

جنبه های روانی جنگ در کودکان

*سیمین تاج شریفی فرا^۱

خلاصه:

سابقه و هدف: هر سال میلیونها کودک در معرض حوادث تروماتیک قرار می گیرند. حوادثی مانند جنگ ها و بلا یای طبیعی، اقدامات طبی دردناک، قطع عضو، سوختگیهای شدید، سوء استفاده فیزیکی و جنسی، ناظر صحنه های دلخراش بودن، مرگ ناگهانی والدین، دوری از خانه و والدین، ازدست دادن اشیاء مورد علاقه و حتی شنیدن اخباری در مورد تهدید زندگی کودک و اعضاء خانواده، کودکان را در معرض ابتلا به سندرم ترومای روانی پس از حادثه قرار میدهد. هر سال سه میلیون کودک با علائم اختلال استرس پس از ضربه تشخیص داده می شوند. افزایش روز افزون جنگ هادر سراسر جهان، حادثه ۱۱ سپتامبر سال ۲۰۰۱ و ادامه یافتن عملیات انتحاری در سراسر جهان خصوصاً در خاور میانه اهمیت فهم چگونگی واکنش کودکان به جنگ و تروریسم را تایید می کند.

مواد و روشها: مطالعه فوق از نوع مروری میباشد که در تنظیم آن از کتب و مقالات معتبر منتشر شده در سالهای ۲۰۰۴-۲۰۰۰ استفاده شده است با استفاده از کلمات کلیدی PTSD children و psychologic trauma، war child، landmines injuries و در اینترنت و در جستجوگرهای google، pubmed، Medline، yahoo و جستجوی مقالات انجام شد و با دستیابی به full text، مقاله فوق تحریر گردید. تعداد منابع مورد استفاده ۳۳ عدد میباشد. **نتیجه گیری و توصیه ها:** ترس شدید، کابوس های شبانه، یادآوری مکرر حادثه به صورت خواب دیدن های تکراری، بازیهای تکراری، بازسازی صحنه حادثه در ذهن، ازهم گسیختگی رفتار، بروز رفتارهای هیجانی، تحریک پذیری، بروز رفتار عصبی در واکنش به افراد و اشیاء اطراف کودک، اجتناب از فکر، احساس یا حضور در مکانهایی که یادآور حادثه اند و کمرختی روانی از علائم کودک مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه خواهد بود. مداخله زودرس و حمایت خانوادگی، اجتماعی مناسب به انطباق کودک با فاجعه کمک می کند. کودکان یکی از گروههای تحت تاثیر جنگ ها می باشند که معمولاً این تاثیرات به گونه ای منفی بر رشد روانی آنان موثر است. با شناخت علائم و مداخله زود هنگام می توان مدت و شدت عوارض را کاهش داد.

کلمات کلیدی: جنگ، کودکان، ترومای روانی، اختلال استرس پس از حادثه، انفجار مین

مقدمه:

پس از پایان جنگهای جهانی تصور می شد کودکان بخصوص اگر در کنار پدر و مادر خود بسر ببرند، تاثیر ناچیزی از جنگ می پذیرند، این فرضیه تا اواسط دهه ۱۹۷۰ نیز مطرح بود. ولی پژوهشهای بعدی ثابت کردند کودکان حتی دقیق تر و روشن تر از والدین و بزرگسالان خطر را درک می کنند و به آن واکنش نشان می دهند (۱). تاثیر کودک از فجایع با توجه به سن و سطح رشدی او متفاوت است. واکنشهای رفتاری و ضربه ای و اختلالاتی نظیر post traumatic stress disorder (PTSD) ترسهای ویژه فاجعه که معمولاً در برخورد با عوامل مشابه تنش زا بروز می کنند و نیز پر خاشگیری و رفتارهای مخرب اجتماعی از عمده ترین علائم در کودکان است.

