13.79 (SD = 5.30), and social acceptance (Bullying) mean was 2.26 (SD = 2.81).

Table 4: Means and Standard Deviations of Kidscreen (N= 160)

Subscales of Kidscreen	Mean	SD
1. Physical well being	11.03	3.38
2. Psychological well being	13.77	5.08
3. Moods and emotions	12.53	6.32
4. Self perception	7.28	3.83
5. Autonomy	9.56	4.46
6. Parent relations and home life	14.75	5.42
7. Financial resources	5.45	3.24
8. Peers and social support	12.63	6.23
9. School environment	13.79	5.30
10 Social acceptance (Bullying)	2.26	2.81

Differences in quality of life and socioeconomic variables

In order to find the differences in quality of life subscales and other socioeconomic characteristics one Way ANOVA was performed in which number of siblings, monthly income, and place of residence as dependent variable and quality of life subscales as independent variables.

Family monthly income and quality of life

Post hoc test showed that there were statistically significant differences in about self toward children from high income (701 US $ and above) (F=2.995, p =0.05), family and home life toward children coming from families with 351-700 US $ (F = 4.3, p =0.01) , and money matters toward children coming from families with more than 701 US $ monthly income (F= 5.28 , p = 0.006).

Table 5: One way ANOVA of family monthly income and quality of life

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1. Physical Activities and Health	Between Groups	18.423	2	9.212	.804	.449
	Within Groups	1798.420	157	11.455		
	Total	1816.844	159			
2. Feelings	Between Groups	55.774	2	27.887	1.084	.341
	Within Groups	4040.670	157	25.737		
	Total	4096.444	159			
3. General Mood	Between Groups	69.336	2	34.668	.866	.422
	Within Groups	6282.508	157	40.016		
	Total	6351.844	159			
4. About Yourself	Between Groups	85.632	2	42.816	2.995	.053
	Within Groups	2244.712	157	14.298		
	Total	2330.344	159			
5. Free Time	Between Groups	103.936	2	51.968	2.665	.073

	Within Groups	3061.558	157	19.500		
	Total	3165.494	159			
6. Family and Home Life	Between Groups	246.855	2	123.428	4.379	.014
	Within Groups	4425.145	157	28.186		
	Total	4672.000	159			
7. Money Matters	Between Groups	105.357	2	52.679	5.280	.006
	Within Groups	1566.243	157	9.976		
	Total	1671.600	159			
8. Friends	Between Groups	194.256	2	97.128	2.555	.081
	Within Groups	5969.244	157	38.021		
	Total	6163.500	159			
9. School and Learning	Between Groups	17.346	2	8.673	.306	.737
	Within Groups	4449.429	157	28.340		
	Total	4466.775	159			
10. Bullying	Between Groups	15.804	2	7.902	1.003	.369
	Within Groups	1236.690	157	7.877		
	Total	1252.494	159			

Place of residence and quality of life

Also, there were statistically significant differences in physical activities and health of children from cities (F=11.37. , p =0.0001), feelings toward children coming from cities (F = 5.68, p =0.04), free time toward children from cities (F= 8.72 , p = 0.001), family and home life toward children from cities (F = 12.11, p =0.001), money matters toward children from cities (F = 4.04, p =0.01), friends toward children from cities (F = 3.75, p =0.03), and school and learning from children from cities (F = 3.57, p =0.03).

Table 7: One way ANOVA of place of residence and quality of life

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1. Physical Activities and Health	Between Groups	229.978	2	114.989	11.377	.000
	Within Groups	1586.866	157	10.107		
	Total	1816.84	159			
2. Feelings	Between Groups	276.814	2	138.407	5.689	.004
	Within Groups	3819.630	157	24.329		
	Total	4096.44	159			
3. General Mood	Between Groups	98.691	2	49.345	1.239	.293
	Within Groups	6253.153	157	39.829		
	Total	6351.84	159			
4. About Yourself	Between Groups	59.812	2	29.906	2.068	.130
	Within Groups	2270.532	157	14.462		
	Total	2330.344	159			
5. Free Time	Between Groups	316.560	2	158.280	8.723	.000
	Within Groups	2848.934	157	18.146		
	Total	3165.494	159			
6. Family and Home Life	Between Groups	624.622	2	312.311	12.115	.000
	Within Groups	4047.378	157	25.779		
	Total	4672.000	159			
7. Money Matters	Between Groups	81.935	2	40.968	4.046	.019
	Within Groups	1589.665	157	10.125		
	Total	1671.600	159			
8. Friends	Between Groups	782.443	2	391.222	11.414	.000
	Within Groups	5381.057	157	34.274		
	Total	6163.500	159			
9. School and Learning	Between Groups	194.525	2	97.262	3.574	.030
	Within Groups	4272.250	157	27.212		
	Total	4466.775	159			
10. Bullying	Between Groups	1.449	2	.724	.091	.913
	Within Groups	1251.045	157	7.968		
	Total	1252.494	159			

Correlation between siege and quality of life (Kidscreen)

In order to find the association between the total siege items and children wellbeing total screen and subscales. There was positive correlation between total siege and general mood (r = 0.39, p< 0.001), about self (r = 0.33, p< 0.001), and bullying (r = 0.21, p< 0.001).

Table 8: Correlation matrix between siege items and quality of life

	Siege of
1. Physical well being	0.09
2. Psychological well being	0.02
3. Moods and emotions	0.39**
4. Self perception	0.33**
5. Autonomy	0.11
6. Parent relations and home	-0.14
7. Financial resources	-0.17
8. Peers and social support	-0.08
9. School environment	-0.08
10. Social acceptance (Bullying)	0.21**

p< 0.05, ** p<0.01, ***p <0.001

Determinants of total siege and children well-being

In order to find out the predictive effect of siege on children well-being, total siege was entered as dependent variable in a multiple regression model, with means of KidScreen scores as the independent variables. The results showed that the total siege scores was predicted by general mood (B= .30, p< 0.001), self perception (B=.24 p< 0.01), and negatively predicted by financial resources (B=-.28, p< 0.03). This means that siege lead to increase in mood and emotional problems and self esteem while financial resourced decreased.

Table 9: Linear Regression analysis of siege scores and Kidscreen

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	5.583	1.061		5.264	.000
1. Physical well-being	.091	.076	.107	1.207	.229
2. Psychological well- being	-.027	.058	-.047	-.459	.647
3. Moods and emotions	.137	.041	.303	3.363	.001
4. Self perception	.182	.070	.242	2.604	.010
5. Autonomy	.114	.065	.177	1.747	.083
6. Parent relations and home life	-.002	.057	-.005	-.043	.965
7. Financial resources	-.179	.084	-.202	-2.132	.035
8. Peers and social support	-.036	.046	-.078	-.780	.437
9. School environment	.013	.053	.025	.254	.800
10 Social acceptance (Bullying)	-.001	.090	-.001	-.015	.988

$F = 5.36$, $p < 0.05$, $R^2 = 0.26$

Discussion

This is the first study to evaluate the effect of siege on Palestinian children and adolescents quality of life in the Gaza Strip as part of third cohort study done in the Gaza Strip in which families were studied as a part of forming data base of the changes in the Palestinian families across the time (Thabet et al, 2009a, 2009b). In the last 6 decades, Palestinian children are victims of continuous trauma and war. Such experiences may lead to increase of mental health problems and deteriorate the children and adolescents physical and mental wellbeing. Previous studies in the area showed that the adults are suffering of psychological problems due to siege which continued for the last three years (Thabet et al, 2008a, 2008b). In this study similar to adult Palestinians in the Gaza Strip, children reported having learning problems due to shortage of electricity and teachers were unable to come to schools due to shortage of fuel, they felt as if they were in a big prison (79.9%), children quitted purchasing daily needs because prices are very high (79.3%), they were not able to go to school due to shortage of fuel and transportation (75%), and they cannot find some of the necessary things for continuing study such as books and stationary (68.5%). Such shortages due to siege have adverse impact on the entire life of Palestinian families and increase risk factors for children and adolescents that lead to physical and mental health problems. Such problems may increase state of anger and frustration and may increase violence tendency in children and adolescents. Studies of similar situation are very few and the recent history showed no similar type of collective punishment of one and half million persons in very tiny area.

Our study showed that the highest quality of life subscales reported by Palestinian children living in area of war and conflict and under siege for the last three years were parent relations and home life, psychological well being, and school environment. This was consistent with other studies which found that the most important objective indicators of quality of life in the education domain are access to educational services (Clifton *et al.*, 1996; Beukes & van der Colff, 1997). Mathiti et al (2006) in a study of the quality of life of 'street children' accommodated at three shelters in Pretoria found that two-thirds (68.8%) of the respondents had access to educational services. Lack of access to educational facilities or, where access had been gained, poor and substandard tuition, and lack of access to medical facilities and services were some of the factors that undermined the quality of life of street children. Amine et al (2009) in study of children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis showed that in general, children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis had a poorer health related quality of life. The most affected health concepts were psychosocial and motor function.

Conclusion

This study is one of few studies done to evaluate the impact of siege on Palestinian children quality of life. The findings that children depend on parent relations and home life, psychological well being, and school environment to overcome the adversities effect of siege. This highlight the need to involve parents in education programs to increase their awareness of children well-being and psychological needs in time of war and siege.

Also, involving the teachers in well organized courses in the field of child mental health, psychological well-being, coping with stress and siege. Also improving the school environment atmosphere and relationship between students in schools may improve psychological and physical well-being of children.

References

- Anderson, R, Aaronson, N., & Wilkin, D. (1993). Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life, Res*, 2(6) 369-395.

- Bisegger, C, Cloetta, B., von Rüden, U., Abel, T., Ravens-Sieberer, U. (2005). The European KIDSCREEN Group: Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Praventivmed,* 50, 281-291.

- Beukes, E. & van der Colff, A. (1997) Aspects of the quality of life in black townships in a South African city: implications for human development, *Social Indicators Research,* 41, 229–250.

- Amine, B., Rostom, S., Benbouazza, K., Abouqal, R., & Hajjaj-Hassouni, N.(2009). Health related quality of life survey about children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis. Rheumatol International, 29, 275–279

- Clifton, R. A., Etcheverry, E., Hasinoff, S. & Roberts, L. W. (1996) Measuring the cognitive domains of the quality of life of university students, *Social Indicators Research,* 38, 29–52.

- Davis, E. (2007). Parent-proxy and child self-reported health-related quality of life: using qualitative methods to explain the discordance. *Quality of Life Research*, 16 (5), 863-871.

- Evans, D.R. (1994). Enhancing Quality of Life in the Population at Large. *Social Indicators Research*, 33, 47-88.

- Fayes, P.M., & Machin, D. (2000). *Quality of life: Assessment, analysis, and interpretation* New York: Wiley.

- Jenney, M.E, & Campbell, S.(1997). Measuring quality of life. *Archives of Diseases of Children,* **77,** 347-354.

- Mathiti, V. (2006). 'The quality of life of 'street children' accommodated at three shelters in Pretoria: an exploratory study'. *Early Child Development and Care,176*, 253- 269.

- Ravens-Sieberer U, & Bullinger M. (1989). Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of Life Research,* **7**, 399-407.

- Solans, M., Pane, S., Estrada, M.D., Serra-Sutton, V., Berra, S, Herdman M, Alonso, J., & Rajmil, L. (2007). Health-Related Quality of Life Measurement in Children and Adolescents: A Systematic Review of Generic and Disease-Specific Instruments. *Value Health.*

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2008a), "Siege and Quality of Life of Palestinians in the Gaza Strip", *Arabpsynet E.Journal,* Vol. 20, pp. 157-164.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2008b), "The Relationship Between Siege Of Gaza Strip, Anger, and Psychological Symptoms, *Arabpsynet E.Journal,* Vol. 20, pp. 174-184.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009a), Palestinian children perception of parenting behaviour in relationship to children mental health problems *Arabpsynet E.Journal,* Vol. 21,22 , pp. 77-83.

- Thabet, A.A., Abu Tawahina., A., El Sarraj, E., Vostanis, P. (2009b), Marital satisfaction and mental health of Palestinians in the Gaza Strip *Arabpsynet E.Journal,* Vol. 21,22 , pp. 84-89.

- The KIDSCREEN Group Europe. (2006). *The KIDSCREEN Questionnaires –Quality of Life questionnaires for children and adolescents. Handbook* Lengerich: Pabst Science Publishers.

- von Rüden U: Lebensqualitt als Outcomekriterium in den Gesundheitswissenschafen. Ein Beitrag zur Fragebogenent wicklung für Kinder und Jugendliche in Deutschland [Quality of Life as an outcome criterion in health sciences. (2007). A contribution for the development of questionnaires in children and adolescents in Germany]. In *PhD thesis* Institut für Gesundheits wissenschaften [Institute of Health Sciences], Technische University Berlin.

- WHO Quality of Life Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.

Arabpsynet Books

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Ar.htm
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.htm
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-books.Fr.htm

Psychiatric Disorders Among Children Attending Children Cancer Department in Gaza Strip

Mansour, Mona, A, BA, MCMH - Head of Nurse Department- Gaza Psychiatric Hospital
Abdel Aziz Mousa Thabet, - Associate Professor of Psychiatry - School of Public Health- Al Quds University
Panos Vostanis - Professor of Child and Adolescent Psychiatry -University of Leicester, UK

abdelazizt@hotmail.com - thabet@gcmhp.net

Abstract

Aim: The main goal of this study was to clarify the prevalence of psychiatric disorders among cancer children attending pediatric hospital in the age group from 6-12 years in the oncology department of El-Nasser Hospital.

Method: The study sample consisted of 50 children, 92% of them had Leukemia compared to a control sample of 52 children treated in the hospital for other medical reasons rather than cancer and had no previous mental health disorder or mental retardation. These psychiatric disorders include anxiety, depression and post traumatic stress disorder.

Data was collected by using questionnaire consisted of a number of scales and divided into four parts, the first part contains the demographic data, the second part contains child post traumatic stress disorder scale CPTSD, the third part contains Children Depression Inventory scale CDI, and the fourth part contains Revised Children Manifest Anxiety Scale RCMAS and all these scales were applied on the study sample.

Results: The study showed that most of cancer children 38% live in refugee camps, while 30% of them live in city and 32 % live in the village.

The results of the study show that 56% of cancer children compared by 11.54% of the children in the control group had anxiety disorder, and 64% of cancer children compared with 27% of the children in the control group had moderate to severe depression and 58% of the cancer children compared to 19.2% of the control group had PTSD. The children diagnosed with cancer had more statistically significant differences in anxiety depression PTSD than other control group.

There were no statistically significant difference in the type of residence for anxiety and PTSD variables, but depression was highly rate in children with cancer who live in the city than in village and camps. and there no were statistically significant differences between cancer children and children in the control group in the number of siblings. According to gender, both males and females are affected by psychiatric disorders. The study also shows that the children of cancer live in low socio-economic status as social income than those in the control group. This study can be generalized for other cancer children in Gaza Strip. The researcher recommended that educational, recreational and psychological programs would be developed to decrease the suffering of cancer children and their families. This can be achieved by integrated mental health team from psychiatrists, psychiatric nurse's, psychologists, and social workers to establish individual psychotherapy, group therapy, social programs to cooperative with patients in hospital or home and Prepare education program for family to increase knowledge to support the children with cancer and their families. The researcher also recommended conducting longitudinal study to follow up the psychiatric disorders for children with cancer and their families.

ملخص الدراسة

الهدف الرئيسي: هدفت الدراسة إلي معرفة نسبة انتشار الاضطرابات النفسية بين مرضى أطفال السرطان من الفئة العمرية 6-12 سنة في قسم الأورام بمستشفي النصر للأطفال وتشمل القلق والاكتئاب والاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بأطفال آخرين مصابين بأمراض أخرى ليس لها علاقة بمرض السرطان.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 50 طفل وطفلة مصابون بمرض السرطان وعينة ضابطة 52 من الأطفال الذين يترددون علي المستشفي بشرط أن لا يكون الطفل قد أصيب بأي نوع من أنواع السرطان وليس لديه مرض نفسي أو تخلف عقلي.

جمع البيانات : قد تم جمع البيانات الخاصة بالبحث عن طريق تصميم استبانه باستخدام عدد من المقاييس وتشمل أربعة أجزاء , الجزء الأول يتعلق بالعوامل الديموغرافية, والجزء الثاني مقياس كرب ما بعد الصدمة النفسية للأطفال "PTSD" , ومقياس الاكتئاب CDI ومقياس القلق RCMAS

نتائج الدراسة: تبين من الدراسة أن 30% من الأطفال المصابين بالسرطان يسكنون في المدينة ,و38% منهم يسكنون المخيمات؛ وبينما المرضي الذين يسكنون القرى 32% .

أما بالنسبة لنوع الإقامة فلا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المصابين بالسرطان والعينة الضابطة لاضطراب القلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة إلا أن مرض الاكتئاب أوجد دلالة إحصائية أكثر لأطفال السرطان الذين يسكنون المدينة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن 56% من الحالات المصابة بالسرطان مقارنة 11.54% من الحالات الغير مصابة لديهم قلق نفسي , وقد تبين أيضا أن 64% من الحالات المصابة بالسرطان مقارنة 27% من الحالات الغير مصابة لديهم اكتئاب نفسي ما بين متوسط وشديد , وان 58 % من الحالات المصابة مقارنة 19.2 %من الحالات الغير مصابة لديهم اضطراب ما بعد الصدمة.

هناك دلالة إحصائية أن الأطفال الذين يعانون من مرض السرطان يعانون من اضطرابات نفسية أكثر من غيرهم من الأطفال في المجموعة الضابطة.

بينما كان معدل المرضي المصابين بمرض اللوكيميا يمثل نسبة 92% من مجموع الحالات المصابين بمرض السرطان وأن نسبة الشفاء من مرض السرطان للأطفال يمثل 90% من مجموع الحالات المصابة.

وقد وجدت الدراسة أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السرطان والمرضى الغير مصابين بالسرطان من حيث عدد الأخوة , أي أن جميع المرضى يتأثرون بالاضطرابات النفسية بنفس القدر إذا كان عدد الأخوة كثيراً أو قليلاً.

ولم تجد الدراسة أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنس حيث أن الأطفال سواء كانوا ذكورا أم إناثا فأنهم يتأثروا بالاضطرابات النفسية بنفس القدر سوءاً كانوا من الأطفال المصابين بالسرطان أو العينة الضابطة. كما أظهرت الدراسة أيضا أن مستوي الدخل الاقتصادي والاجتماعي اقل في مرضى السرطان مقارنة بالعينة الضابطة.

إلا أنه يمكن تعميم هذه الدراسة علي أطفال السرطان في قطاع غزة حيث تم جمع العينة من كل الأطفال الموجودين في قسم الأورام في مستشفى الأطفال. كما أوصت الباحثة بعدة اقتراحات والتي توصي بعمل برامج خاصة تثقيفية نفسية وبرامج ترفيهية لتخفيف الآلام لدي مرضى السرطان عن طريق إنشاء فريق نفسي متكامل من أطباء وتمريض وأخصائيي نفسي وأخصائيي اجتماعي لتقديم الخدمات النفسية لأطفال السرطان وذلك بإنشاء ودعم برامج توعية تعليمية نفسية بإنشاء مجموعات علاجية وبرامج تثقيفية لعائلات المرضى حتى يسهل التعامل مع المريض ومعرفة طبيعة مرضه ومساعدته , سوء في المستشفي أو البيت وذلك للتدعيم النفسي للأطفال المصابين بالسرطان وكذلك عائلتهم. كما أوصت الباحثة بعمل دراسة طولية تتبعيه لمعرفة حجم المشاكل النفسية لدي أطفال السرطان وعلي أمهات المرضى أيضا الذين يعانون بصورة كبيرة.

Introduction

The incidence of cancer in children is lower than that in adults. It is estimated that the overall incidence in children below 14 years was 14.8 per 100 000 of child population for the year 2004 in the USA (Miller et al. 1995; SEER 2007). Malignant neoplasm was the leading cause of death for 30 child aged 0-18 years in 2003, 15 child aged from 0-4 years and 15 child aged from 5-18 years old (MoH, 2004).

Most of children with cancer are passing periods of anxiety and depression during the course of their illness. For many children, anxiety symptoms are related to procedures during the illness period such as receiving chemotherapy. A child may appear depressed during acute exacerbation of the disease. He may feel better when there is physical improvement. Children may also be depressed during staying at the hospital due to missing regular daily activities or not seeing friends (Selter, 1990). Others found that children with cancer did not have higher depression scores than did their healthy peers (Matziou et al, 2008).

Studies showed that children with other medical conditions are showing a degree of mental health problems (Thabet et al, 2005). Ortage, et al (2002) examined the associations between psychiatric disorders and both childhood asthma and other childhood chronic illnesses. The results showed that having a history of asthma was associated with anxiety disorder. Having a chronic illness other than asthma or cancer was associated with affective disorder and dysthymia but not anxiety disorder. Children with a history of asthma were more likely to have anxiety disorder, simple phobia, separation anxiety, and overanxious disorder than children without a history of asthma and no differences by history of asthma were found for affective disorder or disruptive disorders (Mcquaid et al., 2000; Perrin et al., 1992) and psychiatric disorders (Bryant and Panasetis, 2001).

The aim of the study was to compare the prevalence of psychiatric disorders such as anxiety, depression, and PTSD among cancer children with other children attending oncology department in pediatric hospital.

Methodology

Subjects

We selected 57 children with caner aged 6–12 years from oncology department at El Nasser pediatric hospital in Gaza city. We could not contact seven children because of difficulty in contacting the families. The local research ethics committee approved the study. We selected a control group of 52 children matched for age (6-12 years) and sex from the same pediatric hospital coming for treatment of other medical conditions rather than malignancy.

Study setting

Health services for cancer children in Gaza Strip are provided by El Nasser pediatric hospital and Gaza European hospital.

Measures and procedures

Before we started data collection, official letters from the authorities concerning such studies were issued. Participants received complete oral written explanation about the objectives of study and the time for the interview. A written consent form was signed by parents of the children.

Children sociodemographic and medical information were gathered from parents including parental education, job, and income. Children were interviewed inside the hospital team consisted of 4 people including researcher and other one psychologist and other 2 psychiatric stuff nurse. We ensured participants about the privacy and confidentiality of the information. Each interview took 20-25 minutes. There were some difficulties facing the researcher, which some of children with cancer were going under painful procedures and it was difficult to communicate with them. Data collection was conducted in the period from June 2006 to October 2006.

Instruments of the study

Research instrument have two parts:

(1) Questionnaire of socio-demographic and economics, include age, sex family income, and educational level.

(2) Instruments used depression, anxiety, and PTSD scale.

Posttraumatic Stress Disorder Scale (DSM-V, 1994)

A standardized 17 items, self report measure designed to assess posttraumatic stress disorder of children of 6-12 years following exposure to a threatening illness and cancer as a traumatic event. It includes three subscales. Intrusion (0-4 items), Avoidance (5-11 items), items and Hyper arousal (11-16 items), the scale has been found to detecting the likelihood of PTSD. The CPTSD used in this study was based on DSM criteria and has already been validated in the Arab culture (Thabet and Vostains, 2004).

Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS), Reynolds and Richmond , 1997)

The anxiety scale is a standardized 37-item, self-report questionnaire for children of 6-19 years of age. It measures the presence or absence of anxiety-related symptoms (Yes, or no answers) in 28 anxiety items and 9 lie items, factor analysis of the items has identified three factors, physiological, worry over sensitivity and concentration. A cut-off 19 of total score to become 28 items has been found to predict the presence of anxiety disorder (Thabet, and Vostains, 1998).

Children Depression Inventory (CDI)(Gareeb, 2000)

The CDI is a standardized self-report questionnaire of depressive symptomatology (Gareeb, 2000). This has been developed for children and young people of 6-17 years old. The CDI include (27 items), each scored on a 0-2 scale (from not diseased to sever) for the previous 2 weeks. The total score ranges between 0-54, and the score of above 19 has been found to indicate the Likelihood of a depressive disorder.

Statistical analysis

Statistical analyses were performed using SPSS for Windows, Version 10.0 (SPSS, Chicago, Ill). Individual variables were examined by percentage, mean, and standard Differences between the children with cancer and control groups in psychiatric disorders was assessed using t independent test. Statistical relationship between the variables were assessed using P value were calculated for the ordinal level measures ($p<0.05$).

Results

Sociodemographic characteristics of the study sample.

As shown in table 1, the total number of children with caner was 50 children, 48% were boys and 52% were girls. While control group children were 52 children, 50% were boys and 50% were girls.

Table 1 : Sociodemographic characteristics of the study sample

	Cancer cases		Control	
	No	%	No	%
Sex				
Male	24	48	26	50
Female	26	52	26	50
Age				
6-9 years	22	44	25	48.08
9 to 12 years	28	56	27	51.92
Place of residence				
City	15	30	19	36.54
Refugee camp	19	38	11	21.15
Village	16	32	22	42.31
Siblings				
more than 8 siblings	15	30	15	28.85
5-7 siblings	23	46	24	46.15
less than 4 sibling	12	24	13	25.00
Family monthly income				
Less than 275 $	28	56	22	42.31
From 276-570	14	28	16	30.76
From 571-860	8	16	6	11.54
More than 860	0	0	8	15.38
Father education				
Elementary	2	4	1	1.92
Primary	14	28	5	9.62
Secondary	22	44	13	25.00
Diploma	8	16	12	23.08
University degree	4	8	15	28.85
High education	0	0	6	11.54
Mother education				
Elementary	4	8	1	1.92
Primary	10	20	12	23.08

Secondary	21	42	17	32.69
Diploma	11	22	14	26.92
University degree	2	4	8	15.38
High education	2	4	0	0.00
Father job				
Unemployed	12	24	6	11.54
simple worker	15	30	8	15.38
professional worker	14	28	11	21.15
civil employee	8	16	24	46.15
farmer	1	2	3	5.77
Mother job				
House wife	48	96	34	65.38
Farmer	2	4	6	11.54
Employee	0	0	12	23.70

Diagnosis of cancer in children

As shown in table 2, 37 cases were diagnosed as acute lymphoblastic leukemia (74%), 9 cases were diagnosed as acute myeloid leukemia (18%), and the remaining were Hodgkin's, brain tumor, and lymphoma. According to period of treatment**,** 3 of cancer children treated since 3 months, (6%), 15 cases treated from 3-6 months (30%), 15 cases from 6-12 months (30%), 15 cases treated from one-two years (30%) and the lower cases are treated more than 2 years represent (4%). As shown in table 2 most of cases treated by chemotherapy, 48 children with cancer represent (96%), and by bone marrow transplantation and radiation therapy 2 cases represent (4%).

Table 2: Diagnosis of cancer in children

Diagnosis	No.	%
Acute lymphatic Leukemia	37	74
Acute myeloid leukemia	9	18
Hodgkin's	1	2
Brain tumor	1	2
Lymphoma without Hodgkin's	2	4
Date of exploration		
3 months	3	6
From 3-6 months	15	30
from 6- 12 months	15	30
one - two years	15	30
more than two years	2	4
Types of therapy of		
Chemotherapy	48	96
Radiation therapy	2	4

Psychiatric problems in children

In order to find the differences between the two groups in psychiatric problems, t independent test was performed. The results showed that children with cancer reported more anxiety than the control group (mean = 19.98 vs 9.3). The differences reached statistically significant level toward children with cancer. The results showed that children with cancer depression scores mean was 26.92 and control mean depression scores was 24.31. No statistically significant differences between the two groups (t = 1.76, p= 0.08). Also, total scores of PTSD mean for children with cancer was 35.06 and for control was 32.79. No statistically significant differences in total PTSD scores between the two groups (t = 0.97, p = 0.34). Avoidance scores were more in control group mean =14.17 and children with cancer mean = 13.78. This difference did not reached statistically significant difference (t = -0.39, p = 0.7). Re-experiences scores mean for cancer children was 11.17 and for control was 8.82. There was statistically significant differences toward control group children (t = -3.50, p = 0.001)

Arousal scores were more in children with caner (mean = 11.56) compared to 8.35 in control group children. There were statistically significant differences between the two groups toward the children with caner (t = 3.58, p = 0.001).

Table 3: T independent test comparing cancer children and control according the anxiety, PTSD, reexperiences, avoidance, and arousal

		N	Mean	SD	t	p
Anxiety	**Cases**	**50**	**18.98**	**6.37**	**7.82**	**0.00**
	Control	52	9.31	6.12		
Depression	Cases	50	26.92	3.83	1.76	0.08
	Control	52	24.31	9.81		
PTSD	Cases	50	35.06	11.96	0.97	0.34
	Control	52	32.79	11.77		
Avoidance	Cases	50	13.78	5.09	-0.39	0.70
	Control	52	14.17	5.03		
Reexperiences	Cases	50	8.82	3.43	-3.50	0.00
	Control	52	11.17	3.36		
Arousal	Cases	50	11.56	4.56	3.58	0.00
	Control	52	8.35	4.50		

Discussion

This paper aimed to compare psychiatric disorders in children with cancer and control groups children. The results showed that depression scores in children with cancer did not differ from the control group. The results showed that children with cancer reported more anxiety than the control group. This is inconsistent with study of Radcliffe et all (1996) which found that children with brain tumors scored significantly below established norms on measures of anxiety and depression. Given the potential stressors associated with the cancer experience, there has been a burgeoning interest in understanding these counter-intuitive findings that children with cancer report few symptoms of distress. Several ideas have been proposed to explain the relatively low levels of depression, anxiety, and other emotional distress reported among caregivers and children with cancer. One speculation is that various aspects of the cancer experience provide protective influences in fostering hardiness and improved psychosocial outcome (Verrill et al, 2000). Another plausible hypothesis that has received empirical support is that children with cancer and their caregivers are prone to a repressive adaptational style. Other such as of Yeh and Wong (2004) found that children with cancer reported high rates of significant depression. The study of Sawyer, et al (1997) reported that depression in children with cancer were significantly higher than children in the community. It seems likely that depression reflected the impact of treatment, chemotherapy and other invasive medical procedures on the children with cancer. However, our result were in concordance with previous finding by Varni et al (2004) showing that higher pain intensity is associated with higher depression and anxiety symptoms among children with cancer as a comparative study with community children.

Our study found that children with cancer scores more in PTSD and avoidance, but no statistically significant differences in total PTSD scores between the two groups, re-experiences scores mean for cancer children was 11.17 and for control was 8.82. There were statistically significant differences toward control group children. Arousal scores were statistically significant toward the children with caner. This could be due to the political situation in the Gaza Strip in which non cancer children will stay more at home and will exposed to more

traumatic events than children with cancer staying at hospital for longer period of time protected by the medical teams and parents. This is inconsistent with other studies, Meesk et al (2001), found that children with cancer and survivors reported clinically significant levels with PTSD than the population, and the survivors with PTSD reported poor quality of life.. Yeh and Wong (2004) found that children with cancer have significant PTSD symptoms, including intrusion and avoidance which return to the high tendency of emotional and behavioral problems scores for pediatric oncology patients and suggested that they should receive psychological care.

Conclusion

This study aimed to study the rate of psychiatric disorders among children with cancer compared with case control group of children attending to pediatric oncology department aged 6-12 years old in Gaza strip and differences of these psychiatric disorders particularly anxiety, depression and PTSD to sex, number of sibling, type of residence, educational level, types of cancer, and socioeconomic factors. The study found that children with caner had more anxiety than the control group and also arousal was more in such children. The findings that there were no differences in PTSD and depression could be due to presence of other factors rather than being diagnosed as cancer is traumatic events such as poverty, abuse and neglect, family violence, cultural factors, and the bad socioeconomic situation of the families in the Gaza Strip.

The findings of this study concluded that we had to recommend the following : 1) Establish multidisplenary team, psychiatrist, psychiatric nurse, psychologist and social worker to promote psychological needs of children and palliative care treatment. 2) Developed the out patient clinic by computerized system for medical cancer index. 3) More psychological programs directed to the children with cancer especially during invasive chemotherapy and educating family about cancer. 4) Health care for children with cancer should include psychological services to prevent long-term psychiatric problems. 5) Enhancing community mental health programs for psychological support for children with cancer and their families especially their mothers through home visits and follow up.

References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder*, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Bryant, RA., Panasetis, P. (2001). Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Journal of Behavioral Research Therapy,* 39, 961–966.
- Gharib, A (1985). Arabic version of CDI. El Nahda El Masrya, Cairo.
- Jackson, J.L., Houston, J.S., Hanling, SR., Terhaar, K.A., & Yun, JS. (2001). Clinical predictors of mental disorders among medical outpatient, *Journal of Internal Medicine, Vol.* 161, 875–879.
- Matziou, V., Perdikaris, P., Galanis, P., Dousis, E., & Tzoumakas, K. (2008). Evaluating depression in a sample of children and adolescents with cancer in Greece. *International Nursing Review* 55, 314–319
- Mcquaid, E.L., Fritz, G.K., & Nassau, J.H. (2000). Stress and airway resistance in children with asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 49, 239–245.
- Meeske, K. A., Ruccione, K., Globe, D. R., & Stuber, M. L. (2001). Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. Oncology Nursing Forum, 28, 481– 489.
- Miller, R.W., Young, J.L. & Novakovic, B. (1995) Childhood cancer. *Cancer*, **75**, 395–405.
- Ministry of health (2004). The status in Palestine. Annual report, Palestine.
- Ministry of health (2005). The status in Palestine. Annual report, Palestine
- Ortage, AN., Huertas, S., Canino, G., Ramirez, R., & Stipec, MR. (2002). Childhood Asthma, Chronic Illness, and Psychiatric Disorders. *Journal of Nervous and mental disease,* Vol.190, 275–281.
- Perrin, J.M., MacLean, W.E., Gortmaker, S.L., & Asher, K.N. (1992). Improving the psychological status of children with asthma, a randomized controlled trial. *Journal of Development Behavior Pediatric* Vol.13, 241–247.
- Radcliffe, J., Bennet, D., Kazak, A. E., Foley, B., & Phillips, P. C. (1996). Adjustment in childhood brain tumor survival: Child, mother, and teacher report. *Journal of Pediatric Psychology, 21,* 529-539.
- Reynolds C, Richmond B. (1997). What I Think and Feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *J Abn Child Psychology* 25: 15-20.
- Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, I., Rice, M. (1997). childhood cancer, a two-year prospective study of the psychological Adjustment of children and parents, American *Academy of child and Adolescent psychiatry* Vol. 37,1736-1743.
- SEER (2007) *Age-adjusted SEER Cancer Incidence Rates 1975–2004*.
- Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/results_merged/ topic_ annulrates. pdf (accessed on 18 April 2007).
- Thabet, A., (1999). Vostanis, P., Post-traumatic Stress Reactions in children of War. *Journal of child Psychology and Psychiatry.*
- Thabet A A, & Vostanis P .(2005). Child mental health problems in the Gaza Strip. *Israel Journal of Psychiatry,* 42, 84-87.
- Varni, J.W., Blount, R.L., Waldron, S.A., & Smith, A.J. (1995). Management of pain and distress. *Handbook of pediatric psychology*. (2nded). New York. Guilford.
- Verrill, J. R., Schafer, J., Vannatta, K, & Noll, R. B. (2000). Aggression, antisocial behavior, and substance abuse in survivors of pediatric cancer: Possible protective effects of cancer and its treatment. *Journal of Pediatric Psychology, 25,* 493-502.
- Yeh, CH., and Wang, Y.F. (2004). Competent Emotional/Behavioral problems in Pediatric Oncology. *Nursing Journal of Taiwan Cancer*, vol. 27(5), 413-422.

الأطفـــــــال والكـــــــوارث: دليـــــــل الأطبـــــاء للرعايـــــــة الأوليـــــة

مصطفـــــى شكيـــب – علـــــم النفـــــس، المغـــــرب
chaqib@yahoo.fr

يحتاج الأطفال والأسر إلى خدمات هامة في أعقاب الكوارث،وذلك لما لهذه الكوارث من وقع مستمر على المدى البعيد..

في التجربة الأمريكية،لدى تنظيم الخدمات استجابة للآثار النفسية الكبيرة الناجمة عن الكوارث ، وفي التدخلات لصالح الأطفال كان التركيز يتم أساسا على النظام المدرسي.بل كان الطبيب الممارس غير معترف به في كثير من الأحيان، وغير مرغوب فيه إلى حد كبير.

يمثل هذا الكتيب محاولة لتقديم المعلومات للأطباء لاستكشاف الأدوار المتعددة في الاستجابة للكوارث والتعافي منها ، فضلا عن الوسائل الأفضل لتقييم وعلاج احتياجات مرضاهم.

آثار الكوارث الكبيرة تضع ضغطا كبيرا على كامل نسيج المجتمع وسكانه.

مقدم الرعاية الصحية في كثير من الأحيان قد يكون الضحية / الناجي و مصدرا للمساعدة.

والغرض من هذا الكتيب هو توفير الموارد لمساعدة الأطباء والمرضى ، ومجتمعاتهم المحلية بصورة أكثر فعالية في مواجهة هذه الأوقات الصعبة للغاية. .

المحتويـــــــات

مقدمة
1خصائص الكوارث
2آثار الكوارث
3ردود فعل الأطفال/المراهقين على الكوارث
4مشاكل نوعية وتوصيات
5توصيات عامة
6خارج العيادة:قضايا الإشراك المجتمعي
ملحق1:اختبار للمعلومات
ملحق2: مبادئ العمل السريري مع الأطفال المصدومين.إرشادات خاصة للوالدين، المعتنين، والمدرسين.
ملحق3: إرشادات للمدرسين لمساعدة الأطفال على التكيف والمعافاة.
ملحق4: الأطفال فاقدو ذويهم

مقدمـــة

كما في فلسطين،حيث يعاني السكان والأطفال من الاعتداءات العسكرية الدائمة التي تخلف القتلى والمصدومين،يعرف العالم أيضا أنواعا من الكوارث طبيعية وبشرية تخلف آلاف القتلى سنويا لتصبح محط اهتمام السلطات الرسمية هناك،وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية.

للكارثة تركة خطيرة فعلا، ولها وقع مادي وعاطفي واسع وعريض.الأطفال قد يشهدون الأعراض المتعلقة بالكارثة سواء في البيت أو في المدرسة.إنها عادة ردود فعل طبيعية تجاه وضعية غير طبيعية؛وبالتالي من المهم بالنسبة للطبيب التعرف على الأثر النفسي قصد دعم الطفل والأسرة.

يركز هذا الدليل على كيفية استعداد المعتني الصحي، تقييم ومعالجة الصغار في حدث الكارثة.وكرائد مجتمعي معترف به، قد يتم اللجوء إلى الطبيب للتكلف بحاجيات المجتمع في مثل هذه الحالات.وسيعمل الدليل على مساعدة الطبيب على القيام بهذا الدور.

1.خصائـــــص الكـــــوارث

بيـــن الطبيعـــي و البشـــــري

تُعَرَّف الكارثة عادة بأنها حدث:

1. يشمل تدمير الممتلكات.
2. يشمل الضرر و / أو وقوع خسائر في الأرواح.
3. يصيب عددا كبيرا من السكان ويشترك في محنته العديد من الأسر.

الكوارث التي هي من الأحداث التي تخرج عن إرادة وإمكانية التجربة الإنسانية الطبيعية، ومن منظور نفسي، فهي صادمة إلى حد إحداث الضغط الشديد على أي شخص، بغض النظر عن خبرته السابقة ونشاطه الوظيفي.كما أنه قد يكون لها أثر على عشرات الآلاف من الناس ممزقة مجتمعات بأسرها.

وعادة ما تصنف الكوارث حسب الأسباب الطبيعية إلى تلك التي يتسبب فيها الإنسان. ومن الأمثلة على الكوارث التي يسببها البشر وتشمل حوادث النقل الجماعي (الجوي ،السكك الحديدية ،السفن ، أو السيارات)،النيران ، نشر السموم البيئية ، الاضطرابات الأهلية ، الجريمة والإرهاب.

الكوارث الطبيعية تشمل أحداثا مثل الأعاصير، الزلازل، الأعاصير، الصواعق.

ويمكن أن يكون مصدرا للتدمير المجتمعي على نطاق واسع، موصفا بأنه مأساوي على المدى.

وفي بعض الأحيان تحدث كوارث بسبب مزيج من الطبيعة والتكنولوجيا، مثل تحطم طائرة نتيجة لسوء الأحوال الجوية.

وبما أنه لا يوجد أحد لإلقاء اللوم عليه في حال الكارثة الطبيعية ، فقد يوجه الضحايا غضبهم نحو ذواتهم ويشعرون بالذنب لعدم اتخاذ الاحتياطات اللازمة ، أو يمكن أن يعتقدوا أنها "مشيئة الله" وعقابه. وأمام عدم وجود احد لإلقاء اللوم عليه، فقد ينزل الضحايا غضبهم على المسعفين ، بمن فيهم مهنيي الرعاية الصحية.

