خبرات المدربين والمتدربين حول برنامج تدريبي مُدمج لعلاج الصدمة النفسية في سياق الحرب: دراسة نوعية

Trainers' and Trainees' Experiences with an Integrated Training Program for Trauma Treatment in the Context of the Gaza War: A Qualitative Study

اعداد

1- الباحث اسلام زاهر شريتح - جامعة الازهر
2- الباحثة ايناس حسين جودة - جامعة الأزهر
3- الباحثة رينا سالم جودة - جامعة الازهر
4- الباحث عامر شحاده - جامعة الاستقلال

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة النوعية لاستكشاف تجارب المدربين والمتدربين في برنامج تدريبي يدمج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج بإزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين .(EMDR) صمم البرنامج التدريبي للتعامل مع اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في سياق حرب غزة. تم جمع البيانات من خلال مقابلات فردية ومجموعات بؤرية لعينة مكونة من 9 مشاركين، وتم تحليلها موضوعيًا باستخدام برنامج .MAXQDA أظهرت النتائج أن البرنامج عزز المهارات المهنية والقدرات المعرفية والكفاءة الذاتية للمتدربين مع تخفيف أعراض الصدمة. أكد المدربون على فعالية البرنامج في تدريب أخصائيي الصحة النفسية في ظروف الحرب، على الرغم من التحديات مثل محدودية الموارد وصعوبة الوصول إلى المشاركين الذكور. تخلص الدراسة إلى أن الجمع بين العلاج السلوكي المعرفي وإزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة يحسن نتائج التدريب في بيئات النزاع ويقدم نموذجًا قابلًا للتكيف مع احتياجات المجتمعات المتضررة.

المفاهيم المفتاحية:

العلاج المعرفي السلوكي، تسكين حركة العين، البرنامج التدريبي، اضطراب ما بعد الصدمة، سياق الحرب على غزة.

Abstract:

This qualitative study investigates the experiences of trainers and trainees involved in a training program that integrates Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) specifically designed to address Post-

Traumatic Stress Disorder (PTSD) in the context of the Gaza War. Data were collected through individual and focus group interviews for 9 participants, and analyzed thematically using MAXQDA software. The findings reveal that the program significantly enhanced the professional skills, cognitive abilities, and self-efficacy of the trainees while alleviating trauma symptoms. Trainers emphasized the program's effectiveness in training mental health professionals under wartime conditions, although they noted challenges such as limited resources and difficulties in accessing male participants. The study concludes that combining CBT with EMDR improves training outcomes in conflict settings and presents a model adaptable to the needs of affected communities.

المقدمة:

منذ السابع من أكتوبر 2023، يتعرض قطاع غزة لحرب إبادة قضت على معظم معالم الحياة فيه، ويعاني القطاع منذ سنوات طويلة من حروب متتالية وحصار خانق استمر ثمانية عشر عامًا. ويبلغ عدد السكان في قطاع غزة 2.3 مليون فلسطيني،في مساحة لا تتجاوز 365 كيلومتراً مربعاً، ما يجعله من أكثر المناطق كثافة سكانية في العالم(الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2023). وفقًا لوزارة الصحة الفلسطينية – غزة. (2025، 1 يونيو) بلغت حصيلة العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة منذ 7 أكتوبر 2023 حتى ذلك التاريخ (54,418) شهيدًا، و124,190 مصابًا. وأظهر تقرير برنامج غزة للصحة النفسية. (2023) أن الناجين من النزاع يعانون من مجموعة واسعة من الأعراض النفسية، منها تجنب التفكير في الأحداث الصادمة، استرجاع تفاصيلها، اضطرابات النوم، مشاعر سلبية، صعوبات في الذاكرة والتركيز، سرعة الغضب، الشعور بالذنب واليأس، وأعراض جسدية غير مفسرة. وقد كشفت دراسة (Shriteh et al., 2025) التي اجريت أثناء هذه الحرب أن (70.4%)من مجتمع غزة يعانون من أعراض الصدمة. توصي (American Psychiatric Association [APA], 2017; World Health Organization [WHO], 2013)باستخدام تدخلات علاجية مدروسة قائمة على الأدلة، ومنها إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين(EMDR) ، والعلاج المعرفي السلوكي(CBT) ، العلاج بالتعرض المطول، نظراً لفعاليتها المثبتة في تخفيف أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) والصدمات المعقدة.