هر سال میلیونها کودک در معرض حوادث تروماتیک قرار می گیرند. جنگها، بلا یای طبیعی، فرایند های طبی دردناک، قطع عضو، سوختگی شدید، سوء استفاده فیزیکی و جنسی، ناظر صحنه های دلخراش بودن، مرگ ناگهانی والدین و بستگان، دوری از خانه و والدین، از دست دادن اشیاء مورد علاقه و حتی شنیدن اخباری در مورد تهدید زندگی کودک و اعضاء خانواده، کودک را در معرض ابتلا به سندرم ترومای روانی پس از حادثه قرار می دهد. (۲، ۳) بخش عمده ای از حوادث بحران زاء، توسط انسان ایجاد می شود. و از این میان جنگهای بشر بیشترین تاثیر را بر کودکان دارد. (۴)

۱- مربی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی، ارتش جمهوری اسلامی ایران، دانشکده پرستاری گروه بهداشت مادر و کودک

(نویسنده مسئول)

۱۰۰۰۰۰ به ۲۹۴ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ مورد رسیده است. میزان وزن کم هنگام تولد از ۴/۵ درصد تولد به ۲۴/۷ درصد رسیده است. تحریم اقتصادی بعد از جنگ خلیج بر کمیت و کیفیت مراقبت‌های طبی کودکان نیز تاثیر داشته است. بطوری که قبل از سال ۱۹۹۰، ۱۰۹۱۲۳۰ مورد مطالعه آزمایشگاهی در کودکان عراقی هر سال انجام می گرفته است که در سال ۲۰۰۲ به ۶۲۳۷۷۵ مورد تقلیل یافته است. میزان جراحی‌های بزرگ صورت گرفته در کودکان در سال ۲۰۰۲ نسبت به سال ۱۹۹۰، ۴۳٪ کاهش یافته است. پس از سال ۱۹۹۱ در کشور عراق هر هفته ۳۰۰۰ کودک جان خود را از دست می دهند و آمار مرگ کودکان بعد از سال ۱۹۹۰ به ۷۶ میلیون کودک رسیده است (۱۲ و ۱۴). ۶۶٪ از صدمات وارده به کودکان در مناطق جنگی پس از جنگ در اثر انفجار مهمات عمل نکرده رخ می دهد. حدود ۱۰۰ میلیون مین زمینی کشف نشده در ۶۴ کشور جهان پراکنده است که تنها ۷-۵ میلیون از آنها در کشور افغانستان می باشد و موجب مرگ بسیاری از غیر نظامیان می گردد (۱۵، ۱۶).

مهمات جنگی بجا مانده از جنگها مانند نارنجکها و بمبهای عمل نکرده نیز منجر به مرگ ۲۴۰۰۰ غیر نظامی در سال می شوند که بیشترین این قربانیان را کودکانی تشکیل می دهند که به هنگام بازی یا چرای حیوانات در نقاط مرزی غافلگیر شده اند. ۹۱/۶٪ از صدمه دیدگان پسران هستند و در صورتی که مرگ رخ ندهد، قطع عضو، کوری، کری و انهدام دستگاه ژنیتال شایع است. (۱۷ و ۲۳)

اثرات روانی جنگ بر کودکان عبارتند از:

زمانی که کودک در نتیجه خشم غیر قابل تحمل، اضطراب، برانگیختگی غریزی ناشی از روبرو شدن با فاجعه دچار در ماندگی شود و یا هرگاه کودک حادثه ای را تجربه کند که حتی تصور آن نیز برای او مشکل است. کودک دچار ترومای روانی شده است. هرگاه واکنش به شوک روانی در کودک طولانی شود و علائم آن بیش از یک سال طول بکشد و منجر به اختلال عملکرد در کودک گردد او دچار استرس پس از ضربه (PTSD) شده است. (۱۹ و ۱۸ و ۷ و ۵ و ۳) کودکانی که بعنوان سرباز می جنگند در معرض حداکثر خطر PTSD قرار دارند. (۱۹). کودکانی که والدین یا بستگان خود را از دست می دهند، کودکانی که شاهد فجایع بوده اند و به عنوان مثال صحنه‌های تیر اندازی و بمباران را مشاهده کرده اند یا از احتمال وقوع حادثه تهدید کننده خانواده، اطلاع یافته اند، کودکانی که مورد

در زمان جنگ تروماهای مستقیم و غیر مستقیم بر قابلیت تطبیق کودک اثر می گذارند (۱).