أما الكوارث التي يسببها البشر فهي ترتبط بمستويات أعلى لاضطراب الشدة اللاحق للصدمة من الكوارث الطبيعية. على سبيل المثال، في كوارث النقل الجماعي، هناك القتلى، الإصابات الخطيرة والتشويه.لكن بعض الناجين يطورون رهابا لهذا النوع من النقل. في هذا النوع من الكوارث ، قد يشعر الضحايا بالغضب ويضعون اللوم على فرد أو مجموعة من الناس الذين يحملونهم مسؤولية الحدث.

أثناء الحرب عامل إجهاد آخر صادم للأطفال والأسر،والذي يمكن أن يؤدي بالطفل إلى تجربة وفاة شخص محبوب وفقدان المنازل والممتلكات ، والتهجير.

أثناء الحرب ، يشهد الأطفال غالبا أعمال العنف. العديد من المشاكل والانفعالات المتعلقة بالحرب التي على الأطفال والمراهقين التغلب عليها هي مماثلة لتلك التي يواجهونها في أعقاب الكوارث الطبيعية والكوارث التي يتسبب فيها الإنسان.

هذا الدليل هو موجه لمساعدة أطباء الرعاية الأولية في الاستجابة لأنواع الكوارث الطبيعية والكوارث التي يتسبب فيها الإنسان الأكثر شيوعا. أنواع أخرى من الصدمات يمكن أيضا أن يكون لها أثر مماثل على الأطفال والأسر، ولكن خارج نطاق هذا الدليل. على سبيل المثال ، من ضحايا الاعتداء الأخلاقي على الأطفال والأطفال الذين يتعرضون لحادث سيارة قد يظهرون تحديات مماثلة.

مراحـــــــل الكـــــــوارث

مراحل كل كارثة ، سواء التي يتسبب فيها الإنسان أو الطبيعية ، كما درسها المعهد الوطني للصحة النفسية–الأمريكي ،يمكن إدراجها على النحو التالي :

1. ظروف المجتمع، الأسرة والفرد **لما قبل الكارثة.**
2. **التحذير** من الكارثة الوشيكة التي تقدمها وسائل الإعلام أو الأرصاد الجوية.
3. **تهديد** الكارثة، الذي سبق مباشرة التأثير الفعلي.
4. المرحلة الفورية **لما بعد الكارثة،** عندما يشرع الناجون في جرد الأحداث.
5. **مرحلة الإنقاذ،** التي ينضم خلالها الناجون وعمال الطوارئ لإنقاذ أولئك المتضررين من الكارثة.
6. المعالجة التي تقوم بها المؤسسات الصحية والحكومية والتأمينات.
7. فترة **الاسترداد–المعافاة،** حيث يعاد بناء الهياكل المادية، و يبدأ الأفراد و الأسر في التكيف لمواجهة الموقف.

2.آثـــــــار الكـــــــوارث

آثـــــار الكارثـــــة على المجتمـــــع

إذ أن الأطفال لا يعيشون في فراغ ، من المهم اعتبار الآثار المترتبة للكارثة
على محيطهم والمساعدين ، المجتمع ، الأسرة ، الطبيب المسعف، وكيف يمكن أن ينعكس ذلك على الأطفال. وتختلف كل كارثة في آثارها تبعا لنطاقها ، شدتها ، وخصائص المجتمع القبلية للكارثة ،الأسرة ، والشخصيات الفردية.

تكون آثار الكارثة على المجتمع في كثير من الأحيان على نطاق واسع ، وتشمل ما يلي :

تدمير البنيات التحتية .

عدم وجود الكهرباء ، الصرف الصحي ومياه الشرب .

تدمير الاتصال المادي مع العالم الخارجي (مثل الطرق ، الهواتف ، و الجسور) .

تبديد تماسك المجتمع بسبب الموت والإصابة .

احتمال التكرار .

آثـــــار الكارثـــــة على الأطفـــــال وأسرهـــــم

الآثار المحتملة للكارثة على الأسرة متنوعة ومهمة للغاية للطفل.

وتشمل الأحداث التالية:

الوفاة أو الإصابة الجسدية لأفراد الأسرة ؛

فقدان الأسرة أو المسكن أو الممتلكات ؛

الانتقال (تغير المدرسة) ؛

فقدان الوظيفة ،

الخلل الوظيفي أو الأسري

يجب على الطبيب المسعف أن ينظر في الصدمات الجسدية على الطفل والأسرة قبل الآثار العاطفية. ومع ذلك، من المهم أن يسمح الطبيب – كشخص موثوق– لقريب الطفل بالاهتمام باحتياجاته الخاصة بحيث قد يساعد الطفل على التكيف بشكل أفضل. (مماثلة– في حالات طوارئ رحلة طائرة– بوضع قريب الطفل.. قناع الأكسجين أولا ، وبعد ذلك يضع الطفل القناع).

ويمكن أن يشمل ذلك توجيه القريب للاستشارة النفسية.

من المهم أن نتذكر، أن للأطفال والأسر، في معظم الحالات،رد فعل طبيعي تجاه حالة غير طبيعية. وأنه غالبا ما يكون من الأسهل للآباء أن

يلتمسوا العلاج للطفل قبل طلب العلاج لأنفسهم ، ولكن في بعض الأحيان سيقدم أحد الوالدين طفلا ذو أعراض كوسيلة لعرض أعراضه ذاتها.

للعلم،التوافق الوالدي اتجاه الكارثة هو عامل هام في عملية توافق الطفل. فإذا كان هناك في السابق نزاعات عائلية أو تاريخ مرضي نفسي، فإن هذا قد يعوق التكيف مع تغيرات الحياة الناتجة عن وقوع الكارثة. العنف المنزلي أو استهلاك احد الوالدين للكحول أو المخدرات قد يزيد بشدة من إعاقة عملية معافاة الأسرة. فإذا كان الأب يعتمد بشكل كبير على الطفل من اجل الدعم، أو بدلا من ذلك، مفرط الحماية للطفل، فان حل الطفل لآثار الكارثة قد يتأخر.

رد فعل الأب على سلوك الطفل أمر هام أيضا. والاستجابة الأسرية اتجاه الكارثة مرتبطة جيدا باستجابة الطفل. قد يكون الآباء جد مضطربين إلى حد عدم إدراكهم لمتاعب الطفل.

عوامـــــل التهديـــــد السابقـــــة

من الهام فهم عوامل التهديد السابقة في حياة الطفل أو المراهق، وذلك من اجل تقييم لآثار الكوارث. على سبيل المثال ، قد تكون هناك إعاقات بدنية سابقة أو تاريخ مرضي نفسي لدى الطفل أو أحد أفراد الأسرة.

في الأسر المختلة، قد يكون هناك نزوعا متزايدا نحو تعاطي الكحول أو المخدرات الأخرى. الأطفال المتاخرو النمو أو ذوي الإعاقة الجسدية قد يحتاجون إلى رعاية إضافية بسبب انقطاع رعايتهم ، فقدان المرافق (مثل مباني ولوج المعوقين) أو تدهور حالتهم تبعا للكارثة. هؤلاء الأطفال والأسر ينبغي أن يكونون هدفا نوعيا للاهتمام بعد وقوع الكارثة ، وكذلك في التخطيط قبل الكارثي ، للتأكد من إتاحة المرافق والمعدات .

إن تواجدت أية مشاكل صحية عقلية أو بدنية ، فمن المرجح أن تزيد الكارثة من تفاقمها،لذا ينبغي أن يحال الأطفال الذين يعانون من هذه المشاكل إلى مختصيهم السابقين من اجل مساعدة محددة.

الأسر التي يولد لديها طفل في وقت وقوع الكارثة أو الذين هم في المراحل الأولى من التمريض والتعلق الامومي ، قد تكون مجموعة أخرى تحتاج إلى عناية خاصة.

قد تحتاج الأم النفساء إلى دعم و تعليم إضافي من اجل تقدير وتقليل أثر المجهدات الإضافية ، وكذلك تقديم المساعدة العملية للحصول على الغذاء السليم ، المياه ، الحليب واللوازم.

الآثـــــار على طبيـــــب الرعايـــــة الأوليـــــة

طبيب الرعاية الأولية يمكن أن يكون أحد المصادر الرئيسية للمعلومات والدعم للطفل والأسرة والمجتمع قبل ، أثناء ، وبعد وقوع الكارثة. ويمكن إجمالها فيما يلي:

- تعليم تقنيات طب الأطفال في حالات الطوارئ للممرضات وفنيي الطوارئ الطبية وغيرهم من المهنيين العاملين في مجال الصحة ، (مثل الحفاظات ، مناديل التنظيف للطفل ، السوائل الوريدية ، محاليل فميه..)
- يأمر بلوازم طب الأطفال لأقسام الطوارئ ،سيارات الإسعاف و ملاجئ الإخلاء.
- مساعدة الأسر على وضع خطط للكوارث .
- مساعدة العاملين في المجال الطبي في عملية الفرز .
- التعامل مع تلك الجروح الطفيفة وتقرير من الذين يحتاجون إلى الاستشفاء .
- أن يكون متاحا للوالدين
- تعليم الآباء والأمهات عن السلوكيات الشائعة التي يُظهرها الأطفال أو المراهقون. توفير الإحالات للأسر التي لديها أطفال يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية .
- التشاور مع المدارس .
- تحديد العلامات النفسية أو البدنية للإجهاد لدى الأطفال ،المراهقين و الأسر .

مع كل هذه المسؤوليات ، قد يكون أيضا على طبيب الرعاية الصحية الأولية في المجتمع التعامل مع الخسائر والمشاكل الشخصية. هذا الدور/النزاع يشكل عبئا مزدوجا و لا ينبغي تجاهله. والحاجة لعلاج المزيد من المرضى بعدد أقل من اللوازم و في ظروف أقل من الظروف الطبيعية للعلاج قد يعود سلبا على المعتنين. وبالإضافة إلى ذلك، إذا ما تضرر مكتب الطبيب أو دمر في الكارثة، إعادة بناء البنيات والممارسة يشكل ضرورة.

التعامل مع وفاة أحد المرضى قد يكون في غاية الصعوبة. التحدث مع الأطباء الآخرين حول تجاربهم المشتركة قد يكون مفيدا. جماعات الدعم للأطباء ومقدمي الرعاية الصحية، وأسرهم، هي أيضا كفيلة أيضا بالمساعدة في التغلب في أعقاب الكارثة.

من الناحية العملية، مع إغلاق المدارس بعد وقوع الكارثة، مقدمو الرعاية قد يحتاجون إلى مزيد من الرعاية للطفل. كما قد يكون من الضروري توفير مساكن مؤقتة للمهنيين العاملين في مجال الرعاية والمساعدين في مجال إعادة بناء المجتمع. ومع ذلك ينبغي على الطبيب تقييم باستمرار التوازن بين المطالب الشخصية والمهنية.

الاعتبـــــارات الثقافيـــــة، الدينيـــــة والعرقيـــــة

هناك القليل من البحث عن الوقع الفريد للكوارث على فئات محددة من الأطفال ثقافية أو عرقية ، ولكن هناك بعض الملاحظات التي تُظهر الاختلافات. الاتصال بقادة الجماعات الثقافية المختلفة في المجتمع أمر ضروري في جميع مراحل الكارثة. المعلومات عن الخدمات المتاحة ينبغي توفيرها بكل لغات ولهجات المجتمع.هذه المعلومات قد يكون توزيعها عن طريق المساجد وفئات المجتمع المحلي.

ولأن الدين والعبادات تعتبر مصدرا للكثير للراحة والاطمئنان في مواجهة الخسائر في الأرواح والممتلكات، وأسلوب الحياة في بعض الأحيان، من المهم أن تبقى المساجد ومرشديها في نشاط دائم لانتعاش واسترداد المجتمع أثناء وبعد وقوع الكارثة. الإحالة المتبادلة بين أطباء الرعاية الأولية والمرشدين الدينيين ينبغي إنشاؤها لمساعدة الأسر على المواجهة. والتكيف.

3.ردود فعـــــل الأطفـــــال والمراهقيـــــن علـــــى الكارثـــــة

مراحـــــل ردود الفعـــــل

تحدث **المرحلة الأولى** أثناء الكارثة وبعدها مباشرة مع ما يترتب على ذلك من مشاعر الخوف "، حالة من الصدمة ،" قلق حاد وحزن–حداد بعد الفقدان ، أو إسعاف الآخر إذا كانت الأسرة سليمة.

هناك قدر كبير من الإيثار قد يلاحظ لدى الأطفال لمساعدة أحد الأقرباء الأصغر سنا.

تحدث **المرحلة الثانية** لعدة أسابيع بعد وقوع الكارثة. وتشمل السلوكيات الشائعة كالتراجع إلى المستويات السابقة للنمو ومظاهر من الاختلال العاطفي ، مثل التعلق الأسري، تغيير في الشهية ، سلس البول ، الإمساك ، الصداع ، اضطراب النوم والتهيج.

أحاسيس الغضب من الفقدان ، الشعور بذنب الناجي،الإحساس بالغربة،اللامبالاة ، الاكتئاب ، والانسحاب قد تحدث أيضا

اضطرابات أخرى مثل،العداء والعنف تجاه الآخرين ، التشاؤم بشأن المستقبل ، والاضطراب اللاحق للصدمة ليست غير شائعة . هذه الأعراض هي ضمن التوقعات العادية، شريطة استمرارها لأسابيع قليلة فقط، ولكن إذا استمرت المتاعب الطبية إلى ما بعد ذلك، يحتاج الطفل إلى الإحالة إلى مهني الطب النفسي والصحة العقلية.

بعد وقوع الكارثة، فإن الطفل أو المراهق قد يكون له مشاعر قوية من خيبة الأمل أو السخط إذا حدث تأخير في إعادة بناء المنزل أو المدرسة. قد تظهر علامات الإجهاد اللاحق للصدمة على الأطفال، لكن القليل منهم سوف يستمر في تطوير اضطرابات نفسية حقيقية وواضحة.

مرحلة إعادة البناء هي المرحلة الأخيرة، وقد تستغرق عدة سنوات أو عقود من الزمن.إنها الأوقات التي تعمل فيها أفراد الأسرة بشكل فعال في إعادة بناء حياتهم، وينبغي على الطبيب أن يراقب ويكون متاحا لهذه الأسر. ومن المهم الإشارة إلى أن هذه المراحل لا تحدث دائما على نحو تراتبي وقد تتراجع الأطفال والأسر.

استجابـــــات الأطفـــــال والمراهقيـــــن حســـــب الســـــن

يعتمد رد فعل الطفل عموما على العوامل التالية :

- القرب من منطقة وقع الكارثة.
- الوعي بالكارثة.

الأضرار البدنية التي لحقت به .

مقدار العجز .

شهادته لإصابة أو وفاة احد أفراد العائلة أو الأصدقاء .

تصوره للتهديد أو الوجود الفعلي له .

مدة اختلال العيش اليومي .

فقدان الممتلكات الشخصية والأسرية.

ردود فعل الوالدين ومدى التمزق الأسري .

حالة الطفل ما قبل الصدمة .

احتمال التكرار .

تعتمد استجابة الطفل لحالات الكوارث على تصوره الذاتي للصدمة والذي بدوره يتأثر بنموه الذهني والبدني .

الخمس الردود الأولية التي تظهر على الأطفال هي نتيجة فقدان، التعرض للصدمات، وتعطل الروتين المعيشي :

1. زيادة الاعتماد على الوالدين.
2. رؤية الكوابيس.
3. التراجع في الانجازات المتعلقة بالنمو .
4. مخاوف محددة من ما يُذكّر بالكارثة، مثل صوت أزيز الطائرات في حالة قصف جوي-غزة مثلا-
5. عرض بعدي للكارثة عن طريق اللعب وإعادة التمثيل.

هذه الأعراض عادة ما تستمر لمدة حوالي شهر بعد وقوع الكارثة. إذا كانت هذه التصرفات لا تزال قائمة، قد يكون من المناسب الإحالة إلى الاستشارة.

الاستجابـــــات على الكارثـــــة قد تختلف أيضا بحسب الجنـــــس:

الأولاد

- يستغرقون وقتا أطول للتعافي .
- يظهرون سلوكيات أكثر عدوانية ، عنيفة و معادية للمجتمع .

البنـــــات

- يشعرون بالأسى أكثر.
- أكثر تعبيرا لفظيا عن المشاعر .
- يسالون أسئلة أكثر .
- لديهم المزيد من الأفكار المتكررة عن الكارثة.

الحـــــزن والفجيعـــــة

بعد وقوع الكارثة ، على الأطفال والمراهقين التعامل مع الفقدان ، وأعظمه ذلك الذي يتمثل في وفاة أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء. كما أن تدمير المنزل والمدرسة، وممتلكاتهم سوف يسبب للطفل الحزن والأسى، الذي ما هو إلا بحث عن معنى.

الأسى، والغضب ردود فعل طبيعية على الفقدان، وتجري على نحو مختلف مع كل طفل.

الأطفال الصغار ، والأطفال في سن التمدرس،والمراهقون قادرون على التعبير اللفظي على الحزن،ويجب تشجيعهم بقوة على القيام بذلك. شدة رد فعل الحزن عادة ما تكون في ذروتها فور وقوع الكارثة و تتراجع خلال الأسابيع القليلة القادمة.

إلا أنه ، في ذكرى هذا الحدث ، أو ذكرى ميلاد المتوفى العزيز أو الصديق قد يؤدي إلى الأعراض المتكررة للفقدان ، ولكن إلى حد أقل. أما إذا كان الطفل لا يعبر عن مشاعر الحزن أو ينكر الشعور بالفقدان ، أو في حالة امتد الأسى لفترات طويلة ،فمن المستصوب الإحالة إلى مهني الصحة النفسية.

وجود أو غياب الدعم العاطفي التي تقدمها الأسرة والمجتمع اتجاه ردود فعل الأطفال على الحزن هو حاسم. رد فعل الأسرة قد يكون مساعدا أو مؤذيا.

الآباء أيضا شهدوا الصدمات في حالات الكوارث والخسائر، ويمكن في البداية أن يُظهروا عدم التصديق، والإنكار، وأعراض انهياريه مثل فقدان الوزن، الأرق، ضعف الشهية، إدمان الكحول، والسلوك غير المسئول.

قد تستمر الفجيعة خلال الفترة من 6 إلى 12 شهرا. إذا كانت الأعراض لا تزال قائمة بعد ذلك ، أو إذا كانت مفرطة مع عدم القدرة على العودة إلى الأداء الوظيفي ماقبل الكارثة ،فالإحالة إلى مهني الصحة العقلية ضرورية.

جدول الاعتبارات الإنمائية في فهم الموت لدى الأطفال والمراهقين

	الرضع	الأطفال ما قبل المدرسة	الأطفال في سن التمدرس	المراهقون
اعتبارات النمو	دوام الشيء إنشاء الثقة	التفكير السحري ذاتوي ، لا مفهوم للوقت	التفكير منطقي مفهوم الوقت ، تفريق النفس عن الآخرين	إنشاء الاستقلالية التفكير المجرد مشاعر القوة
أثر الكوارث	تدمير الروتينية ، فقدان الأحباء	تدمير الروتينية، فقدان الأحباء	تدمير الروتينية، فقدان الأحباء	فقدان أسلوب الحياة ، والأحباء
نتيجة الكوارث	التراجع- الانسحاب	، انسحاب، فتور الشعور	مشاكل المدرسة القلق ، شكاوى جسدية الغضب ، تمثيل اضطراب ما بعد الصدمة	المخاطرة ، متاعب نفسية جسدية ، الانهيار ، الغضب والعداء تجاه للآخرين

4. مشاكـــــل محـــــددة وتوصيـــــات

تعطيـــــل الأنمـــــاط العاديـــــة

التأثير الأقصى لكارثة على الأطفال والمراهقين هو في تعطيل حياتهم ، سواء كان بسبب الإصابة ، الوفاة ، أو تدمير (البيت،المدرسة أو المجتمع).

وهذا يؤدي إلى فقدان الموثوقية ، التماسك والقدرة على التوقع ، الأمر الذي يؤثر على الأطفال من جميع الأعمار.

الأطفال الصغار عادة ما يستجيبون بالاعتماد المتزايد على الغير. الأطفال في سن الدراسة، بمن فيهم الذين قبل سن المراهقة ، يُظهرون علامات الصدمة عبر الحديث واللعب حول الصدمة ، إظهار العداء اتجاه الأقران وأفراد الأسرة و تجنب الأنشطة التي كانت تمنهم المتعة في السابق.

كما أن المراهقين قد يُظهرون علامات الانسحاب، انخفاض الاهتمام، التعب، ارتفاع ضغط الدم والعدوانية.ومن الشائع جدا حدوث اضطرابات النوم ، مثل الأرق –مقاومة توقيت النوم –رفض النوم وحيدين–الاستيقاظ في وقت مبكر أو الإفراط في النوم. ازدياد تعاطي المخدرات، انقطاع الطمث واضطراب سلوك المراهقات يحدث أيضا.

ومن المهم للآباء والمدرسين إحداث والحفاظ على جدول زمني لذلك قابل للتوقع للأطفال. في بعض الأحيان ، لا سيما مع اضطرابات النوم ، يحتاج الآباء إلى بعض المرونة ، بل أيضا إلى ضرورة إنشاء روتين يومي. أضواء الليل ، الحيوانات المنزلية ، التطمين ، والتهدئة هي جد مفيدة. التعاطف هو مساعد، ولكن العقاب ليس كذلك.

ويمكن إعادة الانضباط كالمعتاد. وقد تدعو الحاجة لاعتبار الاستشارة مع الطبيب النفسي للطفل للأطفال الذين قد يستفيدون من مهدئات لطيفة ضد الضيق والاضطراب في النهار؛ المنوم أو المهدئ ضد الأرق المستمر في وقت النوم قد يكون من المستحسن أيضا.

الآباء قد يحتاجون إلى استشارات مماثلة.

الأعـراض الجسديـــة

المشاكل الجسدية مثل الصداع ،آلام البطن وآلام الصدر تلاحظ عادة لدى الأطفال في سن المراهقة خلال الأسابيع التي تلت وقوع الكارثة وهي عادة محدودة. فإذا ما بدأت هذه الشكاوى تتداخل في حياة الطفل، ينبغي من ثم إحالة الطفل والأسرة للاستشارة الصحية النفسية. وبإمكان طبيب الرعاية الأولية أن يساعد في طمأنة الطفل والأسرة إلى أن هذه الشكاوى الجسدية ليست علامات مرض خطير ولكن سيتم تناولها وستُحل مع الوقت المناسب والإرشاد المناسب.

السلـــوك العدوانـــي / المتحـــدي

التصرفات العدائية قد تتخذ شكل الضرب أو العض أو القرص من قبل الأطفال الصغار ماقبل المدرسة؛ الشجار أو عدم الاصطفاف جنبا إلى جنب مع نظرائهم في صفوف المدرسة؛ والانحراف والتمرد المفرط من قبل المراهقين.

فبالنسبة للأطفال الصغار ،توضيح الحدود على السلوكيات غير المقبولة قد يؤدي إلى التغيير المنشود؛ مع المراهقين ، الانهيار والغضب إزاء فقدان الأسرة ، الروتينية ، أو تعطيل المجتمع (مثل المدرسة أو في الحياة الاجتماعية) قد يُعبر عنه بسوء السلوك.عبر إشراكهم في إعادة بناء المجتمع أو مساعدة صغار الأطفال وكبار السن ، قد يمنحهم منافذ ايجابية لمشاعرهم. المجموعات، مثل الكشافة ونوادي المدارس، يمكن أن تشكل أماكن لتوجيه المناقشات التي قد يشعر فيها الأطفال والمراهقون بالارتياح في التعبير عن مخاوفهم ومشاعرهم من الفقدان والقلق. الطبيب يمكن له أن يساعد عن طريق تقديم الاستشارة لهذه الأندية، أو عبر تسيير هذه المناقشات.

تكـــــرار السلـــــوك

أكثر أنواع السلوك المتكرر تلاحظ في لعب صغار الأطفال قبل المدرسة بعد وقوع الكارثة. سيعمل الطفل على إعادة تمثيل تفاصيل حاسمة للكارثة كآلية دفاعية للتكيف. على سبيل المثال، يمكن أن تكون النتيجة النهائية ل"لعبة" الطفل حول الكارثة مختلفة عن الكارثة الفعلية للطفل، أو قد يصور نفسه أو أحد أفراد الأسرة أبطالا.

التصرفات الأخرى المتكررة هي الكوابيس المتكررة ، وكثرة الصدمات المحددة مع الاسترجاع والشدة–الأسى مع مذكرات بالحدث. هذه الاقحامات قد تؤثر على التركيز وقد تكون مخيفة جدا. اللعب اللاحق للصدمة و إعادة إحياءه يبين أن الطفل لا يزال إلى حد كبير متورط–متداخل مع هذه الكارثة. اللعب و / أو إعادة التمثيل هي ضرورة للطفل رغم عدم وجود أي استمتاع واضح أو انخفاض للأسى. اللعب هنا لا ينبغي فهمه بالمعنى المعتاد في إعطاء السرور أو تخفيف الضيق. على طبيب الرعاية الأولية طمأنة الآباء أن هذا اللعب العلاج يمكن أن يكون علاجيا وقد يساعد على المعافاة.

تراجعيـــــة السلـــــوك

أعراض قلق الانفصال ، سلس البول ، مص الإبهام ، فقد التحدث المكتسب ، وزيادة التشبث والأنين ، الخوف من الظلام هي أكثر شيوعا لدى الأطفال في سن المدرسة و الصغار. هذه الأعراض التراجعية معتادة وقصيرة الأجل فورا عقب وقوع الكارثة. ينبغي طمأنة الآباء والأمهات من هذه الأعراض حتى يتم تجنب العقاب والعار . لدى الأطفال الأكبر سنا والمراهقين ، تتخذ هذه السلوكيات التراجعية شكل التنافس مع الأشقاء على اهتمام الوالدين ، تراجع السلوكيات المسئولة السابقة والاعتماد المفرط.

غالبا ما يكون الطفل قد عانى ارتباكا عابرا. وإذا حدث ذلك ، ينبغي إعادة توجيه الطفل ، وينبغي على الطبيب توفير الطمأنينة للوالدين. إذا استمرت هذه الأعراض لأكثر من بضعة أسابيع ، من الأفضل توجيه الأسرة والطفل للاستشارة النفسية. هذا ، وإن عودة الاستقرار والروتينية إلى البيت ، فضلا عن مرور الوقت ، كفيل عادة بعلاج هذه المشكلة.

القلـــــــق

يسود القلق في جميع الفئات العمرية. يجب عدم التقليل أو رفض التعبير عن القلق.ينبغي تشجيع الطفل والمراهق اللفظي على مناقشة مخاوفهم وانشغالاتهم. وفي كثير من الأحيان،الطفل مرآة انشغالات الوالدين أو الأشقاء. ولذلك ، عادة ما يوصى باستشارات أسرية لتمكين الآباء والأطفال لفهم مشاعر بعضهم البعض. الأطفال ، وخصوصا المراهقون ، إذا ما تم إخبارهم بكيفية ملائمة من طرف الطبيب ، قد يشعرون بقلق أقل.

الاكتئـــــــاب

الاكتئاب هو شعور عام وشائع بعد وقوع الكارثة. ولكن ، إذا اظهر الطفل أو المراهق أعراضا مستمرة للاكتئاب النفسي ، فإن هناك ما يبرر تدخل الطب النفسي.و إذا كان هناك اكتئاب أو تاريخ مرضي سابق لدى الطفل أو الأسرة ، فان الكارثة قد تزيد من تفاقمه معرقلة بشدة عملية المعافاة. بعض المراهقين والأقل سنا قد تراودهم أفكارا انتحارية أو قد يقومون بحركات انتحارية ، لا سيما إذا توفي قريب لهم. إذا ما عبر مراهق عن العجز،أو اليأس ، أو التفكير الانتحاري ، أو الانعزال ، أو غيرها من الأعراض الاكتئابية ، فان التقييم يصير حينئذ إلزاميا. الاكتئاب ليس معادلا للحزن ، وهو معتاد بعد وقوع الكارثة. ينبغي على الطبيب تنبيه الآباء للعلامات العامة للاكتئاب ، مثل نقص الشهية ، اضطراب النوم ، الحزن المستمر والتهيج.

الشعـــــــور بالذنـــــــب

بعد الكارثة ، ليس هناك من لوم على الذات ، ولكن الأطفال والمراهقين قد يشعرون أنهم مذنبون لكونهم على قيد الحياة أو لكون أسرهم ومنازلهم سليمة. كما قد يشعرون بالذنب لكونهم غير قادرين على المساعدة ، أو يضعون اللائمة على الآباء أو السلطات لكونها لم تكن مستعدة لم تقم باتخاذ الاحتياطات اللازمة لحمايتهم. صغار الأطفال قد يعانون من "التفكير السحري" ، المؤدي إلى الشعور بأنهم مسئولين عن هذه الكارثة لأنهم فعلوا أشياء "سيئة".

وبإمكان الطبيب التخفيف من الشعور بالذنب عبر طمأنة الطفل أو المراهق أن الكارثة لم تكن خطؤها ، و أن كل شيء سيتم إنجازه لإعادة الحياة إلى طبيعتها.

كما يصدر تعليمات إلى الطفل أن توجيه اللوم يأتي بنتائج عكسية ، وأن إعادة بناء حياتهم ، الأسر و المجتمعات هو الأهم في كل شيء. و على الطبيب ايضا منح الارتياح والدعم للطفل وللأسرة، ولكن لا ينبغي وقع استجابة إيجابية على الفور.

اضطـــــراب ما بعـــــد الصدمـــــة

يلاحظ اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال والبالغين بعد التعرض لحدث صادم مثل وقوع كارثة طبيعية أو حرب ، ولكن ليس جميع الأطفال يظهرون جميع أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. العدد القليل منهم يعانون الاضطراب الكامل.قد يكون البعض قد يتأخر لديهم بداية الاضطراب،في حين أن البعض الآخر قد يعاني اضطرابات القلق ،الاكتئاب أو في السلوك. بعض الأطفال يظهرون الأعراض فقط خلال الفترة الفورية لما بعد الكارثة.

يوصف تشخيص لاضطراب ما بعد الصدمة عند إظهار الطفل لأعراض مع معايير محددة إضافية في ثلاث أصناف رئيسية مستمرة منذ أكثر من شهر :

1. اقتحامية ، وتكرر اختبار للحدث من خلال اللعب أو عبر كوابيس خاصة أو استرجاع صدمي أو الشعور بالأسى مع أحداث تشبه أو ترمز إلى الصدمة.

2. التجنب الروتيني لما يذكر بالحدث أو نقص عام لانعدام الاستجابة ، على سبيل المثال ، تقلص الاهتمامات أو الشعور بالمستقبل القصير.

3. زيادة الإثارة العامة ، مثل اضطرابات النوم ،التهيج ،ضعف التركيز ، وزيادة رد فعل النفور والتراجع.

5. توصيـــــات عامـــــة

أهم نقطة يجب أخذها في الاعتبار لأي طفل في الكارثة،هي أن الطفل والعائلة يمكن أن يساعدوا على المعافاة الذاتية من خلال العمل معا ، وذلك بمساعدة من مختص نفساني للتكيف مع التبعات النفسية الاجتماعية للكارثة. هناك عادة أطفال طبيعيون عانوا من الإجهاد نتيجة الصدمة و الفقدان.

على الأخصائي الحديث على انفراد مع الطفل اللفظي. تصور الطفل لما حدث يختلف في كثير من الأحيان كثيرا عن تصورات الآباء ، الأوصياء أو المدرسين.

على المتدخل النفساني أن يسعى بنشاط إلى جميع الأطفال والأسر المعنية، والسماح لهم بمعرفة الخدمات المتاحة ، والاستماع إلى الأطفال ، وبالتالي العمل على تطبيع مخاوفهم وأحزانهم مع الدعم. وهذا يساعد أيضا الآباء والأمهات على إدراك أن ما يعانونه وأطفالهم ليس غير طبيعي. بعض الآباء جد منزعجين لدرجة أنهم قد لا يدركون متاعب أطفالهم.

الاستمـــــاع والتأكيـــــد على نقـــــاط القـــــوة

من المهم للطفل الذي عانى من الأعراض المذكورة أعلاه ، والتي عادة ما تكون ذاتية محدود ة وتتوقف بعد أسابيع قليلة من وقوع الكارثة ، أن يستمع إليه ويكشف نقاط القوة وقدرات الطفل على مواجهة الخسائر والمحن كما كان بفعل في الماضي.

من المفيد أيضا ملاحظة بطولة وشجاعة الطفل . والهدف طبعا من ذلك هو التخفيف من الضغط النفسي على الطفل وتسهيل العمل مع الحزن و الحداد من خلال بالاستماع والتعاطف مع الطفل والأسرة.

أحيانا رسومات الطفل قد تكون مفيدة في التعبير عن المخاوف. مراقبة الطفل في اللعب يمكن أن يكون مفيدا في التعرف على مشاعر الطفل. اللعب يمكن أن يؤدي دورا علاجيا للطفل.

الأطفال عموما سهلوا التكيف ، ومع ذلك، فإنهم يحتاجون إلى النظام عندما تتعطل الروتينية. ينبغي توجيه الآباء والأمهات لمحاولة استئناف النشاط الروتيني في أسرع وقت ممكن ؛قضاء وقت أطول مع أبنائهم في أنشطة إيجابية حتى مع أصغرهم ، وعدم التدخل في إعادة تمثيل الكارثة من خلال الكلام أو اللعب (ما لم يكن ذلك خطرا) ، لأن الطفل سيعتبر ذلك الاقتحام بمثابة الرفض.

إذا استمرت هذه الأعراض لأكثر من شهر ، أو إذا ما لوحظ اضطراب ما بعد الصدمة ا و القلق أو الاكتئاب ، ينبغي النظر في الإحالة إلى مهني الصحة النفسية.

الحالات الأخرى التي قد تحتاج إلى مثل هذا الإحالة هي التي تخص الأطفال أو الأسر الذين لديهم تاريخ مرضي سابق أو صدمات، ذوي التصورات الانتحارية، أو ذوي سلوكيات خطرة.

تقنيـــــات الفحـــــص

أفضل طريقة سريعة لتقييم مدى تضرر الطفل أو المراهق من الكارثة هو التاريخ استفسار مباشر عن ماضي

الطفل تحديدا إزاء ما يلي:

- التغيرات في أنماط النوم.
- سلوك لا مبالي وانعدام الحافز .
- سلوكيات تراجعية (سلس البول، عض...).
- تغيرات في العلاقات مع أفراد الأسرة أو الأقران (أكثر تعلقا واعتمادا أو انسحابا أو انعزالا) .
- تغيرات في النتائج المدرسية.
- مخاوف وقلق.

بالإضافة إلى التقييم السريري ، يمكن للطبيب استخدام مؤشرات-مقاييس الفرز الأكاديمية لتقييم ما إذا كان الطفل يعاني من مشاكل سلوكية لاحقة للصدمة. وهذه المقاييس عادة ما يقوم بها المدرسون، المرشدون الاجتماعيون والأطباء. وهناك مثالان:

The Child Behavior Cheklist for4-to 18year old

The Pediatric Emotional Scale –PEDS-

هناك أيضا العديد من مقاييس التقرير الذاتي التي تم اختبارها من حيث مدى قدرتها على تقييم اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الأطفال ، مثل ما يلي :

- مقياس وقع الأحداث

• لائحة رد الفعل

• جرد الاضطراب اللاحق للصدمة لدى الأطفال

تحديـــــد الحاجيـــــات و التدخـــــلات

يتمثل دور طبيب الرعاية الأولية في تقييم حالة الطفل والأسرة ، وتوفير الدعم النفسي والطمأنينة لهم. وينبغي على الطبيب أن يصدر توصيات عامة لأسرة من شأنها مساعدة الطفل في نهاية المطاف. الأهداف الرئيسية هي الحفاظ على شمل الأسرة ، تقديم الدعم وتشجيع الاتصالات العائلية.

تعزيز دعم أصدقاء و أقران الطفل هي أيضا مهمة.

يجب على الطبيب التوكيد على أهمية إنشاء روتينية عودة الحياة إلى وضعها الطبيعي إلى أقصى حد ممكن. يمكن للطبيب مساعدة الوالدين عبر إسناد المهام إلى أفراد الأسرة ، مثل الأعمال المنزلية للصغار والمراهقين ، مساعدة الأطفال على أداء الواجبات المدرسية المنزلية وتخصيص أوقات الوجبات العادية ، اللعب ، الكلام ووقت النوم. العديد من الزيارات قد تكون ضرورية لتقييم القدرة على التكيف وارتباط الطفل مع الأسرة.

معرفـــــة حـــــدود التدخـــــل

عندما تستمر الأعراض لفترات طويلة ، تتم الإحالة للعلاج النفسي الفردي والجماعي في هذا الترتيب. الهدف من العلاج هو إزالة أو تخفيض الاضطرابات في نمو شخصية الطفل والعودة إلى نموها كما في السابق.

والحصول على تطوير وتنمية مسارها. يجب إشراك الآباء وأفراد الأسرة الآخرين فيما يبقى التدخل المبكر جد هام.

6. خـــارج مكتـــب الطبيـــب: قضايـــا مشاركـــة المجتمـــع المحلـــي

التأهـــــب للكـــــوارث

ثمة مهمة هامة لطبيب الرعاية الأولية هي في مساعدة المجتمع في تنفيذ برنامج التأهب للكوارث قبل وقوع الكارثة. وهذه البرامج هي أكثر إلحاحا في الأماكن الحساسة التي هي الأكثر عرضة للكوارث سواء الطبيعية ، مثل ولاية كاليفورنيا الأمريكية (الزلازل،الأعاصير)،أو البشرية مثل قطاع غزة المهدد بالعدوان الدائم من طرف الجيش الإسرائيلي..

مساعدة المجتمعات المحلية في التحضير لكارثة قد تشمل توفير التوجيه الاستباقي لمدرسي المدارس مع تقديم العروض في المدرسة ، والآباء خلال الزيارات الصحية المنتظمة . هذه تشمل مواقع الملاجئ المحلية ، مراجعة إرشادات الإسعافات الأولية ، ومناقشة الأعراض التي قد تصيب الطفل أو المراهق بعد وقوع الكارثة. بوصفه عضوا في اللجنة الطبية المجتمعية ، على الطبيب الممارس المساعدة في تحديد واتخاذ الترتيبات اللازمة لتوفير المعدات الطبية اللازمة للأطفال في الملاجئ ، سيارات الإسعاف وغرف الطوارئ في المستشفيات .

دور المـــــــدارس

بعد وقوع الكارثة ، المدارس هي الموقع الطبيعي لرصد سلوك الأطفال و المراهقين،بل حتى في وقت مبكر في أعقاب عندما تستخدم المدارس غالبا كملاجئ مؤقتة لإيواء الأسر. التعاون بين الأطباء وموظفو المدارس في غاية الأهمية. قد يرغب الطبيب في العمل مع موظفي المدارس لبلورة معلومات حول ما يتوقع من الطلاب بعد وقوع الكارثة، ويقدم مقاييس لفحص مشكلات بالغة الخطورة، و يساعد في وضع قائمة لمصادر الإحالة. وقد وضعت مجموعة من الأنشطة ما بعد الكارثة لتلاميذ المدارس الابتدائية لمساعدة الأطفال على التكيف.

وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن إنشاء برامج الاستشارة النفسية للطلاب أو الأسر التي في المدارس في إطار شراكة متبادلة مع طبيب الرعاية الأولية. كما يمكن أن تكون المدرسة قاعدة لنشر المعلومات المكتوبة على الآباء والطلاب. قد يكون الطبيب مفيدا في كتابة أو تقديم الإرشاد في تنظيم هذه المعلومات. كما يمكن اللجوء إليه لغرض استشاري نفسي، على سبيل المثال، للبحث في الوفاة والحزن مع الطلاب والعاملين بالمدارس.

وسائـــــل الإعـــــلام

يمكن لوسائل الإعلام أن تكون فعالة في توعية الرأي العام عن حالة وقوع كارثة ؛ على سبيل المثال ، كيفية الحصول على خدمات الطوارئ. وقد يرغب الطبيب للمساعدة في تصميم إعلانات الخدمات العامة. وعلاوة على ذلك، قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية الكتابة أو الحديث عن آثار الكوارث النفسية والاجتماعية للأطفال في الإذاعة أو التلفزيون.

قد يساعد الطبيب أيضا في حالات الكوارث وإنشاء خطوط هاتفية ساخنة، سبيل آخر لمشاركة الطبيب وتوفير التوجيه. كما قد يتدخل الطبيب لرفع الروح المعنوية للأطفال والأسر في حال بث إعلامي غير مناسب ومحبط عن وقوع الكارثة.

وكـــــالات المجتمعـــــات المحليـــــة

قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية التدخل لفائدة مختلف منظمات المجتمع المحلي للإغاثة ، أو المساجد للتحدث عن الصحة النفسية والآثار النفسية الاجتماعية للكارثة على الأطفال والمراهقين. بوصفه مصدرا للمعلومات، الممارس قد يرغب في العمل بشكل وثيق مع المرشدين الدينيين المحليين لتبادل المعلومات لمساعدة الأطفال والأسر على مواجهة الحزن والفقدان.