يهدف علاج ازالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين (EMDR) لمعالجة الذكريات المؤلمة من خلال تحفيز حركة العين ثنائي الجانب. أما العلاج المعرفي السلوكي (CBT)فيركز على تحديد أنماط التفكير والسلوكيات السلبية وتغييرها، والتي تسهم في تفاقم مشكلات الصحة النفسية .(American Psychological Association, n.d) وقد أظهرت دراسة (Molero-Zafra et al. 2024)لنساء تعرضن لاعتداء جنسي أن المشاركات اللواتي تلقين العلاج المعرفي السلوكي أبدين تحسنًا في تنظيم المشاعر وتقليل إعادة معايشة الحدث وتجنب المواقف المرتبطة بالصدمة، بينما أظهرت مجموعة (EMDR)تحسنًا ملحوظًا في أعراض التفكك وإدراك جودة الحياة، وأكدت الدراسة على أهمية دمج المنهجين في برامج التدخل النفسي للناجيات. وأشارت دراسة (Khan et al. 2025) أن

(EMDR)قد يكون أكثر فاعلية من العلاج المعرفي السلوكي وأوصت باعتمادها لعلاج اضطراب مابعد الصدمة في سياق باكستان.

وفي ظل الظروف التي ألمت بغزة، والتي شملت نزوح العديد من الأخصائيين والأطباء النفسيين، وبعد الاطلاع على العديد من الدراسات اتضح للباحثين الندرة في الدراسات التي جمعت بين أكثر من أسلوب علاجي في برامج تدريبية عملية ميدانية في سياق النزاع، خاصة في العالم العربي. وأن معظم الدراسات تركز على أسلوب علاجي واحد، لذا برز للباحثين أهمية تدريب جيل جديد من المتخصصين، وتزويدهم بدليل علاج إرشادي للتخفيف من معاناة السكان المتضررين، مع التركيز على توفير حلول عملية ومناسبة للواقع المحلي.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الرسالة إلى استكشاف خبرات المشاركين في برنامج تدريبي يدمج بين العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وعلاج إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين(EMDR) ، والتعرّف على الأثر المهني والنفسي لهذا البرنامج على المشاركين، والتحديات التي واجهوها أثناء التدريب. كما تسعى إلى تقديم توصيات عملية لتحسين البرامج التدريبية النفسية في بيئات النزاع.

أسئلة الدراسة:

تسعى للإجابة على مجموعة من الأسئلة تسلط الضوء على جوانب البرنامج التدريبي المدمج، وتشمل:

- ما طبيعة الخبرات التي اكتسبها كل من المدربين والمتدربين المشاركين في البرنامج؟
- الأثر المهني والعلمي والنفسي الذي أحدثه البرنامج التدريبي على المشاركين؟
- العوامل الرئيسة التي ساهمت في نجاح البرنامج وتحقيق أهدافه؟
- ما أبرز التحديات والصعوبات التي واجهها المشاركون خلال فترة التدريب؟
- ما التوصيات التي يمكن الخروج بها لتعزيز جودة وفعالية برامج التدريب النفسي، خاصة في البيئات المتأثرة بالنزاعات؟

مصطلحات الدراسة الإجرائية

خبرات المتدربين: هي خبرات اكتسبها المتدربين أثناء تلقيهم الدورة التدريبية في العلاج المعرفي السلوكي وتقنية إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركة العين. والتي أثرت على أفكارهم، ومشاعرهم، وتصوراتهم للوضع المحيط بهم، ومدى انعكاسها في المقابلات الفردية والبؤرية على خبراتهم وسلوكهم.

خبرات المدربين: هي الخبرات التي اكتسبها المدربين من إعداد وتطبيق برنامج تدريبي في ظل ظروف حرب الإبادة وأهم الصعوبات التي واجهتهم في الإعداد والتطبيق من وجهة نظرهم.

العلاج المعرفي السلوكي :(CBT) النموذج العلاجي الذي يركز على تعديل الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وإدارة السلوكيات المرتبطة بالصدمات، وتم شرحها للمتدربين باستخدام أنشطة تفاعلية وتطبيقات عملية من بروتوكولات (CBT)المعتمدة ويُقاس من خلال تقارير المتدربين عن مدى إتقانها.