مواد و روشها: مطالعه فوق از نوع مروری (review article) می باشد که در تنظیم آن از کتب و مقالات معتبر منتشر شده در سالهای ۲۰۰۰-۲۰۰۴ استفاده شده است با جستجو در جستجوگرهای Medline، yahoo، google و pub med تعداد ۳۳ منبع بدست آمد و با دستیابی به full text در تنظیم مقاله استفاده گردید. کلمات کلیدی مورد استفاده شامل موارد فوق می باشند: PTSD children، landmines injuries، psychological trauma و child war

یافته ها و بحث:

در مورد اثرات جسمانی جنگ بر کودکان یافته هایی از مطالعات مختلف بدست آمده است که به شرح زیر میباشد:

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سالهای ۱۹۹۶-۱۹۸۶ دو میلیون کودک بر اثر جنگ در سراسر جهان کشته شده اند، در آینده این تعداد با تکامل سلاحهای کشتار جمعی بیشتر نیز خواهد شد. (۱۰ و ۹ و ۸ و ۷ و ۶)

بر اساس همین گزارش در طی این مدت ۴-۵ میلیون کودک دچار معلولیت شده اند. با نگاهی به آمارهای بهداشتی کشور عراق قبل از سال ۱۹۹۱ یعنی قبل از آغاز جنگ خلیج فارس و در سال ۲۰۰۲ یعنی حدود ۱۰ سال بعد از جنگ و آغاز محاصره اقتصادی این کشور از سوی آمریکا به عمق فجایع به جامانده از جنگ واقف می شویم (جدول ۱) (۱۴ و ۱۳ و ۱۲ و ۱۱).

جدول ۱- مقایسه شاخصهای بهداشتی کشور عراق در سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۰۲ میلادی (قبل و بعد از جنگ خلیج فارس)

شاخص مورد بررسی	سال ۱۹۹۰	سال ۲۰۰۲
مرگ و میر پیری ناتال (PMR)	۲۸۱۰۰۰	۱۰۷۱۰۰۰
مرگ و میر مادران (IMR)	۸۵۱۰۰۰۰	۲۹۴۱۰۰۰۰
وزن کم هنگام تولد (LBV)	۴،۵۱۰۰	۲۴،۷۱۰۰
مطالعات آزمایشگاهی کودکان در سال	۱۰۹۱۲۳۰	۶۲۳۷۷۵
جراحی بزرگ کودکان در سال	۸۶۶۷	۶۰۰۰

میزان مرگ و میر پیری ناتال در کشور عراق قبل از سال ۱۹۹۱، ۲۸ مورد در هزار تولد زنده بوده است که در سال ۲۰۰۲ به ۱۰۷ مورد در هزار رسیده است.

میزان مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری از ۸۵ مورد در هر



۱) یادآوری و حافظه تکراری

تمایل به بازبینی حادثه قویترین گرایش در کودکان حادثه دیده می باشد. در این حالت کودک مکرراً در ذهن خود حادثه را نقش آفرینی می کند و تمایل به داشتن تصاویر ذهنی بسیار قوی است و حتی در مواردی که کودک تمام حادثه را ندیده است در طی بازبینی ذهنی قادر به دیدن تمام حادثه می باشد. تمایل به یادآوری لامسه، بویایی و موضعی نیز روی می دهد.