معرفـــــة حـــــدود التدخـــــل

عندما تستمر الأعراض لفترات طويلة ، تتم الإحالة للعلاج النفسي الفردي والجماعي في هذا الترتيب. الهدف من العلاج هو إزالة أو تخفيض الاضطرابات في نمو شخصية الطفل والعودة إلى نموها كما في السابق. والحصول على تطوير وتنمية مسارها. يجب إشراك الآباء وأفراد الأسرة الآخرين فيما يبقى التدخل المبكر جد هام.

7. خـــارج العيـــادة: قضايـــا مشاركـــة المجتمـــع المحلـــي

التأهـــــب للكـــــوارث

ثمة مهمة هامة لطبيب الرعاية الأولية هي في مساعدة المجتمع في تنفيذ برنامج التأهب للكوارث قبل وقوع الكارثة. وهذه البرامج هي أكثر إلحاحافي الأماكن الحساسة التي هي الأكثر عرضة للكوارث سواء الطبيعية ، مثل ولاية كاليفورنيا الأمريكية (الزلازل،الأعاصير)،أو البشرية مثل قطاع غزة المهدد بالعدوان الدائم من طرف الجيش الإسرائيلي..

مساعدة المجتمعات المحلية في التحضير لكارثة قد تشمل توفير التوجيه الاستباقي لمدرسي المدارس مع تقديم العروض في المدرسة ، والآباء خلال الزيارات الصحية المنتظمة . هذه تشمل مواقع الملاجئ المحلية ، مراجعة إرشادات الإسعافات الأولية ، ومناقشة الأعراض التي قد تصيب الطفل أو المراهق بعد وقوع الكارثة. بوصفه عضوا في اللجنة الطبية المجتمعية ، على الطبيب الممارس المساعدة في تحديد واتخاذ الترتيبات اللازمة لتوفير المعدات الطبية اللازمة للأطفال في الملاجئ ، سيارات الإسعاف وغرف الطوارئ في المستشفيات .

دور المـــــــدارس

- بعد وقوع الكارثة ، المدارس هي الموقع الطبيعي لرصد سلوك

الأطفال و المراهقين،بل حتى في وقت مبكر في أعقاب عندما تستخدم المدارس غالبا كملاجئ مؤقتة لإيواء الأسر. التعاون بين الأطباء وموظفو المدارس في غاية الأهمية. قد يرغب الطبيب في العمل مع موظفي المدارس لبلورة معلومات حول ما يتوقع من الطلاب بعد وقوع الكارثة، ويقدم مقاييس لفحص مشكلات بالغة الخطورة، و يساعد في وضع قائمة لمصادر الإحالة. وقد وضعت مجموعة من الأنشطة ما بعد الكارثة لتلاميذ المدارس الابتدائية لمساعدة الأطفال على التكيف.

وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن إنشاء برامج الاستشارة النفسية للطلاب أو الأسر التي في المدارس في إطار شراكة متبادلة مع طبيب الرعاية الأولية. كما يمكن أن تكون المدرسة قاعدة لنشر المعلومات المكتوبة على الآباء والطلاب. قد يكون الطبيب مفيدا في كتابة أو تقديم الإرشاد في تنظيم هذه المعلومات. كما يمكن اللجوء إليه لغرض استشاري نفسي، على سبيل المثال، للبحث في الوفاة والحزن مع الطلاب والعاملين بالمدارس.

وســـائـــــل الإعـــــــــلام

يمكن لوسائل الإعلام أن تكون فعالة في توعية الرأي العام عن حالة وقوع كارثة ؛ على سبيل المثال ، كيفية الحصول على خدمات الطوارئ. وقد يرغب الطبيب للمساعدة في تصميم إعلانات الخدمات العامة. وعلاوة على ذلك، قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية الكتابة أو الحديث عن آثار الكوارث النفسية والاجتماعية للأطفال في الإذاعة أو التلفزيون.

قد يساعد الطبيب أيضا في حالات الكوارث وإنشاء خطوط هاتفية ساخنة، سبيل آخر لمشاركةالطبيب وتوفير التوجيه. كما قد يتدخل الطبيب لرفع الروح المعنوية للأطفال والأسر في حال بث إعلامي غير مناسب ومحبط عن وقوع الكارثة.

وكـــــالات المجتمعـــــات المحليـــــة

قد يطلب من طبيب الرعاية الأولية التدخل لفائدة مختلف منظمات المجتمع المحلي للإغاثة ، أو المساجد للتحدث عن الصحة النفسية والآثار النفسية الاجتماعية للكارثة على الأطفال والمراهقين. بوصفه مصدرا للمعلومات، الممارس قد يرغب في العمل بشكل وثيق مع المرشدين الدينيين المحليين لتبادل المعلومات لمساعدة الأطفال والأسر على مواجهة الحزن والفقدان.

ملحـــــــق1:اختبـــــــار للمعلومـــــــات

أهداف المحاضرة :

1. معرفة المزيد عن خصائص وآثار الكوارث .
2. لكي تصبح أكثر إلماما بردود فعل الأطفال والمراهقين إزاء حالات الكوارث وبالتوصيات للتعامل معها .
3. للحصول على معلومات عن مشاركة المجتمع المحلي في أوقات الكوارث والموارد المحتملة في بيئة الكوارث.

الأسئلـــــة

خصائـــــــص الكـــــــــتوارث

1. الكـــوارث التي يسببهـــا البشـــر ترتبـــط بمستويات أعلى من إجهاد ما بعد الصدمة أكثر من :

أ .الطلاق

ب .الكارثة الطبيعية

ج .كل من أ و ب

د .لا شيء من المذكور أعلاه

2. مرحلـة الكارثـة حيـث تبـدأ الأسر والأفراد في التكيف معروفة ب:

أ .مرحلة الخطر .

ب مرحلة الاسترداد /المعافاة.

ج .مرحلة الإنقاذ .

د .فترات الإنذار .

مـــــن آثـــــار الكـــــوارث

3 .الأحداث المتنوعة والبالغة الأهمية التي قد تؤثر بشكل خطير على الأطفال أثناء وبعد وقوع الكارثة تشمل:

أ فقد منزل الأسرة

ب انتقال السكن/ تغيير المدرسة

ج .الاضطراب الأسري

د كل ما سبق

4. الأطفال وأفراد الأسرة بسوابق نفسية مرضية ينبغي أن يكون هدفا ل _____بعد الكارثة.

أ. التوعية

ب . ليس خدمات غير طارئة فقط

ج. كل من أ و ب

د .أيا من فوق

5. بعد وقوع الكارثة، يمكن للأطباء والمهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية أن يساعدون بالآتي:

أ–تواجدهم للآباء

ب التشاور مع المدارس

س .كل من أ و ب

د .مساعدة في وضع الخطط المتعلقة بالكوارث

ردود فعـــــل الاطفـــــال والمراهقيـــــن على الكارثـــــة

6. رد فعل طفل على الكارثة يعتمد على العوامل التي تشمل:

أ. الوعي بالكارثة

ب. التصور أو التهديد الفعلي في الحياة

ت. وضعية الطفل قبل وقوع الكارثة

ث. د.احتمال التكرار

ج. كل ما سبق

ح. كل ما سبق عدا واو جيم

7. الاستجابات على الكارثة قد تكون على أساس نوع الجنس و /أو متعلقة ب _____الاطفال

أ. السن

ب.الذكاء

ج.االعرق

د. أيا من فوق

مشاكـــــل محـــــــددة وتوصيـــــــات

8. الشكاوى الجسدية تحيل إلى إحاسيس _____ بالمرض أو الاضطراب الناجم عن الاضطراب العاطفي .

أ كاذبة

ب. غير طبيعية

ج. بدنية

د. كل ما سبق

9. بعض المشاكل الأخرى التي ينبغي معالجتها إلى جانب توصيات لمساعدتها تشمل:

أ .العدوانية /سلوك يتسم بالتحدي

ب سلوكيات. تراجعية

ج. .القلق ،الاكتئاب ، والشعور بالذنب

د كل ما سبق

10. يشخص اضطراب ما بعد الصدمة عند استمرار الأعراض لأكثر من شهر واحد، التي تشمل:

أ. صدمة معينة أو استرجاع الكوابيس

ب.الشعور بمستقبل مقصر

ج.كل من أ و ب

د. .تزايد القدرة على التركيز

توصيـــــات عامـــــــة

11.ينبغي تشجيع الآباء والأمهات في محاولة لاستئناف قدر معتاد من _____في أقرب وقت ممكن من أجل مساعدة الأطفال،للتعامل مع الكارثة .

أ. الروتينية

ب.الإنفاق

ج. .كل من أ و ب

د. الشجار

12. تقنيات الفرز المدرجة لتقييم مدى تأثر الطفل أو المراهق من الكارثة لا تشمل :

أ. التقييم السريري

ب.مقاييس الطبية.رسمية ج

ج. مقاييس التقييم الذاتي

د. اختبارات طبية .كاملة

13.التدخل المبكر ومشاركة الآباء هي عوامل هامة في تحديد فعالية العلاج النفسي للطفل في أعقاب وقوع كارثة .

أ. صحيح

ب. خطأ

خارج المكتب ...

14.يمكن أن تكون المدارس مكانا بارزا لتقديم برامج الاستشارة التي تستخدم مهارات المهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية و..:

أ. مدراء المدارس

ب.مقدمي الرعاية الأولية

ج.السياسيين

د كل ما سبق

15. الموارد الأخرى التي يمكن للمجتمع أن تكون مفيدة بشكل خاص قبل وبعد الكوارث،تشمل وسائل الإعلام ، والمنظمات المجتمعية وجماعات الإغاثة ، و

أ.المساجد

ب. مجموعات الناخبين

ج. المنظمات الدينية الأخرى

د. كل من أ و ج

ملحـــــق2:مبـــادئ العمـــل السريـــري مع الأطفـــال المصدوميـــن

إرشادات خاصة للوالدين، المعتنين، والمدرسين

1. لا تخشـــى من الحديـــث عن الحـــدث الأليـــم

أن تأمر الأطفال بعدم التفكير في الأمر أو تناسيه،لن يفيد شيئا.بل قد يجعل معافاة الطفل أكثر صعوبة في المدى البعيد.

لا تتجنب المناقشة، استمع إلى الطفل، أجب عن الأسئلة، ووفر الارتياح والدعم. قد لا يكون لدينا في كثير من الأحيان تفسيرات لفظية جيدة ، ولكن الاستماع وعدم تحاشي الحديث في الموضوع أو المبالغة في رد الفعل، ومن ثم تطمين الطفل،كل هذا يعتبر حاسما و له تأثير إيجابي يدوم لمدة طويلة

2. اظهـــر بمظهـــر الثبـــات والتحكـــم

من المهم بما كان بالنسبة للأطفال أن يعلموا أن القائمين على رعايتهم يتحكمون في الأمور.

ومن المخيف للأطفال المصابين أن يحسوا أن الأشخاص الذين يقومون برعايتهم أنفسهم، غير منظمين، مشوشين وقلقين.

لا يمكننا توقع الكمال، ولكن عندما يكون المعتنون بالأطفال معكري المزاج أو قلقين؛ ليحاولوا ببساطة مساعدة الطفل على الفهم لماذا، و أن ردود الفعل هذه طبيعية وسوف تمر

3. ركـــن راعيـــا، مواسيـــا وودودا-مـــع اعتبـــار السيـــاق .

الأطفال المصابون بالصدمات النفسية من جراء العدوان، يعانون مشاعر الارتباك، الألم، الخوف والهجر.

حضن الأطفال الصغار أو تقبيلهم وغيرها من التطمينات اللمسية أمور في غاية الأهمية.

والأفضل تقديم ذلك للطفل عندما يسعى إليه.

وعلى الجانب الآخر ، حاول ألا تقاطع الطفل –عبر انتزاعهم وحملهم– في اللعب الحر أو غيرها من الأنشطة التي يقوم بها.

4. ناقـش انتظاراتـك للسلـوك وطريقتـك للانضبـاط مع الطفل .

تأكد من أن هناك 'قواعد' واضحة ونتائج في حالة مخالفة النظام

تأكد من أن كليكما أنت والطفل يفهمان سلفا النتائج الخاصة للسلوكيات المتوافقة و غير المتوافقة

كن ثابتا عند تطبيق النتائج

استعمل المرونة في استخدام النتائج للفهم وتوضيح الأسباب. استخدام التعزيز الإيجابي والمكافآت .تجنب العقاب الجسدي

5. التحـــدث مع الطفـــل

قدم المعلومات المناسبة حسب سنه. كلما كان الطفل يعرف أكثر حول، من، ماذا، أين، لماذا وكيف يعمل عالم الكبار، كلما من الأسهل عليه إعطاء معنى له.

واللاتنبؤ والمجهول أمران يجعلان الأطفال المصابين بصدمات نفسية أكثر قلقا ، وخوفا ، وبالتالي يُظهرون المزيد من الأعراض .وسوف يكونون أكثر نشاطا حركيا، اندفاعيين،منزعجين ، أكثر عدوانية و يعانون مشاكل النوم والمزاج .

دون معلومات واقعية، الأطفال (ومعهم الكبار) إنما يخمنون، ولا يحلون اللغز بشكل كامل قصد الفهم وتقديم التفسير. في معظم الحالات، مخاوف وخيالات الطفل هي أكثر تخويفا وإزعاجا من الحقيقة ذاتها. لنقل للطفل الحقيقة --حتى عندما تكون صعبة عاطفيا.وإن كنت أنت نفسك لا تعرف الجواب، قلها للطفل. الصدق والانفتاح سوف يساعد الطفل على تطوير الثقة

6. راقـــب عن كثـــب علامـــات

إعادة التمثيل:على سبيل المثال، في اللعب والرسم والسلوكيات،

التحاشي:على سبيل المثال، الانسحاب، الاستغراق في أحلام اليقظة وتجنب الأطفال الآخرين.و النشاط المفرط الفسيولوجي: مثل القلق ومشاكل النوم ، والسلوك الاندفاعي.

جميع الأطفال المصابين بصدمات نفسية يظهر عليهم بعض مزيج من هذه الأعراض في مرحلة الاضطراب الحاد اللاحق للصدمة. العديد منهم يظهرون هذه الأعراض لعدة سنوات بعد ذلك الحدث الصدمي. عندما ترى هذه الأعراض ، فمن المرجح أن يكون الطفل قد حصل له تذكر للحدث ، سواء من خلال التجربة أو التفكير حاول طمأنة الطفل وان تكون متسامحا مع مشاكل الطفل النفسية السلوكية. هذه الأعراض قد تتعاظم وتتضاءل في بعض الأحيان دون سبب واضح. أفضل شي يمكنك القيام به هو الحفاظ على سجل للسلوكيات والعواطف التي تلاحظها –يومية طبية– وحاول تسجيل نمط السلوك

7 .حمايـــــة الطفـــــل

إذا ما سجل قطع أو وقف الأنشطة التي تزعج أو تعيد صدم الأطفال. وإذا ما سجلت زيادة في الأعراض التي تحدث للطفل في وضع معين أو بعد التعرض لبعض الأفلام ، والأنشطة ، وما إلى ذلك ، تجنب هذه الأنشطة. حاول إعادة هيكلة ، أو الحد من الأنشطة التي تسبب تصاعد الأعراض لدى الأطفال المصدومين.

8. أعـــط الطفـــل خيـــارات وبعـــض الشعـــور بالتحكـــم

عندما يحس الأطفال، وخاصة الأطفال المصدومين، إنهم لا يملكون السيطرة على الوضع، سوف يكون متوقعا ظهور المزيد من الأعراض.

إذا ما أعطي الأطفال الخيار أو بعضا من عناصر التحكم في أي نشاط أو خلال التفاعل مع الكبار، فإنهم يشعرون بأنهم أكثر أمنا وارتياحا، وسيكونون قادرين على الإحساس، والتفكير والتصرف بطريقة أكثر نضجا.

عندما يلاحظ على طفل صعوبة في الامتثال، اعمل على صياغة النتيجة–المراد– باعتبارها خيارا بالنسبة لهم "–لك الخيار– يمكنك اختيار ما طلبت منك أو يمكنك الاختيار.." مرة أخرى ، هذه صياغة بسيطة للتفاعل مع الطفل تعطيه بعض الإحساس بالسيطرة ويمكن أن تساعد في نزع فتيل الحالات التي يشعر فيها الطفل بعدم التحكم وبالتالي القلق.

9 .إذا كانـــت لديـــك أسئلـــة ، اطلـــب المساعـــدة

لا يمكن لهذه المبادئ التوجيهية الموجزة إلا أن تعطيك إطارا واسعا للعمل مع الأطفال المصابين بصدمات نفسية. المعرفة قوة؛ كلما زادت معلوماتك، كلما فهمت الأطفال أكثر، و قدمت أفضل الدعم و والتوجيهات التي يحتاجونها.

الأطفـــــال والصدمـــــــات

ملحق3:إرشادات للمدرسين لمساعدة الأطفال على التكيف والمعافاة.

- الجزء الأول

إقامة ذكرى للكارثة/حرب غزة في الفصل الدراسي

- الجزء الثاني

عندما لا يكفي التحدث: وسائل أخرى لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم عقب الكارثة

- الجزء الثالث

أسئلة لمساعدة الأطفال على الحديث عن الكارثة

- الجزء الأول: إقامة ذكرى للكارثة

فـــي الفصـــل الدراســـي

ترمي هذه الإرشادات مساعدة الأطفال على التمكن من المعافاة السليمة عبر تحفيزها بالذكرى السنوية/الشهرية.. للكارثة–الحرب–العدوان..قصف لبناية رمزية..

تفيد الأنشطة المقترحة في توقع ومعالجة القضايا المتعلقة بالكارثة. . ويمكن تكييفها و استخدامها في أي وقت من اليوم الأول بعد وقوع الكارثة، لسنة واحدة أو لسنوات بعد وقوعها.

تسبب ذكرى الكارثة لكثير من الناس معاودة التفكير ،الإحساسات ورؤية الأحداث التي وقعت وقت الهجمات في الأيام والأسابيع والأشهر التي أعقبت ذلك .

ثم هناك سيل الصور عبر وسال الإعلام بالمناسبة وبدون مناسبة، فضلا عن توقعات تكرار الهجمات العدوانية في المستقبل. و تعمل هذه التغطية على تنشيط مشاعر الناس في جميع أنحاء البلاد .

لعلك كمدرس،ربما شاهدت مجموعة واسعة من ردود فعل الأطفال الأحداث منذ وقوع الكارثة .يمكن للاستجابات أن تظهر أو أن تُنشط عن طريق الذكريات، الصور، والمخاوف خلال الذكرى .

في الفصول الدراسية تكون ردود الفعل ملاحَظة عبر زيادة مستويات النشاط، أو تناقص الاهتمام، مشاكل سلوكية، بل وزيادة العزلة والانسحاب . بعض الأطفال قد لا يظهرون ردود الفعل ملاحَظة .البعض الآخر قد تكون ردود فعلهم لافتة و مستمرة من بضعة أيام إلى بضعة أسابيع .

ستختلف درجة ردة فعل الطفل تبعا لتجارب الطفل وأسرته أثناء وقوع الكارثة .حتى الأسَر التي لم تفقد احد أقاربها تتأثر من نواح أخرى ، مثل الانهيار المالي أو النفسي، فقدان عزيز مؤخرا،أو التعرض لصدمات نفسية،إضافة إلى عوامل أخرى متصلة بالحياة الفردية وتجربة الطفل تؤثر أيضا على ردود الفعل .

من المفيد تشجيع النشاطات التي تركز على النجاة، على ما تم اكتسابه أو تعلمه منذ وقوع الكارثة .كتابة قصة أو عمل فني للأطفال يمكن أن يساعد الأطفال على المقارنة بين ردود الفعل الأولية على الكارثة مع ما هم عليه الآن .

انجاز خطط طوارئ مدرسية لمواجهة الكوارث هو أيضا مفيد .الحفاظ على التركيز المتفائل على المستقبل يمكن أن يساعد على تطبيع ردود الفعل .

الأنشطة الواردة أدناه قد تكون مفيدة في معالجة قضايا الشفاء لدى الاحتفال بالذكرى، مع الافتتاح دائما بآيات دالة من القرآن الكريم:"ولا تحسبن الذين قتلوا في سبيل الله أمواتا، بل أحياء عند ربهم يرزقون" وآيات أخرى، مع تلاوتها بترتيل رائع.

1.مرحلـــــة قبـــل المدرسيـــــة وريـــــاض الأطفـــــال

- لتصنع قبعات ،توزع الحلويات والمشروبات ، تنشد أناشيد للاحتفال بالذكرى .
- اطلب من الأطفال رسم صورة لأنفسهم وأسرهم الآن ، بعد أحداث الحرب.شجعهم، ولكن دون إرغامهم على المناقشة وتبادل المشاعر .
- اطلب من كل طفل أن يحكي قصة عن كيفية تأثره و أسرته بالأحداث .احترم صمت الأطفال الذين لا يجدون راحة في الحديث.
- لتلعب ألعاب،تؤدى حركات جماعية على إيقاع موسيقى لزلزلة المشاعر المخيفة .

2.المدرســـة الابتدائيـــة

- اطو ورقة في النصف،على جانب واحد من الورقة ، اطلب من الأطفال في يوم الحدث .على الجانب الآخر من الورقة ، أطلب منهم رسم صورة لأنفسهم وأسرهم الآن .
- نطلب من الأطفال تكوين قائمة بالأشخاص الذين يساعدونهم على الشعور بالارتياح لدى التحدث معهم حول الأحداث .
- نطلب من الأطفال أن يكتبوا أو يصفوا للفصل :

- التغيرات التي مروا بها ،أنفسهم واسرهم .
- ما تعلموه من الأحداث عن أنفسهم ، عن أسرهم و عن المدرسة .
- كيف يشعرون ، وكيف يعتقدون أن أسرهم تشعر بعد مرور وقت على الحدث–أربعين يوما،شهورا أو سنة
- ما هو الأمر المهم الذي يجب تذكره في حال وقوع عدوان جديد في المستقبل .

- إقامة جداريه تصور مشاعر الأطفال وخبراتهم بشأن الأحداث .
- إصدار كتيب من رسوم وردود فعل الفصول الدراسية حول هذه الذكرى .
- تمرين صياغة جمل ختامية؛ يطلب من الأطفال إما قول أو كتابة إجابات لأسئلة من قبيل:

- بالنسبة لي،أقسى أمر إزاء أحداث الحرب كان: ._____
- بالنسبة لي ، أفضل شيء نجم عن أحداث الحرب كان: _____
- قبل وقوع الحرب ، كنت ._____
- خلال الحرب ،كنت ._____
- منذ وقوع الحرب ، وأنا ._____
- الآن أشعر
- أسوأ ما حدث لي كان ._____
- أفضل ما حدث لي كان ._____

3.المـــــدارس الإعداديـــــة والثانويـــــة

بالنسبة للمراهقين، مشاريع المجموعات بالفصول،كوّن طريقة عملية للربط بين الأقران، واعمل على تنمية حس جماعي حول القضايا المتعلقة بالحرب. ينبغي أن تركز الأنشطة على الخطوات الإيجابية التي تحققت حتى الآن في عملية الشفاء. يمكن تكييف المواضيع التالية لمناقشات الفصول ، المقالات ، والمشاريع :

- الضغوط النفسية العاطفية، الاقتصادية، الخ لأحداث الحرب.
- شهداء هذه الحرب.
- دور الفرد،الأسرة والمجتمع المدني في الشفاء .
- تاريخ حروب البلد .
- الضغوط النفسية المستمرة الناجمة عن خطر الحرب وسبل التصدي لها.

وأنت تشرك تلامذتك في هذه الأنشطة، هناك بعض المبادئ التوجيهية العامة عليك أخذها في الاعتبار:

- الاعتراف بالمفقودين،المخاوف،وغيرها من التغييرات العاطفية.
- التطمين إلى أن الأفكار ،المشاعر وردود الفعل عند الذكرى طبيعية ، على الرغم من أنها قد تكون مزعجة.
- ساعد التلاميذ على الشعور بالأمان.اخبرهم أنه لا توجد طريقة صحيحة أو خطأ للقيام بهذه الأنشطة، و انه سوف تُحترم كل المساهمات.
- التركيز على التقدم المحرز بالفعل في عملية المعافاة خلال التحدث مع تلامذتك.

- جعل الطلاب على وعي بأن الجميع ليس مساويا في عملية الشفاء، وهذا أمر سليم.
- تعزيز شعور لدى طلابك بمواصلة الحياة والعمل بعد الحرب وتشجيعهم على تكييف مع ما تم تعلمه من أحداث الحرب في مواقف الحياة الأخرى.
- استخدام نهج متفائل لطمس الأفكار والمشاعر وردود الفعل التي يمكن أن تتيحها الذكرى.

الجزء الثاني

عندما لا يكفي التحدث: وسائل أخرى لمساعدة الأطفال على التعبير عن مشاعرهم عقب الكارثة/حرب غزة

في حين أن العديد من الأطفال يتماثلون للشفاء عبر الحديث عن تجاربهم ومشاعرهم في أعقاب الكارثة، الحديث عند بعض الأطفال لا يفيد. في بعض الثقافات ، على سبيل المثال ، التحدث صراحة غير مريح وغير مناسب ، أو حتى مهذب. بعض الأطفال تربوا في أسر حيث العلاج،التحدث عن المشاعر غير ممكن، غير محتمل، أو حتى ممارس. أطفال آخرون يفضلون ببساطة عدم مناقشة مشاعرهم علنا ، وذلك بسبب طبيعة شخصيتهم ، مخاوفهم بشأن الخصوصية ، أو انعدام الثقة في العملية ذاتها

لمساعدة الأطفال من خلال عملية المعافاة ، عليك إعلامهم وتثقيفهم حول الحرب لجعل آثارها اقل تهديدا. تذكيرهم بقدر الفلسطيني في الخط الأمامي للمواجهة،بشرف الشهادة والأجر على الصبر والتحمل.

نشير إلى أن هناك وسائل عديدة أخرى غير الكلام للتعبير عن المشاعر. الاقتراحات المبينة أدناه ينبغي أن تُعرض على الطفل على نحو خيارات، وليس كأنشطة إلزامية:

- استخدام الدمى لمساعدة الأطفال على حكي قصة أو عيشها.
- قراءة قصص من كتب الأطفال المتعلقة بجهود الإنقاذ و الإغاثة.
- إدخال الرسم كوسيلة للتحدث بصمت، تشجيع الأطفال على رسم الأشخاص، الأماكن والأنشطة التي يربطونها مع الحرب.
- تأليف كتاب جماعي ورسم صور كغلاف له.
- القيام بمسرحية أو لعبة، أو تمثيل الأدوار في اتصال بالكارثة. توفير ملابس للأطفال في القيام بدور المسعفين خلال الحرب.
- إنشاء الملصقات. لصق صور الأطفال، صور للمجلات، مقالات، اصنع أجزاء حول موضوع رئيسي. اجعل الأطفال يفتخرون بانجازهم:أفضل مجلة،وعمل غني بالرموز.
- رسم جدارية تحكي "القصة الجماعية " .الجداريات تشجع العمل الجماعي. كما أن بعض الأطفال يشعرون بأمان أكثر من الفن الفردي.
- عند صنع الجدارية :

- اعتبار دور الدين و الصلوات،الدعوات،القرآن.. في الحياة اليومية.
- كمدرس،اعتبر التفاعل والبين-شخصي ، والحدود المتعلقة بالفضاء الشخصي.
- كمدرس ، يتعين عليك أن ترسم إلا القليل جدا.
- اسمح للأطفال لقول لك ما يجب رسمه.
- إعطاء الجدارية مكان شرف في الفصل الدراسي.
- علقها في مكان حيث يمكن للأطفال رؤيتها والإضافة إليها كل يوم.
- اجعلها مشروعا مفتوحا.
- أخذ الصور التذكارية.

اسمح بكامل التعبير عن هذه الأنشطة. طمأن الأطفال انه يمكن لهم أن يرسموا كيف يشاءون. مارس المراقبة في الحد الأدنى. أكد للأطفال أن إبداعاتهم لا تنقيط فيها أو أحكام. لا تعرض الكتابة والأعمال الفنية إذا كان الطفل لا يريد تقاسمها مع الآخرين. عند الانتهاء من هذه الأنشطة، مكن الأطفال من التحدث عنها إذا كانوا يرغبون بذلك. المناقشة يمكن أن تساعد على الانتهاء من التجارب والمشاعر المتصلة بالكارثة/الحرب، والذي يعد خطوة هامة في عملية الشفاء. فيما قد يجد أطفال آخرون في الاستماع إلى أقرانهم وسيلتهم للقطع مع المعاناة السلبية.

ويمكن إنشاء **صندوق اقتراحات** في كل فصل دراسي --وهو المكان الذي يمكن للأطفال وضع ملاحظات، تساؤلات وانشغالات للمدرس من أجل المعالجة. اجعل الصندوق متاحا في جميع الأوقات. كمدرس، يجب معالجة كل انشغال بشكل أو بآخر.

يجب أن يتوفر فصلك على **سجل أو بطاقات للمعلومات** لتثقيف الأطفال أكثر عن الحرب. يجب أيضا أن يكون هذا السجل في مكان متاح للتلاميذ.. تشجيع الأطفال على إضافة معلومات إليه.

من خلال استخدام بعض هذه التقنيات وإضافة أخرى من ابتكارك، يمكنك أن تقوم بدور هام في مساعدة الأطفال على التعافي من الصدمات ذات الصلة بحدث الحرب.

مع الحذر فيما إذا كانت هذه النشاطات كشفت عن مشاكل أكثر خطورة – سلوكيات أو مشاعر الطفل–، تطلب حينئذ المساعدة من نفساني مدرسي أو أخصائي الصحة العقلية.

الجزء الثالث

أسئلة لمساعدة الأطفال على الحديث عن الكارثة/الحرب

الكوارث والحروب تضرب الأطفال بقوة. فمن الصعب بالنسبة لهم فهم وتقبل وجود أحداث في حياتهم التي لا يمكن التنبؤ بها أو السيطرة عليها. ولعل الأسوأ من ذلك، أننا نحن الكبار لا يمكن لنا "ترويض" الكارثة، إيجاد حل لها، أو منعها من الحدوث مرة أخرى.

وبصفتك مدرس فصل دراسي ، تستطيع أن تلعب دورا هاما في عملية شفاء الأطفال المتأثرين بوقوع الكارثة. وإحدى هذه التقنية التي يمكنك استخدامها لمساعدة الأطفال على التكيف والشفاء هو في مساعدتهم على التعبير عن المشاعر والتجارب والتحدث عنها. وتعمل هذه التقنية على أفضل وجه عند استخدام أسئلة "مفتوحة-منتهية" التي تحتاج إلى أكثر من إجابة ب" نعم"أو "لا" هناك العديد من الأسئلة الهامة التي تؤدي يمكنك استخدامها لتشجيع الأطفال على الكلام ، مثل :

- أين كنت وماذا كنت تفعل عندما وقعت الكارثة؟
- ماذا كان أول ما فكرت فيه عندما حدث ذلك؟
- ماذا فعل غيرك من الناس من حولك خلال /بعد وقوع الكارثة؟
- هل أصيب احد ممن تعرفه أو قتل؟
- هل حلمت أو تحلم بالكارثة؟
- ما الشيء الذي يختلف منذ الكارثة؟
- ماذا تفعل بشكل مختلف منذ وقوع الكارثة؟
- كيف تشعر الآن؟
- كيف كنت تتصرف في الأوقات القاسية من قبل؟

- ما سوف تفعله بطريقة مختلفة إذا ما حدث ذلك مرة أخرى؟

وحيث يبدأ الأطفال بالانفتاح والتحدث ، شجع مختلف الآراء. اعترف بمشاعرهم،طمأنهم بأن ما يشعرون به طبيعي جدا. قم بدور توجيهي ، بدلا من محاولة السيطرة على المناقشات.

أعط فرصة للأطفال ذوي المهارات اللغوية الضعيفة والخجولين. وقد يكون من المفيد تشجيع العمل بنظام الثنائي لهؤلاء الأطفال. ينبغي تهيئة أجواء يمكن أن يشعروا معها بالراحة وتبادل الخبرات والمشاعر.

تذكر أن الهدف من هذه العملية هو مساعدة الأطفال على الشعور بالتحسن. إذا ظهرت أية علامات الاضطراب الشديد على أي من الطلاب ، يجب التشاور مع نفساني مدرسي أو أخصائي الصحة العقلية.

ملحق4: الأطفـــال فاقـــدو ذويهـــــــــم

المبادئ الأساسية للمساعدة

على تجاوز الحداد

يقدم هذا الدليل مبادئ توجيهية عامة للمعتنين بالأطفال، ويسعى إلى طرح مسائل ذات الصلة بفهم مجموعة معقدة من ردود فعل الطفل على الفقد كنتيجة لصدمة الموت.

في حين ركز الدليل على صدمة الوفاة ، فإن هذه المعلومات قد تكون مفيدة للأسر ، والمدرسين وغيرهم من الراشدين الذين يعملون ويعيشون مع أي طفل يمر بمرحلة الحزن أو الحداد لفقد احد ذويه.

1. لا تخشـــى مـــن الحديـــــث عـــــن الحـــــدث الأليـــــم

أن تأمر الأطفال بعدم التفكير في الأمر أو تناسيه لن يفيد شيئا.بل قد يجعل معافاة الطفل أكثر صعوبة في المدى البعيد.

لا تتجنب المناقشة، استمع إلى الطفل، أجب عن الأسئلة، ووفر الارتياح والدعم. قد لا يكون لدينا في كثير من الأحيان تفسيرات لفظية جيدة ، ولكن الاستماع وعدم تحاشي الحديث في الموضوع أو المبالغة في رد الفعل، ومن ثم تطيمن الطفل،كل هذا يعتبر حاسما و له تأثير إيجابي يدوم لمدة طويلة.

2. كـــــن صادقـــــا، منفتحـــــا وواضحـــــا

أعط الأطفال الحقائق بشأن الوفاة. في حين ليست هناك حاجة لتفصيل موسع ، فقط ينبغي إعطاء التفاصيل المهمة. وهذه غالبا ما تكون مروعة ولكن من المهم إعطاء معلومات واقعية للطفل – حيث أن خيال الطفل قد يعمل على 'ملء' تفاصيل لم تعط. وغالبا ما يتصور هذه التفاصيل مشوهة وغير دقيقة وأكثر ترويعا من التفاصيل الفعلية، ويمكن أن تتداخل مع عملية الشفاء على المدى الطويل.

3. أن تكون على استعداد لمناقشة نفس التفاصيل مرارا وتكرارا.

يُتوقع أن تسمع من الطفل أشياء تشير إلى أنهم لا 'يسمعونك ' عندما تحدث معهم في المرة الأولى. الأدهى من هذا ، أن المضاعفات المترتبة على الموت بالنسبة للطفل يمكن أن تكون ساحقة. استجابة الطفل لموت أحد، أخ أو أخت أو غيرهم من الأحبة تكون مماثلة لردود فعل الطفل الأخرى تجاه الأحداث الصادمة. وسوف يشمل هذا :الذهول العاطفي، التجنب، الحزن، التراجع، مظاهر عرضية من الغضب والإحباط، الخوف من المجهول (المستقبل)، العجز والتشويش.

سيكون للطفل تذكر عاطفي متكرر و اجتاحي للعزيز المفقود وحول وفاته. إذا لم تكن لدى الطفل هناك صورة واضحة عن الموت، سيتصور الطفل ' مختلف السيناريوهات. وهذه الصور سوف تعود وتعود. وهكذا، سوف يسأل الطفل (إذا كان يشعر بالأمان ، وبدعم من حوله من الكبار) عن الموت وتفاصيل وفاة قريبه العزيز.

ردد بمهل وقائع واضحة وصادقة للطفل. إذا كنت لا تعرف أمرا ما أو ربما تتساءل أيضا عن طبيعة الوفاة أو تفاصيل محددة في هذا الفقدان، تحدث مع الطفل. ساعد الطفل على استكشاف تفسيرات ممكنة، دع الطفل يفهم أن عليه أن يتقبل أحيانا الأمور كما هي، وفق مشيئة الله، وان علينا جميعا التسليم بالقدر. ذكره بالمقام الكبير في الحياة الأخرى:جنة عرضها السموات والارض.

حاول خلال هذه العملية، ذكر محاسن وأمور إيجابية للمفقود من خلال ذكريات وصور أثناء المحادثة.

4.استخدام اللغة والتفسيرات المناسبة حسب الفئة العمرية.

التوقيت واللغة المستخدمة في هذه العملية هام جدا. في الفترة الزمنية التي تلي الوفاة مباشرة ، فإن الطفل سيكون أقل استعدادا لتلقي المعلومات ومعالجتها. كلما مضى الوقت بعيدا عن هذا الحدث، فإن الطفل سيكون قادرا على معالجة أكثر، استيعاب أكثر، فهم أكثر. وخلال هذه العملية الطويلة، ستبقى للطفل فرص لإعادة اختبار – بما انه سيستمع مرارا وتكرارا وفي أوقات مختلفة إلى ما يذكره بذلك.

وعلى المدى البعيد، ستسنح الفرصة لتسهيل إعادة معالجة فهم ناضج لهذا الفقدان.

للأطفال في أعمار مختلفة مفاهيم مختلفة جدا عن الموت.

الأطفال الصغار جدا ربما لهم قليل من التقدير السليم للموت. حاول ألا تربط بين النوم والموت. عندما يرتبط هذان، ليس من المستغرب أن يصبح الأطفال حينئذ يخافون من النوم. ويصبحون يخشون ذهاب محبوبيهم إلى النوم. حاول الحصول على بعض الفهم من الطفل لما يعتقد عن الموت، ولحياة الآخرة، هل هناك مخاوف من الموت...الخ. كلما عرفت عن فهم الطفل لمفهوم الموت، كلما كان من الأسهل بالنسبة لك التواصل مع الطفل بطريقة مجدية.

5.ساعد الأطفال على تجنب المنطق الخاطئ حول سبب الوفاة.

في كثير من الأحيان ينشئ الأطفال الصغار افتراضات زائفة عن أسباب الأحداث الكبرى. ومما يؤسف له أن هذه الافتراضات يمكن أن تشمل افتراض كونهم هم المخطئون حول هذا الحدث -- بما في ذلك وفاة الشخص المحبوب. الكبار غالبا ما يفترضون أن العلاقة السببية واضحة – – الموت في حادث سيارة، إطلاق الرصاص خلال مظاهرة ضد الاحتلال، الموت في حريق.. لدى الطفل، من السهل جدا أن يعتقد أن

– أباه توفي في حادث سيارة لأنه كان ذاهبا لإحضار حاجيات ابنه، أو بسبب جنون السائق.

–إطلاق الرصاص و قتل شقيقي كان من المفروض أن يتوجه إلي لأني كنت بجنبه، لذا أنا المذنب!

– الحريق قد يكون معاقبة الله لعائلتي.

كن واضحا. استكشف تطور الإحساس بالسببية لدى الطفل. صحح ووضح كلما رأيت منطقا كاذبا يتطور لدى الطفل. مع مرور الوقت ، فإن قدرة الطفل على التكيف والمواجهة ترتبط بقدرته على الفهم ، وعلى الرغم من أن بعض عناصر الموت والمأساة تبدو خارج نطاق فهم الطفل، يمكننا تقديم تفسير للطفل -- بعض الأشياء لا يعلمها إلا الله سبحانه وتعالى–لحكمة يعلمها هو.قدرنا أن نكون في المواجهة، ومفهوم الشهادة خير تفسير--.

6. الأطفـــال الناجـــون غالبـــا ما يشعـــرون بالذنـــب

الطفل على قيد الحياة عند موت أو مقتل أفراد الأسرة غالبا ما يشعر بالذنب. وهذا اعتقاد يمكن أن يكون مدمرا ومجتاحا.

مدى الذنب الذي يشعر به الطفل يكون في أحيان كثيرة مرتبطا بالدرجة التي تنمو فيها وتستمر افتراضات زائفة عن الحدث.

مبدأ هام في هذه العملية هو أن الأطفال لا يعرفون كيف يعبرون أو يتحدثون عن الشعور بالذنب بنفس طريقة الكبار. الشعور بالذنب، كتعبير لدى الأطفال، قد يكون ملاحَظا بشكل أفضل في السلوكيات والعواطف التي تتعلق بالكره الذاتي والتدمير الذاتي. ومن المرجح أن الطفل لا يكون قادرا على التوضيح أن هذا الشعور بالذنب لدى الناجي يتصل اتصالا وثيقا بإحساسه باللاجدوى،الأذى النفسي أو السلوكيات المدمرة.