تقنية إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين :(EMDR)هي مجموعة من الخطوات العلاجية الممنهجة، التي تدمج بين استحضار الذكريات الصادمة والتحفيز الثنائي، وذلك لتخفيف أعراض الصدمة، وتعزيز القدرة على التكيف.

البرنامج التدريبي المُدمج لعلاج الصدمة النفسية: البرنامج الذي تم تصميمه وتنفيذه في مدينة غزة خلال الفترة الزمنية المحددة للدراسة (أكتوبر-ديسمبر 2024)**.** المتكون من 13 لقاء نظري تبعه تدريب ميداني عملي لمدة شهرين بمعدل 3 أيام أسبوعياً. وتضمن مكونات نظرية وتطبيقية حول العلاج المعرفي السلوكي وإزالة التحسس بحركات العين، وهدف لتطوير مهارات التدخل النفسي مع الناجين.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

تؤدي الصراعات المسلحة إلى عواقب عديدة مؤلمة، وتترك آثارا سلبية عميقة على حياة الناجين وتزيد معدلات القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة .(Carpiniello, 2023) أشار تقرير (UNHCR. 2025 الى أن أكثر من 12.7 مليون شخص في أوكرانيا بحاجة إلى مساعدة ويعانون بسبب الحرب والهجرة. وفي غزة أظهر المركز الفلسطيني لحقوق الإنسان في تقرير بعنوان "نمط من الإبادة الجماعية" أن الصراع المتواصل أدى إلى تصاعد مقلق في المشكلات النفسية خاصة أعراض الصدمة لدى الأطفال والمراهقين .(Beiraghdar et al., 2023)كما أظهرت دراسة (Hamamra et al. 2025)مدى تأثير الصدمات العميقة على اضطرابات النوم لدى سكان قطاع غزة. وبينت دراسة (Al Dabour et al. 2025)التي أجريت في غزة أثناء الحرب أن67.8% من العينة يعانون من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وذلك وفقا لمعاييرDSM-5 ، و88.2%، وأظهرت ارتباط بين الاضطرابات وعوامل الخطر من التهجير، وفقدان قريب من الدرجة الأولى، والاعتقال، والبطالة،كما بينت أن الإناث أكثر عرضة للقلق، وأوصت بسرعة عمل تدخلات نفسية لتعزيز فرص التعافي المجتمعي. وتوصي منظمة الصحة العالمية United Nations High Commissioner for Refugees. (2025)بالعلاج المعرفي السلوكي المركّز على الصدمة (TF-CBT)كخيار أول لعلاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)نظرًا لفعاليته في التخفيف من الأعراض المرتبطة بالصدمات النفسية. وأظهرت دراسة التحليل التجميعي (2025) .awar et al بعد مراجعة 1,284 دراسة، أن العلاج المعرفي السلوكي المركّز على الصدمة(TF-CBT) كان الأكثر فعالية ، يليه علاج إزالة التحسس بحركات العين (EMDR)والعلاج السردي (NET)لدى السكان المتأثرين بالنزاع المسلح في الشرق الأوسط. وقد أكدت دراسة (Bahu. 2019)على فاعلية التعديل الثقافي للعلاج المعرفي السلوكي في معالجة الصدمات النفسية. وأكدت دراسة في غزة على حدة الأزمة الإنسانية الناتجة عن العدوان الإسرائيلي، وأبرزت الحاجة إلى تدخلات نفسية وإنسانية عاجلة لمعالجة الصدمات النفسية وبناء آليات التكيف.(Hamamra et al., 2025) كما اظهرت دراسة (Nikmorad et al. 2023)وجود تأثير للعلاج المعرفي السلوكي وتفوق تأثير تقنية (EMDR) في تقليل شدة أعراض الصدمة بين مصابي الحرب الإيرانية-العراقية.

أشارت دراسة (Kasparik et al. 2025) الاستكشافية المطبقة على اللاجئين القصر في ألمانيا على ضرورة تصميم استراتيجيات تدخل حساسة للصدمات تراعي الثقافة وتحسن فرص الوصول للرعاية النفسية، وخلصت إلى أن أعراض اضطراب الصدمة هي الدافع الرئيسي لتقبل العلاج النفسي، وأوصت بضرورة تصميم استراتيجيات تدخل حساسة ثقافيا وتحسين فرص الوصول للرعاية النفسية للفئات الضعيفة.