این ویژگی معمولاً به هنگام خواب، زنگ تفریح، اوقات فراغت، تماشای تلویزیون و یا گوش دادن به رادیو بروز می کند. اگر کودک قادر به کلامی کردن تجربیات خود باشد بازبینی حادثه را ابراز می کند و در غیر این صورت از طریق نقاشی کشیدن و بازیهای خود آن را بروز می دهد. (۲۶)

۲) رفتار تکراری

کودکان تمایل دارند حادثه را از طریق بازی و فعالیت های کودکانه تکرار کنند. بازی، نقاشی و داستانگویی به منظور وحدت بخشیدن و هویت دادن به فاجعه انجام می شود، این بازیها حتی قبل از سن ۱۲ ماهگی هم مشاهده شده است و منجر به انتقال صدمه به سایر کودکان می شود و به نظر می رسد بازی یک شیوه مقابله ای و به منظور سازگاری با حادثه ضربه زان انجام می شود.

به عنوان مثال پس از وقوع زلزله در کشور یوگسلاوی در سال ۱۹۶۳ بازی مطلوب کودکان، اجرای مراسم تدفین بود. (۱)

این گونه بازیها با بازیهای عادی دوران کودکی تفاوت های اساسی دارد. بازیهای کودکان پس از فاجعه، یکنواخت و منظم است و نوعی اضطراب و اجبار در آنها وجود دارد و تکرار می شود. و برخلاف بازیهای عادی کودکان که کودک زمانی برای استراحت در بین بازیها در نظر می گیرد، بی وقفه انجام می شود، در این گونه بازیها کودکان برخلاف بازیهای کودکانه، نقش مراجع قدرت را ندارند و بیشتر در ماندگی از خود نشان می دهند و احساس لذت و شادی نمی کنند. و از طریق این بازیها آثار ضربه روانی را به سایر کودکان سرایت می دهند و حتی قبل از اینکه کودک مهارتهای گفتگو را کسب کند بروز می کنند.

۳) ترس های ویژه تروما

ترسهای هستند که در اثر برخورد با موضوعات مرتبط با ضربه شرطی می شوند. این ترسها با عوامل مرتبط با ضربه بروز می کنند و ترسهای

سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار میگیرند یا بیماری صعب العلاج دارند و تحت پروسسهای طبی در دناک مانند قطع عضو قرار می گیرند در معرض PTSD می باشند. در طول جنگ از دست دادن خانه، حیوانات و حتی اسباب بازیهای کودکان نیز می تواند کودک را مستعد به PTSD نماید. (۱۲۰)

عوامل مستعد کننده PTSD در کودکان عبارتند از:

تمام کودکان که در شرایط بحرانی قرار می گیرند دچار PTSD نمی شوند و در صورت ابتلا شدت آن در افراد متفاوت است. در واقع کودکان با قابلیت های بیولوژیک متفاوتی در پاسخ به استرس متولد می شوند برخی قابلیت تطابق بیشتری دارند و برخی آسیب پذیرند. واکنش افراد با توجه به طول و شدت حوادث متفاوت است. مطالعات اخیر نشان داده اند میزان آسیب پذیری زمینه ای کودک و جامعه (فقر، بی سواد، اختلالات روانی و عاطفی) نیز در بروز و شدت واکنش در کودکان تاثیر دارد (۱۸ و ۱۷ و ۴ و ۳).

کودکانی که از حمایت اجتماعی و خانوادگی مناسبی برخوردار نیستند و یا مبتلا به اختلالات ذهنی و یادگیری قبل از حادثه بوده اند، بیش از سایر کودکان دچار PTSD می شوند و به نظر می رسد بیشترین خطر متوجه کودکان ۱۲-۸ ساله ای است که دارای تاریخچه ای از بیماریهای عاطفی و جسمی می باشند و خانواده آنان قبل از بروز فاجعه بی ثبات بوده ست. (۱۲۰ و ۲۰)

مشخصات ترومای روانی در کودکان:

واکنش روانی کودکان به فاجعه با بزرگسالان متفاوت است زیرا از یک طرف معمولاً کودکان نمی توانند تجارب خود را کلامی کنند و به همین دلیل تشخیص مشکل می شود و از طرفی کودک یک ماهیت رشد یابنده و در حال تحول است و اثر فجایع بر او بسته به مرحله شناختی که در آن به سر می برد متفاوت است و وضعیت را پیچیده تر می کند.