الأطفال الناجون سيكون شعور عظيم بالذنب لدى الموت أو المقتل المفاجئ لأحد أقاربهم.—لماذا ليس أنا–كان يمكن أن أكون هناك–كان ينبغي أن أكون هناك–وستكرر هذه الأفكار وفق تنويعات مختلفة، لتصب جميعها غالبا في الشعور بالذنب. وإذا ما استطاع المعتنون بالأطفال، المعالجون والمدرسون التقليل من هذه الأفكار الكامنة المتصاعدة والمدمرة، حينئذ سوف تكون معافاة الطفل ميسرة.

7. التمييـــــز بيـــن الحـــــزن والحـــــداد.

– الحزن هو طابع لمجموعة من ردود الفعل العاطفية، المعرفية، السلوكية والجسدية التي تلاحَظ بعد وفاة عزيز. هناك مجموعة من الاستجابات الطبيعية والتي تشمل:

الإنكار، الذهول، الغضب، اجتياح من القلق–غصة–، الحزن، الخوف، الارتباك،

صعوبة في النوم، متاعب المعدة، وفقدان الشهية،

تجسيدات هستيرية ادراكات سمعية– بصرية خاطئة عابرة –بأن الطفل رأى العزيز المتوفي–

وغيرها من الأعراض المحتملة.

وهذه الأعراض مشابهة لتلك التي غالبا ما نشاهدها في مرحلة الاضطراب الحاد ما بعد الصدمة.

– أما الحداد فهو عملية مرتبة–رسمية كرد على حدث الوفاة. ويشمل ذلك النصب التذكاري، الجنازات، الاحتفال، ثوب الحداد، وهلم جرا. وهذه الطريقة شبه الطقوسية مفيدة جدا في تنظيم وتركيز رد فعل الحزن في الفترة الفورية لما بعد الموت. ومن المهم تمكين الأطفال من المشاركة في مراحل هذه العملية. وثمة عنصر رئيسي للمعافاة من الحداد، هو أن هناك طريقة لتميكن الشخص من 'التحكم في كيفية معاناة الصدمة. بدلا من الجلوس وحده مرددا لأفكار مجتاحة حول الموت، يمكن للطفل بطريقة متحكم فيها تذكر الفقيد دون التركيز على حدث الوفاة. فدرجة التحكم في التعامل مع الحدث الصادم مهم جدا في تحديد مدى الطابع التدميري للحدث مع مرور الوقت.

8. الحـزن طبيعـي – استمرار ردود فعـل الحزن ليست كذلـك:

بنفس الشكل إلى أن استمرار وجود رد الفعل الحاد على الصدمات يمكن أن تدل على مشاكل كبيرة، كذلك استمرار رد فعل الحزن. إذا استمرت الأعراض المذكورة أعلاه إلى ما بعد 6 أشهر أو إذا كانت هذه الأعراض تتداخل مع أي جانب من جوانب النشاط الوظيفي للطفل، فإنها تحتاج إلى معالجة. إذا كان الطفل في العلاج ، اخبر المعالج بهذا . اكتشف ما إذا كان أداء الطفل في المدرسة قد تغير ، راقب أية تغيرات في أنماط اللعب ،أي فقدان للاهتمام بالأنشطة ..

كن شديد الانتباه،تحلى بالصبر ،كن متسامحا ، كن ودودا: هؤلاء أطفالنا قد أوذوا كثيرا ، ومعاناتهم مستمرة دائمة.

9. لا تتجنب الموضوع عندما يثيره الطفل .

مماثلة لمبادئ التعامل مع الصدمات الأخرى، على الكبار حوالي الطفل أن يكونوا متواجدين عندما يرغب الأطفال في الحديث، ولكن تجنب عملية جس النبض عندما لا يرغبون في ذلك.

وهذا قد يعني مجرد الرد على سؤال واحد –– يعني ذلك الرد على سؤال صعب للغاية –~~"هل شعرت بالألم عندما شاهدت مقتل أخيك؟"~~. لا تستغرب أن يحدث في منتصف محاولتك الحصول على جواب سليم أن يعود الأطفال للعب ويتصرفون دون اهتمام. لقد كانوا غير قادرين على تحمل مستوى الحدة العاطفية فتجنبوها بطريقة متكيفة.

سيدرك الأطفال إذا كان الموضوع قاس عاطفيا على الكبار من حولهم. سيحاول الطفل إرضاء الكبار –– سواء بتجنب المواضيع العاطفية أو مواصلة المواضيع التي يحسون أنها تحقق رغبة للكبار.حاول القياس بنفسك الشعور بعدم الارتياح وتناول ذلك مباشرة مع الطفل. ومما يبعث على الاطمئنان أن يشعر الأطفال أنهم ليسوا وحدهم في متاعبهم العاطفية. ابق متحكما في الوضع.

10. كـــن حاضـــرا، راعيـــا، حاضنـــا، مطمئنـــا وعنـــد حســـن الظن.

اعمل ما في وسعك لتكون حاضرا،ودودا ، داعما وعند حسن الظن. كل هذه الأمور تجعل العمل مع الطفل أسهل. إنهم يشعرون بالرعاية وبأمان أكثر. ففقدان الوالدين، والأشقاء وغيرهم من الأحباء مؤلم وصادم للغاية، ويعمل على تغيير حياة هؤلاء الأطفال إلى الأبد.سيكون للطفل رحلة طويلة في الحياة–من معاناة وإعادة معاناة فقدان أحبتهم. كل عيد وعطلة –– كل مناسبة عائلية – ستجلب معها الفقدان، الموت وشبح العزيز المفقود لهذا الطفل. المعتنون، المدرسون ،المعالجون الحاضنون بإمكانهم جعل كل هذه الرحلة أكثر سهولة.

11. إبـــلاغ الكبـــار والأطفـــال في عالم الطفـــل بما حـدث.

اسمح للمدرسين، والاستشاريين ووالدي أصدقاء الطفل، وعند الاقتضاء، أقران الطفل بمعرفة بعض من الألم الذي يعيش معه الطفل. أحيانا قد يسمح هذا للأشخاص في حياة الطفل بمنح قدر لا باس به من التحمل أو التفهم أو الرعاية التي من شأنها تمهيد طريق المعافاة. يمكن أن يكون بعض الناس في كثير من الأحيان قليلي التحمل و قاسيي الفؤاد عند التعامل مع ألم طفل حزين. عندما ترى أن هذا هو الذي يحدث، لا تتردد من التدخل وتهذيب الأشخاص المعنيين بكل حكمة وتعقل.

12. توقـــع تجـــارب حسيـــة غيـــر مألوفـــة

على مدى ستة أشهر بعد الفقدان ، سيختبر الأطفال (والكبار) غالبا أحاسيس بصرية،سمعية أو لمسية غير عادية. قد يعتقد الطفل أنه سمع صوت الشخص الفقيد أو يعتقد انه رآه في حشدا من الناس –– أو صورته المنعكسة على نافذة من زاوية العين. في وقت النوم أو عند الاستيقاظ ، هذه الادراكات الخاطئة هي أكثر شيوعا. و قد تكون مزعجة للوالدين، المعتنين وللطفل. طمأنة الطفل؛ هذه 'الرؤى' غالبا ما تفسر ايجابيا لدى الطفل – "إنه عاد ليقول لي أن كل شيء على ما يرام –– أنه ما زال معي". وهذا يمكن أن يكون مهما بالنسبة للطفل ، وليس هناك من سبب لتقويض هذه المشاعر،ففي ديننا،الأموات يحسون بارواحهم، يؤلمهم نواحنا وعويلنا عليهم كما اخبر بذلك الرسول الكريم عليه السلام.

في الطب النفسي، غالبا ما يتم تسمية هذه التجسيدات الهستيرية بالهلوسات السمعية البصرية. إذا لوحظ تفاقم لكذا أعراض الاتصال بمتمرس في الصحة النفسية أو الطبيب النفسي.

مراجـــــع

- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine.
- *Emergency Medical Services for Children: The Role of the Primary Care Provider*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1992:96-98
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994:424- 429
- Finch AJ, Daugherty TK. Issues in the assessment of posttraumatic stress disorder in children. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*, New York, NY: Plenum Press; 1993: chap 3
- Gudas LJ. Concepts of death and loss in childhood and adolescence: a developmental perspective. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993: chap 4 5 Joyner CD, Swenson CC. Community level intervention after a disaster. In:
- Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993:211- 232
- LaGreca AM, Vernberg EM, Silverman WK, Vogel AL, Prinstein MJ. *Helping Children Prepare for and Cope With Disasters: A Manual for Professionals*
- *Working With Elementary School Children*. Coral Gables, FL: University of Miami, Department of Psychology; 1994
- Koocher GP, Berman SJ. Children's perceptions of death. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, Gross RT, eds. *Developmental-Behavioral Pediatrics*.
- Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1983:491-500
- Lystad MH, ed. National Institute of Mental Health, Center for Mental Health Studies of Emergencies. *Innovations in Mental Health Services to Disaster Victims*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1990; Publication No. (ADM) 90-1390
- National Institute of Mental Health. *Field Manual for Human Service Workers in Major Disasters*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 1990; Publication No. (ADM) 90-537
- Saylor CF. Introduction: Children and Disasters: Clinical and Research Issues. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York. NY: Plenum Press; 1993:1-10
- Saylor CF, Swenson C, Powell P. Hugo blows down the broccoli: pre-schoolers post-disaster and adjustment. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1992;22(3):139-149
- Saylor CF, Swenson C, Stokes S. The Pediatric Emotional Distress Scale (PEDS), a brief screening measure for child trauma victims. Presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association; August 1994; Los Angeles, CA Sugar M. Disasters. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC, eds. *Developmental- Behavioral Pediatrics*. Philadelphia, PA: WB Saunders Co; 1992:178-181
- Sugar M. Adolescents and their reactions to disaster. Presented at the Annual Meeting of the American Society for Adolescent Psychiatry; May 1992; San Francisco, CA Sugar M. A preschooler in a disaster. *Am J Psychother*. 1988;42:619-629
- Swenson CC, Klingman A. Children and war. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters*. New York, NY: Plenum Press; 1993:137-164
- Vogel J, Vernberg EM. Children's psychological responses to disaster. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1993;22:470-484
- Yule W. Technology-related disasters. In: Saylor CF, ed. *Children and Disasters NEW YORK NY Plenum Press 1993 chap 6*
- 19.Special Considerations for Parents, Caretakers, & Teachers by Bruce D. Perry, M.D., Ph.D. DRAFT June 2, 1995 version 2.0 ChildTrauma Academy Programs Department of Psychiatry and Behavioral Sciences BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE One Baylor Plaza Houston, Texas 7030 (713) 770- 751
- 20.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/Emergency Services

ARABPSYNET JOURNALS GUIDE

ENGLISH EDITION

www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm

الرعايـــــة النفسيـــــة للأطفـــــال وقـــــت الحـــــرب والنزاعـــــات (الطبيب كمرشد نفسي)

د. مأمـــــون مبيـــــض – الطـــــب النفســـــي – أيرلنـــــدا الشماليـــــة

mobayed@hotmail.com

مقدمـــــة: ينمو الأطفال مع الأسف وفي كل أنحاء العالم في جو من العنف والإرهاب والنزاعات السياسية والعسكرية. ولا شك أن تدور في أذهانهم الكثير من الأسئلة الملحة عن الحرب وأسباب النزاعات وموقف الإنسان منها. ويمكن لهذه الأسئلة والأفكار أن تؤثر كثيرا على نموهم وفهمهم لأنفسهم والآخرين والعالم من حولهم.

ويتعقد الموقف أكثر في هذا الوقت حيث تعج وسائل الإعلام صباح مساء بأخبار هذه النزاعات والحروب، مع نقل الصور الفورية، والأصح أن أقول أن وسائل الإعلام هذه تنقلنا وأولادنا إلى موقع الحدث أو الانفجار أو القتل.

ومما يقلق الأباء والمعلمين والمربين والأطباء كيفية حماية الصغار نمن التأثيرات الضارة لهذه الأحداث، وطبيعة الطريقة المثلى للتعامل مع الصغار في هذه الظروف الصعبة، وعن كمية المعلومات التي يفيد تقديمها لهم. ويبقى موضوع الصحة النفسية للصغار في هذه الأوقات من القضايا الملحة التي تواجه العاملين في المجال الصحي، بل كامل المجتمع. ويمكن للطبيب أن يقوم بدور المرشد للآباء والأمهات للطريقة الصحية للتعامل مع هذا الموضوع.

تفاعـــــل الأولاد مـع الحـــــروب والنزاعـــــات

تختلف ردود أفعال الأولاد لأخبار الحروب والنزاعات والصور المرافقة لها، بسبب اختلاف عوامل كثيرة كعمر الطفل وطبيعة شخصيته والتجارب التي مر بها في حياته ونوعية علاقته بالآخرين من حوله كالوالدين وغيرهما.

فإن أكثر ما يزعج الأطفال قبل المرحلة المدرسية هي المناظر المرعبة والمؤلمة وأصوات الدوي والانفجارات. وليس مستغربا أن يخلط أطفال هذه السن بين الحقيقة والخيال، وبين تقديرهم لحجم الأخطار والتي قد تلحق بهم أو بغيرهم. ومن السهل أن تسيطر مشاعر الخوف والقلق على هؤلاء الأطفال، حيث يصعب عليهم إدراك البعد الحقيقي للأمر، أو صرف الأفكار المخيفة عن أذهانهم.

بينما يمكن لأطفال المرحلة المدرسية التفريق بين الحقيقة والخيال، إلا أنه قد يصعب عليهم أحيانا الفصل بينهما. فقد يخلط الطفل بين مشهد من فلم مخيف وبين منظر من مناظر الأخبار، مما يدفعه للمبالغة في حقيقة الأخبار. وقد لا ينتبه الطفل إلى أن بعض المشاهد الإخبارية يعاد عرضها مرات ومرت وليس أنها تتكرر من جديد. وقد يشعر الطفل وبسبب وضوح الصور المنقولة أن الحدث قريب منه كثيرا وربما في الشارع الذي يسكنه.

بينما نجد الذين في المرحلة الإعدادية والثانوية أكثر اهتماما بالنقاشات السياسية المرافقة للنزاع، ويشعرون بأن عليهم أن يتخذوا موقفا محددا من هذه القضايا. ولذلك قد نجدهم ينخرطون في بعض الأعمال السياسية أو الخيرية المتعلقة بحالة الحرب والنزاع.

ويمكن لشخصية الطفل وطبيعته المزاجية أن تؤثر كذلك في تفاعل الطفل مع الحدث، فبعض الأطفال أكثر عرضة بسبب ميلهم للخوف والقلق، وبالتالي نجد أن الخبر يحرك عندهم مشاعر الخطر والخوف والاضطراب.

ولا ننسى أن الأطفال يتفاوتون كذلك في طبيعة علاقتهم بالحرب أو النزاع، فقد يكون لبعضهم أقارب لهم تدخل مباشر بالحرب أو القتال الدائر، أو يكونوا من نفس الجنسية أو الهوية أو الديانة، ولا شك أن هؤلاء أكثر عرضة للتأثر بالأحداث الدائرة.

وقد يميل الأطفال الكبار إلى ربط أخبار الحرب أو القتال بأمورهم وظروفهم الشخصية وكأنها تتعلق بهم مباشرة.

ومن أكثر ما يشغل ذهن الأطفال الصغار هو الخوف من الافتراق عن الوالدين، ومفهوم الخير والشر، والخوف من العقاب. وقد يسأل الطفل الصغير فيما إذا كان سلوكه في البيت حسن أو سيئ، معتقدا أن الحرب قد وقعت على الأطفال الذين يشاهدهم في الأخبار بسبب أن سلوكهم مع والديهم لم يكن حسن، ولذلك فالحرب عقابا لهم!

وبسبب اهتمام الأولاد الكبار بقضايا السياسة والأخلاق والمبادئ فقد يعمدون إلى التأمل والتفكير في القضايا الفلسفية والأخلاقية العامة، وطبيعة الحكومات والسياسات والخدمة العسكرية...

وهناك من الأولاد من يأخذ الموقف المعاكس عندما يصبح غير مبال بما يرى أو يسمع من أخبار الاقتتال والدمار. وقد يكون ذلك بسبب كثرة المعلومات والصور والأخبار التي تعرض لها هؤلاء مما جعلهم يشعرون بحس الخدر. وأحيانا وبسبب الألعاب الإلكترونية كالكمبيوتر وغيره فقد لا يشعر الطفل أنه أمام مناظر حقيقية وضحايا ودماء وقتلى.

كيـــــف أتعـــــرف على أفكـــــار ومشاعـــــر الأولاد عن الحـــرب؟

قد لا يكون من السهل معرفة حقيقة ما يدور في ذهن الأطفال عندما يكونوا تحت صدمة أخبار شديدة مزعجة وقد يتردد الطفل في الحديث عن مخاوفه، وخاصة أنه قد لا يكون قد انتبه إلى مدى تأثير الأخبار عليه.

ويمكن أن يشعروا بمخاوف متعددة وبشكل يخالف توقعات الأهل. فقد يخاف الطفل من ركوب الحافلة أو الباص بعد أن رأى في الأخبار باصا ينفجر، أو الخوف من الذهاب إلى المدرسة بعد أن شاهد مدرسة تتعرض للقصف.

ويمكن للآباء أن ينتبهوا إلى المؤشرات التي توحي بكيفية تعامل الطفل مع الأحداث وأخبار المعارك.

وليس بالضرورة أن يكون لعب الأطفال لألعاب القتال والحروب مؤشرا إلى مشكلة نفسية عندهم، فهذا أمر طبيعي عند الصغار، ولكن قد يزداد هذا النوع من اللعب وقد الحروب، حيث يحاول الأطفال من خلال هذا " اللعب" تقليد ومحاكاة ما يشاهدونه، أو الانتقام، أو قد يعتقدون بأنهم يساهمون في حل بعض النزاعات التي يرونها أمامهم.

ومن المؤشرات القوية لتأثير الأطفال بالحرب والقتال:

- تراجع الطفل أو نكوصه إلى سلوك طفلي كان قد نمى وتجاوزه في مرحلة من مراحل نموه السابقة، كالخوف من النوم منفردا، والتبول اللاإرادي، ومص الإصبع وغيرها من تصرفات تميز من أهم أصغر من سنه
- السلوك العدواني من الضرب والاعتداء على الأشقاء أو غيرهم.
- التعلق الزائد بأحد والديه أو كليهما، وقلقه كلما ابتعد عنهما ولو لوقت قصير
- الانطواء الشديد والذي لا ينسجم مع طبيعة نفسيته السابقة
- اضطراب النوم والكوابيس الليلية
- الوسواس بأمور الحرب كتكرار الأسئلة المتعلقة بهذه الحرب
- الخوف من أمور لم يكن يخافها من قبل كالظلمة والليل.

كيـــــف أتحـــــدث مع الأولاد عـــــن الحـــــرب؟

هناك معتقد خاطئ عند الناس أن الحديث عن الحرب والقتال مع الأطفال من شأنه أن يزيد لديهم المخاوف والقلق، والعكس هو الصحيح، وإن كان الأمر يتوقف على طريق الحديث والحوار معهم. والأخطر من الحديث المباشر والصريح أن يحتفظ الطفل بمخاوفه الخاصة التي يتحدث عنها للآخرين.

وكما هو الحال مع المواضيع الأخرى في الحياة، يجب الانتباه للمرحلة العمرية ولمرحلة نمو الطفل وفهمه واستيعابه. وبالرغم من أن الأطفال الصغار وحتى الذين في الرابعة أو الخامسة من العمر يمكن أن يدركوا طبيعة أعمال العنف والحرب، إلا أنه ليس كلهم يعرف كيفية الحديث عما يشغله ويقلقه. ولذلك قد يحتاج الأهل أحيانا أن يبدؤوا هم في محاولة الحوار مع الأولاد. ويمكن أن يبدأ الوالدان بسؤال الطفل عما يمكن أن يكون قد سمعه من أخبار، أو عن رأيه فيما يجري من أحداث. وعلى الأهل أن يمسكوا أنفسهم عن محاولات إلقاء المحاضرات على الأطفال حتى يتعرفوا أولا على الأمور المهمة التي تشغل بالهم، فقد تكون غير ما توقعه الأهل. ويمكن الاستفادة من بعض الظروف الطبيعية ومنها مثلا عندما يشاهد الجميع نشرة الأخبار، أو عندما تحدث بعض الأمور كظهور النقاشات على شاشة التلفزيون، أو خروج الناس في مسيرات الاحتجاج على الحرب، أو عند جمع التبرعات من المساجد لصالح ضحايا العدوان.

وليس من الطبيعي أن يتم النقاش في هذه المواضيع المشحونة بالعواطف في جلسة واحدة، ولابد من زيارة الموضوع كلما دعت الحاجة. وقد تستجد بين الحين والآخر قضايا وتفاصيل جديدة تستدعي الحديث مجددا.

ويمكن للأهل محاولة التوسع في فتح مواضيع أخرى وثيقة الصلة بما يجري كمواضيع العدل والسلام واللاعنف في الحياة وقد يتطلب المر في بعض المعلومات التاريخية، أو ثقافة وتقاليد بعض الناس أو الدول.

ولا بأس من محاولة ربط حل النزاعات الدولية بحل النزاعات المحلية في البلد الذي يعيش فيه الطفل، أو الخلافات البسيطة التي تنشأ بين الأولاد، وكيف يمكنهم حل هذه الخلافات بطريقة سليمة.

وعلى الأهل إحترام رغبة الطفل إن لم يرد الحديث في الموضوع في بعض الأوقات عندما لا يكون مرتاحا للأمر.

وعلى الأبوين الانتباه لبعض المؤشرات الكلامية وغير الكلامية التي ترافق حديث الأولاد ومنها:

- تعبيرات وجه الولد
- طبيعة حركات جسم الطفل وما يحاول التعبير عنه
- سلوك اللعب الذي يقوم به الأولاد
- طبقة صوت الولد
- التعابير والكلمات التي يستخدمها الولد للتعبير عما في نفسه

ويدرك معظم الناس الآن أن المعلومات والأخبار أصبحت أكثر انتشارا وأكثر سهولة في الحصول عليها، وأنها متاحة للصغار والكبار سواء من التلفزيون أو الأنترنيت أو الصحف أو المجلات. ويجب الانتباه هنا إلى نوعية وكمية الأخبار التي يتلقاها الأطفال وخاصة الصغار منهم. فإنه لا ينصح أن يتعرض الأطفال لكمية كبيرة من هذه الأخبار، أو أن يتعرضوا للمشاهد المخيفة من القتل والدمار. وقد يحتاج الأهل للحد من كمية هذه الأخبار ونوعيتها، وسنأتي لهذا الموضوع بعد قليل.

والمهم أن يساعد الأهل الولد على هضم هذه المعلومات وفهمها بطريقة إيجابية تساعده على فهم الحقائق، وتصحح لديه سوء الفهم إن جد، وتمكنه من الخروج منها بما يعطيه الأمل في المستقبل. ولا بد من التعرض لمشاعر الطفل عن هذه الأخبار أو الأحداث، وليس مجرد الاهتمام بالجانب الفكري أو المعرفي.

ولا ننسى أن مثل هذه المواضيع تتيح فرصة طبيعية ليتحدث الوالدان عن نظرتهما ورأيهما في أمور متعددة متعلقة بالموضوع، كالعدل والظلم، أو العصبية والموضوعية، أو التسامح والكراهية، أو العنف واللاعنف، أو المواقف النمطية عن الناس، وغيرها من أمور الحياة. ويفيد التحلي بالحوار الصريح والمنفتح، ولكن من دون أن يقدم الأهل آرائهم على أنها حقائق مطلقة، ويجب أن يتيح فرصة لاختلاف الرأي، وفرصة للتعبير عن هذه الآراء المختلفة.

إن إشعار الطفل بخطأ أفكاره أو مشاعره قد يدفعه لينسحب من الحوار أو النقاش، أو قد يجعله يشعر بأنه طفل " سيئ" أو أنه لا يحسن التصرف.

نصائـح بسيطـة وهامـــة في جلســـة الحديـــث مـــع الأولاد

- استمع واستمع، واستمع من جديد لما يقوله ولدك
- أظهر إحترامك للولد بالرغم من عدم موافقتك على ما يقوله " أنا أحترم رأيك هذا"
- حاول النظر في عيني الولد قدر الإمكان أثناء الحوار
- تصيد الظروف المناسبة لشرح بعض الأفكار الأساسية
- قل الحقيقة
- يتعلم الأولاد من خلال مراقبة الآخرين، فكن نعم القدوة لهم
- أقض مع الأولاد وقتا مشتركا حرا من دون قيود وتعليمات
- أظهر أنك مهتم حقيقة بالولد
- حاول أن لا تنتقد الولد
- أعط الولد كل إنتباهك وتركيزك
- تذكر أنك تتحاور مع الولد من خلال الكلمات والتعابير والحركات جميعا

- ذكر الولد بأن له مكانة خاصة عندك
- شجع الولد على الحديث عن مشاعره " يبدو أنك قلق"، قل لي بماذا تشعر"
- شارك أفكارك ومعتقداتك مع الولد " أنا أشعر... أو أعتقد"...

كيـــــف يمكـــــن أن أطمئـــــن الأولاد؟

من المفيد أن يظهر الأهل للطفل بأنهم يتفهمون مشاعره، وعليهم تجنب التقليل من هذه المشاعر فغن هذا قد يشعره بالحرج أو الانتقاد له والحديث عن العواطف والمشاعر من شأنه أن يخفف من شعور الطفل بالقلق والخوف.

ويمكن للوالدين تطمين الطفل من خلال تقديم معلومات وحقائق عما هو متوفر لحماية الناس ومنهم الأطفال كوجود الشرطة ورجال الأمن، ومن خلال ما يمكن أن يقوم به الطفل في حال خوفه كحديثه مع أحد الكبار كوالديه. وليحاول الأبوان تجنب وضع الاحتمالات والافتراضات أمام الطفل، والفضل منها تقديم المعلومات الحقيقية ولكن البسيطة والواضحة.

ومن الأمور المهمة في إدخال الطمأنينة في نفس الطفل والأسرة جميعا الحفاظ قدر الإمكان على الروتين المعتاد للأسرة في تفاصيل حياتها اليومية، فهذا مما يعيد شيئا من الشعور بالأمن السابق للحرب والاقتتال، واشتراك أفراد الأسرة في القيام بالأعمال اليومية البسيطة والواضحة.

ومن الأمور المهمة في إدخال الطمأنينة في نفس الطفل والأسرة جميعا الحفاظ قدر الإمكان السابق للحرب والاقتتال، واشتراك أفراد الأسرة في القيام بالأعمال اليومية البسيطة، كتناول وجبات الطعام، والنوم المشترك كالمعتاد، والذهاب إلى المدرسة، فكل هذه الأعمال تعطي الطفل شعورا بأن العالم من حوله يسير بشكل طبيعي كالمعتاد.

وإذا كان للطفل قريب أو أحد أفراد أسرته في منطقة الحرب أو النزاع فقد يعرضه هذا للمزيد من القلق أو الخوف. ومما يفيد هذا الطفل معرفة معلومات حقيقية عن هذا القريب وظروف حياته مكان الحرب. ويمكن للطفل أن يتصل بقريبه عن طريق الهاتف أو بالمراسلة إن أمكن هذا. ولا شك أن مما يعين دوما هو التقاء الإنسان وحديثه مع الآخرين الذين يعيشون ظروفا مثل ظروفه، فهذا يخفف عن الجميع من خلال المشاركة بالمعلومات والتجربة والمشاعر.

ومن الأمور المطمئنة للأطفال أن يروا الكبار من حولهم يشعرون بالمن والاطمئنان، ومن خلال تلقي الدعم النفسي والتشجيع من قبل هؤلاء الكبار.

ولاشك أن هذه فرصة مناسبة لشرح مفهوم التوكل على الله مع اتخاذ الأسباب، وأن المسلم في النهاية يشعر بالأمن من خلال الاعتقاد بأنه " لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا".

نصائـــح عامـــة للوالديـــن تتعلـــق بحالـــة الحـــرب

5- من نعم الله أنه وضع في الأطفال قدرة عالية على التحمل والممانعة أمام الصدمات، فبالرغم من إصابتهم بالانزعاج الشديد وقد الأزمات إلا أنهم قادرون من خلال الزمن ومن خلال وجود فرصة أمامهم للتعبير عن مشاعرهم، قادرون على العودة للحياة الطبيعية، وبشكل أسرع منا نحن الكبار. قد لا يستفيد الأطفال من جلسات طويلة مليئة بالأسئلة، وإنما يفيدهم أكثر معلومات بسيطة مباشرة وواضحة على تساؤلاتهم، وأن يستمع إليهم إذا أرادوا الكلام .

6- لا تسرع في افتراض ما يمكن أن يكون قد فهمه الأولاد من الأحداث، ولا تفترض أن مشاعرهم تجاه حدث ما أشد من مشاعرك أنت.

فردود فعل الأطفال للأحداث تختلف كما ذكرنا سابقا بحسب أعمارهم، وقربهم من الحدث، وشخصيتهم، وتجاربهم في الحياة، وما قد سمعوه عن الأحداث، وأسلوب أسرهم في الحوار والخطاب، وقلة المشاعر التي تظهر على الطفل لا يعني بالضرورة أنه يخفي حقيقة.

1- من أفضل ما يعين الطفل هو أن تفهم تماما سؤاله قبل الإجابة عليه. وقد يشير السؤال أحيانا لمشاعر معينة أو فكرة يحملها الطفل. والأمثل أن تتفهم الدوافع التي تقف وراء سؤاله، وخاصة عندما يكون هذا السؤال صعبا. ويمكنك عندها أن تسأل الطفل مثلا " وما الذي يجعلك تفكر بهذا؟" أو " هل تخبرني بماذا كنت تفكر حتى طرحت هذا السؤال؟" وعندما تعرف مغزى السؤال فستستطيع عندها تقديم الإجابة الفعالة.

2- قد يطرح الأطفال أسئلة لا يستطيع أحد الإجابة عنها، والتي قد تجعل الأهل يشعرون بالارتباك وعدم الراحة، ويقلقون أن الأطفال لن يشعروا بالأمان إذا لم تقدم إليهم الإجابات المناسبة. يرتاح عادة الأطفال والمراهقين، مثلنا نحن الكبار، للحديث المباشر والصريح، فبدل أن تخترع للطفل جوابا غير دقيق، الأفضل أن تقول: " لا أدري جواب هذا السؤال" أو " سأحاول أن أبحث لك عن الجواب".

3- لا تتردد في حزمك الأمر. فإذا رأيت التقليل من أوقات متابعة نشرات الأخبار، أو الحد من الصور المعروضة على التلفزيون فافعل ما تراه صحيحا لك وللأولاد

4- قد تضطر الأسرة لتغيير نظامها الحياتي المعتاد لبعض الوقت، ولكن احرص على إعادة نمط هذه الحياة لطبيعته المعتادة لما في هذا وكما ذكرنا سابقا من إدخال شيء من الاطمئنان لحياة الأسرة والأطفال

ترشيـــد التعامـــل مع وسائـــل الإعـــلام

تكثر هذه الأيام النشرات الإخبارية والتغطية الإعلامية وقد الحروب والنزاعات، فهي على مدار الأربع والعشرين ساعة. وتسبب الكثير من هذه المعلومات والصور المرافقة الانزعاج والألم للكبار فمن باب أولي أن تؤثر في الصغار والأولاد. وقد تزداد حساسية بعض هؤلاء الأولاد لمثل هذه المعلومات والصور.

ويمكن للآباء والمعلمين والمربين من الحد من التأثيرات السلبية لوسائل الإعلام بمتابعة ما يتعرض له الأولاد من هذه الوسائل وذلك من خلال:

- لا تفترض أن الأولاد لا يعرفون ماذا يجري من أحداث: من المستحيل تقريبا في هذا العصر أن لا يلاحظ الأولاد ماذا يدور من أحداث معاصرة. فكثير من الصغار الآن يرون ويسمعون أكثر مما تتوقع، ومن هنا تأتي أهمية سؤالهم عما رأوه أو سمعوه، وعن مشاعرهم حول هذه الأحداث.
- تنتبه إلى علامات إصابة الأولاد بالقلق: بعض الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالقلق من غيرهم عندما يتابعون نشرات الأخبار، وذلك بحسب أعمارهم ومزاجهم. ويزداد احتمال تعرض الأولاد للقلق إذا كانوا هو أنفسهم ضحايا للعدوان أو الأذى في السابق كحرب أو أعمال عنف، أو إذا كان لهم أقرباء وأسر تعيش في منطقة الحرب أو النزاع، أو إذا كان لهم أقرباء في الجيش أو خدمات الإسعاف.
- كن اختياريا فيما يشاهده الأولاد: حاول حماية الأولاد من الصور المأثرة والمعلومات المزعجة في بعض البرامج المعروضة. حاول أن لا ترتكب الخطأ الذي ترتكبه بعض الأسر عندما يبقون التلفزيون أو الراديو يعمل طوال الوقت حتى ولو لم يكن أحد يشاهد أو يسمع. وتجنب متابعة بعض مشاهد التدمير والعدوان والتي تكررها وسائل الإعلام مرات ومرات.

– ساعد الأولاد الكبار على تحليل بعض اللقطات الإخبارية: فهذه فرصة مناسبة ليتعلم الأولاد كيفية عمل وسائل الإعلام. فيمكنك مشاهدة بعض النشرات الإخبارية مع الأولاد الكبار ومن ثم الحديث عنها وتحليلها. واشرح لهم كيف أن الإعلام مهنة وأن القائمين عليه يسعون لكسب العدد الكبر من الزبائن والمشاهدين، ولذلك يستخدمون وسائل متعددة تؤثر في طريقة الإخراج الفني لهذا الإعلام.

– وسع دائرة جمع المعلومات: حاول أن تنوع وسائل الإعلام التي تحصل منها الأخبار بين التلفزيون والانترنيت والصحف مما يضمن بعض الحيادية للمعلومات. وقد يكون لا بد من الرجوع لبعض كتب التاريخ أو أطلس لخرائط البلدان.

– أكد على مبادئ العدل واحترام الحياة: اشرح للأولاد كيف أن الحروب والنزاعات لاشك تسبب عواطف الحزن ومشاعر المواساة مع الضحايا وأسرهم، وأن كل هذا ينشأ بين الناس مشاعر التعاطف والتضامن والتكافل.

ساعد الأولاد على الشعور بإمكانات العمل: شجع الأولاد على القيام بعمل إيجابي في نطاق الحرب أو النزاع كجمع التبرعات أو الخروج في المظاهرات أو حضور ندوات الحوار أو كتابة رسائل الاحتجاج للصحف أو السياسيين

Arabpsynet Association

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Ar.htm
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.htm
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ass.Fr.htm

Arabpsynet Reviews

Arabic Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Ar.htm
English Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.htm
French Edition
www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Reviews.Fr.htm

الجوانـــــب النفسيـــــة الاجتماعيـــــة للصـــــراع العربـــــي الإسرائيلـــــي[1]

محاضـــــــــرة

قـــــدري حفنـــــي – أستـــــاذ علـــــم النفـــــس – القاهـــــرة، مصـــــر

kadry.turky@gmail.com - kadrymh@yahoo.com

السيدات و السادة: لعلي لم أعاني يوما من الوقوف محاضرا قدر معاناتي و أنا أقف أمامكم اليوم. ليس ذلك لقليل ألفة بالموضوع، و لا لضباب يحول دون وضوح الرؤية، فالموضوع واضح -لدي علي الأقل- وضوحا ساطعا يكاد يخترق حدود العقل العلمي البارد ليصل إلي أغوار الانفعال، و من هنا كانت المعاناة بهدف التماس ذلك الخط الدقيق الذي يميز -و لا أقول يفصل- بين الانتماء الوطني بل و الإنساني و ما يثيره من وهج انفعالي، و الالتزام العلمي و ما يقتضيه من برود عقلي.

السيـــدات و الســـــادة

لقد عاش في ظل الصراع العربي الإسرائيلي ما يزيد عن ثمانية أجيال من العرب واليهود: من انتفاضة البراق 1928 إلي مذبحة غزة 2008، بحيث أصبح ذلك الصراع سمة أساسية في حياتهم، تمتد آثاره إلي ما هو أبعد كثيرا من الزعماء السياسيين وصناع الرأي العام لتصل إلى أعماق المجتمع، بحيث يصبح جزءًا من الأغاني والأدب، بل وحتى من اللغة ، و بحيث تصبح الأحداث العنيفة جزءًا من التاريخ الشخصي يتوارثه أبناء الطرفين المتصارعين حتى هؤلاء الذين لم يخدموا في الجيش و لم يسهموا إسهامًا مباشرًا في القتال، حيث لا تخلو ممارساتهم لأفراحهم وأتراحهم واحتفالاتهم الدينية من تداعيات متصلة بالصراع، و تتغلغل تأثيرات هذا النوع من الصراع الطويل في أبنية المجتمع كافة، بحيث يصبح جزءًا لا يتجزأ من أعماق الهوية القومية لأفراد كل جماعة من الجماعات المتصارعة: يشكل صورتهم عن أنفسهم، وإحساسهم بمكانتهم في العالم، بل وأنماط سلوكهم إلي آخره، و غني عن البيان أن صعوبة دراسة مثل ذلك الصراع تتضاعف إذا ما كان القائم بها – شأن امن يشرف بالحديث إليكم–قد نشأ و تحددت هويته القومية منذ البداية منتميا للجماعة المصرية الضالعة في هذا الصراع منذ بدايته.

لقد وقفت في يناير 1974 لأتقدم بأطروحتي للحصول علي درجة الدكتوراه في علم النفس عن "الشخصية الإسرائيلية"، و التي كانت آنذاك عملا رائدا. و لم يخطر لي وقتها أن حجم التغييرات التي سوف تطرأ علي التركيبة الداخلية لكل طرف من أطراف الصراع، و علي طبيعة العلاقات المتبادلة بين تلك الأطراف؛ سوف تجعل مما كان رائدا بمقاييس عصره، مجرد إنجاز تخطاه الزمن بحيث لا يبق منه –إذا ما بقي شيء– سوي التأريخ و المنهج.

لقد طال التغيير ملامح و مواقف و علاقات الأطراف جميعا، و لا يتسع المقام بطبيعة الحال لسرد شامل لتلك التغيرات، و من ثم فإني أستأذنكم في أمور ثلاثة:

الأمر الأول أن يقتصر حديثي –بحكم الوقت المتاح– علي المتغير دون أن أقف طويلا أمام الثابت، باعتبار أن ذلك الثابت أقرب إلي المعلوم بالضرورة.

و الأمر الثاني أن يقتصر حديثي – و بحكم التخصص– علي التغيرات الاجتماعية النفسية

و الأمر الثالث أن يقتصر حديثي قدر المستطاع –و بحكم الأهمية– علي طرفي الصراع الرئيسيين: فلسطين و إسرائيل.

و لا يعني ذلك الاقتصار بحال إغفال حقيقة أن التغيرات عبر العقود الثلاثة الماضية تكاد تكون قد شملت المنطقة بكاملها إذا لم تكن تأثيراتها قد امتدت لتشمل العالم جميعا، و أن التغيرات الاجتماعية النفسية لا تمثل سوي جانبا فحسب من جوانب الصراع قد نختلف حول مكانته من حيث الأهمية.

السيـــدات و الســـــادة

سوف نقف أمام تغيرين أساسيين طرآ علي البنية السكانية ليهود إسرائيل، أري أن لهما علاقة وثيقة بمآل إسرائيل في المستقبل، و بقراراتها في الحاضر، فضلا عن ارتباطهما بما نشهده أمام أعيننا اليوم:

يتعلق التغير الأول بطبيعة تكوين الأجيال اليهودية في إسرائيل، و بالتحديد جيل الصابرا أي أولئك الذين ولدوا في إسرائيل و تربوا في المستوطنات الصهيونية، و الذين كانوا موضوعا لأول دراسة منشورة لي عام 1971 بعنوان "تجسيد الوهم" و أود أن أشير في هذا السياق إلي نموذج بارز من أبناء ذلك الجيل من الصابرا القدامى.

في عام 1928 شدت الرحال من روسيا إلي فلسطين أسرة يهودية صهيونية متشددة تضم مزارعا يدعي صموئيل موردخاي شينرمان و زوجته التي كانت تعمل بالتمريض لتستقر الأسرة في واحدة من أوائل المستوطنات الزراعية اليهودية التي التي أقيمت في فلسطين، و أنجبت الأسرة إثر وصولها الطفل "آرييل" الذي أصبح بعد أن تخلت عائلته عن لقبها الروسي القديم "آرييل شارون" الذي نعرفه جميعا. و لعل شارون – من بين قادة إسرائيل– هو الأوثق ارتباطا بما يجري أمام أعيننا اليوم في غزة: فعلي يدي شارون تم تدمير ما عرف باتفاقيات أوسلو للسلام" حين قام بزيارته الشهيرة للمسجد الأقصى في 28 سبتمبر 2000 و التي تفجرت علي إثرها الانتفاضة الفلسطينية الثانية، و هو صاحب ما عرف بقرار "الانسحاب من غزة من طرف واحد"، و هما القرارين الذين ترتب عليهما ما ترتب من أحداث ما زلنا نشهد تداعياتها حتى اليوم.