ترومای روانی در کودکان واقعی است و موجب تغییرات پایدار درونی و ماندگار در ساختار شخصیتی، شناختی و عاطفی کودک می شود و نقش اساسی در ایجاد اختلالات روانی و شخصیتی در سنین بزرگسالی دارد (۱۲۰).

علائم کودک مبتلا به ترومای روانی

علائم در کودک مبتلا به PTSD به شرح زیر می باشد: (۲۵ و ۲۴ و ۲۳ و ۲۲ و ۲۱ و ۱)

۹) پرخاشگری و رفتارهای مخرب اجتماعی :

این علامت پس از جابجایی و نقل مکانهای مکرر و اقامت طولانی در پناهگاههای موقت گزارش شده است. اختلال در تمرکز حواس، تحریک پذیری و عصبانیت، پرهیز از تفکر در مورد محل یا احساسی که نسبت به فاجعه دارد و فقدان احساس یا کرختی عاطفی از سایر علایم است.

ممکن است این علایم دوره های فروکشی و عود داشته باشد. این علایم حدود ۱۸ هفته تا ۳ سال طول می کشد و خودبخود عود می کند. ممکن است PTSD از والدین به کودک سرایت کند (۲۷ و ۲۸ و ۲۹). در یک مطالعه مقطعی که در سال ۲۰۰۱ بر روی ۲۹۶ کودک ۹-۱۸ ساله فلسطینی و مادران آنان در نوار غزه انجام شده شیوع PTSD و ارتباط بین وضع روانی مادر و کودک مورد تحقیق قرار گرفت. مشخص شد کودکان بطور متوسط ۴ حادثه تروماتیک را تجربه کرده بودند و ۷۳٪ آنان مبتلا به PTSD بودند. PTSD در دختران بیشتر بود و وضعیت بهداشت روانی مادران آنان می توانست وضعیت بهداشت روانی کودکان را پیشگویی کند (۲۷ و ۲۸ و ۲۹).

PTSD در کودکان ۱۸ هفته تا ۳ سال بطول می انجامد و معمولاً با حملات عود کننده همراه است.

درمان :

مداخله زود هنگام در بهبود کودکان موثر است. حمایت والدین در چگونگی تطابق کودک بعد از حادثه نقش مهمی دارد. والدین و پزشکان می توانند کودک را در طرق زیر یاری دهند: (۳۲ و ۳۱ و ۲۰) حضور فیزیکی والدین در بهبود کودک تاثیر مثبت دارد. بهتر است روتین خانواده با توجه به نیاز کودک تغییر کند. رفتارهای بازگشتی کودک مانند شب ادراری، وابستگی شدید به اطرافیان و غیره، پذیرفته شده و با تشویق و حمایت کودک، صبورانه و رابه سمت رفتار مناسب سوق داد.

بایستی به کودک کمک شود تا از استراتژیهای انطباق خانواده استفاده کرده و در حفظ امنیت خود مشارکت داشته باشد و شرایط را برای بازگو کردن داستان، نقاشی کردن و بازی فراهم کرد و درباره آنچه تا کنون انجام شده یا می شود تا از تکرار حوادث مشابه جلوگیری شود، بحث شود.

در رفتار درمانی شناختی به کودک کمک می کند تا ذهن و احساس

موقعیتی نامیده می شوند و بر اساس نوع فاجعه متفاوت است. در دوران جنگ، مشاهده دود، آتش و یا شنیدن صدای آژیر عوامل شروع کننده ترس است، ترسهای موقعیتی ممکن است ماندگار و پایدار شوند.

۴) تغییر نگرش درباره مردم و آینده

تغییر نگرش مدتها بعد از ضربه بروز می کند و در چنین شرایطی کودک به آینده ناامید است و نسبت به زندگی و دیگران نگرش منفی پیدا کرده و دنیا را جهنمی پر از هیولا می داند و ممکن است کودک کمک سایر افراد را نپذیرد و بیشتر تمایل به گروه همسالان خود پیدا کند. این حالت خصوصاً در کودکانی که در اسارت بسر می برند ملاحظه می شود.

۵) اختلال در خواب

اختلالات خواب و کابوس خصوصاً در هفته اول بعد از فاجعه شایعتر است. پریدنه های مکرر از خواب، گریه در خواب، تکان خوردنهای شدید در طی خواب می تواند گواه این مورد باشد. اگر کودک مهارت کلامی جهت بروز کابوسها را نداشته باشد، این علامت از نظر پنهان می ماند. ممکن است در چنین شرایطی کودک کابوسهای خود را در قالب نقاشی بروز دهد (۲۶). کودکان معمولاً خواب مرگ خود را نمی بینند ولی بعد از ضربه اینگونه خوابها شایع است.

۶) واکنشهای روان تنی

واکنشهای روان تنی به کرات گزارش شده است، دردهای احشایی مثل درد معده، سردرد و سرگیجه از واکنشهای شایع می باشند.

۷) بازگشت به رفتار گذشته

بازگشت به رفتار گذشته مانند شب ادراری و تمایل به مکیدن انگشت و یا وابستگی شدید به اطرافیان نیز شایع می باشد.

۸) غیبت از مدرسه :

اگرچه کودک هنگامی که در شرایط بحران ز اقرار بگیرد در آرزوی بسیاری از چیزهای از دست رفته می باشد و حتی آرزوی نظم و انضباط در مدرسه را که قبلاً از آن گریزان بود می کند، ولی گاهی غیبت های مکرر از مدرسه بعد از فاجعه مشاهده می شود که بعلا ترس از جدایی والدین است و بیانگر ترس کودک در مورد آینده می باشد.

رفتن به مدرسه، انجام فعالیتهای ورزشی و روتین و فعالیتهای گروهی به تحمل استرس کمک می کند.

۵- بین خانه و مدرسه ارتباط برقرار کنید

بهبتر است از بحث ها و فعالیتهای مدرسه آگاه باشید و همسو با آنان رفتار کنید.

۶- کودک را برای علایم فیزیکی و رفتاری مربوط به استرس تحت نظر بگیرید.

تعدادی از کودکان ترس و هیجان خود را به صورت دردهای فیزیکی نشان می دهند.

اختلال در به خواب رفتن، از خواب پریدن مکرر و مداوم، دیدن کابوس، ترس شدید از مرگ و وابستگی شدید به والدین از علایم فشار روانی کودک است. شیفتگی کودک برای دیدن فیلم ها و یا انجام بازیهای کامپیوتری حشن از دیگر علایم فشار روانی در کودک می باشد. کودکان به هنگام بروز فجایع دچار ترس، تهدید مستقیم و غیر مستقیم می شوند و به همانندسازی با واکنشهای والدین می پردازند. درک تهدید و احساس در معرض خطر بودن زندگی از یک طرف و استفاده کمتر کودک از انکار از طرف دیگر موجب تاثیر پذیری او از فاجعه می شود. تبدیل شدن والدین از مراجع پر قدرت به افراد ضعیف و ناتوان کودک را دچار تعارضات شناختی، درماندگی، ناامیدی و خشم می کند و در صورت انتقال کودک به مناطق امن با جدایی کودک از خانه، خانواده، همسایگان، اشیا و حیوانات محبوب ابعاد خطر و تاثیر پذیری کودک از فاجعه بیشتر خواهد شد.

علایم و تجارب کودکان فاجعه دیده، با توجه به سن و سطح رشدی آنها متفاوت است. اما واکنشهای رفتاری و ضربه ای، PTSD، ترسهای ویژه فاجعه، پر خاشگیری، و رفتارهای مخرب و ضد اجتماعی از عمده ترین علایم کودکان فاجعه دیده خواهد بود. مداخله زود هنگام در بهبودی کودکان مؤثر است.