كان شارون نموذجا لجيل الصابرا القديم الذي نشأ في أحضان جيل المؤسسين الرواد المقاتلين و تشرب مبادئهم. و توالت أجيال الصابرا و ظلت أعدادهم تتزايد بالتدريج لتصل إلي أن بلغت 60.7% في إحصاءات 1993، ثم إلي 68% عام 2008. أي أنهم يمثلون غالبية يهود إسرائيل

اليوم. و لم ينشأ هؤلاء الصابرا الجدد في أحضان جيل أولئك الرواد القدامى المؤسسين، بل نشأت غالبيتهم في ظل دولة قائمة بالفعل، و من ثم فإنهم يفتقدون ذلك التكوين التاريخي المزدوج الذي ميز يهود إسرائيل عند نشأة الدولة.

لقد نشأت في إسرائيل حقيقة سكانية جديدة، وهي أن غالبية سكانها اليوم لا تحمل خبراتهم المعاشة سوي " التاريخ الإسرائيلي" فحسب، و اختفت من أمتعتهم "حقيبة السفر الجاهزة دوما"، و لم يعد في داخلهم ما كان يشعل حماس جيل المؤسسين الصهاينة من ذكريات الهولوكوست و معاناة اليهود في شرق أوروبا علي التحديد. لقد أصبحوا باختصار أكثر ارتباطا بدولة إسرائيل علي أساس براجماتي جديد.

السيـــدات و الســـــادة

يتعلق التغير الثاني الذي طرأ علي البنية السكانية في إسرائيل باليهود الروس، و هم أولئك الذين توافدوا علي فلسطين منذ أوائل التسعينيات من القرن الماضي إثر انهيار الاتحاد السوفييتي، و الذين تصل نسبتهم العددية حوالي 17% من بين من يحملون الهوية الإسرائيلية، و تفوق نسبة الحاصلين علي شهادات جامعية بينهم نظيرتها لدى بقية الإسرائيليين بأربعة أضعاف، و أنهم يضمون نسبة عالية من غير اليهود تبلغ حوالي 30% وفقا لتقديرات الباحث المدقق ماجد الحاج في كتابه عن "الهجرة والتكوين الإثني لدى اليهود الروس في إسرائيل" الصادر عام 2004، و الذي اعتمد فيه على سلسلة من الدراسات الميدانية التي قام بها على مدى عقد من الزمان. و هم بذلك يختلفون كيفيا عن بقية موجات الهجرة اليهودية إلي إسرائيل، إلا فيما يتعلق بتبني مواقف أشد تطرفا حيال الفلسطينيين.

و لعل أهم ما ينبغي الإشارة إليه فيما يتعلق بموضوعنا هو مقاومة هؤلاء المهاجرون الجدد للانصهار في الثقافة العبرية السائدة في إسرائيل و التي حرصت الصهيونية علي ترسيخها لدي أبناء إسرائيل من اليهود. أنهم علي خلاف غيرهم من يهود موجات الهجرة السابقة، لم يتنازلوا عن ثقافتهم الأصلية: إنهم يتحدثون اللغة الروسية التي فرضوها كلغة ثالثة علي أجهزة الإعلام الإسرائيلية الرسمية إلي جانب العبرية و العربية، و هم متمسكون بعاداتهم و تقاليدهم و حتى بمأكولاتهم الروسية حتى اليوم، و يشير ماجد الحاج إلي أنه "في وسط الحي اليهودي بالقدس يوجد متجر لبيع المشروبات و المأكولات المستوردة من روسيا و التي بالتأكيد تخالف الشريعة اليهودية لأنها على سبيل المثال تبيع اللحم و السمك الذي لم يشرف عليه حاخام يهودي. واللافتات داخل المتجر كتبت بالروسية و إن كانت مكتوبة في الخارج باللغتين الروسية و العبرية".

و لم يقتصر الأمر علي الاحتفاظ باللغة والعادات و التقاليد الروسية القديمة، بل لقد شكلوا داخل إسرائيل تجمعاتهم السياسية الخاصة، و لعل أبرزها هو حزب (إسرائيل بيتينو) أي إسرائيل بيتنا و الذي أسسه في مارس 1999 ، افغدور ليبرمان، و يكفي أن نشير إلي بعض ما يتضمنه برنامج الحزب فيما يتعلق بالموقف من الفلسطينيين: يطالب الحزب بضرورة "فصل الضفة عن القطاع فصلا تاما، في كل مناحي الحياة والى الأبد، بحيث يصبح هناك كيانين منفصلين في الضفة والقطاع، و علي إسرائيل التعامل مع كل كيان بشكل مختلف، وان المفاوضات مع أبو مازن يجب أن تتركز على الضفة فقط، و اعتبار كافة الاتفاقيات التي وقعتها الحكومات السابقة مع السلطة الفلسطينية لاغيه"

السيـــدات و الســـــادة

لقد جرت تلك التغيرات التي أشرنا إليها في الحقبة التي تلت ما يعرف باتفاقيات السلام و ما ترتب عليها من صعوبة التركيز الصهيوني علي ما يواجه إسرائيل من مخاطر الإبادة علي أيدي العرب، و مع تزايد نسبة الصابرا و قدوم المهاجرين الروس أوشكت إسرائيل أن تجد نفسها في وضع شبيه بما واجهته عند نشأتها عندما فتحت أبوابها لاستجلاب ما يمكنها استجلابه من يهود العالم بصرف النظر عن تباين أصولهم الحضارية، و كان علي صناع دولة إسرائيل آنذاك صياغة آلية فعالة لصهر ذلك الشتات المتنافر ليصبح سبيكة واحدة متماسكة، و وجدوا ضالتهم في زرع الإحساس بالخطر في أعماقهم بحيث يحسون دوما أن العالم المحيط بهم –أي العالم العربي– يهددهم بالفناء، مع تأكيد مواز للقدرة العسكرية الإسرائيلية علي التصدي لذلك التهديد. وكانت تلك هي المهمة الأساسية التي مارسها باقتدار قادة ومؤسسو إسرائيل: يروعون بها يهود إسرائيل لينصهروا في مواجهة الخطر، و يروعون بها يهود العالم ليزداد التفافهم حول إسرائيل، و يكسبون من خلالها المزيد من تعاطف العالم الغربي مع إسرائيل، فضلا عن محاولة تخدير الشارع العربي، بتدعيم إحساس زائف بأننا –علي ما نحن عليه– الطرف الأقوى الذي يثير رعبا لا قبل لإسرائيل بتحمله.

ولقد بدأت أكذوبة التهديد العربي المرعب لإسرائيل في التآكل منذ زيارة الرئيس السادات للقدس، وتزايد التآكل مع معاهدة السلام، فهاهي مصر كبري الدول العربية تقيم سلاما مع إسرائيل. ثم تتالت الأحداث إلي مؤتمر مدريد 1990 إلي اتفاقية أوسلو 1993 وإذا بالفلسطينيين أيضا –وهم من هم بالنسبة للشارع اليهودي الإسرائيلي– يقبلون بإقامة سلام مع دولة إسرائيل، ويليهم الأردنيون. وأخذت التأثيرات الطبيعية لتآكل أكذوبة التهديد العربي المرعب تحدث فعلها في الشارع اليهودي في إسرائيل، وذلك وفقا لقانون سلوكي نفسي اجتماعي بسيط مؤداه أن السلام والاستقرار أدعي لظهور التباينات والصراعات الداخلية، في حين أن الإحساس بالتهديد والخطر أدعي للتوحد والانصهار. و عادة ما تستطيع الكيانات الطبيعية بحكم تكوينها التاريخي أن تتحمل آلام الصراعات الداخلية الطبيعية الناجمة عن السلام باعتبارها في النهاية لا تؤدي إلي ما تؤدي إليه الحرب من دمار.

و إذا كانت تلك الآلية الصهيونية الإسرائيلية قد أخذت في التآكل مع اتفاقيات السلام، فقد تزايد تآكلها مع تزايد أعداد الصابرا و قدوم المهاجرين السوفييت. و لم يكن بد أمام إسرائيل من إعادة تفعيل تلك الآلية، و بدأت العجلة في الدوران بزيارة شارون التي أشرنا إليها للمسجد الأقصى لتنفجر انتفاضة الأقصى و ليحل رصاص كتائب الأقصى التابعة لفتح ثم كتائب القسام التابعة لحماس محل الحجارة سلاح الانتفاضة الأولي، ثم لا يلبث شارون بعد الانتخابات الفلسطينية أن يقدم علي قراره بالانسحاب من غزة من طرف واحد مع استمرار تطويقها. و كان من الطبيعي أن تتداعي الأحداث لتصل إلي ما نحن عليه: انتهاكات إسرائيلية استفزازية تدفع بحماس إلي عدم تجديد الهدنة و إلي ممارسة حقها في مقاومة الاحتلال بالسلاح الذي تمتلكه، و تنهال حمم الجحيم الإسرائيلي علي غزة، ليتحد الشارع الإسرائيلي تحت أشد الشعارات يمينية و تطرفا لمواجهة الخطر الفلسطيني الأصولي الإسلامي.

خلاصة القول أن إسرائيل مازالت تسعي لترويج أكذوبتها الضخمة ومحاولة مخادعتنا، ومخادعة العالم، بل ومخادعة الشارع الإسرائيلي أيضًا بتصوير ما جري من صمود فلسطيني للمذبحة الإسرائيلية باعتباره قتالا مسلحا بين طرفين، كما لو كانت "القوات المسلحة الفلسطينية" هي البادئة بالحرب الرافضة للعودة إلي السلام، وأن كل ما تفعله إسرائيل هو الدفاع عن حياتها وحياة مواطنيها المسالمين.

السيـــدات و الســـــادة

ها نحن قد عدنا إلي ما استهللنا به حديثنا: العدوان الإسرائيلي علي

غزة الذي خططت له إسرائيل و كان من ضمن أهدافه إلي جانب صهر الداخل الإسرائيلي، إنهاء "أساطير السلام"، و تكريس الانقسام الفلسطيني بقيام كيان فلسطيني رافض للسلام علي حدود إسرائيل.

تري ماذا عن التغييرات التي جرت بالمقابل في الواقع الفلسطيني؟

لقد أصبح من المسلمات البديهية القول بأن الخطر الذي تستشعره الجماعة يوحدها في مواجهته: وقائع التاريخ تؤكد ذلك، و أيضا تجارب علم النفس الاجتماعي و السياسي، فضلا عن الخبرات الواقعية اليومية في مختلف مجالات الحياة: من ساحات مباريات كرة القدم إلي ساحات الحروب، و من عصابات التهريب إلي جماعات المقاومة المسلحة.

و لقد أشرنا مرارا إلي أن تراث علم النفس السياسي يبرز الدور الذي يمكن أن يلعبه التحدي الخارجي في تقوية تماسك الجماعات, إلي حد بزوغ ما يطلق عليه في تراث علم النفس السياسي "صناعة صورة العدو" بهدف دفع جماعة معينة يهددها التفكك نحو التماسك و ذلك بتضخيم خطر خارجي أو حتى اختلاقه اختلاقا، و لقد كان قيام دولة إسرائيل بتضخيم "الخطر العربي المحتمل" تجسيدا لتلك الحقيقة العلمية التاريخية، ولم نكن نحن العرب في حاجة لبذل جهد كبير لاختلاق أو تضخيم الخطر الإسرائيلي، فهو متجسد بالفعل أمام العيون و العقول العربية عبر سنوات طوال اجتاحت فيها جيوش إسرائيل حدودنا أكثر من مرة، و ارتكبت فيه ما ارتكبته من مذابح.

لقد بدأ حديثنا عن الخطر الصهيوني قبل قيام دولة إسرائيل و ما زال مستمرا حتى اليوم. و لعلنا لا نبالغ إذا ما قلنا أن الدول العربية لم تتفق علي موضوع قط قدر اتفاقها علي خطورة إسرائيل و الصهيونية، حتى أن كلمة "تحرير فلسطين" قد تحولت إلي أيقونة تلجأ إليها العديد من السلطات العربية لتبرير إحكام قبضتها علي شعوبها، كما تلجأ إليها العديد من التنظيمات المعارضة لحشد صفوف المعارضين للسلطة، و ما أن ينهار نظام عربي إلا و يتضمن البيان الأول للنظام الجديد بشكل مباشر أو غير مباشر وعدا بتحرير فلسطين و تخوينا للنظام السابق الذي تهاون في مواجهة العدو الصهيوني. و لم يحل اعتراف مصر و الأردن بل و منظمة التحرير بإسرائيل، و إقدام عدد من الدول العربية علي إقامة علاقات إعلامية و اقتصادية بل و حتى رياضية مع إسرائيل، دون استمرار انطلاق المظاهرات الشعبية و الإعلامية في كافة الدول العربية دون استثناء تتصاعد هتافاتها إلي عنان السماء تدين التطبيع مع العدو الصهيوني و تدعو لتحرير فلسطين.

و رغم ذلك كله فقد ظل التفتت العربي علي حاله؛ بل و امتدت الشروخ إلي الشعب الفلسطيني فوجدنا أنفسنا حيال المفاضلة بين "غزة الفلسطينية المسلمة" المحتلة و "رام الله الفلسطينية المستسلمة" المحتلة أيضا، و في ظل ذلك التفتت و التطاحن المركب ما زال الجميع و دون أي استثناء يواصلون الصراخ محذرين من الخطر الصهيوني، و راح كل طرف يلقي بوزر عرقلة القضية علي الطرف الآخر. و استمرت محرقة غزة ما يزيد عن الأسابيع الثلاثة، فإذا بها تضخم الانقسام العربي، و تجسد الانقسام الفلسطيني.

السيـــدات و الســـــادة

يفيض تراث علم النفس السياسي بكم هائل من الدراسات النظرية و الميدانية التي تدور حول الديمقراطية نظرية و تطبيقا، و تكاد تلك الدراسات أن تجمع علي أن الانتخابات الشفافة النزيهة هي بمثابة صمام الأمان لضمان امتصاص خلافات الجماعة من خلال التزام الأقلية بما تراه الأغلبية، و لكن ما حدث علي الساحة الفلسطينية يبدو للوهلة الأولي مناقضا لما انتهت إليه تلك الدراسات.

لقد تم انتخاب أبومازن في يناير2005 في انتخابات شفافة وتحت إشراف مراقبين دوليين, و تقدمت حماس لانتخابات يناير2006 التي أجريت أيضا بشفافية ونزاهة و فازت فيها بغالبية مقاعد المجلس التشريعي, و أصبحنا حيال موقف فريد لعله غير مسبوق: شرعيتان فلسطينيتان تحتلان موقع القيادة رغم تناقضهما فكريا و عقائديا و سياسيا. و توالت محاولات البحث عن إيجاد قاسم مشترك بين السلطة المنتخبة و الحكومة المنتخبة, و وجدت تلك المحاولات أنها حيال أمرين كلاهما مستحيل: يستحيل أن تتنازل حماس –شأن أي تنظيم عقائدي– عن منطلقاتها الفكرية الأساسية، ومستحيل كذلك ان تولي السلطة الفلسطينية ظهرها لاتفاقات أوسلو وما تضمنته من اعتراف بحق دولة إسرائيل في الوجود, و إلا فقدت أساس شرعية وجودها و الاعتراف الدولي بها؛ ومن ثم فقد كان سقف تنازلات الطرفين لا يتجاوز الاتفاق علي نصوص غامضة يستطيع كل طرف تأويلها وفقا لرؤيته السياسية الأساسية. وفي خضم ذلك البحث عن المستحيل الفلسطيني سعت إسرائيل و تسعى بدأب لبلوغ الحد الأقصى من الممكن الإسرائيلي, وهو سعي ليس بالجديد.

و سرعان ما تقاتل الفريقان، و توجسنا أن يتحول القتال إلي حرب أهلية، و إذا به يتحول إلي ما هو أسوأ فالحروب الأهلية عادة ما تستمر حتى يحقق أحد الأطراف نصرا حاسما علي الطرف الآخر تتحقق به الوحدة بصرف النظر عن هوية الطرف المنتصر, غير أن السيناريو الأسوأ هو أن ينتهي القتال سريعا دون أن يحقق أحد الأطراف نصرا حاسما يوحد به الوطن و بتجمد القتال يتم تكريس الانفصال، و نصبح حيال الاحتمال الأكثر سوءا: أن يتعمق الانفصال فيصل إلي ما يطلق عليه "تفكك الهوية" أو انشطارها

السيـــدات و الســـــادة

يعد مفهوم "هوية الجماعة" من المفاهيم الأساسية التي تناولتها دراسات علم النفس السياسي، ويكون تماسك الجماعة بقدر اتفاق أفرادها علي ملامح تلك الهوية. و يعد تعدد و تصارع الانتماءات الأساسية للجماعة نذيرا بتفككها ما لم تتفق الجماعة علي تدريج تلك الانتماءات وفقا لأهميتها. و لعلي لا أتجاوز حين أشير إلي أن ثمة عملية مخاض عنيفة تجري في عالمنا العربي تتصارع خلالها هويات ثلاث:

1- هوية إسلامية عالمية تقوم علي أننا ننتمي للأمة الإسلامية التي ما زالت تتوق إلي استرجاع توحدها تحت راية دولة إسلامية واحدة، و أن ما نعانيه من وهن و ما نواجهه من هزائم و ما يعتور تقدمنا من عثرات إنما يرجع إلي ابتعادنا عن صحيح الدين.

2- هوية قومية عربية تري أننا في الحقيقة أمة عربية واحدة تمتد حدودها من الخليج إلي المحيط.، و أن ما نعانيه من وهن و ما نواجهه من هزائم و ما يعتور تقدمنا من عثرات إنما يرجع إلي تفتتنا و عدم وحدة صفوفنا تحت الراية العربية.

3- هوية وطنية تربط بين الدولة و الوطن، و تري أننا دول مستقلة يجمعنا الجوار و تجمعنا اللغة و يجمعنا أن غالبيتنا من المسلمين السنة، و لكننا في النهاية دول مستقلة تتساوي أصواتنا عند التصويت علي قرارات مجلس الجامعة العربية، حيث لا فرق بين "الشقيقة الكبرى" و الشقيقات الأصغر، و لكل دولة عربية معايير أمنها القومي كما يراه قادتها.

و إذا كانت تلك الدول العربية المستقلة –إيا كانت طبيعة و حدود استقلالها– تستطيع أن تحتوي آلام و مخاطر هذا الصراع، و أن تؤجل –و لو إلي حين– تحول تلك المخاطر إلي حقائق علي الأرض؛ فإن لنا أن نتساءل وجلين: هل يمكن أن يكون ذلك الانقسام الفلسطيني دليلا –و لا أقول نذيرا– بحسم ذلك المخاض علي أرض الواقع الفلسطيني علي الأقل؟

إن أجيالا متعاقبة من الشعب الفلسطيني عاشت و ما زالت في شتات بالغ التعقيد لا بد و أن يترك –بحكم قوانين التنشئة و السلوك– بصماته علي الجانب المتغير من أنماط سلوكهم و اتجاهاتهم، غير أن الانقسام الفلسطيني الراهن إذا ما استمر يمكن أن يترك بصماته علي الجانب الأعمق من الهوية الفلسطينية الأساسية. و إلي هنا ينتهي الحديث

السيـــدات و الســـــادة

لعلي قد استغرقت وقتا أطول مما قدرت و قدرتم، و لكني أستأذنكم في أن أخلع مؤقتا ثوب الالتزام العلمي و ما يقتضيه من عقل بارد، فإنه يعز علي أن ينتهي لقاؤنا دون أن أحني هامتي احتراما لأرواح صعدت إلي بارئها في أتون معارك ممتدة من 1928 إلي 2008، أرواح بالآلاف حصدتها آلة الحرب و الاستخبارات الصهيونية. أكاد ألمح من بينها وجوها شرفت بالاقتراب منها، و أخري شرفت بالسماع عنها. من أبوجهاد إلي الرنتيسي، و من جواد أبوشعر إلي دلال المغربي، و من أحمد ياسين إلي أبوعمار.

و لكن يختلط الاحترام و الإجلال بكثير من الأسى بل و الغضب لمن سقطوا برصاص عربي بل و فلسطيني من صابرا و شاتيلا إلي تل الزعتر و طرابلس بل و غزة و من الشهيد الفلسطيني احمد موسى أول شهداء حركة فتح 1965 إلي الضابط المصرى ياسر فريج آخر شهداء مصر 2008

شكرا لحسن إصغائكم

نص محاضرة عامة ألقيت ضمن برنامج لجنة علم النفس, المجلس الأعلى للثقافة, القاهرة, 4 فبراير 2009

Arabpsynet Psychiatrists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Ists.Fr.asp

Arabpsynet Psychologists

Arabic Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Ar.asp
English Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.asp
French Edition
http://www.arabpsynet.com/HomePage/Psy-Gists.Fr.asp

العـــــلاج المعرفـــــي السلوكـــــي لاضطـــــراب الكـــــرب البعـــــدي للصدمـــــة

مصطفـــــــــــى شكيـــــــــب – علـــــــــم النفـــــــس، المغـــــــرب
chagib@yahoo.fr

المواضيع:

- بعض أسس النظرية المعرفية السلوكية
- النظريات المعرفية السلوكية لاضطراب الكرب البعدي الصدمة
- أهم تدخلات العلاج المعرفي السلوكي
  - التعرض العلاجي
  - العلاج المعرفي
- استخدام العلاج المعرفي السلوكي لتشجيع التغير السلوكي

النظريـــات المعرفيـــة السلوكيـــة :اقتراحـــات أساسيـــة

- النموذج التربوي
- اضطراب الكرب البعدي الصدمة كتأقلم/استجابة مُتعلَّمة
- مرتكزات نظريات السلوك الانساني
  - نظريات التعلم
  - –العلوم المعرفية
  - –أسس بحثية/اختبارات تجريبية
  - تقويم مستمر للتقدم في العلاج

يتضمـــن العـــلاج المعرفـــي السلوكـــي

- طرائق العلاج السلوكي
- طرائق العلاج المعرفي
- تدخلات من اجل...
  - تقليص التنبيه الفسيولوجي
  - تغيير المدركات
  - تغيير السلوكيات العلنية–الافعال

– تغيير البيئات

رزمة ادوات التغيير في العلاج المعرفي السلوكي/العمليات

- التعريض
- اعادة البناء المعرفية

•تدبير القلق –مثلا،الاسترخاء–

•التدريب على المهارات –مثلا،التواصل،تفريغ الغضب..–

•حل المشاكل

- التعزيز التحفيزي
- التنشيط السلوكي
- وضع اهداف
- قيادة ذاتية
- اعطاء النموذج
- تحديد المنبهات السابقة/الحالات
- تقوية
- "تقييم عملي"
- تعليم/حث
- تبرير منطقي علاجي
- تغيير للبيئات

الأهداف العلاجية

- التخفيف من أعراض اضطراب الكرب البعدي للصدمة
- زعزعة المدركات المتعلقة بالصدمة
- التعايش مع الاعراض
- التقليص من المشاكل المرتبطة،مثل...
  - الادمان
  - الانعزال الاجتماعي
  - الغضب/النزاع
  - الذعر
  - المشاكل الزوجية/الاسرية

–سلوكيات صحية –التدخين،قلة الرياضة..–

طرائق مستخدمة في العلاج

- الاسترخاء–تدبير القلق
- التدريب على مهارات التواصل
- التدريب على تدبير القلق
- التعريض العلاجي
- العلاج المعرفي
- التكليف بواجبات منزلية
- لعب الادوار
- استخدام مذكرات يومية

العـــــلاج المعرفـــــي:مراحـــــل المعالجـــــة

- العمل على الاستقرار العاطفي و السلوكي
- التدريب الصدمي
- تدبير التوتر
- التركيز الصدمي
- الوقاية من النكوص
- التتبع و الاستمرارية

عـــــلاقة المعالـــــج-الشخـــــص

- ضرورة تقديم العلاج
- المعالج كمربي،مدرب
- نقاش متبادل حول الاهداف
- نقاش متبادل لأثر العلاج
- التعاون

التقويـــــــــــم

- ما هي المشاكل،وما هي العوامل التي تؤدي لى تطويرها
- أي العوامل تؤدي الى استمرار المشاكل؟
- صياغة لحاجيات الشخص
- يناء اهداف العلاج انطلاقا من الحاجيات
- مناقشة اتفاق للعلاج،اهداف،عمليات

مصـــــادر معلومـــــات التقويـــــم

- النقاش الشفهي مع الشخص
- مناقشة مع اشخاص آخرين مهمين في حياة الشخص
- الملاحظة خلال حصة العلاج،وسط الشخص
- استقصاءات
- معطيات القيادة الذاتية

عمليات تقويم اساسية

•تحديد العامل المهدد

–أي منبه يخرج المشاكل و الانفعالات الى الوجود؟

- توصيف للاستجابة
  - ماذا يفعل الشخص بالضبط وماذا يختبر؟
  - تضمين قنوات معرفية،سلوكية،فسيولوجية
- تحديد النتائج
  - ماذا يحصل بعد الاعراض و السلوكيات
  - ماذا يحصل مع الاشخاص الاخرين في هذه الحالة؟

•التربية الصدمية

- كيف تؤثر الصدمة على الفرد؟
- ما هو الاضطراب الكرب البعدي للصدمة؟
- ماذا يعني الشفاء ؟
- ماذا يحصل في العلاج ؟
- تقديم تبرير منطقي للعلاج
- الهدف:شخص نشيط، مُرَبى،محفز

تدبيـــــــر التوتـــــــر

- التدريب على تدريب القلق/المناعة ضد التوتر
  - التنفس العميق
  - الاسترخاء
  - حبس التفكير
  - التحدث الى الذات
  - الاستعداد للتوتر

عمليـــــة التدخـــــل /التركيـــــز الصدمـــــي

- التعرض العلاجي
- العلاج المعرفي

النماذج العلاجية المعرفية السلوكية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

- النموذج السلوكي
- النموذج المعرفي
  - نظرية المعالجة الانفعالي
  - نظرية التمثيل الثنائي
  - النظرية المعرفية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

النموذج السلوكي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

- مبني على عاملين اثنين:
  - العامل الاول :التشريط الكلاسيكي– معاناة مرتبطة بالصدمة. : حادث صدمي مرتبط بمثير محايد–خارجي وداخلي–
  - العامل الثاني :التشريط المؤثر– يتم تحاشي او الهروب من مثيرات صدمية لتقليص المعاناة في الامد القصير.

النمـــــــوذج السلوكـــــي:العـــــلاج

- التعود على المعاناة المرتبطة بالصدمة
- التعريض المتكرر للمثيرات الصدمية-خارجية وداخلية في غياب وقوع الصدمة-اطفاء الاستجابة الشرطية
- التمييز بين الحالات الخطيرة و الآمنة
- الحاجة لحصار مجنبات السلوك

المعالجـــــة الانفعاليـــــة

- بنية خوف مرضي كبير للحدث الصادم
  - يتضمن منبهات صدمية،استجابات وعناصر ذات مغزى.
  - تنشيط سهل -منبه غامض-وشديد جدا.
  - غير منظم ومجزأ
  - عناصر غير واقعية
  - منبهات غير مؤدية مرتبطة بالهرب او استجابات التجنب.
  - يتضمن تقييمات او تأويلات مغلوطة
    - "القلق سيستمر الى حين الهرب"
    - "الخوف يسبب الضرر "اصبحُ مجنونا،مريضا
    - "هذه النتائج رهيبة"

المعالجة الانفعالية لاضطراب الكرب البعدي للصدمة:تطبيق العلاج

- يجب تنشيط بنية الخوف من اجل تغييرها
  - التعريض-الثبات عند سماع ازيز الطائرات-
- تصحيح المدركات المتعلقة بالعناصر المرضية لبنية الخوف
- التغيير الحكاياتي في اعادة الحديث
  - تفكير غير منتهي،تكرار
  - زيادة مستوى القراءة للحكي

نظريـــــــة التمثيـــــــل الثنائـــي

- الصدمة قد تقود الى صنفين من الذاكرة:
  - ذاكرة شفهية متاحة
    - تمثلات لتجربة واعية للصدمة
    - امكانية استعادتها طواعية
    - خصوصا "المعاني"
  - ذاكرة ظرفية متاحة
    - لا يمكن ولوجها اختياريا
    - التمثلات متاحة تلقائيا مع ظهور الصدمة/تذكرها-مشاهدة صور القصف-
    - استجابات انفعالية شرطية
- نقاط هامة في النظرية:
  - الاتمام/التكامل
  - المعالجة العاطفية المزمنة/التأمل
- نقاط هامة في النظرية:

-الاتمام/التكامل

-المعالجة العاطفية المزمنة/التأمل

- الانشغال الدائم بتبعات الصدمة و الذكريات المقحمة
  - المنع المسبق للمعالجة
    - نتائج من التجنب
    - تحاشي خوف مرضي دائم
    - قابلة لإعادة التنشيط في الحياة

التطبيـــــق العلاجـــــي للنظريـــــة-

التمثيل الثنائي لاضطراب الكرب البعدي للصدمة

- يجب تحديد الذكريات الظرفية المتاحة-نقاط ساخنة- وتحويلها الى ذكريات شفهية متاحة
  - التعريض:زيارة آثار الدمار و التحدث بايجابية
- هذه الذكريات الجديدة ستتفوق على الذكريات الظرفية لدى مواجهة المثيرات.

النظريـــة المعرفيـــة للاضطـــراب البعـــدي للصدمـــــة

- عمليتان مهمتان تقودان الى الشعور بالتهديد الدائم بعد الصدمة:
  - الاختلافات في طبيعة الذاكرة و الربط مع نظريات اخرى
  - الاختلافات في تقدير الصدمة ووقعها- اختلاف الاعراض مثلا من شخص لآخر-
- التهديد المدرك يحفز ايضا الاستجابات السلوكية و المعرفية التي تقي التغيير المعرفي وبالتالي تعمل على استمرار الاضطراب
- تتميز الذكريات ب:
  - انطباعات حسية رئيسية
  - الاحساس بان ذلك "يحدث للتو"
  - تتم معاودة معاناة الانفعالات الاصلية و الانطباعات الحسية
  - تأثر دون استذكار
  - تكرار المعاناة غير المتعمدة بمجموعة من المنبهات و الظرفيات

•المصابون باضطراب ما بعد الصدمة لهم"تقدير سلبي مميز للحدث الصادم ولوقعه،مما له المفعول الشائع لخلق احساس بتهديد خطير دائم"

التطبيـــــق العلاجـــــي للنظريـــــة المعرفيـــــة

- تحتاج ذاكرة الصدم لصياغة وإدماج في سياق تجارب فردية سابقة ولاحقة.
- وجوب تعديل اشكالية الاعتبار الي يجعل التهديد قائما.
- استبدال الاستراتيجيات التي لا تساعد على العلاج

التعريـــــض العلاجـــــي

- مصطلحات اخرى:التعريض المطول،ازالة التحسيس المنهجي،الغمر
- تعريض تخيلي : بمعاناة شديدة المواجهة المتكررة للذكريات الصدمية الى حين عدم ارتباطها-اشتذكار تهدم المباني المهدمة- الموتى و الجرحى

•التعريض في الواقع:المواجهة المتكررة لحالات الخوف او المثيرات،الى حين انطفاء الخوف،وذلك غالبا على نحو تدريجي-مثلا:معاينة آثار الدمار،الثبات لدى سماع هدير الطائرات الحربية زيارة المستشفيات-يارة الموتى و الترحم عليهم**مع الاشارات الايجابية**

العلاج فعال لدى الجمع بين التعريض التخيلي و الواقعي

تكتيكات التعرض التخيلي

- من 45 الى 90 دقيقة
- اسال عن تفاصيل حسية للمشهد بغرض الولوج الى الذكريات
  - تفاصيل المشهد–طائرات تقصف،مباني تهدم..دماء تسيل..
  - تفاصيل حسية–جرحى يئنون..
  - كما لو كان ذلك يحدث الآن.
- اضمن انتباه جيدا للذاكرة العاطفية
- اضمن انتباها للتفكير،المشاعر،الاحاسيس الجسدية
- راقب التحاشي العاطفي

نقـــاط التعريـــض العلاجـــي

- على الاشخاص ان يمكثوا طويلا قدر ما يكفي تحت حالة التعريض بغرض تخفيف القلق
- يسمح للأشخاص بالتدرج في تحسين مستوى اضطرابهم
- يتم تهنئة المتمين لعملية التعريض ودفعهم للأفضل
- على المعالج الاعتراف بصعوبة التعريض بالنسبة للشخص المصاب

تعليقـــات علاجيـــة اثنـــاء التعـــرض التخيلـــي

- "احسنت،ابقى مع الصورة".
- "إنك تبلي بلاء حسنا ".
- "يتطلب الامر بعض الشجاعة لإخراج كل ذلك".
- "ابقى مع احاسيسك".
- "اعرف أن هذا صعب"; ".انك تقوم بعمل ممتاز".
- "ابقى مع الصورة،انك في مأمن هنا".
- "اشعر انك بأمان،لنمض الى احاسيسك"

المعالـــج خـــلال عمليـــة التعريـــض التخيلـــي

- يقدم حججا دامغة
- يشجع المصاب على مواصلة العملية
- يساعد على الوقاية من التحاشي
- يساعد على ولوج وتنشيط الذاكرة
- يساعد على ضبط مستوى الاثارة

خـــلال التعريـــض الواقـــعي

- تعريض مخطط له
  - اختيار الحالات بعناية
  - يجب ان تكون آمنة
- واجبات منهجية
  - امكانية استعمال التسلسل
  - امكانية استخدام نظام الزمالة

•توجيهات للبقاء في حالة الى حين جلاء القلق

العـــلاج المعرفـــي او اعـــادة الهيكلـــة

- تأويلات الصدمة تؤثر على الحالة الانفعالية للفرد و الأفكار المختلة تقود الى حالات انفعالية مختلة كذلك
- ثلاث خطوات
  - التعرف على الافكار المختلة
  - تقييم سلامة الافكار وتحدي تلك المغلوطة/المنحرفة
  - استبدال الافكار المختلة بأخرى سليمة مساعدة

امثلـــة لتصـــورات سلبيـــة

- كان علي التنبؤ بهذه الحالة".
- "سيتم قصفنا مرة اخرى".
- "سأصير مجنونا.ذهب كل شيء".
- "انا منهار تماما".
- "لقد نسينا الله تعالى فنسينا".
- "افلست تماما.لم يبق شيء".
- "انا النحس مسلط علي".
- "انا ميت بالداخل".
- "لا يمكن الاعتماد على احد.تخلى الجميع عنا".

مضاميـــن التصـــور السلبـــي

- صنفان اساسيان للتصورات مرتبطان ب:
  - خطورة العالم الخارجي
  - الكفاءة الشخصية

تغييـــر الادراكـــات

- اعادة الهيكلة المعرفية تتضمن مجهودا مطولا ومنهجيا:
  - التربية حول دور المعتقد في الاحساس بالضرر
  - التعرف على المعتقدات المؤذية
  - مناقشة،مراجعة اساس هذه الاعتقادات،وتوليد اعتقادات بديلة

الاضطراب البعدي للصدمة:علاج Cognitive-Processing Therapy

- اغلب تطبيقات العلاج المعرفي تتضمن:

–التعريض

–العلاج المعرفي

Cognitive-Processing Therapy

- تم تطويرها لمساعدة ضحايا الصدمات...
  - فهم الترابط بين الافكار والانفعالات
  - تتقبل وتدمج ان الصدمة حدث يحصل الآن ولا يمكن تجاهله
  - تختبر كامل الانفعالات المرتبطة بالصدمة
  - تحليل ومواجهة التصورات المعتلة
  - تستكشف كيف ان التجارب السابقة والاعتقادات تؤثر على ردات الفعل لدى حصول الصدم

Cognitive-Processing Therapy :

العناصر

- الذات و الآخرين
  - الامن
  - الثقة
  - القوة و التحكم
  - التقدير
  - الالفة

اكتساب مهارات التدريب

- استخراج الافتراضات
  - وجوب استبدال الاستجابات السابقة بأخرى اكثر تكيفا
  - هل هناك مهارات ناقصة?
- معرفة ما يجب فعله=معرفة كيف يجب فعله
- عرض صورة اهم من آلاف الكلمات
- دورات من...
  - التعلم
  - التقديم–العرض
  - التمرين/الممارسة
  - الاستحضار/التدريب
  - الممارسة

امثلـــــــة مهـــــــارات

- احتواء القلق
- احتواء الغضب
- التدرب على الجزم والتوكيد
- مهارات التواصل
- حل المشاكل
- تسوية النزاع
- تدبير الوقت
- ومهارات اخرى

Arabpsynet

www.arabpsynet.com
Arabic Edition
www.arabpsynet.com/defaultAr.ASP
English Edition
www.arabpsynet.com/defaultEng.ASP
French Edition
www.arabpsynet.com/defaultFr.ASP

هـــــذه هـــــي غـــــــزة ...شهـــــادة طبيـــــب نفســـــي

عبـــــد الرحيـــــم الريفـــــي - أخصائـــــي نفســـــي - مصـــــر

elreefy@gmail.com

إذن .. هـــذه هـــي غـــــزة ..
هذه هي شوارعها .. وحاراتها.. وأحياؤها .. ومبانيها ..
هذه هي سماؤها ..
هذا هو شجرها .. وحجرها .. وترابها ..
شبابها .. وشيوخها .. وأطفالها .. ونساؤها ..
هـــذه هـــي غـــــزة ..
صداع الصهاينة .. واختلاف الحكام .. وعجز الشعوب ..
هـــذه هـــي غـــــزة ..
التي استعصت على التدجين ..
منذ أن حَلُم (رابين) بإغراقها في البحر ذات كآبة ..
إلى أن خرج (شارون) منها مهزوماً ذات انكسار ..
لم يتغير شيئ ..

ما زالت غزة أكبر مسرح واقعي لعرض مآسي المظلومين والبؤساء والراقدين تحت التراب ... والصامدين أيضاً .. لأكثر من ملياري إنسان من سكان المعمورة الذين لا يملك أكثرهم غير الشجب والإدانة والمظاهرات .. بينما دماء أبطال المسرحية تسيل من خشبة المسرح صباح مساء لتصل إلى أقدام المتفرجين الذين يمسك بعضهم (المناديل) لمسح دموع العجز والذل .. بينما البعض الآخر يمسك (المناديل) أيضاً لإخفاء نظرات الشماتة والبهجة والفرح حتى لا يراها أصحاب الدموع العاجزة الذليلة ..

وكأنهم في مسرح روماني قديم أطلق فيه امبراطور الديمقراطية وحوشاً كاسرة لتمزق أجساد أسرى حرب بائسين لا يملكون في أيديهم غير حجر سرعان ما يتفتت بين أنياب الوحوش ..

يا اللـــــــــــــــه ..

هنا منذ أسبوع كانت الدبابات والطائرات والزوارق الإسرائيلية تدك البيوت والمساجد والمباني والشوارع والشجر والحجر والرجال والنساء والأطفال ..

هنا منذ أسبوع ألقي مليون ونصف طن من المتفجرات (بمعدل طن لكل مواطن) أي أكثر مما ألقي هتلر النازي على لندن في أربع سنوات ..

هنا منذ أسبوع مُحيت من الوجود عائلات بأكملها ..

هنا منذ أسبوع صُفَّ المدنيون على الحوائط وأطلقت عليهم النيران ..

هنا منذ أسبوع ركض أبٌ إلى داخل بيته المهدم ليتفقد أسرته فعثر برأس طفلته ليقع على أشلاء طفله ..

هنا منذ أسبوع هرول طبيب في المستشفى لينقذ جريحاً جاءت به سيارة الإسعاف وعندما كشف الغطاء عن الجريح وجد جثة بلا رأس فبحث في الأشلاء عن الرأس لتطالعه رأس ابنته ..

هنا منذ أسبوع ..
هنا منذ أسبوع ..
هنا منذ أسبوع ..

هنا منذ أسبوع .. رأى الغزاويون الملك عارياً ..

سقطت أوراق التوت الممزقة أصلاً عن عورات أصحاب الدعاوى العريضة ..

أدرك الغزاويون كما لم يدركوا من قبل **أنهم بمفردهم** .. بين السيف والجدار .. ولا مفر ..

أحرق كل واحد منهم سفن الأمل في أمة لا تملك إلا الشجب والاستنكار.. والدعاء العاجز..

ليتجسد فيهم جميعاً (طارق بن زياد) الذي قال لجيشه : البحر وراءكم والعدو أمامكم ..

إذن هـــذه هـــي غـــــزة ..

دخلنا من المعبر إليها ..

كانت زيارة خاطفة .. خطفت قلوبنا قبل عقولنا ..

أصرت السلطات المصرية على أن نوقع إقراراً بمسؤوليتنا الكاملة عن سلامتنا الشخصية .. مع وجوب العودة قبل يوم 5 فبراير 2009 ..

كانت الزيارة تحت مظلة (اتحاد الأطباء النفسيين العرب) الذي يترأسه الأستاذ الدكتور(**أحمد عكاشة**) والذي بادر بإنشاء شعبة طب نفسي للطوارئ والكوارث وأسندت رئاستها للدكتور **(وائل أبو هندي)** أستاذ الطب النفسي في جامعة الزقازيق .

هذه الزيارة كانت استطلاعية في مجملها .. أو هي هكذا في الأساس .. فما الذي يمكن أن يملكه الطبيب النفسي الزائر لغزة غير الاستطلاع

وتقييم الأوضاع النفسية لأهل غزة على أرض الواقع ، وتحديد الاحتياجات النفسية لهم بعد العدوان ..

لقد كنا نعلم أننا في طريقنا إلى مدينة منكوبة أُلقي على كل كيلو مترمربع فيها ثلاثة آلاف كيلو من المتفجرات من الجو فقط .. وتعرض أكثر من أربعة عشر ألف منزل ، وثمانية وستون مبنى حكوميا ، وواحد وثلاثون مبنى لمؤسسات أهلية للقصف المباشر .. وأن الأنقاض فيها أكثر من 600 ألف طن من الركام .. والشهداء 1440 شهيد .. والجرحى 5380 جريح ..

عندما تخطينا معبر(رفح) إلى الأراضي الفلسطينية قوبلنا بحفاوة بالغة من الإخوة المسؤولين عن استقبال الوفود وكأن شيئاً لم يحدث ..

كان غريباً أن يصر الغزاويون على أن يوضع كل شيئ في مكانه ، وأن تسير الأمور على منوالها .. فهم قد تعودوا على الكوارث .. أو على الأصح .. تعايشوا مع كوارثهم ..

الحياة لا ينبغي أن تتوقف أبداً .. والأمن لا بد له من رجال لحفظه ..والوفود لا بد من استقبالهم .. بل .. وإحسان استقبالهم أيضاً ..

الجميع في أعمالهم من أول يوم .. ولم تمنعهم مشاعرهم .. أو الخوف .. أو القصف المتكرر من الخروج للعمل والتعامل مع الواقع اليومي.

لم نسمع عن حادث سرقة واحد ، أو اعتداء من أحد المواطنين على أحد المواطنين ، ولم يقع هرج أو مرج مدني بين صفوف الشعب كما يقع مثله في مدن الدول العظمى أوقات الكوارث .. كل شيئ يسير على طبيعته ، بل ربما زاد التضامن والتكافل الاجتماعي في غزة أضعافاً مضاعفة لإحساس الناس أن المصيبة عامة ..

وكان من حسن حظي أنني وجدت بين المستقبلين أحد رجال المقاومة ــ رغم أن جميعهم مقاومة ــ بادرت إليه فسلمت عليه وقبلت رأسه .. ولو لم يكن من بركات هذه الزيارة عليّ إلا تقبيل رأس أحد الرجال الرجال لكفاني ذلك ..

غـــزة .. مـــن يحتـــاج مـــن؟

بدايات عملي كانت في مستشفى الشفاء ... ومستشفى الشفاء هي أكبر مجمع طبي في فلسطين ، تقع وسط غزة ، وخدماتها تغطي مرضى الجنوب والشمال ، ويبلغ عدد الأسرة فيها 600 سرير ، وبها أكثر من 1400 موظف بين طبيب وممرض وإداري وأعمال أخرى .. ومن الطبيعي أن تستقبل هذه المستشفى النصيب الأكبر من الجرحى والشهداء لتفيض بهم ممراتها وطرقاتها .. فضلاً عن أسرتها وحجراتها ..

كانت البداية مع مجموعة من الطاقم الإداري للمستشفى .. شيماء ، إيمان ، فؤاد ، محمد ، فاطمة .. كان هؤلاء من الذين عاصروا المجزرة الرهيبة في الأسابيع الثلاثة الماضية ..

بدأت معهم جلسة أولية كانت عبارة عن تفريغ انفعالي لمشاعر نفسية مختلطة تتمحور كلها حول أهوال الأحداث اليومية في أسابيع الحرب ..

قالت شيماء - وهي مبتسمة رغم شحوبها الواضح ــ : والله أنا محتاجة جداً لنفساني لأني بموت من الخوف يومياً .. قُصف منزلنا مرتين بإف16 .. كنت بإحدى الغرف .. وفجأة .. اختلط الدخان والتراب والصراخ بدوي الانفجار الرهيب .. لم أفق إلا في المستشفى .. بعدها بيوم قُصفت بقايا المنزل مرة أخرى وتكرر الإغماء .. ومن وقتها صار يغمى عليّ أو أشعر بخوف شديد كلما سمعت صوتاً عالياً أو مدوياً .

فاطمة تقول : لقد تعلمت كل تعليمي في مصر .. وعند أول فرصة سأرجع من جديد للعيش بعيداً عن هذا الدمار .. لقد كان كابوساً .. ومازال ..

أما إيمان فقالت : صحيح .. لم يقصف منزلنا ، وإنما قصف منزل أختي واستشهد ابن عم لي .. لقد تعودنا على ذلك .. ولكني أخاف جداً عند النوم من أن أمد أقدامي على طرف السرير فأقوم من النوم وقد بُترت قدماي جراء شظية أو قنبلة أو صاروخ من طائرة .. ومن كثرت ما سمعت عن بتر الأطراف صرت أنام وقدماي في حضني ..

سألتها : هل أنت مخطوبة أو متزوجة ؟؟ قالت : لا .. ولا أريد .. يكفيني تحمل مسؤولية أهلي .. أما أن أتزوج ويقصف زوجي بصاروخ ويترك لي أولاداً ..فهذا مالا أريده .

تدخلت **شيماء** قائلة : ليه ؟؟ هذه سنة الحياة .. ولن نتوقف مهما صار ..

قلت في نفسي : هل تقصد شيماء بسنة الحياة (القصف أم الزواج) فسنن الحياة في غزة تختلف عن سنن الحياة في غيرها ..

فؤاد يقول بتماسك واضح وحزين أيضاً : والله لقد تعودنا على أصوات القصف ، ونحن نحمل أرواحنا بين أيدينا طوال الوقت ومسألة الموت والحياة منتهية .. لقد كنتُ مع صديق محبب إلى قلبي وفي اليوم الثاني جاء إلى المستشفى جثة هامدة مفصولة الرأس .. وقد رأيته ..

ثم يضيف : فوجئنا بأصوات الصواريخ تنفجر في المستشفي ، توقعنا أن المستشفى قصفت .. خرجنا لنخلي المبنى فوجدنا أن الذي قصف هو المسجد الذي يقع أمام المستشفى (مسجد الشفاء)..وعندما رأى الدكتور حسين مدير المستشفى المسجد وهو عبارة عن ركام بكي .. رغم أنه رأي أهوال الحرب في المستشفى ولم يبك .. بكى فقط عندما قُصف المسجد .

أما محمد الذي يعمل بأمن المستشفى فيقول : لقد رأينا هنا في المستشفى أشلاء وبقايا أجزاء .. وكنا نرفع الرجل فتتساقط أجزاء جسمه منه أو يقع رأسه من جسده .. وقد أفاض في الحكي عن هذه المشاهد المروعة ..

ويقول عادل : لقد تعودنا .. قتلانا في الجنة وقتلاهم في النار ..

كانت الملاحظة الأعم في أغلب المتحدثين عن هذه الأهوال أنهم قد حيدوا مشاعرهم تماماً .. فقد كانوا يتحدثون عن هذه الفظائع وكأنها أمرٌ عاديٌ يحدث كل يوم .. علمتُ بعدها أن هذا التحييد تلقائي وغير مصطنع .. وهو نوع من الدفاع النفسي الذاتي تتدثر به النفوس الأبية لحمايتها من هول المآسي وبشاعة الذكريات ..

لا مجال للعواطف هنا .. أو لا مجال لإبرازها وتسييدها ..

فلو ظهرت واضحة جلية لانهار كل شيئ منذ اليوم الأول الذي خسر فيه أهل غزة ما يقارب المائتي شهيد تناثرت أشلاؤهم في ساحة مبنى من مباني الأمن في غزة .. وكانت الصورة الشهيرة لأحد الجرحى منهم وهو يرفع سبابته بالشهادة قبل أن يفارق الحياة ..

لقد كنت أسأل نفسي دائماً : ما هي نوعيات نفوس هؤلاء ؟؟ حتى يحتملوا كل هذا .. كيف يرى الإنسان ابنه أو أباه أو أخاه أو أخته أو أمه أو زوجته أو صديقه وقد تحولت أجسادهم إلى كتلة من الفحم لا تكاد تميز عضواً من أعضائها .. ويحكي لك عن كل ما رأى ... ثم يقول : ولكننا صامدون .. سنبقى في هذه الأرض حتى نهايتهم ..

صامـــدون؟؟؟؟ كيـــف ؟؟؟

تتذكر الشعارات القديمة الجديدة عن الصمود والتصدي فتراودك نفسك أن هذا الرجل ليس سوى مخدوع آخر بهذه الشعارات التي خدعوا بها الملايين من أبناء الأمة .. ثم يعود إليك وعيك في لحظة صفاء وتجلٍ لتقول لنفسك : إن الذين رفعوا هذه الشعارات لم يرفعوها إلا في المظاهرات وخلف شاشات التلفزة وفي الصالونات الأدبية ومقاهي المكلمة الفارغة والنضال الحنجوري فقط .. فلا يمكن أبداً أن يتساوى هذا وهؤلاء ..

هؤلاء لم يخسروا شيئاً .. بينما هذا خسر كل شيئ .. هؤلاء يتكؤون على آرائكهم ويصرخون بالمقاومة .. بينما هذا يتكئ على أشلاء أحبابه ويصرخ بالمقاومة .. وشتان شتان ..

لم أعرف معنى حقيقياً للشعارات التي أتخمت الوطن العربي إلا في غزة .. لأنها وببساطة شديدة تأخذ منحى آخر هناك ..

في غزة .. القول يعقبه الفعل ..بل ربما لا تدري أيهما يعقب الآخر ..

في أحيان كثيرة لا تسمع قولاً .. بل ترى فعلاً .. وفعلاً مدوياً ..

لقد فكرت كثيراً في سر صمود هذه النفوس الأبية التي صقلتها المصائب ومحصتها الابتلاءات.. فكان سؤالي الأبرز لنفس المجموعة السابقة في اليوم التالي عن هذا السر ؟؟

قلتُ لهم : كيف ؟؟

اتفقوا جميعاً على الآتي :

- الإيمان الشديد بالله وبقضائه وقدره .
- شدة المصيبة كانت أكبر من التفكير فيها أو اجترارها .
- عموم المصيبة التي جعلت الجميع معرضاً للعدوان مما دفع الجميع إلى التكاتف والتماسك .
- تكرار الصدمات أكسبنا مناعة .
- استحضرنا جميعاً آيات القرآن وأحاديث السنة التي تحض على الصبر والتحمل .

إذن هو الديـــن .. الديـــن ..

الدين الذي قُصفوا بسببه .. هو هو الذي يحيون بسببه .

لقد قابلت في المستشفى طبيباً مصرياً كان قد أمضى في غزة ثلاثة أسابيع ختمت بزيارته لأم نضال .. همس لي هذا الطبيب قائلاً : لقد عدت من الحج هذا العام ولقد وجدت في غزة روحانيات أعلى بكثير من روحانيات الحج .. هكذا كانت مشاعره في أرض الرباط .

ولقد أطلعوني على صور العمليات في المستشفى وهي شئ بالغ القسوة .. ولكنها كانت فرصة للتفريغ وإعادة التذكر في موقف مطمئن .. ومع صحبة كبيرة .

المجموعة الثانية التي جلست إليها في المستشفى كانت مع ثلاثة : مراسل .. ومسعف .. ومتطوع .. وكلهم لم يغادروا المستشفى طيلة الحرب .

يحكي **أبو نعيم** عن دوره فيقول : لقد تطوعت من نفسي لأساند أهل الجرحي والشهداء .. آخذ بأيديهم وأذكرهم بالله .. رأيت كل شئ .. فقد عملت على ثلاجة الموتي بالمستشفى ، وشاهدت آلام الجميع فور سماعهم خبر استشهاد أو عند استلام الجثث .. وعادة ما تكون عبارة عن أشلاء .. يصمت كأنه يستحضر الثبات كلما شعر بتزعزعه ثم يقول : فقط .. كلما رأيت شعرت بالغضب الشديد .. أرجو أن ننتقم منهم في يوم من الأيام .. لا بد أن ننتقم .. وفي القريب العاجل .. ثم يقول : في يوم .. وأنا أساند بعض الناس قال لي أحد الأصدقاء : إن فلان استشهد – وفلان هذا من أقرب الناس لي – سكتُّ لحظة ، وقلت : أين هو .. قال : وراءك .. استدرت ورحت إليه ومسحت على وجهه وودعته .. ثم انصرفت إلى ما أنا فيه .. ثلاثة أيام ولم أشعر بشئ ، وفي الليلة الرابعة ذكرني نفس الصديق بصديقي وقال : ألا تزور قبره ؟؟ فتركته وذهبت إلى الحمام وظللت أبكي لأكثر من نصف ساعة ثم مسحت دموعي وغسلت وجهي وعدت مرة أخرى .

لقد لاحظت أن هناك شبه اتفاق على ألا يرى أحدٌ دموع أحد .. البكاء ليس من شيم الرجال .. هكذا يقول أغلبهم .. لا بد من تماسك الجميع أمام الجميع .. وإن كان ولا بد فليكن البكاء بعيداً عن الأنظار حتى لا يفت ذلك في عضد الآخرين ..

تكررت نفس القصص من المسعف و المراسل .. وتكرر معها إحساسي بتلك السحابة الرحيمة التي غطت على مشاعرهم وحيدتها وهم يحكون ويحكون ويحكون ..

وإن كنت أخشى أن تنقشع سحابة الرحمة هذه في يوم من الأيام وتظهر شمس الكآبة المحرقة .. فلكل إنسان طاقة .. وقد تحمل هؤلاء ما لا يتحمله البشر .

أما أطفال غزة فهم الرجال الصغار بحق ..

وقد رأينا في بعض القنوات الفضائية تقريراً مفصلاً جميلاً عن أطفال غزة أوضح فيه أصحابه جوانب كثيرة من حياتهم قبل العدوان وبعده ، كما ركزوا تركيزاً لافتاً على طريقة اللعب التي يمارسونها هناك .. فليس أمامهم سوى البنادق الخشبية ، والاختفاء فيما يشبه الأنفاق ، والهجوم على العدو المفترض وأسره أو خطفه ..

لقد صبغتهم الحياة بصبغتها ، وأجبرتهم البيئة على أن يتعاملوا معها بقوانينها وقواعدها .. وما أقسى البيئة التي يلعب أطفالها فيها لعبة الحرب ..

تركزت زياراتي المنزلية في شارع صلاح الدين وسط غزة ، ومخيم الشاطئ ، وبيت حانون ، ووجدت أن أكثر من قابلت من الأطفال أو الصبيان ينظرون إلى القصف نظرة من اعتاده وتعايش معه حتى صار جزءاً من حياته اليومية ..

مفيد جمال الإفرنجي في الصف الأول الثانوي قال لي : لقد تعودنا على القصف .. وعندما أكبر سأكون مهندساً .. نحن شعب الجبارين .. وأكد كلامه محمد باسم في الصف الخامس الابتدائي الذي يرغب أن يكون طبيباً عندما يكبر ..

كان هؤلاء الأطفال من الذين لم تقصف بيوتهم ..

أما الذين قصفت بيوتهم في بيت حانون مثلاً فقد جمع لي أحد المتعاونين معي مجموعة من الأطفال في منزل مقابل تماماً لمسجد عمر بن عبد العزيز الذي قصف عدة مرات من طائرات F16 فوجدت أنهم جميعاً تبدو عليهم مظاهر القلق والاكتئاب .. وقد أخبرني بعض أولياء أمورهم أن بعضهم لديه تبول ليلي لا إرادي ، وهي ظاهرة منتشرة بكثرة لدى الأطفال في مناطق القصف ..

الغريب أن أمنيات هؤلاء جميعاً (أي الأطفال الذين قُصفت منازلهم) كانت تتمحور حول المقاومة ، وأنهم سيلتحقون بها عندما يكبرون .. كانوا يتكلمون بغضب مكتوم ، ورغبة عارمة في الانتقام .. ساعتها تذكرت ذلك الضابط الإسرائيلي الذي قال في الأسبوع الثاني للقصف : لقد خلقنا في غزة جيلاً سيقتلنا .. صدق وهو كذوب .

وقد فُتح حوار مع الأطفال حول مفهوم المقاومة ، وسَّعَ فيه بعض أولياء الأمور مفهوم المقاومة ليشمل التمسك بالأرض ، والتعليم ، والدين .. فالعدو قد قصف المصانع والمساجد وجرف الأرض .. فلابد أن تكون المقاومة في كل هذه المجالات .

ولكن الطفل طفل .. فحالات الخوف والرعب الشديدين والتوتر (خاصة في الليل) ما تزال مسيطرة على الأطفال هناك لأنهم لم يفيقوا بعد

من آثار الصدمة التي يتحدثون عنها وكأنها وقعت لغيرهم .. غير أنه من اللافت للنظر أن تعبيرهم عن الحزن والخوف لا يكاد يظهر للآخرين أبداً لأن غالب الآباء قد تربوا أولاً وربوا أبناءهم ثانياً على عدم إظهار مشاعر الحزن والحنق والجزع أمام الأطفال ليظل الجميع متماسكاً .. النساء فقط هن من يبكين هناك أما الرجال فلا ..

وإن كان هذا التصرف أضعف أسلوب من أساليب المقاومة الواقعية إلا أنه أقوى أساليب المقاومة النفسية على الإطلاق ؛ لأنه يحفظ جسد المقاومة القوي ، ويمده بالدماء النقية يوماً بعد يوم .. إنه يقول للعدو : ربما تسيل دم جسدي ولكنك لن تسيل دمع روحي الذي سأحوله لماء عذب يروي نبتة المقاومة في قلوب أطفالي ..

وقد وضح ذلك جلياً في جاهزية الطفل الفلسطيني للمجابهة والحديث مع الغرباء وأمام الكاميرات دون حياء أو خجل لشرح ما يفهمه من قضيته العادلة ، والتعبير عنها بكافة الأشكال ..

إلا أن عدد الأطفال الذين يعانون في غزة من الصدمات النفسية أو الاضطرابات يزداد يوماً بعد يوم .. صحيح أن هذه الصدمات لا تصل في معظمها إلى الانهيار الكامل الذي يحول الطفل إلى مريض مزمن (أقول : في معظمها) فهو يرى والده ووالدته وأهله متماسكين نوعاً ما رغم اضطراب كل شيئ حولهم .. فالدنيا ليست وردية هناك ، ولكنها صدمات واضطرابات لا بد من احتوائها سريعاً حتى لا تتفاقم وتتحول إلى أمراض مزمنة .. خاصة وأن عدد الأخصائيين النفسيين في الميدان قليل .. بل ونادر مقارنة بالحالات المتراكمة ، وكثير من العائلات هناك لا تعرف أين تذهب بأطفالها الذين تظهر عليهم أعراض الأمراض النفسية .

ورغم أن المسؤولين في التربية والتعليم قد أعلنوا أن الأسبوع الأول من الدراسة سيكون أسبوعاً ترفيهياً للحديث حول الحرب والرسم واللعب إلا أن هذا الأمر يحتاج إلى أن يكون داخل إطار (الطب النفسي) حتى يخرج بنتائج أفضل ؛ لأن المدرسين العاديين غير مؤهلين لتفعيل هذه الفكرة بالشكل الأمثل .. ولكنها كفكرة تحسب لهم .

***

عزبـــة عبـــد ربـــه

لم أتخيل أن يكون هناك دمار بهذا الشكل .. ما حدث في عزبة عبد ربه غير عادي .. وما نقلته القنوات الفضائية كان أقل من الواقع .. لقد دمرت تدميراً شديداً .. وسويت المنازل بالأرض .. شوارع بأكملها لا يرتفع فيها إلا بقايا مصعد للمنزل ، وقطع الفرش والأجهزة المنزلية بين الركام ..

لقد غادر الجميع إلى منازل الأهل والأقرباء في الأحياء الأخرى بعد وقف إطلاق النار ، والخيام التي نصبت على عجل لم يسكن بها أحدٌ في برد غزة القارس ..

مزرعة الفولي ــ وهي إحدى المزارع التي دمرت تماما بما تحتويه من مواش ــ قدرت الخسارة فيها حوالي مليون شيكل .. قال صاحبها : عوضي على الله سأبدأ من جديد ..

آخر زيارة لي كانت مع أحد أفراد الشرطة إلى مكان توجد فيه عدة صواريخ إف 16 ألقيت ولم تنفجر زنة الواحد منها طن متفجرات .. هذا عدا صواريخ أخرى أقل حجماً وبعض المقذوفات التي جاءت من الزوارق البحرية .. مازحني الشرطي قائلاً : أغلقوا معبر رفح كما تريدون فالصاروخ الواحد من هذه الصواريخ يمكن من خلاله صنع عشرات الصواريخ القسامية ..

تذكرت ساعتها **قول الشاعر** :

من قسوة الأصداف من ظلمتها
تنبلج الدرة
من رحم الهجير
يولد الندى
وفي انتهاء الصوت
يبدأ الصدى
لك الحياة في الردى
لك الحياة في الردى
أيتها الزهرة
أيتها الفكرة
أيتها الأرض التي
تؤمن دوماً أنها حرة

خلاصـــــــة

الأمر في غزة يحتاج إلى كثير من الجهود ..

لقد زار غزة كثير من وفود الأطباء النفسيين .. من الأردن والعراق ومصر وغيرها من البلاد العربية والأجنبية .. وهذه الوفود لا بد أن لديها ما تفعله .. فلو توحدت الجهود تحت راية لجنة الإغاثة النفسية باتحاد الأطباء العرب لتمكنا من عمل شيئ غير الرصد والمتابعة وكتابة التقارير النفسية التي لن يقرأها من كتبت من أجلهم ..

إن توحيد خطة العمل (إن وحدت) سيتم من خلاله تدريب كوادر فلسطينية قادرة على التعامل مع الآثار النفسية للحرب المستمرة هناك .. والتي لا يعلم إلا الله وحده متى ستنتهي ..

وأخشى أننا إذا طال صمتنا على المآسي التي رأيناها فربما نحتاج إلى أطباء نفسيين لعامة الشعوب العربية بعد ذلك .. وليس لشعب غزة فقط .

غـزة ... التداعيـــات السيكولوجيـــة للحـــرب و الحصـــار: بريـــد مراســـلات الشبكـــة

شتـــاء و ربيـــع 2009

arabpsynet@gmail.com
www.arabpsynet.com/Mailinglist/ConsMailingList.asp
www.arabpsynet.com/mailinglist/MailingListForm.htm

تفعيـل الحـوار حـول سيكولولوجية العمليات الاستشهادية

من فلسطين لكم التحايا...ومن غزة لكم السلام
آمل و أدعوا إلى تفعيل الحوار حول سيكولولوجية العمليات الاستشهادية...ودوافعها...والتفريق بين الارهاب....؟

د.عبد الله النجار
غزة – فلسطين
mlakk66@yahoo.com

انـــا غـارق فـي لجـة الحـزن

والأمة العربية والإسلامية تتعافى من جراح القطيعه وهوان النفس وذل الكرامه وتجد لها مكانا تحت سماء العزة وشمس الكبرياء....
اعذروني فانا غارق فى لجة الحزن على غير عادتي، واعفوا عنى إن لم أجد ما أقوله لكم سوى أبيات من الشعر...
حتى ساعة الفرج وحل عقدة اللسان . .

أخوكم الزين عماره
استاذ الطب النفسي
أبوظبى – الإمارات العربية / السودان
zinomara@emirates.net.ae

توحيد الجهود لـ"التخفيف من تداعيات الصدمات النفسية

إن الناظر لما يحدث في أحياء غزة، في فلسطين الجريحة، ويتمعن في المشاهد التي ترسمها آلة الحقد الصهيونية وعلى مر التاريخ ــ لهي ترسم أبشع جرائم الحقد والقهر والحزن والألم، سيما الفعل الإجرامي في الأطفال يومياً والنساء والرجال وهم أشلاء،أشلاء... أجزاء، أجزاء... تتطاير أجسادهم في السماء في السماء ــ
أضم صوتي وجهدي للكثرين من شُرفاء العالم من الاختصاصين والأطباء النفسيين في ضرورة توحيد الجهود لـ"**التخفيف من وطئ الصدمات النفسية**" التي تحدق بأهلنا وأطفالنا بالتحديد في غزة.
رســالتي للأستاذ الدكتور "**جمال التركي**" والأستاذ الدكتور "**أحمد عكاشة**" وكل من يتواصل مع "**شبكة العلوم العربية النفسية**" أن يُعمل على إيجاد صيغة تجميع جهود من يروا بأنفسهم الخبرة والقدرة والإيمان والانتماء للأمة **لتقديم التدخل والدعم النفسي لأطفالنا في غزة.**

أحمـــد دويكـــات
مرشـــد نفـــسي
فلسطيـــن
ahmaddwakat@yahoo.com

دراســـات عن "الحـــرب النفسيـــة"

نهيب بكل من لديه **خبرات** أو **دراسات** عن "**الحرب النفسية**" موافاتنا بكل ما يستطيع من مادة ومعلومات عن "**آليات الحرب النفسية**" واسترتيجيات مواجهتها .....
علينا الانتباه إلى "**المأزق الإسرائيلي**" الكبير واستغلاله أفضل استغلال في نفس الوقت الذي نتخذ فيه ما يلزم للحؤول دون هزيمتنا نفسيا... **أهيب بالجميع أن يتحركوا بسرعة.**

أ. د. وائـــل أبوهنـــدي
الطـــب النفســـي ، مصـــر
abohendy@maganin.com

شعبـة طـب نفسـي الطـوارئ و الكـوارث

بناء على توصيات الكثير من الزملاء فى العالم العربى ، و نظرا للمأساة التى تحدث فى غزة، و التوابع النفسية لما يحدث، و تخاذل الحكام العرب، فقد وافق أ **.د. وائل أبو هندى** أستاذ الطب النفسى بجامعة الزقازيق على أن يرأس الشعبة الجديدة فى إتحاد الأطباء النفسيين العرب **شعبة طب Emergency and Disaster Psychiatry نفسي الطوارئ و الكوارث**، نظرا لخبرته فى هذا المجال و قيامه من قبل بالتدريب و المساعدة و سيبدأ فورا فى تشكيل أعضاء اللجنة ، و التجهيز لقوافل طب نفسية للذهاب إلى غزة بمد الأسعافات الأولية للإرهاب الإسرائيلى

مع تحياتي

أ.د. احمـــد عكاشـــه
رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب
aokasha@internetegypt.com

المسانـــدة بالقـــول والعمـــل

أضم صوتي للذين رفعوا أصواتهم عالية للتنديد بالحصار وبالحرب المجنونة المسلطين على أهالينا في غزة لكسر إرادتهم وتركيعهم لشروط أعدائهم.

يمكن فعل كثير من أعمال الخير والمساندة بالقول والعمل؛

- **بالقـــــول:** من خلال الدعاء الصادق ونشر كلمة الحق ومراسلة إخواننا الزملاء والاتصال بهم بكافة الوسائل: الهاتف، الرسائل الالكترونية بواسطة البريد الالكتروني وكذلك تجنيد الرأي العام المحلي والدولي وتفنيد الإشاعات والتصدي للحرب النفسية وبكل وسائل الاتصال الحديثة

- **بالعمـــــــــل:** من خلال جمع التبرعات المتنوعة والاستعداد للمشاركة في علاج الصدمات النفسية والعلاج الطبي العام عند فتح الحدود

وبالله التوفيق

بـروفيسور مصطفـــى عشـــــوي
أستاذ علم النفس
الجزائـــــــــر
mustafait@hotmail.com

اجتمـــاع لـ"تحديـــد محـــاور التحـــرك

إن شاء الله تعالى سنقوم أولا **بتجميع** أسماء الزملاء والزميلات أعضاء اللجنة، بعد ذلك سنحاول الاجتماع لـــ**"تحديد محاور التحرك"**.

الآن عندنا ثلاث نقاط للعمل، وهي الأماكن التي **تحوي الجرحى** في مصر العريش والإسماعيلية والقاهرة.

بمجرد **فتح المعبر** سيكون من الممكن إرسال بعض أعضاء اللجنة من الأطباء مع مجموعة من الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين المدربين على المساندة النفسية لضحايا الحروب والكوارث

وما نزال في انتظار اقتراحاتكم

أ.د. وائل أبو هندي
maganin@hotmail.com

كونـــوا علـــى استعـــداد لتقديـــم العـــون

الزملاء في مصر أقرب الناس جغرافيا إلى غزة، فكونوا على استعداد لتقديم العون اللازم عندما تتوفر أية فرصة لذلك.

أقترح جمع تبرعات عن طريق "**شبكتنا النفسية**" أو عن أي طريق آخر ترونه مناسبا، **لدعمكم ماديا** للتحرك وتقديم الخدمات النفسية كما ينبغي

إذا كنتم في حاجة لمختصين من بلدان عربية أخرى فهم مستعدون لذلك أيضا

نشد على أيديكم وندعو لكم بالتوفيق

وفقكم الله

بـروفيسور مصطفـــى عشـــــوي
أستاذ علم النفس - الجزائـــــــــر
mustafait@hotmail.com

المشاركـــة في إغاثـــة إخواننـــا فـــي غـــزة

أسعدني كما أسعدكم جميعا انطلاق إشارة البدء من أستاذ الأجيال **أ.د.أحمد عكاشة** –هكذا عهدناه دائما– للمشاركة في إغاثة إخواننا في غزة. و على قدر المهمة كان الاختيار الأمثل لأستاذي **أ.د.وائل أبو هندي** لخبرته المعروفة في هذا المجال و حماسه المعتاد و الذي أسعدني و شرفني كثيرا اتصاله لألبي النداء على الفور و بدوري أهيب بالأخوة "**أعضاء الشبكة الموقرين**" إرسال الأسماء عبر الشبكة و الاتصال بـــ" **أ.د.وائل أبو هندي** " حتى يتسنى إعداد الترتيبات اللازمة

دمتم ودامت شهامتكم وشوخكم

د.محمـــود الوصيفـــي
مدرس مساعد الطب النفسي-جامعة المنصورة
E-mail: wasify2005@yahoo.com

الرعايـــة النفسيـــة للأطفال زمن الحـــروب و النزاعـــات

أرسل لكم نشرة خاصة لـــ" **الرعاية النفسية للأطفال زمن الحروب و النزاعات**"، للإستفادة منها في هذا الظرف العصيب الذي يمر به أخوتنا في غزة.

مع الشكر لكم

د. مأمـــــون مبيـــــض
اختصاصي الطب النفسي - بلفاست، أيرلندا الشمالية
mobayed@hotmail.com

اتمنـــى ان تستطيعـــوا تقديـــم خبراتكـــم

للذين يهبون ارواحهم دفاعا عنا اكتب...
للذين كلمتهم ابلغ من هجومهم اتجه...
زملائي الاكارم..
بكم الفخر ...
ولكم الشموخ...
واتمنى ان تستطيعوا
تقديم خبراتكم

رجائي من الله السلامة للجميع...
رجائي ان أتواصل بكم لاستطيع تقديم الواجب الممكن...؟؟؟
انا معكم ...وهذا ما اتمنى

د.عبداللـــــه النجـــــار
فلسطيـــــــن
mlakk66@yahoo.com

وكلنـــا موتـــى نتنفـــس

ما الذي حدث
لا شيء جديد
فإذن ما الداعي لهذا الألم الضاغط على الصدر كحجر
يموت من يموت
ينتهك من ينتهك
وتلون الدماء ما شاءت من لوحات تتجدد
الأكفان البيضاء لا تخجل من الدم الطازج
تحتضن الصغار وتهديهم لتراب الوطن
الأكفان لم تعد تخجل
ولا تنفذ
والشهداء لا يكفون عن ممارسة فرحهم العلوي
ببراءة وروعة
ليست الأكفان وحدها
نحن أيضا
ما زلنا نصر على توديعهم بالدموع
حريصين على بذل ما استطعنا من النهنهات
ولا نخجل
ما الجديد
والشهداء يخرجون بكل هذه الروعة ألسنتهم لرؤوسنا المنكسة
وكلنا موتى نتنفس .

د. وليـــد طلعـــت
القاهرة، مصـــــر
waleedtalat1910@yahoo.com

نريـد وضوحـا أكثـر فـي سـرد وتحديـد الأدوار

عبر هذه الشبكة الميمونة التي تجمع العرب العاملين في مجال الصحة النفسية الاجتماعية حول العالم، وصلتنا خلال الأيام الماضية "**أفكار عامة**" حول ما يمكن أن يقوم به العاملون في مجال الصحة النفسية الاجتماعية خلال أزمة أو كارثة كتلك المستمرة في غزة الحبيبة. نريد من السادة أعضاء الشبكة المتصلين **وضوحا أكثر في سرد وتحديد هذه الأدوار**، بالإضافة إلى الدور المعروف..... أي **بما يتجاوز مجرد الدعم النفسي لضحايا وذويهم** ، آخذين في الاعتبار كمتخصصين أن الجانب النفسي في هذه المعركة شديد الأهمية والوضوح، بل ربما يكون هو المعركة الأكبر والأهم.....

منذ أطلقنا "**النـــــــــداء**" على شبكة العلوم النفسية العربية استجاب في الأربعة والعشرين ساعة الأولى:

- من **الأطباء النفسانيين** كل من:

د. محمد المهدي، د. أحمد عبد الله، د. علي إسماعيل عبد الرحمن، أ.د عايدة سيف الدولة، د. مشيرة أنيس، د. هبة أبو الوفا ود. رحاب مكي من مصر، أ.د. طارق الكبيسي، من العراق د. عبد الودود خربوش ، من المغرب ....

- ومن العاملين في **مجال علم النفس استجاب كل من:**

د. داليا مؤمن، د. محمود أبو رحاب، د. عبد الله النجار أ. سها مزيد، أ. عبد الرحمن الريفي، و أ.دينا عبد الرحمن مصباح.

وما نـــــزال في انتظـــــار المزيـــــد...

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

نستصـرخكم أن تستغيثوا معي كل العالم والضمائر الحية

اطلقتم النداء للمساعدة النفسيه **شكرا لكم...**

ولكن...

أفيدكم أننا في غزه لا ننتظر فقط المساعدة النفسية

ولكن...

نحتاج إلى هبة الجيوش العربية **لإيقاف شلال الدماء** المنهمر في غزة

هذه ليست أول دماء تنهمر بل كان قبلها في جنين حيث **أبيدت عائلات بأكملها**

نستصرخكم أن تستغيثوا معي كل العالم والضمائر الحية لإيقاف شلالات الدم

د. ابتسام جارالله الخزندار
غـــــزة ، فلسطيـــــن
ibtesamjar@yahoo.com

دعـــوة للعمـــل بصمـــت

أجدد التواصل معكم في هذا الظرف العصيب الذي تمر به المنطقة العربية وقد تآلبت قوى الاستعمار الصهيوني على غزة بتواطئ أورو-أمريكي و صمت عربي رسمي لافت.

في هذا المرحلة الحرجة تزاح الأقنعة، تعرف الصديق الذي يصدقك من الذي لا يصدقك، قديما قالوا "جاز الشدائد عنا كل خير" و اليوم نقولها، و لعلنا لم نفاجأ بأعداد الزملاء المتصلين والراغبين تقديم العون الطبنفسي والرعاية النفسية لضحايا العدوان الإسرائيلي على أهلنا بغزة، لإدراكنا المعدن الأصيل لشعبنا العربي. وسعيا منا استيعاب هذه الرغبات الصادقة و تجميع طاقاتها تم تأسيس " **شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية** " كإحدى شعب "**اتحاد الأطباء النفسانيين العرب**"، أسندت رئاستها إلى **الزميل المقتدر أ.د. وائل أبوهندي** لخبرته و كفائته في هذا الفرع من الاختصاص، وفور تكليفه بادر الزميل أبو هندي بتأسيس " **لجنة الإغاثة النفسية** " وطلب من الزملاء الراغبين تقديم العون الاتصال على بريده الإلكتروني (maganin@hotmail.com) أو بريد الشبكة (arabpsynet@gmail.com).لتوحيد مرجعية التدخل المساعدة النفسية بشكل متكامل حسب برنامج محدد وفي الزمن الممكن.

زملائي الأفاضل، اسمحوا لي وضع النقاط على الحروف سعيا لتنسيق مسعى رئيس " **شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية** " و ضم جهودنا حتى نكون فاعلين:

1) أشكر الأخوة الأطباء النفسيين العرب على حماسهم و محاولاتهم للمساعدة، و لكن هذا الحماس إن لم يكن له مرجعية واحدة فلن يؤدى إلى تقدم.

2) لن تستطيع وزارة الصحة فى مصر القيام بأى مجهود إلا الإسعافات الأولية و في المستشفيات فى مصر سواء القاهرة، العريش ... إلخ و من هنا فإن الأعتماد على وزارات الصحة لن يأتى بنتيجة.

3) العلاج النفسى للمصابين فى الكارثه يجب أن يكون فى غزة و يقوم به متطوعين ليس لهم علاقة بالحكومات التى ثبت عدم فاعليتها.

4) "أتحاد الأطباء العرب و مقره في مصر و أتحاد الأطباء النفسيين العرب و مقره فى مصر على إتصال دائم لتنسيق الجهود و الأطقم الطبية على الحدود وتمكن أتحاد الأطباء العرب بالإتفاق مع السلطات المصرية من دخول 11 طبيباً أمس و نتوقع اليوم دخول 17 طبيبا إلى غزة فى التخصصات المختلفة مثل الجراحة العامة و جراحة المخ، و العظام و طوارئ الأطفال... إلخ على المسؤلية الخاصة للأطباء ودون أتفاق أو حماية من ناحية إسرائيل "

5) كل من يريد التطوع عليه الإتصال برئيس شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية بالإتحاد الأستاذ الدكتور وائل أبو هندى الذي سينظم هذه العملي.

6) قمنا بالاتصال برئيس **الجمعية العالمية للطب النفسي** حيث أن بها ما يزيد على 18 جمعية نفسية فى المنطقة وهو في طريقه لمقر **منظمة الصحة العالمية** فى جنيف و التى لها الخبرة و البرامج الكثيرة للكوارث النفسية و هذا أحد أعمالها الهامة و قد تعاونت معها أثناء رئاستي للجمعية العالمية فى الطب النفسي سواء في العراق و كذلك في تسونامى..... و غيرهما. و ستقوم منظمة الصحة العالمية و الجمعية العالمية للطب النفسي و إتحاد الأطباء النفسيين العرب بالتعاون لإرسال متطوعين فى الصحة النفسية من أطباء و أخصائيين فى علم النفس و أخصائيين اجتماعين و التمريض لعلاج الصدمات النفسية بعد ما حدث.

بعد هذا التوضيح آمل أن تتوقف المزايدات بالوطنية و لندع **الدكتور وائل أبو هندى** ينظم العملية فى إتحاد الأطباء النفسيين العرب التى ستنسق جهودها مع **منظمة الصحة العالمية** (فرع الكوارث النفسية) و **الجمعية العالمية للطب النفسي**. كما أدعوا أن يكف البعض عن المراسلات و التنديد و الشجب، و أن يجعلنا **نعمل فى صمت** خاصة بعد خطاب الأخ العزيز أستاذ الطب النفسى **الدكتور عبد العزيز ثابت** المقيم فى غزة الذي أكد فيه أن حالة الوضع من الناحية النفسية على الأقل فى الوقت الحالى الحالة مستقرة (Fine)

مع شكرى و تقديرى على دعمكم و تعاونكم

أ.د. أحمـــــد عكاشـــــه
رئيس إتحاد الطباء النفسيين العرب
aokasha@internetegypt.com

إلـى الزمـلاء الراغبيـن فـي التبـرع

بناء على ما وصلني هاتفيا من رغبة بعض الزملاء في "**التبرع المالي**" من أجل دعم "شعبة طب نفس الطوارئ والكوارث" التي أنشئت دعما لغزة، فقد تواصلت مع رئيس الاتحاد **أ.د. أحمد عكاشه** الذي أمدني مشكورا رقم الحساب البنكي الخاص بالاتحاد ليكون على ذمة الزملاء الراغبين في التبرع وهو:

السويفت :

NBEGEGCXA002

البنك الأهلي المصري فرع النصر – القاهرة

28أ شارع طلعت حرب

National Bank of Egypt – Nasr Branch

A Talaat Harb Street – Cairo 28

رقم حساب إتحاد الأطباء النفسيين العرب بالإنجليزية و العربية

التبرع بالعملة المصرية

حساب رقم 01005024175

ا التبرع بالعملة الأجنبية

حساب رقم 11005024171

وأعلن أيضًا أن "**لجنة طب نفس الطوارئ والكوارث**" ستعقد أول اجتماع لها على هامش مؤتمر الطب النفسي المنعقد بمدينة الإسماعيلية بفندق إيتاب يوم الخميس القادم 15 يناير 2009

مع شكرى و تقديرى على دعمكم و تعاونكم

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

ما وصلنـا كان مجـرد أفكـار عامـة

كنت قد قلت عبر هذه الشبكة "**تريد من السادة أعضاء الشبكة المتصلين وضوحا أكثر في سرد وتحديد هذه الأدوار،... بالإضافة إلى الدور المعروف..... أي بما يتجاوز مجرد الدعم النفسي لضحايا وذويهم،...**"

وأشرت إلى أن ما وصلنا كان مجرد أفكار عامة ...