خود را دوباره سازی کند و بتواند بدون احساس تهدید زندگی کند. مداخلات رفتاری شامل آموزش مواجه شدن با ترس به کودک کمک می کند که بیش از حد از مردم و مکانهای مشابه صحنه حادثه دوری نکند. روشهای آرام سازی و بازگویی نظارت شده داستان حادثه به کودک کمک می کند کنترل ترس و استرس را بیاموزد. آموزش والدین در مورد راهکارهای کنار آمدن با کودک موثر است.

راهکارهای پیشنهادی جهت کاهش ترومای روانی کودکان در شرایط بحران زا:

برای پیشگیری از بروز تروماهای روانی یا کاهش شدت آن ها در شرایط بحران از موارد زیر به والدین و مراقبین کودک توصیه می شود (۳۰ و ۲۱)

۱- به دقت به صحبت های کودکان گوش دهید. زمان و مکان مناسبی برای شنیدن به صحبت های کودکان اختصاص دهید. قبل از آمادگی کودک برای گفتگو او را مجبور به گفتگو نکنید.

ممکن است برخی از کودکان قادر به کلامی کردن ترس و احساسات خود نباشند. در این صورت شرایط را برای بازی کردن، داستان گویی یا نقاشی کشیدن مهیا کنید. (۲۶)

۲- به سوالات آنان پاسخ دهید. در پاسخگویی به سوالات از کلماتی که برای کودک قابل فهم است. استفاده کنید. بایستی توضیحات مناسب با سن و فهم کودک باشد و او را با حجم زیاد اطلاعات بمباران نکنید. پاسخگویی به سوالات بایستی صادقانه باشد، آمادگی تکرار برخی از پاسخها را داشته باشید. تحمل را به آنان بیاموزید.

۳- اجازه ندهید کودکان تصاویر دلخراش را از تلویزیون مشاهده کنند.

مشاهده مکرر تصاویر دلخراش از تلویزیون در کودکان کوچکتر می تواند ترومای روانی ایجاد کنند.

۴- برنامه های روزمره کودک را حفظ کنید.

References:

- ۱- نجاریان بهمن ، براتی سده فرید، پیامدهای روانشناختی فاجعه ها چاپ اول ، تهران : چاپ فتحی ۱۳۷۹.
2. Caffo E, Belaise C. Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2003 Jul;12(3):493-535
3. Bruce H ,rebuilding hope :children and war, congress Maputo, Mozambique, December 1-4,1996
4. Guha D , Sapir D, van Panhuis WG. The importance of conflict-related mortality in civilian populations. *Lancet.*2003 Jun 21;361(9375):2126-8
5. Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA.* 2003 Aug6; 290 (5) : 667-70.
6. Bruce h, state of the world's children report, Unicef, 1996
7. www.unicef.org ,children in war,Unicef report.
8. www.unicef.org, convention on the rights of the child, Unicef report.
9. Macassa G, Ghilagaber G, Bernhardt E, Burstrom B. Trends in infant and child mortality in Mozambique during and after a period of conflict. *Public Health.* 2003 Jul;117(4):221-7
10. Begic Z, Mesihovic H, Dinarevic S, Terzic R. Morbidity trends in the cardio-rheumatology department of the Pediatric Clinic in Sarajevo during the pre-war, war and post-war periods. *Roman Med Arh.* 2002 ;56(3 Suppl 1):21-2
11. www.BBC news.com, children stressed out under threat of war. 2003,27 Jan14:48:33.
12. Blacker J, Jones G, Ali M. Annual mortality rates and excess deaths of children under five in Iraq, 1991-98. *Popul Stud (Camb).* 2003;57(2):217-26
13. Avery D. Two new reports cond ude that the health costs of war are unaffordable *Bull world Health Organ.* 2003 ;81(3):229. Epub 2003 May 161.
14. Roger Dobson Abergavenny. Perinatal mortality in Iraq more than tripled since sanctions *News extra; BMJ* 2003;326:520
15. Eric Beauchemin. Trauma. *Radio Netherlands:* 17 December 2002
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Injuries associated with landmines and unexploded ordnance--Afghanistan, 1997-2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2003 Sep 12; 52(36): 859-62
17. krug M , prevention landmine related injury and disability, *JAMA*, 1998, 280:463-466
18. www.medicalweb.com, Rachel J, children, war and stress, 2003
19. Moszynsk I.p. Child soldiers forgotten in Angola *News roundup BMJ* 2003;326:1003
20. www. about our kids.org ,Robin F. Goodman, Anita Gurian. About Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)
21. Fassler D. How to talk to your kids about war and terrorism. *CDS Rev.* 2003 May-Jun ;96(3):382.
22. Akatcherian C. Children and war. *Arch Pediatr.* 2003 Jan; 10(1):2-3.
23. Goldin S, Levin L, Persson LA, Hagglof B. Child war trauma: a comparison of clinician, parent and child assessments. *Nord J Psychiatry.* 2003;57(3):173-83.
24. Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V. Post-traumatic stress disorder (PTSD): the syndrome with multiple faces. *Encephale.* 2003 Jan-Feb;29(1):20-7.
25. William H. Sack, Chanrithy Him, Dan Dickason. Twelve-year follow-up study of Khmer youths who suffered massive war trauma ,2003
26. www. about our kids.org, Harold S , art expressing pain. *Discovery and hope*,New York Study University, child study center.