كلام عن التفاعلات النفسية للحروب والكوارث كالتفاعل الحاد للكرب ولاضطراب الكرب التالي للرضح أو الصدمة .....

وما زلت أكرر النداء أننا نحتاج في هذا الظرف العصيب فضلا عن ذلك إلى أدوار أخرى ربما تكون أهم على المستوى العام ...

مثلا من بين الأدوار التي يجب أن ننتبه لها مسألة الأثر الناتج عن مشاهد الدمار المستمرة في غزة والتي تدخل كل بيت تقريبا على أناس قد لا يملكون حتى التظاهر! تعبيرا عن مشاعرهم.

ما أثر ذلك على المشاهدين؟ وبتعبير آخر ما أثر عرض غزة 24 ساعة على قناة الجزيرة على الناس....؟

ولمن لا يعلم فإن الوضع من الجانب الإسرائيلي تحت السيطرة تماما عبر الرقيب العسكري الذي لا تعرض صورة من صور الحرب على غزة بغير موافقته؟ وكذلك آثار قصف الصواريخ الفلسطينية على بساطتها ؟؟

ما دورنا في هذا الوضع؟؟

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

كيـــف نتعامـــل مـــع الضغـــوط ؟؟

يا أخي الدكتور وائل .. من صميم عمل الطبيب و الأخصائي النفسي أن يرشد الناس لمصادر الضغوط و تأثيرها على حياتهم و نفوسهم و كذلك هو من يعلمهم كيفية التعامل معها تكيفا أو حلا ، إن أمكن هذا الأمر أصبح محورا لدراسات و دورات و أبحاث يقوم بها أحيانا غير المتخصصين ، بعد أن تخلى المتخصصون عن دورهم، و في محرقة غزة لدينا ضغوط رهيبة سواءا على نفسية من تحت القصف و الحصار، أو من يعيش شاعرا بالعجز و المهانة.

ماهي مصادر هذه الضغوط؟؟ و كيف نتعامل معها؟؟

أسئلة حاولت الإجابة عليها عبر مواد كثيرة مسموعة و مكتوبة ، ستجدونها على موقعي ، و سأسعد بإتصال أو استفسار أو استيضاح ممن يريدون المزيد (WWW.ASKDRAHMED.COM)

د.أحمد عبد الله
جامعة الزقازيق - مصر
postacairo@gmail.com

استراتيجيـــات مجابـــة الكـــــروب

أهيب بكل السادة من الزملاء والزميلات أعضاء الشبكة أن ينتبهوا إلى أهمية الحديث في هذا الوقت بالذات عبر وسائل الإعلام المختلفة عن:

"**استراتيجيـــات مجابـــة الكـــــروب**"

"**Stress Coping Strategies**"

فمثل هذه الاستراتيجيات والأساليب تعتبر أهم ما يحتاجه المشاهد في العالم العربي للتعامل مع الكرب الناتج عن رؤية صور الوضع الجاري في غزة.

أدعوا كل من يمتلك أو يتسنى له الوصول إلى أي من المنابر الإعلامية خاصة المحطات الفضائية،أن يعرّف المشاهدين **أساليب مجابهة الكروب** و ألا يقتصر الحديث عن المواضيع المعتادة كالتفاعل الحاد للكرب Acute Stress Disorder واضطراب الكرب التالي للرضح أو الصدمة Post-traumatic Stress Disorder ...

لابد من التنبيه والشرح فيما يتعلق بالحرب النفسية وبأساليب مجابهة الضغوط.

هذا أحد أهم أدوارنا في الوضع الحالي وأتمنى أن يشارك به جميع أهل الإختصاص.

أ.د. وائـــل أبو هنـــدي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

استعـداد جمعيـة الشـرق للصحـة النفسيـة والمجتمعيـة

أهيب بكم وبحملتكم لنصرة اهلنا فى غزة، نحيطكم علما أننا فى "**جمعية الشرق للصحة النفسية والمجتمعية**" لدينا كافة الاستعدادات بالطاقم البشرى وبالموارد المتاحة لتنفيذ أي أنشطة تقرها اللجنة المنبثقة عن الشبكة

وفقكم الله وسدد خطاكم

ابتسام الزريعي
مديرة مركز الشرق للصحة النفسية والمجتمعية
غزة، فلسطين
inana_tamoz@yahoo.com

استراتيجيات الوقاية من آثار الصدمة و رعاية المصدومين

تحية طيبة وتقدير على جهودكم وبعد

بالنسبة للردود التى ترد اعتقد أن نقص الممارسة للبعض هو من الأسباب التي جعلت كل الردود نظرية

عموما، اعتقد بعد إذن سيادتكم بان الوضع الماساوى لما يحدث من قتل ودمار ومذابح وجرائم حرب فى غزة هو تكبير وتفصيل لما كان يحدث بكل فلسطين ولبنان وغيرها من المواقع التي استهدفتها آلة الحرب الإسرائيلية المدعومة من قوى أخرى

الأستاذ الدكتور، اعتقد انه علينا:

1 – ان نوزع الأدوار على عمل **يخص أهل غزة** وآخر **يخص المشاهدين والمتأثرين** بما يحدث عن بعد سواء أكانوا من الأخوة العرب الفلسطينيين بالدول الأخرى أو من غيرهم من المتابعين والمتأثرين بهذه الأحداث التي أصبحت تدخل كل بيت وفى أي وقت

2 – ثانيا العمل على **التدخل لدى أولياء الأمور بعدم السماح لأطفالهم بالتفرج على آية مناظر تكون مؤلمة جدا** وهو الأمر الذى تصر بعض القنوات على عدم التنبيه إليه قبل عرضه، عملا بالأعراف الصحفية والإعلامية، نحن نعلم مدى حجم الجريمة لكن أطفالنا لا يدرون الكثير ولذلك وجب أن نكثف جهودنا لحماية أطفالنا من الأثر النفسي السلبي لهذه الصور.

3 – **التدخل لدى وسائل الأعلام لتوضيح مدى تأثر المشاهدين** وتقديم النصح والمشورة العلمية حتى لا نزيد مدى القذائف ليصل إلى كل العالم وخاصة الشعوب التي تتعاطف معنا أو شعوبنا العربي

4 – ان **تطوير آليات لنشر الوعى بين الناس** مهمة جدا باستخدام كل الوسائل الممكنة لشرح الأعراض النفسية لمشاهدة مناظر القتل والتشويه لشعبنا فى غزة بالرغم من أهميته فى فضح ممارسات العدو الصهيونى إلا أننا يجب أن ننبه لخطورة ذلك على اطفالنا.

5 – التنبيه على المواطنين بالكيفية التي يشاهدون بها هذه المناظر والمشاهد بطريق توافقية وسليمة

6 – وضع **الآليات للتنفيس على هذه المجتمعات** ومخاطبة المسؤولين فيها الى خطورة كبت المشاعر وردودالأفعال وامكانية توافقها ما بين هو مسموح به قانونيا و انسانيا حتى لا نضطر الى الوصول الى شعوب مقهورة ومحبطة لآن الضغط سيولد الأنفجار الخارجى فى الشارع او بالداخل وهو الشائع مما سينتج عنه اعراض وامراض خطيرة تؤثر فى مجتمعاتنا وما سمعناه من حالات اكتئاب وحتى وفيات نتيجة الكبت والشعور بقلة الحيلة

7 – اخيرا لماذ لا نكون مثل او أحسن من الجانب الآخر، ونحن لدينا العلماء والمختصين فهم يحافظون على نفسيات أهلهم وأطفالهم وجنودهم, العملية ليست حرية إعلام ولكن هي عملية حرب وفق خطط مدروسة جيدا ونحن لا تنقصنا الدراية بالأمور والحرية الإعلامية ومع تقديرنا للدور المهم للإعلام وخاصة فى مواقع الحدث وتضحياتهم إلا أن الأمور تكون فوضوية إن تعدت حدودها وساهمت بالجانب السلبي فى تدمير نفسيات شعوبنا وهو ما قد تعجز عنه قنابل المهاجمين فقط ما نريد هو العمل فى مجموعات وحسب ما عرضناه مسبقا

استاذنا الفاضل لك كل تحياتى واشكركم

د. فـــرج محمـــد المهـــدوى - ليـــبيا
mahdawi44@yahoo.com

الصدمة كبيرة و الحاجة أكبر إلى مختصي الرعاية النفسية

إن أكثر ما شدني الى أحداث غزة، هو سقوط طيور الجنة الأبرياء وتلوث أجسامها الطاهرة بالدماء وأكثر ما أثر في نفسي مشاهد هؤلاء الأطفال بمختلف الأعمار وهي ملفوفة في نعشها الأبيض ونور يشع من وجهها وكأنه شعاع يجذبني إليهم يطلب مني الإلحاق بهم.

اظن أن **صدمة الأحياء لكبيرة وهم في أمس الحاجة إلينا كمختصين في ميدان الرعاية النفسية.**

أضم صوتي إلى ندائكم، مع تحياتي

الأستاذة كريمة صيام
مختصة في علم النفس - الجزائر
ksiam_56@yahoo.fr

أهمية التواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية

يجب في المرحلة الحالية الانتباه إلى أهمية **التواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية** على مستويين:

- **أولا على المستوى العربي:** وهذا متحقق بالفعل عبر هذه الشبكة الميمونة ولكننا ما نزال بحاجة إلى تفعيل أكبر للتواصل مع العاملين في مجال الصحة النفسية داخل فلسطين وبالذات قطاع غزة .. علينا أن نتواصل معهم وصولا إلى كيفية مساعدتهم ... ماذا نطلب منهم؟ وما هو خطابنا لهم؟
- **ثانيا على المستوى الدولي:** وذلك من خلال **المؤتمرات** و **وسائل الاتصال المختلفة** ... علينا التواصل مع العاملين في المجال الآن وتنبيههم لما يجري وتحفزيهم وتنشيطهم للحركة .... كذلك يجب تنشيط الحملة التي بدأت بالفعل **بجامعات بريطانيا والنرويج** والتي تهدف إلى **مقاطعة إسرائيل أكاديميا** ... هذا هو الوقت المناسب للتحرك....

أ.د. وائـــل أبو هنـــدي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

معـــا لدعـــم صمـــود غـــزة

أجدد التواصل معكم في هذه المرحلة الحرجة من تاريخ أمتنا .... لاحظت أثناء "الاجتماع الأول للجنة" المنبثقة عن **شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث** تكرر ســـــؤال:

ماذا نفعل مع المتضررين من آثار الحرب على غزة سواء هناك أو هنا في كل مكان وصلته الصور عبر الفضائيات؟؟ ....

مبدئيا أقدم رابطين للراغبين في مطالعة المادة العلمية اللازمة باللغة العربية

- أول الرابطين هو لصفحة تقدم دورة تدريبية للمتعاملين مع ضحايا الحروب وهذا هو الرابط:

معـــا لدعـــم صمـــود غـــزة

ابـــدأ رحلـــة التغييـــر.. مـــع

مركـــز تواصـــل للتدريـــب

http://www.tawasoltraining.com/

- وثاني الرابطين هو الخاص بالتعامل مع الضحايا من الأطفال في صورة مقال:

الدعـم النفسي للأطال ضحايـا الحـروب

أ. وفـاء أبـو موسى

نشرت بتاريخ: 2009/01/18

تزايد الكوارث والأزمات يستدعي بناء برامج المساندة النفسية لدعم ضحايا الكوارث والأزمات، خاصة الأطفال منهم، لما لهذه الفئة من الكثير من الخصائص الخاصة التي تجعلهم أكثر عرضة من الفئات الأخرى من الضحايا للأزمات النفسية مما يستوجب الاهتمام بهم، ومنحهم المزيد من الرعاية، وتوجيه ذويهم نحو معاملة أفضل لهم في ظل الظروف الصعبة.

فيما يلي سنعرض وضعية الأطفال النفسية في ظل الكوارث والأزمات والانعكاسات النفسية والاجتماعية والمعرفية التي تلحق بهم في تلك الظروف وآليات التعامل معهم، ثم دور المساندة النفسية في حياة الطفل المتضرر، ونسلط الضوء على دور الأسرة والمؤسسات التطوعية، ثم نقدم إرشادات هامة للتعامل مع الأطفال في ظل الظروف الصعبة، وتوجيهات لفريق الطوارئ للعمل النفسي مع فئة الأطفال.

أولاً : الأطفال في ظل ظروف الكوارث والأزمات :
أ - الانعكاسات النفسية والاجتماعية والمعرفية على الطفل.
ب - آليات التعامل مع الطفل في ظل تلك الانعكاسات.
ثانيا : دور المساندة النفسية في حياة الأطفال متضرري الكوارث من خلال :
أ - دور الأهل والأسرة.
ب - المؤسسات الأهلية والتطوعية.
ثالثا: إرشادات هامة للتعامل مع الأطفال في ظل الكوارث والأزمات
رابعاً : نقاط هامة للمتطوعين والعاملين في المساندة النفسية . . .

المزيـــــــد . . .
http://www.maganin.com/palestine/articlesview.asp?key=361

مع شكري وتقديري على دعمكم وتعاونكم

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

تحية حزينة جريحة من قلب فلسطين

نشكر لكم في الشبكة النفسية جهودكم المعطاءة لنصرة أهلنا في غزة والعمل الدؤوب في تشكيل **لجان الإغاثة والتصدي للكوارث** للتخفيف من الضغوط النفسية التي يعيشها أهلنا في غزة ــ

أود التركيز على مشاهد الصور التي تتوارد يوماً بعد يوم ونحن في الثامن عشر والعذاب والويلات تتزايد على أهلنا وأطفالنا في غزة (الصور للأطفال تتكلم عن نفسها بالفضائيات صور قنابل الفسفور الأبيض الذي يحرق ويعرض حياة الإنسان للموت المحقق، وصور الأطفال الذين بترت سيقانهم، وصور الأطفال الذين تعرضوا للعمى، وصور الأطفال الذين تعرضوا للصمم إذن إعاقات مستديمة جزئية كانت أو كلية...، وصور الأطفال الذين تعرضوا لاضطرابات نفسية من صدمات نفسية أو اكتئاب أو قلق نفسي أو هلاوس أو هوس أو انهيار عصبي أو اضطرابات سيكوسوماتية والعديد من الاضطرابات النفسية التي بحاجة **لجهود جبارة** خاصة **بعد توقف العدوان الإرهابي على غزة مباشرة**، سيما وأن بعض الاضطرابات تظهر جلية بعد توقف الأزمة والطارئ الذي يعيشه المرء.

لهذا وذاك، أتمنى من الزملاء الأحرار أن يُصار إلى **خطط عمل متكاملة لنستطيع التدخل من خلالها مع المتضررين بشكل يضمن وصول المرشدين والأطباء النفسيين لكل من هو بحاجة لهذه الخدمات الطارئة والضرورية** ، ، ، رسالتي الخاصة **للاستاذ الدكتور جمال التركي** أن يعمل على تخصيص "**لقاءات**" يُقدم من خلالها الإرشادات والتوجيهات النفسية لأهلنا في غزة إما على فضائية "الجزيرة" أو "**العربية**"، تيمناً بالبرامج واللقاءات التي نقوم بها حالياً هنا بفلسطين والسبب أن هاتين الشاشتين يصلان ويُتابعهما الكثير من الناس وهم تحت العدوان.

مع الاحترام

أحمـــــد دويكـــــات
رئيس نقابة الأخصائيين النفسيين
نابلس ــ فلسطيـــــن
ahmaddwakat@yahoo.com

العمـل مـع "مجموعـات من الأطفـال

سنحاول في القريب العاجل العمل مع "**مجموعات من الأطفال من مدارس الوكالة**" من خلال المجموعات الطلابية و **العلاج بالكتابة** و **سرد القصص** و لنا خبرة طويلة في هذا المجال.

سيتم ذلك بالتعاون مع مؤسسات كثيرة و منها: **مركز الطفل و الأسرة للإرشاد و التدريب في غزة.**

برجاء زيارة موقعنا و التفاعل معنا: (www.cftcc.org - cftcc@hotmail.com)

مع الاحترام

د. عبد العزيز موسى ثابت
الطب النفسي - غزة، فلسطيـن
abdelazizt@hotmail.com

مشـروع غـزة المنتصـرة (حـول تخيلك إلى مشـروع)

هذا المشروع قائم بالدرجة الأولى على المبادرات "**الفردية والشابية**" و مبادرات "**مؤسسات المجتمع المدني** " لنصرة غزة عملياً، وهو موجه للأشخاص والجهات التي لا تنتظر الآخرين ليعملوا.

هذه **أفكار أولية**، يمكن لكل فرد تطويرها وتطبيقها والزيادة عليها بما يتلائم مع الإمكانات المتوفرة، كما يفضل ترجمتها لأكبر عدد من اللغات العالمية.

يهدف المشروع لتطوير أي مبادرة – مهما كانت صغيرة – ومن أي جهة في العالم للإجابة العملية على السؤالين التاليين:

1- **ماذا أفعل حتى أوقف الاعتداء على غزة؟**
2- **ماذا أحضر لغزة بعد انتهاء الاعتداء وإعلان غزة مدينة للانتصار الإنساني؟**

المشـــــروع الأول:

سأساهم في بث الأفكار والمفاهيم والمصطلحات الإيجابية في وجه بعض مفاهيم غير الإيجابية مثل بث:

1- غزة صمدت وانتصرت مهما كانت النتائج على الأرض، وهي بحاجة للعناية أكثر من حاجتها للعواطف.
2- غزة مدينة انتصار القيم الإسلامية والإنسانية على قيم الدمار والوحشية.
3- غزة رأس الرمح في مشروع الأمة في المقاومة والانتصار.

هي قدمت كل ما تستطيع. ماذا سأقدم أنا؟

المشـــــــروع الثاني:

سأساهم في إطلاق واحدة من هذا المبادرات، وفكر في تطبيق غيرها لأكمال انتصار غزة

1-سأبادر لتشكيل مجموعتي الخاصة، أو سأنضم لأي مجموعة شبابية أو هيئة مهنية قائمة عاملة وفق تخصصي واهتمامي.

2-سأبدا مشروعي الشخصي مهما كان صغيراً، وأستطيع ان أقدم مشاريع مثل:

- **سأطلق موقعي الإلكتروني** الخاص بغزة، أو سأحول موقعي الخاص الموجود حاليا ليعبر عن غزة، ضمن مشروع "**مائـــة ألـــف موقـــع لغـــزة**"، منها:
  - موقع **صورة إسرائيل الوحشية.**
  - موقع **تحدي غزة للحصار.**
  - موقع **صور شهداء غزة الأطفال** (صورهم قبل استشهادهم وبعد استشهادهم).
  - موقع **سيدات غزة الصابرات.**
  - موقع **مقاومي غزة.**
  - موقع **صور دمار المؤسسات الطبية.**
  - موقع **صور دمارالمؤسسات التعليمية.**
  - موقع **طائرة إف 16 وطفل غزة أيهما أقوى؟؟؟**
- سأطلق **حملة بوسترات وصور انتصار غزة**، ضمن " **حملة مليون بوستر لغزة**".
- سأساهم في أي **حملة تدعو لمقاطعة إسرائيل سياسياً واقتصاديا وأكاديمياً على مستوى العالم**، من خلال إطلاق مشاريع مثل:
  - مشروع "**مخاطبة ألف جامعة أوروبية وأمريكية**" عبر مواقعها الإلكترونية لتوضيح صورة إسرائيل وأدعوها لمقاطعة إسرائيل.
  - مشروع "**مخاطبة 500 وسيلة إعلام رئيسية**" في العالم لتوضيح صورة إسرائيل.
  - مشروع "**صورة مأساة غزة لـــ 5000 آلاف مؤسسة ومنظمة دولية**" مهتمة بالأطفال وبحقوق الإنسان في العالم.
- سأطلق "**الحملة العالمية لرفع الحصار عن غزة**".
- سأبدأ حملتي الخاصة لجمع تبرعات مهما كانت بسيطة لغزة.
- سأنظم حملة خاصة لمخاطبة المواقع الرسمية لمسئول منظمة دولية أحددها أنا مثل الأمين العام للأمم المتحدة، أو الاتحاد الأوروبي، أو سأختار رئيس أو مسئول مؤثر في دولتي لدعوته لنصرة غزة.
- مشروع خيمة الاعتصام.
- مشروع المجتمع المدني لـــ" **محاكمة مجرمي الحرب** " من القادة العسكريين والسياسيين الإسرائيليين.
- سأطلق مشروعي لـــ" **التوأمة مع مؤسسة في غزة**"، مثل:
  - توأمة مدينتي مع مدينة في غزة.
  - توأمة جامعتي مع جامعة في غزة.
  - توأمة مستشفاي مع مستشفى في غزة.
- سأطلق مشروعي لـــ"**التبني الكامل أو الجزئي**" (تقاسم المصروف اليومي)، مثل
  - حملة الاتصالات الهاتفية مع سكان غزة لرفع معنوياتهم.

"**مشروع نصرة غزة**" من مفكري ومثقفي وفناني الأمة.

- عائلتي تتبنى عائلة في غزة مثل (الاتفاق مع أسرة في غزة لفتح حساب بنكي بين العائلات).

طفلي سيآخي طفلا في غزة.

المشـــــــروع الرابع:

سأساهم في "**حملة الإغاثة العاجلة لغزة**":

- حملة الطرد الغذائي (نصف مليون طرد).
- حملة ملابس أطفال غزة (كسوة مائة ألف طفل).
- حملة مدافئ غزة (عشرة آلاف مدفأة).

Ms. Yasmine Wael BURAIK
Dhahran, KSA
yasmine.buraik.1@aramco.com

برمجـــة تسهيـــل وصـــول المختصيـــن

تحياتي لكم و الفريق العامل معكم من المختصين، أقترح عليكم و على رئيس شعبة الكوارث و الطوارئ النفسية (د. وائل أبو هندي) و رئيس اتحاد الأطباء النفسانيين العرب (أ. د. أحمد عكاشة)، **برمجة تسهيل وصول المختصين بشكل تتابعي إلى غزة و لمدة اسبوع**، يتم ارسال مجموعة من المتبرعين المختصين لتقديم الدعم النفسي و معالجة ضحايا لفترة، تتبعهم بعد ذلك مجموعة ثانية لأسبوع آخر و هكذا.

تجاه ما ما يحدث من انتهاك للبشرية والقيم والذات العربية والإسلامية أدعوا بشدة وقف هذا العنف والظلم والعمل الوحشي.

مع فائق التحية والسلام

د. مهـــــدي الطاهـــــر
السعودية
mahdiat@yahoo.com

المحـطات الفضائيـة الإخباريـة العربيـة و أحداث غزة ؟

إن المتابع للمحطات الإخبارية العربية بالتأكيد يرى أن **هناك تغطية شاملة كاملة لكل صغيرة وكبيرة** في الحرب على غزة وردود أفعال العالم واستقبال المختصين العسكريين والسياسيين ومناقشتهم في مختلف المواضيع.

ولكن لي بعض الملاحظات البسيطة على هذا الأداء الرائع :

1. أن **هناك مبالغة في إظهار الجروح والدم** بما يؤثر على معنويات الناس ويجعلهم ينسون الهدف الأكبر وهو مقاومة الاحتلال .
2. إن **ذكر أسماء العائلات والأفراد** التي قد تكون قصفت بيوتهم أو جرحوا، فيه رعب كبير لأقاربهم في كل مكان الذين قد ينهاروا بناءً على الخبر ثم يتبين أنه غير صحيح.
3. إن هناك **تجاهل كبير لما يحدث في إسرائيل**، فلابد من استضافة العارفين بالشؤون الإسرائيلية لفهم الأثر الكبير الذي تتركه الحرب عليهم وهو **أثر سلبي** يفوق مئات المرات الأثر على الشعب الفلسطيني.

1. إن **أسس الحرب النفسية** لابد أن يتم الاستفادة منها، فكل محطة تلفزة عربية سواء إخبارية أو عامة لابد أن تلعب دوراً في هذه الحرب النفسية، بما في ذلك بعض البث باللغة العبرية، وإيصال الفكرة الهامة للشعب الإسرائيلي. إن العنف والعدوان سيكون مردوده سلبي على بقاء دولة الكيان الصهيوني .
2. إن **تصوير الأطفال وإعادة الصور** لابد أن يخضع لشيء من الرقابة التي تقرر فيما إذا كانت الصورة سوف تضر الطفل نفسه، حتى لو وافقوا ولي أمره.
3. إن الكثير من العرب لهم الرغبة في الحديث والتعبير والتنديد، ويتم هذا بالشوارع، ما المانع أن **نعطي المواطن المشاهد مساحة من البث لتنفيس غضبه وإبداء رأيه.**
4. إن بعض الاستجوابات التي تتم لمسؤولين فلسطينيين وعرب تحاول أخذ سبق صحفي في معرفة رد حماس على المقترحات المصرية أو قرار مجلس الأمن وغيرها من مواضيع ساخنة، وبرأيي أن **هذا ليس وقت السبق الصحفي.**
5. لابد من إظهار **الآثار الإيجابية لهذه الحرب بصورة أوضح** ، فالمسيرة في مدريد تطالب بقطع العلاقة مع إسرائيل تستحق أكثر من نصف دقيقة، وتمزيق حاخام لجواز سفره الإسرائيلي تحتاج للكثير من التوقف والتحليل .
6. آمل من الفضائيات أن **تستمر في متابعة المشاكل المترتبة على العدوان** ، حتى لو أن الأخبار الساخنة والعاجلة قد توقفت.

د. وليـــــد سرحـــــان
مستشار الطب النفسي
عمـــــان، الأردن
www.walidsarhan.com
Sarhan34@orange.jo

النفـــوس الغزّيـــة والإسرائيليـــة

الهجوم الكاسح من قبل رابع جيوش العالم قوة وتسليحاً وأكثرها خبرة في الهجوم والعدوان، وكميات الأسلحة والذخيرة الهائلة، على منطقة سكانية مزدحمة شكل أثراً نفسياً هائلاً على الطرفين.

أما **النفوس في غزة** فرغم المعاناة والحصار وضعف الموارد فقد **ارتفعت معنوياتها**، لأنها قادرة على الصمود أمام مثل هذه الحرب، وتلاحمت الناس مع المقاومين واقتسموا لقمة العيش وزادت وحدتهم وتضامنهم، وأصبحوا كلهم حماس وكلهم كتائب شهداء الأقصى، ورغم الحصار الجغرافي إلا أنهم انطلقوا عبر كل بيت على وجه الأرض، وليعرف العالم مؤخراً لماذا يحمل هؤلاء الناس السلاح، إنه أبسط وسائل الدفاع عن النفس، **وكل يوم وكل ساعة تمر فالانتصار يصبح حقيقة**، طبعاً ليس بلا ثمن من شهداء وجرحى، ولكن أهالي غزة مؤمنون **والمؤمن يعرف أنه لا يموت بل هو حي عند ربه**، أصبح الإنسان البسيط في غزه رغم انزعاجه وخوفه منتشي لقدرته على رد العدوان، وسوف يستلهم بعد انتهاء العدوان الكثير مما حدث من ردات فعل العالم، فهو يعلم ببعضها ولا يعلم بالكثير منها الآن، لصعوبة التواصل الإعلامي، يضحك الطفل في غزة من منشورات الحرب النفسية السخيفة التي تقول له أن من يقتله هم المقاومون، وكأن الضحية لا تعرف الجلاد!!.

قبل هذا الاجتياح، كانت غزة قد سطّرت معجزة أمام الترسانة النفسية الطبية العالمية، لأنه بالمعايير الدولية لابد أن يكون كل مواطن في غزة مصاب بـــ"**عشرة إضطرابات نفسية**" في آن واحد، ولكن الواقع الميداني كان يخالف ذلك والسبب **البعد الوطني والديني و الإجتماعي وتكرار المعانة التي ولدّت لديهم حصانة ضد الإضطرابات النفسية** إلى حد كبير، جعل نسبة الإصابة محيرة لمن لا يعرف هذا الشعب وقضيته.

أما **النفوس الإسرائيلية** فهي تعيش في **قلق دائم**، من السؤال البديهي: **هل يمكن أن نكون في أمان وسط العرب الذين اغتصبنا أرضهم، ونكلنا بهم وذبحناهم وصادرنا أرضهم المقدسة؟** وكانت الإجابة التي تصلهم من قياداتهم، هي نعم نعيش فنحن الأقوياء المتقدمين المتحصنين في قلعتنا وهذا جدار الفصل العنصري يثبت لكم قلعتكم، ولا عليكم فجيش الدفاع الإسرائيلي (اسم على غير مسمى) فهو **(جيش الهجوم الصهيوني)** قادر على حمايتكم، وما عليكم إلا التحصن بالقلعة كما سماها الملك عبدالله الثاني أبن الحسين.

في عام 2006 تزعزعت فكرة "**القلعة الحصينة**" ولكن تقرير صدر عن لجنة للتحقيق طمأنهم أن هذا كان خطأ لن يتكرر، وبدأوا هذا الهجوم على غزة بتأيد شعبي من سكان القلعة الإسرائيلية غير مسبوق وتسابق السياسيون إليه حتى يفوزوا بالانتخابات، ولكن ماذا حدث في غزة؟ لقد **تصدعت القلعة الواقعية والنفسية**، وأيام وليالي تمر و الصواريخ تطلق ولا يبدو أن هناك نهاية، بل أن الصواريخ أصبحت تطال كل نقطة في إسرائيل، والحسابات في ذهن الإسرائيلي وهو ينظر إلى خريطة (بلاده) أن أي نقطة قد تكون ضمن الصواريخ العربية وليست فقط الغزّية و أن الجيش القوي لا يستطيع النصر على أفراد مسلحين بصواريخ بسيطة ولكن بعزيمة قوية تفوق عزيمة الإسرائيلي الذي يخاف من صوت صفارات الإنذار، وليس غريباً أن تعلن إسرائيل إصابة مئات بالهلع بعد أطلاق صاروخ، نعم يصاب بالهلع وهو يعيش في قلعة من الحماية، لا لأنه غير عن البشر في تحمله، بل لأن **الصافرة والصاروخ تفند صحة الفكرة الصهيونية** وأمن إسرائيل والقلعة التي لا يمكن اختراقها.

بالحسابات النفسية فإن **غزة قد انتصرت إنتصاراً سيغير تاريخ المنطقة، وإسرائيل هزمت شر هزيمة سوف تجعلها تعيد النظر بوجودها،** وإن لم تفعل فالتاريخ يبتلع القلاع المحصنة، وأما النفوس العربية والإسلامية والحرة في العالم فعليها الدعم وأن لا تستاء من استمرار المعارك فكل ساعة وكل يوم فيه شهداء ودمار لأفراد في غزة، ولكن فيه **مسامير تدق في نعش الوجود الصهيوني**، وقلق الوجود الإسرائيلي يتصاعد كل دقيقة ولو أنكم لا تروا دماءاً تسيل منه **فالآلام النفسية** هي الخوف والندم والهلع والمزيد من التقوقع والمزيد من العنف، هذا العنف الذي ينعكس الأن على ارتفاع معدلات الإضطرابات النفسية في مدن إسرائيل الهادئة وارتفاع رغبة الإسرائيليين بالهجرة إلى الخارج أو بالأحرى العودة إلى حيث أتوا.

الميزان النفسي البسيط يميل بسرعة وقوة لغير الكفة الفلسطينية الغزية والعربية والإسلامية.

د. وليـــــد سرحـــــان
الطب النفسي - عمـــــان، الأردن
www.walidsarhan.com
Sarhan34@orange.jo

سيكولوجيـــة القلعـــة

تحصَّن الإسرائيليون في قلعتهم وبنوا جدار الفصل العنصري ، وزرعوا الحواجز واستعملوا كل وسائل الأمن التي وصل إليها التقدم العلمي في العالم ، وتخندقوا في قلعتهم وفي ملاجئهم داخل القلعة وهم خائفون ، وقياداتهم تعدهم وتؤكد لهم أنها قادرة على حمايتهم وأن وجودهم بين دول عربية لا تحبهم غير مهم لأن القوة العسكرية حول هذه القلعة هي المهمة .

ولكن ماذا حدث ؟ قصفت القلعة بالصواريخ من جنوب لبنان ونام سكان القلعة أسابيع في الملاجئ ، ثم بررت إسرائيل هزيمتها مع المقاومة اللبنانية أنها أخطاء عسكرية سوف يتم تلافيها ، وقد أعدت العدة لاستعادة الهيبة والسيطرة للقلعة وسكانها ، وكانت غزة هي المحطة الثانية ، وأيَّد سكان القلعة الإسرائيلية قيادتهم بالتخلص من غزة التي تقلق أمنهم وراحتهم فما كان من القيادة إلا أن شمَّرت عن سواعدها وأقلعت طائراتها وتحركت مدافعها ودباباتها وجنودها المدججين بالسلاح لاقتحام منطقة مدنية محتلة من قبلهم منذ أربعون عاماً ، فيها مليون ونصف من السكان المدنيين المحاصرين الفقراء المتعبين ، ودقت طبول الحرب وصفق سكان القلعة وفرحوا ، ولكن كل دقيقة وكل ساعة مرت منذ بدأ الهجوم بالرغم من القدرة على التدمير والقتل والإرهاب وإصابة الناس بالجروح والاختناق ، إلا أن سكان القلعة في حال أسوأ ، فهم يكرروا السؤال على قيادتهم نحن في القلعة والملاجئ والصواريخ تطاردنا ، فإلى متى ؟ وفي كل تصريح أو مؤتمر صحفي يقول زعماء القلعة المرحلة الثانية والثالثة من الهجوم ما هي إلا أيام ، ولكن لا جدوى الصواريخ مستمرة ، ولا يبدو لها نهاية ولا يبدو أن القلعة هي فعلاً قلعة ، وإنما هي وهم لابد لسكان تلك القلعة أن يكتشفوه ، فلن يكن لهم ما يريدوا من أمن بقوة السلاح ، ولابد أن يحاولوا بغير قوة السلاح قبل أن يفوتهم القطار ويفوتهم قطار السلام أيضاً .

د. وليـــــد سرحـــــان
مستشار الطب النفسي
عمـــــان، الأردن
www.walidsarhan.com
Sarhan34@orange.jo

عيـــد الشجـــرة وغـــزو غـــزة

مر عيد الشجرة هذا العام مختلفاً كل الإختلاف ، فأي شجرة هي التي نحتفل بعيدها ، بالتأكيد كنا وما زلنا وسنبقى نحتفل بشجرة الحياة والأمل .

ولكن بالنسبة لسكان قطاع غزة فالشجرة هي العدوان والجذور هي الإحتلال ، والساق هو المدفع والورق هو الطائرات ، أما الأزهار فهي الدم ، وأما الثمار فهي النصر بإذن الله .

والإحتفال بعيد الشجرة سيؤجل في غزة إلى أن يعود الهدوء لها ، ومع الهدوء لابد من غرس شجرة الحياة وإعادة البناء ، وقد أعجبني السباق نحو استضافة مؤتمر لإعادة إعمار قطاع غزة ، ولكن هل من مؤتمر لإعادة البناء النفسي لأطفال غزة ، هم بلا شك مشاريع أبطال ولكن تعرضهم لكل هذا العنف والحصار والقتل والدمار قد زعزع نفوسهم وحيرهم وجعل الكرة الأرضية بنظرهم مكان غير آمن ، وأشعرهم بالإحباط وحتى فقدان الأمل ، ألن يكون هناك مؤتمر لإعادة إعمار قطاع غزة نفسياً ؟ على الأغلب لن يكون ، ولكني أطالب بهذا المؤتمر ، وأوجه طلبي لكل صناع القرار في أرجاء الأرض وفي العالم العربي وفي أردننا الحبيب ، فكثيراً ما يقوم الأردن بالدور نيابة عن أولئك الذين لا تسعفهم الذاكرة ليتذكروا معاناة الشعب الفلسطيني .

فلنبدأ بالإعداد لمؤتمر إعادة البناء النفسي في عمان بأقرب وقت ممكن

خطـورة الجانـب الإعلامـي وتبعاتـــه

تحية لمجهوداتكم خلال هذه الحرب ويشرفني ان اقدم ورقة عن مسالة الاعلام وهذا الحدث الخطير، استجابة لنداء الدكتور وائل ابو هندي.

تحية طيبة إلى الدكتور المناضل في جبهة الطب النفسي،ونحيي فيك كذلك انتباهك للجانب الإعلامي الذي له خطره وتبعاته في تغطية الحرب على غزة..

بالفعل أستاذ وائل، نتتبع من بيوتنا وسائل الإعلام على اختلافها وتنوعها، من الوطنية والعالمية وشبه المستقلة والتي تتبع للعائلات الحاكمة.. إلا أننا نحس أن منها من انسحب نهائيا من المعركة-معركة الإعلام-؛ المستقلة المحترفة منها يعاب عليها التهويل وادعاء الاحتراف الزائد بعرض مقابلات العدو وتقديم تبريراته أحيانا؛ وأخرى أجنبية لم تكن محايدة بل مخادعة..

وكل ذلك له تبعاته وآثاره على النفسية العربية والأطفال خصوصا.

للتذكير فقط العدو يضع خطة إعلامية لتغطية الحرب يظهر أحيانا أنها منافية لحرية الإعلام والديمقراطية التي يتبجحون بها؛والولايات المتحدة نفسها غداة إحداث 11 شتنبر 2001 اجتمع الرئيس شخصيا بجميع وسائل الإعلام وأطلعهم على الأمر الخطير وواجب وطنيتهم..وقد رأينا ما رأينا كيف تعاملت هذه الوسائل واتحدت في محنتها كما أحيانا في الحرب الظالمة على العراق...

الإعـــــلام المنسحـــــــب

واصلت قنوات المتعة والترفيه عرض برامجها الغنائية الراقصة والترفيهية مستخدمة كعادتها الفتيات المثيرات، وكان من يموت ليس من العرب أو البشر أو هو مجرد زلزال في الصين البعيدة.. **هذا من شانه أن يصيب بالإحباط والانهزامية واللامسئولية...** حتى قنوات الـ" MBC " بكل باقتها دأبت على عرض الأفلام وبرامج الرقص والترفيه وحتى البرامج الأمريكية المنسوخة التي تمجد أحيانا إسرائيل وتصف المقاومة بالإرهاب... بعض الاستثناءات، قناة "SPACETOON" كانت تقدم أغاني ملحمية حول فلسطين من حين لآخر... قناة "**جـــرس**" أحيانا قناة "**شـــام**"... قناة السفر العربية "TRAVELCHANNEL" علقت برامجها على اثر الحرب على غزة... قناة "**فلسطيـــن**" رام الله وان كانت تعرض البث المباشر للعدوان على غزة إلا أن تصريحات المسئولين هناك-المشنعة للمقاومة وحماس - أثناء حرب شرسة عدوانية على إخوانهم في غزة **ابعد ما يكون عن الحكمة والوطنية والإخلاص..**

الإعـــــلام الحـــــــر..

قد يتبادر إلى الذهن "**الجزيرة**" و"**العربية**" بدرجة اقل..لكن هناك ملاحظات نتركها للآخر:

شاهدنا كل الصور: صور ذبح إخواننا مباشرة من الصباح إلى المساء،التظاهرات، تدخلات المقاومة، عرض صور الفيديو للمقاومة،الضيوف المنددون بالوحشية الإسرائيلية..الخ باختصار ظهر الأمر كأن قناتنا هي في الميدان كذلك مائة في المائة..لكن اعتقد أن هناك "**فلاشات**" و"**مصطلحات**" سلبية على المشاهد العربي..

الرغبة في "**الاحترافية**" ذهبت بالقناة إلى عرض العدو المتغطرس على أنظار المشاهدين وهو يتوعد ويبرر وكأنه لم يكفه ما فعل في أهلنا من تقتيل ودمار..الناطقة الرسمية للجيش تتوعد المقاومة،المسئولون الصهاينة يدخلون شاشاتنا متبجحين مبررين يتبرعون من دماء غزة: وهذا في رأيي **خطير جدا على نفسية المشاهد** ويصب في زعزعة ثقته بمبادئه وحقوقه الشرعية..

أمر آخر أرجو أن تدرسه "**شعبة طب نفسي الكوارث**" هو هذا **العرض القاسي للصور وتأثيره على أطفالنا ونفسية المواطن**.. أنا شخصيا لم أحبذ عرض صورة جثة الشهيد سعيد صيام في ثلاجة الأموات.. هل رأينا صور جثث الأعداء وهي مفحمة محروقة، هل رأينا صور جثث أحداث

11 شتنبر..على أي هذا أمر للنظر اعتبارا للرغبة في فضح العدو المجرم..ولكن ما زال بالإمكان الاتصال بالهيئات الإعلامية العربية للتنسيق حول أمر بث الصور...

أخيرا في هذا الجانب لا ننسى التطاحن الإعلامي بين قناتي العائلات الحاكمة في قطر الجزيرة والعربية التابعة للسعودية، كانت معركة أخرى بين جهتين، حتى في القمم حدث هذا التطاحن، الدوحة ومن أيدها ومن غاب عنها كمصر والسعودية وفلسطين رام الله حيث تدخل حتى صائب عريقات وصب جام غضبه على العرب المشاركين وقطر..الخ

إشارة إلى **المصطلحات المستخدمة** فقد سقطت العديد من القنوات في الفخ، هل سمعتم عن "**الدفاع عن النفس**" يتكرر كثيرا، جيش الدفاع الإسرائيلي! تكرار تبريرات العدو في ضرب المدنيين " الرد على نيران أطلقت من المدرسة.." ناهيك عن تقارير المراسلين–جنوب إسرائيل شمال إسرائيل،إسرائيل،داخل إسرائيل–التي تطبعنا معها وان كان البديل موجود طبعا...الرجوع إلى قناة المنار.. **لا يمكن أن ننتصر هكذا أو حتى نصمد..**

"**المنـــــــار**"، كانت **قناة مقاومة بكل المقاييس**، ولا عجب فهي لها تجربة عريقة بالحرب ومع العدو. حتى مع تعدد الآراء المشاركة وعرض أفكار العدو عبر جرائده يبقى الإحساس لديك أنها قناة في الصراع ضد العدو المجرم معطية الانطباع بالثقة والأمل. اعتقد أن القناة تتمتع **باحترافية عالية يجب الاستفادة منها.**

القناة "**الســـــورية**" كانت قناة قومية بامتياز على خط الدفاع الأول، تعكس طبعا رؤية زعيم الدولة.

استحسان كذلك لمواكبة قناة "**بغـــــداد**" العراقية للحرب على غزة.

القنـــــــوات الأجنبيـــــــة:

تهمنا هذه القنوات أملا في إحداث تغيير النظرة لدى الغربيين حول قضية العرب الأولى وفظاعات الجيش الصهيوني.. إلا انه للأسف ما زال يجب علينا عمل الكثير في المجال الإعلامي لمضاهاة عمل اللوبيات الصهيونية التي تنجح رغم جرائمها البشعة في إعطاء التبرير وليجاد الأعذار لدى المشاهد الغربي..

قنوات **BBC - CNN - TV5** كانت مثار اهتمامي ومتابعاتي:

- الأولى **TV5 الفرنسية**، كانت تمر مرور الكرام على مئات الأموات الفلسطينيين وكأنهم مجموعة جراد لقي حتفه،بل ويتصدر الأخبار الرئيسية حادث صقيع يصيب المتشردين أو عطب طائرة في نهر هودسون لم يصب فيه أي احد..أما عن التغطية العابرة فتقدم الحرب على أنها دفاعية لردع ضرب صواريخ حماس..
- الـ **CNN الأمريكية**، وان كان لها نفس الخط، إلا أنني فوجئت بعرض لصور الدمار والجرحى، لا باس مقارنة بالمجهود الإعلامي الذي لا نبذله لعرض وجهة نظرنا..
- الـ **BBC الإنكليزية**، معروف خط تحريرها المفترض حيادي، لكن الضغوط ربما نجحت بعد عرضها منذ سنوات لجرائم صبرا وشاتيلا المُدينة للمجرم شارون، فهي تحتاط وان كانت تعرض وجهات النظر المختلفة حيث أعطت وقتا جيدا لأسامة حمدان الذي أمعن في فضح الكيان الصهيوني وقدم حالة غزة أحسن تقديم.. (للإشارة أسامة حمدان مكسب إعلامي كبير للحركة لقد رأيناه على كل القنوات...)

خلاصـــــــــــة: نرجو من الدكتور وائل أبو هندي العمل على إخراج "**لجنة إعلامية**" تقدم الاستشارة للهيئات الإعلامية العربية ومجالسها قصد **تقنين عرض الصور واستخدام المصطلحات** اعتبارا للتأثير النفسي الطويل المدى على الأطفال والكبار،ومراعاة لمسالة الهزيمة النفسية التي قد تضر بالقضية اشد الضرر.

مصطفى شكيب
كاتب في علم النفس

فريق التدخل السريع فصلت بينه وبين الموت بعض الدقائق

يواصل فريق التدخل السريع التابع لمركز فلسطين لرعاية ضحايا الصدمات النفسية أنشطته الإغاثية والخدماتية والنفسية والصحيّة والترفيهية ، لمساندة ومساعدة ضحايا الحرب على قطاع غزة ، ضمن مشروع التدخل السريع التي ينفذه المركز والممول من مؤسسة العون الإسلامي في بريطانيا .

لمزيد من التفاصيل .. عبر الرابط التالي

http://www.maannews.net/arb/ ViewDetails.aspx?ID=138820

Ahmad Thabet
Palestine - Gaza
ahmad_hossin@hotmail.com

ما يحـدث يتطلـب التحـرك السريـع و المبرمـج

إن ما يحدث يتطلب **التحرك السريع** و **المبرمج**، لمساعدة أهلنا في غزة وسبق أن تراسلنا معكم بشأن استعدادنا للمساهمة في أي عمل يؤكد ما نحن راغبون به في مساعدة أهلنا في الجانب النفسي، ونحن نتابع كل ما ينشر حول هذا الموضوع وإذا كانت هناك عراقيل تمنع تواجدنا بجانب زملائنا بغزة وفلسطين، فإني اثني على اقتراح **د. علاء فرغلى** واجده عمليا جدا بشان تجميع الأدوية وإرسالها

آمل منكم نشر قائمة بأسماء "**الأدوية المطلوبة**" نوعياتها حتى نتمكن من تمريرها إلى الجهات المسؤولة في ليبيا والهلال الأحمر الليبي والجهات القادرة على توفيرها بأسرع وقت وإرسالها إلى أهلنا وزملائنا في غزة الذين هم في أمس الحاجة لها.

كذلك نأمل التواصل مع "**برنامج غزة للصحة النفسية**" و"**الهلال الأحمر الفلسطيني**" و مدى حاجتهم لأطقم بشرية من أطباء وأخصائيين نفسيين حتى تكون مساعدتنا ومساهمتنا مناسبة، كأداء لواجب وليس حملة عابرة لأن الآثار النفسية كما هو معروف تحتاج إلى وقت لتخفيفها وإعداد التوازن للمحتاجين ولكم كل التحية والله الموفق

د. فرج محمد المهدوى
استشارى الطب النفسى
بنغازى - ليبيا
mahdawi44@yahoo.com

إنهـا "مسئوليـة العاملين فى حقل الصحة النفسية جميعا"..

لكم التحية والود النبيل ..

أتابع بإعجاب شديد تغطيتكم النفسية للحرب على غزة... وليس هذا قدر "**المثقف العربي**" فقط ولكنه بالدرجة الأولى "**مسئولية العاملين فى حقل الصحة النفسية جميعا**"..

لقد حضرت "**حرب العبور عام 1972**" عندما كنت مبعوثا في جامعة لندن للتخصص فى الدراسات العليا للطب النفسي ووجدنا صبيحة الحرب أن كل **أساتذتنا فى القسم من اليهود** قد تغيبوا عن المحاضرات، و بعد نهاية الحرب عرفنا أنهم سافروا للمشاركة فى "**الحرب النفسيه فى اسرائيل**" وهم الآن من أعلام الطب النفسى فى العالم...

للأسف كنا نحن مجموعة من الطلاب العرب والمسلمين (من وراء البحار) لم نكن نعلم، ولم يتصل بنا أو يكلفنا أحد أو يطلب منا تقديم خدماتنا فى المجهود الحربي أو حتى إن كانت هناك حركة في هذا الاتجاه حتى داخل دول المواجهة ...

يسعدنى رؤية "**عودة الوعى**" فى منتداكم العامر ولن تكون هذه الحرب الأخيرة..ويخطئ من يعتقد غير ذلك...

والنصر لقوة الحق لا حق القوة

بروفيسور الزين عباس عماره
استاذ الطب النفسي-أبوظبى - الإمارات العربية
zinomara@emirates.net.ae

الجوانب النفسية للعدوان على غزة

يتشرف "**قسم الطب النفسي بكلية الطب جامعة الزقازيق**" بالتعاون مع "**شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث**" باتحاد الأطباء النفسانيين العرب بدعوتكم لندوة وورشة عمل تدريبية حول :

الجوانب النفسية للعدوان على غزة

دار الحكمة شارع القصر العيني بالقاهرة
الأربعاء 2009/1/28
الساعة التاسعة والنصف صباحا

في انتظار مشاركتكم

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
maganin@hotmail.com

إعلام العدوان على الذات

حكي غزة وتكشفنا جميعا في مرايا النار والدمار، يرتفع الشهداء إلى أعلى عليين، وتظهر عوراتنا حين نوضع على المحك فمن يدرك، ومن يتبين، ومن يرصد، ومن يراجع، ومن يتغير؟!!

مذهولين كالبلهاء لا نعرف أن الكلمة سلاح، والصورة لغم، وأن القوة أنواع ودرجات، وأن القتال في الميدان يدعمه ويكمله بل يستفزه ويحفزه كلام وإعلام وصور ودعم أهلي وأكاديمي ومؤسساتي ظاهر وخفي!!

الفاهمون يندرجون في هذه الساحات جميعا لأنها ساحات جهاد وقتال من كلمة لكلمة، ومن صورة لصورة، ومن بيت لبيت، ومن مؤسسة لمؤسسة، ومن دماغ لدماغ!!

والبلهاء ينظرون إليك كالمغشي عليه من الموت أو العجز، ويذرفون دموع الكمد والحسرة، ويتساءلون: يعني نعمل إيه؟!!

ربنا على الظالم، حسبنا الله ونعم الوكيل!!!

العدو غاشم وفاجر وباطل وغثاء بلا مستقبل إلا في ظل بلاهتنا وجهلنا بالمعارك، وانتظار البعض لفتح باب الجهاد، حجج البليد، خائر القوي، سقيم الوجدان، معلول الفؤاد!!!

والفاجر يعتدي ويكذب... يكذب... يكذب حتى يصدقه الناس، ونحن نلوم الغربيين لأنهم واقعون تحت تأثير إعلام العدو الفاجر في كذبه الفادح والمستمر، فماذا عنا نحن؟!!

أمامي أمثلة لتوضيح ما أرصد وأقصد:.....

... للمزيد
www.maganin.com/news/articlesview.asp?key=1972

د.أحمد عبدالله
مدرس الطب النفسي - كلية الطب - جامعة الزقازيق - مصر
postacairo@gmail.com - www.askdrahmed.com

نحن ضحايا: الإعلام التعبوي، والعنف المزاح

المشهد الغزاوي شديد الثراء، وغزة كاشفة فاضحة لأشياء كثيرة متوارية تظهر تحت القصف والتعرية التي تبدو فيها نواحي القصور في الأداء الرسمي والشعبي العربي!!

الناس تبدو ضائعة مطحونة بين إعلام ديماجوجي ضد المقاومة يكيل الشتائم، ويفجر في خصومته مع "حماس" ليتحول إلى مضخات عفن وهراء وكليشيهات لفظية مملة، وتعبيرات ساقطة ومبتذلة، ومن الجهة الأخرى يبدو الإعلام المناصر للمقاومة ديماجوجيا بطريقته الخاصة، ففي حين يقصفنا الإعلام المناهض بأفكار مسمومة، ومعلومات كاذبة ملغومة، وردح يقترب من لغة الشراديح (جمع شردوحة)، أو الشراشيح (جمع شرشوحة)، فإن الإعلام الموالي يقصفنا بالصور، والصراخ من عينة: وينكم يا عرب!!!

وتحريك المشاعر بدلا من إكساب المهارات لنضال واسع طويل..

صور القتلى والدمار، ومشاهد الصراخ والدماء والدموع، واستعراض تضاريس وتفاصيل وتلافيف ودقائق ومهازل العجز الرسمي العربي هي المواد التي يعرضها هذا الإعلام طيلة اليوم والليلة!!!

والمواطن مضغوط يلهث ويئن بين الإعلام الديماجوجي المناهض للمقاومة، والإعلام الديماجوجي المناصر للمقاومة!!...

... للمزيد
http://www.maganin.com/news/articlesview.asp?key=1976

د.أحمد عبدالله
مدرس الطب النفسي
كلية الطب - جامعة الزقازيق - مصر
postacairo@gmail.com
www.askdrahmed.com

تدريب أخصائيات لاكتشاف الحالات المصدومة

اهيب بكم وبحملتكم لنصرة اهلنا فى غزة، نحيطكم علما اننا بصدد تدريب 60 اخصائية فى 3 مجموعات من الاخصائيات النفسيات اللواتى بدورهن يستهدفن نساء وفتيات مراهقات عايشين احداث الحرب فى غزة ويكمن دورهن فى التفريغ النفسي والعلاج واكتشاف الحالات المصدومة وبدء التدخل معهم

أدعوا كل من لدية القدرة على **تقديم اى مساعدة لى فى التدريب** المساهمة بذلك عبر الايميل من خلال تزويدى بالاقتراحات لتنفيذ التدريب – او ارسال مواد مطبوعة لتوزيعها على الاخصائيات النفسيات او تقديم اى اقتراح علما مدة التدريب 5 ساعات فقط خلال نهاية الاسبوع القادم ومن ثم يبدا عمل الاخصائيات فى المدارس والبيوت والمؤسسات الاهلية

وفقكم الله وسدد خطكم

ابتسام الزريعي
غـــــزة ، فلسطيـــــن
inana_tamoz@yahoo.com

تنسيـــــق عربـــــي و دولـــــي

التنسيق جار و الإتصالات مستمرة على " الستـــــــوى العربـــــــــي" بين اتحاد الأطباء النفسانيين العرب و برنامج غزة للصحة النفسية لإرسال أول مجموعة من الأطباء و أخصائيي الصحة النفسية لتقديم كامل الرعاية الطبنفسية إلي أهلنا غزة ضحايا الإعتداء الإسرائيلي الظالم.

مع تحياتي

أ.د. أحمـــــد عكاشـــــــة

أيضا التنسيق جار و الإتصالات مستمرة على "المستـــــــوى الدولـــــي" بين اتحاد الأطباء النفسانيين العرب و الهيئات الصحية العالمية و الطبنفسية الدولية لتقديم كامل الدعم لمنكوبي مجرمي الحرب الإسرائيلية في غزة.

مرفق لكم الموقف الإيجابي بين "**اتحاد الأطباء النفسانيين العرب**" و بين "**منظمة الصحة العالمية**" و "**الجمعية العالمية للطب النفسي**"

مع تحياتـــــــــي

أ.د. أحمـــــد عكاشـــــــة

أصبـــح الآن الذهـاب إلى غـزة ممكـــن...

بعد إعلان وقف أطلاق النار **أصبح الآن الذهاب إلى غزة ممكن...**

نأمل من الزملاء الراغبين الالتحاق بغزة و تقديم للرعاية النفسية الصحية لمتضرري الاعتداء الإسرائيلي، تحديد الفترة التي تناسبهم حسب لمجموعات المحددة لشهر فبراير....

تم لحد الآن تحديد أربع مجموعات حسب المواعيد التالية:

المجموعـــة الأولى: التوجه الى غزة يوم الاحد 1 شباط / فبراير

المجموعـــةالثانية: التوجه الى غزة يوم الاحد 8 شباط / فبراير

المجموعة الثالثة: التوجه الى غزة يوم الاحد 15 شباط / فبراير

المجموعة الرابعة: التوجه الى غزة يوم الاحد 22 شباط / فبراير

أذكر المشاركين إرسال صورة جواز السفر (نسخة الكترونية)، على الوافدون من خارج مصر الانتباه إلى ضرورة الحصول على تصريح سفارة الدولة التابع لها داخل مصر لاستكمال الأوراق المطلوبة للذهاب إلى غزة....

برجاء سرعة الرد والإفادة.

أ.د. وائـــل أبو هنـــــدي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
Dr. Wa-il AbouHendy
maganin@hotmail.com - www.MaGaNiN.CoM

مدينـــــة طبيـــة شاملـــــة

مستشفى ميداني أردني على (تل الهوى)

المستشفى العسكري الميداني الأردني (غزة/1)، الذي أمر به جلالة الملك عبدالله الثاني، الى "تل الهوي" في قطاع غزة، ليكون أول مستشفى عربي يحط في القطاع.

وتنفيذا للتوجيهات الملكية السامية، تم تجهيز المستشفى بأطقم طبية متكاملة ومتنوعة ومن ذوي الخبرة الواسعة، معززة بالأجهزة الحديثة" مشيرا الى www.jrms.gov.jo أن المستشفى يعد مدينة طبية شاملة، تحاكي ما هو موجود في مدينة الحسين الطبية، وبين مدير المستشفى العميد الطبيب زهران بدير أن المستشفى يشمل على غرفتي عمليات قادرة على إجراء عمليات كبرى وصغرى في مختلف التخصصات بمعدل (25) عملية يوميا، لافتا الى أن هنالك إمكانية لزيادة عدد الغرف لتصبح ثلاث غرف عمليات، وأوضح أن المستشفى لا تقتصر خدماته على معالجة المصابين والجرحى، إنما تشمل الخدمات الطبية التي سيقدمها المستشفيات في جميع المجالات، بما في ذلك معالجة من يعانون من الأمراض، لافتا الى أن عدد الاختصاصات الطبية (17) اختصاصا. تشمل الاختصاصات الطبية: جراحة الدماغ والأعصاب وجراحة القلب والأوعية الدموية والجراحة العامة وجراحة العظام وجراحة المسالك البولية وجراحة التجميل وجراحة الأطفال وجراحة الوجه والفكين وجراحة العيون والطوارىء والأنف والإذن والحنجرة والأطفال والأشعة التشخيصية والنسائية والتوليد، والأمراض النفسية.

العقيد الطبيب محمد الدباس
رئيس إختصاص الامراض النفسية
الخدمات الطبية الملكية
رئيس جمعية اطباء الامراض النفسية الاردنية
drmdabbas@hotmail.com

جهوزيـــة أربعـــة مجموعـــات مـــن أ. إ. ن. ع

تحية طيبة ،،،،

ستبدأ المجموعة الأولى من إتحاد الأطباء النفسيين العرب بالاتفاق مع إتحاد الأطباء العرب للذهاب إلى غزة **يوم أول فبراير 2009** و قد تم تنظيم الرحلات بإذن الله و **المجموعة الأولى** تتكون من:

د. وائل أبو هندي أستاذ الطب النفسي جامعة الزقازيق

د. السيد صالح – أستاد م الطب النفسى – طب المنصورة

د. أحمد محمد عبد الله مدرس الطب النفسي بجامعة الزقازيق

د. داليا عزت مؤمن أستاذ مساعد علم النفس بآداب عين شمس.

أ. نانسي نبيل محمد أحمد أخصائي اجتماعي لها خبرة في المجال

إن **المجموعة الثانية** تتكون من :

د. محمد المهدي رئيس قسم الطب النفسي جامعة الأزهر فرع دمياط

د. علي إسماعيل عبد الرحمن مدرس الطب النفسي بجامعة الأزهر فرع القاهرة

د. محمود الوصيفي مدرس مساعد الطب النفسي جامعة المنصورة

أ. إيناس نبيل مشعل أخصائي نفسي لها خبرة في المجال

أ. أميرة بدران اخصائي نفسي لها خبرة في المجال

وسيكون الذهاب للمجموعات كالتالي:

المجموعـــة الأولى: التوجه الى غزة يوم الاحد 1 شباط / فبراير

المجموعـــةالثانية: التوجه الى غزة يوم الاحد 8 شباط / فبراير

المجموعة الثالثة: التوجه الى غزة يوم الاحد 15 شباط / فبراير

المجموعة الرابعة: التوجه الى غزة يوم الاحد 22 شباط / فبراير

وكل المجموعات لهم خبرة فى المعاملة فى حالات الكوارث النفسية.

وقد وصلني أيضا من برنامج غزة للصحة النفسية ما يفيد أن عمل المجموعة سيكون كالآتي:

- **School visits**: 15 school visits per week.
- **Kindergarten visits: 15 KG visits per week.**
- **Home visits 125 home visits per week**
- **Hospital visits as needed**
- **Capacity building Holding training courses in (Crisis intervention, war aftermath, group catharsis, family therapy, group counseling)**
- **Clinical Supervision for 50 volunteers and 20 GCMHP's professionals**

مع تحياتـــــــــــــــــــــــي

أ.د. احمد عكاشه
رئيس إتحاد الأطباء النفسيين العرب

نشـــرة تثقيفيـــة لمـــن شهـــد الحـــرب

الأحبـــــــاء الكـــــــــرام

نرفق لكم نشرة تثقيفية نفسية تم إعدادها لكل من شهد الحرب سواء شهودا مباشر أو غير مباشر، لتسليط الضوء على الآثار النفسية لشهود الحرب ونقاط رئيسية حول كيفية التعامل معها

النشرة الأخرى موجهة خصيصاً للأطفال

أرجو لكم الاستفادة والنفع

د. ملهم زهير الحراكي - سوريا
اختصاصي في الطب النفسي
والعلاج النفسي للأطفال والمراهقين
drheraki@hotmail.com

اضطـــراب الكـــرب البعـــدي للصدمـــة

تحية تقدير إلى الدكتور الجليل جمال التركي، هنيئا لكم/لنا هذا المجهود الوحدوي على " شبكة العلوم النفسية لعربية" الذي يعطي ثماره . . .

ها هم الإخوان من كل بقاع الأمة يتراسلون ويتدارسون ويتعاونون في أحوال الأمة . انطلاقا من العامل النفسي ولأجل استرداد الكرامة الإنسانية.

أود إخباركم بعملنا العلمي تجاه أهل غزة،وذلك بعد نداء **السيدة مديرة مركز الشرق للصحة النفسية بغزة الأستاذة ابتسام الزريعي** من تقديم اقتراحات ومواد مرجعية في مجال الدعم النفسي، ولقد وفقنا الله تعالى لإرسال إليها بعضا منها،تقبلته بكل سرور وامتنان شاكرة لنا جميعا وفيما يلي أقدم رفقته المواد المرسلة للإفادة:

ملفان بـــ: مستندات " Word" عن **اضطراب الكرب البعدي للصدمة - المراجع**

ملفان بـــ: مستندات " PowerPoint" عن **ما هو اضطراب الكرب البعدي للصدمة والتدخلات العلاجية السلوكية المعرفية**

أ. مصطفـــــــى شكيـــــــب
كاتب في علم النفس - المغرب
chaqib@yahoo.fr

تقنيـــة التدريـــب علـــى العـــلاج النفســـي

أرجو التوجيه إلى الزملاء ممن يملك تقنية التدريب على العلاج النفسي بـــ " EMDR " كتقنية علاجية لأعراض " PTSD " :

http://video.google.com/videoplay?docid=4969243119809188520

لإدخالها كوسيلة علاجية لأهلنا الواقعين في ظلال الصدمات

وشكرا

د. ملهم زهير الحراكي
اختصاصي في الطب النفسي
والعلاج النفسي للأطفال والمراهقين
Website: www.LaHam-home.com
drheraki@hotmail.com

دور"النخبـــــــة" بيـــن الصحـــة والغفـــوة.

ما كنت أظن ان هذه "**الصحـــــــــوة**" كانت وميض نار تحت هشيم الهزيمه التى كنا نعيشها كأمه وهى من نسج أوهامنا.

رب ضارة نافعة، فقد أيقظت فينا **غفـــــوة ضميـــــر** ذهب فى إجازة رسميه وصودر دون وعى..

وعاد الغائب فى صفحات هذا "**المنتـــــــــدى**"، وهذا شرف كبير لا املك الا ان أحييك/أحييكم عليه، وأهنئه به كل مفكر ومثقف وخاصة العاملين فى حقل الصحة النفسية حول دور"**النخبـــــــة**" بين الصحوة والغفوة.

وكلمة الحكيم من الحكمة..**(ومن أوتى الحكمة فقد أوتى خيرا كثيرا)** صدق الله العظيم

أخـــــوكم
بروفيسور الزين عباس عماره
استاذ الطب النفسي
أبوظبي - الإمارات العربية
zinomara@emirates.net.ae
www.dralzainomara.com

الانتصـــار علـــى ثقافـــة الهزيمـــة

يسعدنى ان تتواصل المسيرة حتى تتحقق اهداف الانتصار على ثقافة الهزيمة التى داهمت النخبه بين الغفوة و الصحوة.. وحتى لا ندخل فى دوامة الغيبوبة بعد عودة الوعى ويقظة الضمير العالمى..

ورب ضارة نافعة

أخـــــوكم
بروفيسور الزين عباس عماره
استاذ الطب النفسي
أبوظبي - الإمارات العربية
zinomara@emirates.net.ae
www.dralzainomara.com

كثيـر مـن العشوائيـة و عـدم الانتظـام

بعد تقرير **أ.د. وائل أبو هندى**، أفيدكم علما بأن الموقف فى غزة بالنسبة للطب النفسي و الصحة النفسية بعد الزيارة الأخيرة يشير إلى **كثير من العشوائية و عدم الانتظام**، يوجد الكثير من الجمعيات الأهلية من كل بلاد العالم و يقال إن عدد هؤلاء الذي دخلوا غزة للمساعدة عامة و الصحفيين إلخ،،، لا يقل عن 1000، و كذلك يوجد حوالي **18 طبيبا نفسيا فى غزة**، ولا يعمل منهم فى مستشفى الصحة النفسية إلا ثلاث و يتكون المستشفى من 40 سرير (20 للإناث و 20 للذكور) و الباقي يتباطئون و يبدو لأسباب سياسة. و يوجد الكثير من الأخصائيين النفسيين و لكن لا يوجد تنظيم للقيام بمهامهم، و قد بدأ **اليونيسف** في محاولة لتنظيم الخدمات الطبية بين وزارة الصحة في غزة مع الجمعيات الأهلية، حيث أن الوضع الحالي بين وزارة الصحة فى التعاون مع عشرات من الجمعيات الأهلية التي تعمل في حقل الصحة النفسية كذلك مع برنامج غزة للصحة النفسية غير مرضيا كى يستطيع المرضى الحصول على الخدمات الصحية المناسبة.

وأنني فخور بان **إتحاد الأطباء العرب النفسيين** بمساعدة إتحاد الأطباء العرب الذي وفر آليات السفر و الإقامة، و الطعام كانوا أول من وصلوا إلى غزة للمساعدة. و سيتجه "**الفريق الثاني**" إلى غزة **يوم الاثنين الموافق 2009/2/9** و المكون من

- **أ.د. محمد المهدى** رئيس قسم الطب النفسى جامعة الأزهر
- **د. اشرف حسين شعراوى** أخصائى الطب النفسى بالمنصورة
- **د. محمود الوصيفى** مدرس مساعد طب المنصورة
- **الأستاذة إيناس نبيل مشعل** إخصائية نفسية
- **الأستاذة اميرة بدران** إخصائية نفسية

و كل المجموعة مدربة على الطوارئ و الكوارث النفسية

و نتمنى أن تسمح السلطات المصرية بفتح معبر رفح للمرور إلى غزة بإذن الله. كما نتمنى لهم العودة بالسلامة إن شاء الله.

يجرى حاليا تجهيز "**الفريق الثالث**" و الرابع من أطباء إتحاد الأطباء النفسيين العرب.

مع تحياتي و شكرى و تقديرى على دعمكم و تعاونكم

أ.د. أحمـــــد عكاشـــــه
رئيس إتحاد الطباء النفسيين العرب
aokasha@internetegypt.com
http://www.arabpsynet.com/mailinglist/ConsMailingList.asp
القاهرة في: 2009/02/07

ملاحظـــــــة :
للإطلاع على التقرير:
http://www.arabpsynet.com/Associations/1FirstPsyReportGazaStripAr.pdf

أعدكـم بالعـودة إلى غـزة فـور فتـح معبـر رفـح

أعدكم بالعودة إلى غزة فور فتح معبر رفح، حيث أن الوفود المكونة من **الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والمدربين لمواجهة الكوارث النفسية** على أتم استعداد ليكونوا مع إخوانهم وزملائهم في غزة فى اقرب فرصة بإذن الله.

أ.د. أحمـــــد عكاشـــــه
رئيس إتحاد الطباء النفسيين العرب
aokasha@internetegypt.com
القاهرة في: 20/02/12

الاحتياج النفسى لأهالى القطاع سيظل باقيا لسنوات طوي

مر على عودتى الى مصر من القطاع يومان ، و لكن فكرى و قلبى مازال مليئا بالقطاع و احداثه و اهله و المآسى التى يفيض به.

و مع مرور اليوم الاول هناك فى القطاع لاحظت الفرق الكبير بين تجربة و ظروف تقديم الدعم النفسى فى فلسطين و بين تقديمها مع اخواننا العابرين الى الحدود المصرية فى رفح و العريش

الصورة التى كنا نراها فى الاعلام ، اقل بكثير من واقع الدمار المعاش ، و الخسائر الحقيقة بداخل النفوس و فى الأجساد و المبانى و المقتنيات

انى ادين بكل العرفان و التقدير لكافة الجهات التى ساهمت فى تسهيل الاجرائات المطلوبة للسفر للقطاع

و من واقع ما رأيت ازدادت قناعتى بأن الاحتياج النفسى لأهالى القطاع سيظل باقيا لسنوات طويله حتى فيمن لم تصب اجسادهم بأى آذى

تحية من القلب لكل من ساهم و يساهم حاليا من كافة الجهات و الهيئات المشاركة فى تقديم الدعم النفسى لأهالى غزة فى محنتهم، جهودكم فى تأدية الواجب لتضميد الجراح النفسية بعد الحرب هى شرف و التزام و واجب على كافة العاملين فى مجال الصحة النفسية فى الكوارث و الازمات.

شكر خاص لزملائى من اعضاء فريق الصحة النفسية فى الكوارث بوزارة الصحة و السكان- المصرية ،من اطباء نفسيين و تمريض و اخصائيين اجتماعيين، و الذين استمروا خلال فترة وجودى بفلسطين فى اداء واجبهم بمستشفى العريش العام و بمدينة رفح ، و كذلك فى زياراتهم و جلسات الدعم بمستشفيات القاهرة العامة المختلفه ، و كذلك العاملين بالخط الساخن لتقديم الدعم للجرحى و اسرهم ،لكم كل التحية و التقدير .

سيظل الدعم النفسى لأخواننا من اهالى القطاع ، مادامت لدينا القدرة على تقديم هذا العون باذن الله

د. فهمى بهجت يوسف حنا - مصر
fahmybahgat@yahoo.com
http://www.arabpsynet.com/mailinglist/ConsMailingList.asp

لم يتم السماح لـ" الوفـــد الثانـــي" بالدخول إلى غزة

يؤسفني إبلاغكم أنه حتى الآن، لم يتم السماح لـ" **الوفـــد الثانـــي**" من ممثلي "**شعبة طب نفسي الطوارئ والكوارث**" باتحاد الأطباء النفسانيين العرب بالدخول إلى غزة.

حاول أعضاء الوفد (أ.د محمد المهدي، د. أشرف حسين شعراوي، د. محمود الوصيفي، أ. إيناس مشعل و أ.أميرة بدران)يوم الاثنين والثلاثاء 9 و10 فبراير شباط وسيعاودون المحاولة غدا الأربعاء 11 فبراير ...

نسأل الله أن ييسر مهمتهم ...

أ.د. وائل أبو هندي
رئيس شعبة طب نفسي الطوارئ و الكوارث
باتحاد الأطباء النفسانيين العرب
Dr. Wa-il AbouHendy
maganin@hotmail.com
www.MaGaNiN.CoM
http://www.arabpsynet.com/mailinglist/ConsMailingList.asp

ملاحظـــــة:

ننبه الزملاء أعضاء الوفود القادمة، أن تغييرا سيحدث نتيجة التأخر الحاصل في موعد سفر الوفد الثاني.

THE FIRST REPORT OF OF AFP

Dear colleagues:
I would like to share with you the first report of the Arab Federation of Psychiatrists team after returning from Gaza.

www.arabpsynet.com/Associations/1FirstPsyReportGazaStripEng.pdf

We are in the process of sending the second team tomorrow.

Prof. Ahmed Okasha
E-mail: aokasha@internetegypt.com
Website : www.okashahospital.com

WILL STAND UP IN THE FACE OF THE ISRAELIS AGGRESSION

Dear Brothers
We thanks you all, We are doing fine in Gaza and will stand up in the face of the Israelis aggression

Pr. Abdelaziz THABET
Associate Professor of Psychiatry
Gaza - PALESTINE
abdelazizt@hotmail.com

OUR BEST BET WILL BE TO HAVE LIQUID MONEY DONATIONS

Dear All,
It is a good intention to collect and send the psychotropic medication. But from our experience in Iraq and the Crule embargo is that you get mere problems than solutions in such proceedure. You will end up having hundreds of items in small amounts which need a lot of efforts to ckassify them (according to brands and specially it will be donated in brands with different languages.
Our best bet will be to have liquid money donations and centrally plan and buy from the market please. This has worked out more cost effective and more ethical and controled.

Best regards

Dr. Tarik Al-Kubaisy,
Lincolnshire, DN21 5UD
Email: tarikalkubaisy@yahoo.co.uk

HIGHLY APPRECIATE YOUR SOLIDARITY

Dear Professor Ahmad Okasha,

Greetings...

We would like to thank you for your call with Dr. Eyad El Sarraj and would highly appreciate your solidarity with your family in Gaza and your willingness to help…

We would also **welcome you and other Arab and Egyptian scholars and professionals** who are willing to come to Gaza to support and assist in providing psychiatric and mental health services for the victims of war in Gaza especially there is urgent need for such services in these critical moments.

Kindly, if you need personal invitations, please send us a list of names and passport numbers of the people who would

غـــزة أكبـــر مســـرح واقعـــي لعـــرض مآســـي الظـــلم

هنـــــا غـــــــــزة
إذن .. هـــذه هـــي غـــــــزة ..
هذه هي شوارعها .. وحاراتها.. وأحياؤها .. ومبانيها ..
هذه هي سماؤها ..
هذا هو شجرها .. وحجرها .. وترابها ..
شبابها .. وشيوخها .. وأطفالها .. ونساؤها ..
هـــذه هـــــي غـــــــزة ..
صداع الصهاينة .. واختلاف الحكام .. وعجز الشعوب ..
هـــذه هـــــي غـــــــزة ..
التي استعصت على التدجين ..
منذ أن حلّم (رابين) بإغراقها في البحر ذات كآبة ..
إلى أن خرج (شارون) منها مهزوماً ذات انكسار ..
لم يتغير شيئ ..

ما زالت غزة **أكبر مسرح واقعي** لعرض مآسي المظلومين والبؤساء والراقدين تحت التراب ... والصامدين أيضاً .. لأكثر من ملياري إنسان من سكان المعمورة الذين لا يملك أكثرهم غير الشجب والإدانة والمظاهرات .. بينما دماء أبطال المسرحية تسيل من خشبة المسرح صباح مساء لتصل إلى أقدام المتفرجين الذين يمسك بعضهم (المناديل) لمسح **دموع العجز والذل** .. بينما البعض الآخر يمسك (المناديل) أيضاً لإخفاء **نظرات الشماتة والبهجة والفرح** حتى لا يراها أصحاب الدموع العاجزة الذليلة ..
وكأنهم في مسرح روماني قديم أطلق فيه امبراطور الديمقراطية وحوشاً كاسرة لتمزق أجساد أسرى حرب بائسين لا يملكون في أيديهم غير حجر سرعان ما يتفتت بين أنياب الوحوش ..

للإطلاع على كامل التقرير...
www.arabpsynet.com/Archives/OP/OPj21Elreefy110209.pdf

عبد الرحيم الريفي
أخصائي نفسي – مصر
elreefy@gmail.com

ونأمـل ان نراكـم عن قريـب في غـزة

من أرض غزة نحييكم، ونأمل ان نراكم عن قريب في غزة رغم ان الحظ والوقت لم يسعفاني للجلوس إليكم حينما اتى لنا " **الوفد الأول** **لاتحاد الأطباء النفسانيين العرب** من مصر، بسبب كثرة انشغالي مع الحالات التي نتجت عن الحرب ولوجود برنامج عمل مع الأهالي الذين اتخذوا من مدارس الوكالة كملجأ لهم وكذلك الناس الذين هربوا للمستشفيات والمصابين والذين فقدوا احد أفراد أسرهم وذوي البيوت التي هدمت.

أرجوا ان تتاح لنا فرصة في استضافتكم عندنا في "**مركز التدريب المجتمعي وإدارة الأزمات** " ليتدرب الطاقم على يديكم، و نناقش سويا بعض الحالات التي ترد لنا، مع محاولتنا جميعا وضع بعض التصورات للكتاب الذي يعده مركز التدريب حول " قصص الناجين من الحرب"
مع بالغ حبي وتقديري لكم.

د. فضـــل أبو هيـــــــن
مدير مركز التدريب المجتمعي وإدارة الازمات
غـزة ، فلسطيـن
ctccm@yahoo.com

INVOLVE THE MENTAL HEALTH PROFESSIONALS OF THE WEST BANK

Dear Prof. M.Maj

Thank you very much for your interest for what happening in Gaza.

I would like to suggest that you should make use and involve the mental health professionals of the West Bank in all activities concerning Gaza. Many of the mental health workers are eager to serve the population of Gaza. The WHO in Jerusalem and the MOH in Ramallah are in a good position to organise such activities.

This is important because :

1- The West Bank and Gaza are the same people. Actually Gaza are only one and half an hour driving distance from the south of the West Bank. And I assume the Palestinian Population of the West Bank are in no need to obtain a visa to enter Gaza . It seems to me that with the help and some pressure from the international organizations the Israelis will permit their entrance of those professionals to Gaza.

2- It is highly expected by so many observers (hopefully not) that what's happened in Gaza will be repeated n the West Bank in the near future .

On other note many of the mental health professionals in the Arab World have applied to the **emergency and disaster section of the Pan Arab Psychiatric Association** to help them to volunteer to serve in Gaza and you can make use of those professionals.

Thank you again and please let me know if I can be of any help in this project.

Best wishes

Dr.Bassam Al-Ashhab
bassam_ashhab@yahoo.com
The President of the Palestinian Psychiatric Association

---

like to come to make the official invitations for each of them.

With Respect and Gratitude

Dr. Ahmad Abu tawahina,
Director General
Mahmoud Abu Aisha
Gaza Community Mental Health Programme
www.gcmhp.net
E-mail: mahmoud@gcmhp.net

AFP & AMU ARE PREPARING A TEAM TO GO TO GAZA

Dear Ahmed,

The Arab federation of psychiatrists (AFP) through the **Arab medical Union** are preparing a team to go to Gaza once we clear the security permit to go through Rafah. The chairperson of the AFP committee of Disaster and emergency psychiatry is Prof. Waal Abou Hindy who will lead the first group , once we finalize the necessary arrangements I shall send you names and dates, As you are aware any body from the Arab world should go through Rafah and its requires some procedures.

Be sure that all psychiatrists and mental health professionals are backing the heroic standing of our fellows and citizens living in Gaza.

Cordial regards,

Prof. Ahmed Okasha
M.D., PhD, F.R.C.P., F.R.C., Psych.,
F.A.C.P (Hon,(.
E-mail: aokasha@internetegypt.com
Website :www.okashahospital.com

أيهـــا المـــارون بيـــن الكلمـــات العابـــره

منكم السيف ــ ومنا دمنا
منكم الفولاذ والنار ــ ومنا لحمنا
منكم دبابة اخرى ــ ومنا حجر
منكم قنبلة الغاز ــ ومنا المطر
وعلينا ما عليكم من سماء وهواء
فخذوا حصتكم من دمنا وانصرفوا
وادخلوا حفل عشاء راقص..وانصرفوا
علينا ، نحن ، ان نحرس ورد الشهداء
وعلينا ، نحن ، ان نحيا كما نحن نشاء

محمود درويش

مركز مطمئنة الرياض للطب النفسي

www.prof-alhabeeb.com

Edited by CISEN COMPUTER Company (All rights reserved) - Copyright (c) 2009- Email : APNjournal@arabpsynet.com