27. Sagischwartz A, Van IJzendoorn MH, Grossmann KE, Joels T, Grossmann K, Scharf M ,and et al. Attachment and traumatic stress in female holocaust child survivors and their daughters. *Am J Psychiatry*. 2003 Jun;160(6):1086-92
28. Erika Curran. Fathers With War-Related PTSD; *NCP Clinical Quarterly Spring 1997: 7(2)*
29. Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Effect of trauma on the mental health of Palestinian children and mothers in the Gaza Strip. *East Mediterr Health J*. 2001 May;7(3):413-21.
30. Chick Moorman. Talking to Your Child About War: The 5 Best and Worst Things You Can Say; Canadian parents online Inc; 2003
31. Pearn J. Children and war. *J Paediatr Child Health*. 2003 Apr;39(3):166-72
32. El-Ghannam AR. The global problems of child malnutrition and mortality in different world regions. *J Health Soc Policy*. 2003;16(4):1-26.
33. Bilukha O, Brennan M, Woodruff BA. Death and injury from landmines and unexploded ordnance in Afghanistan. *JAMA*. 2003 Aug 6;290(5):650-3.

The psychological aspects of war in children

*Simin tag sharififar¹

Abstract :

Background : Each year, millions of children are exposed to some form of extreme stressor. The traumatic events include war, natural disaster, painful medical procedure, limb amputation, severe burns, sexual and physical abuse, witnessing an extreme traumatic situation, sudden death of parents, home sickness, the loss of beloved objects or pets and even hearing about such an event involving a family member.

Every year, three millions children are diagnosed as having posttraumatic stress disorders. The increasing strikes of wars, the event of September 11,2001and the unceasing social attacks in the Middle East underscore the importance of understanding how children react to this events.

Materials and methods : This study is a review article and is based on 48 reputable sources about PTSD, published in 2000-2003.

Results:The symptoms, of PTSD in children are fear, intrusion of recurrent memories of the event, replay the event in his or her mind, disorganized and agitated behavior, irritability, nervousness about everyone and every thing around, avoidance of thoughts, feelings or places that reminds the child of what happened and psychological numbness...

Early intervention, social and parental support will help the child to cope the event. The body of lecture is about children and their psychological responses to war and the risk factors of PTSD and how a child copes with traumatic events and provides solutions for the reduction of psychological impression of war.

Conclusion : Children are one of the wings affected by the war and this would influence their mental development, accurate intervention and diagnosis of the symptoms could reduce the duration and intensity of psychological disorders.

Keyword: PTSD, child and war, psychological trauma