العلاج المعرفي السلوكي (CBT)

تقترح النظرية المعرفية السلوكية أن معاناة الإنسان لا تنبع فقط من الحدث الصادم، وإنما من تفسيره له، من خلال الأفكار التلقائية والتي غالبا ما تكون سلبية، مثل أنا ضعيف، أو العالم خطر وتساعد تقنيات النظرية على كشفها وتحديها واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتكيّفًا .(Ehlers & Clark, 2000; Wild et al., 2020) وتدعي النظرية

أن الصدمة تؤدي لأفكار مشوهة، تسبب مشاعر الخوف والعجز، ثم سلوكيات انسحابية أو تجنبية، ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى كسر هذه الحلقة من خلال التعرض التدريجي أو إعادة البناء المعرفي .(Foa et al., 2019) وتؤمن أن الإنسان قادر على إعادة بناء تصوراته، وتعلّم استجابات جديدة أكثر تكيّفًا تحسّن من جودة حياته وتقلل من شدة أعراض الصدمة .(Padesky & Mooney, 2012) وقد أظهرت دراسات كثيرة أن للعلاج السلوكي المعرفي المركز على الصدمة (CBT-TF) أفضلية في تقليل أعراض الاضطراب الناتج عن الصدمة مقارنةً بأساليب أخرى.

تقنية إزالة التحسس وإعادة المعالجة بحركات العين(EMDR)

تفترض النظرية أن النظام العصبي يعمل على معالجة الذكريات بطريقة فعّالة إذا ما توفرت الظروف الملائمة للتقارب بين الذكرى وعناصر البيئة الآمنة حسب نموذج "المعالجة بالمعلومات التكيفية" AIP)) التي ترى أن الدماغ في الحالات الطبيعية يعالج التجارب بشكل طبيعي لكن عند الصدمة يتوقف هذا النظام وتبقى الذكريات الصادمة عالقة وتُخزن في الدماغ بشكل مختل، فتبقى الصور، والأصوات، والمشاعر المرتبطة بالحدث نشطة، وتثير ردود فعل نفسية وجسدية شديدة وغير متناسبة حتى بعد مرور سنوات .(Shapiro, 2018) ويجد المتعالج صعوبة بتطوير مفاهيم جديدة ما يؤدي لمواجهة تجربة مؤلمة وردود فعل تفكيكية، ولهذا يتوجب تحديد هذه الانسدادات ومعالجتها من قبل المعالج النفسي (شرابطة وطاجين، 2024). من خلال حركات العين ثنائية التوجيه أو التحفيز الثنائي (كاللمس أو الصوت) مما يساعد الدماغ على معالجة الذكريات الصادمة وإعادة تخزينها بشكل تكاملي يسمح للمصاب بإعادة ربط الذكرى المؤلمة بمعانٍ جديدة، وتخفيف شدتها العاطفية. وتتكون تقنية (EMDR) من ثماني مراحل، بدءًا من جمع تاريخ المريض وتقييم الصدمة، وصولًا إلى إعادة المعالجة وإعادة التقييم .(Shapiro, 2018) وقد أظهرت دراسات متعددة أن (EMDR)فعّال في تقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، حتى في البيئات التي تشهد صراعات طويلة الأمد، مثل أوكرانيا وسوريا .(Ter Heide et al. 2016)كما بينت دراسة أُجريت على سوريات نازحات أن تقديم جلسات (EMDR)أسهم في تخفيف أعراض الصدمة بشكل فعال (Hamid et al., 2024). وفي دراسة أُجريت بالعراق، تم اختبار بروتوكول تقنية (EMDR)معدّل (Blind 2 Therapist) على الناجين من تنظيم داعش وأظهرت النتائج انخفاضًا في شدة الذكريات المؤلمة مما يعكس قدرة النموذج المعدّل على الاستجابة للاحتياجات النفسية المعقدة في بيئات النزاع (Farrell et al., 2022) .

دمج تقنيات العلاج المعرفي السلوكي CBT)) و (EMDR)

تذكر بعض الدراسات أن المرضى الذين يعانون من صدمات مركبة قد يحتاجون لتقنيات علاجية أكثر شمولا وتخصصا من خلال منهجيات علاجية متعددة الأبعاد أكثر فاعلية .(Bongaerts et al., 2022)وتبين الأدبيات العلمية أن كلًا من العلاج السلوكي المعرفي وتقنية (EMDR)يمتلكان آليات عمل مختلفة يمكن أن تعمل مع بعضها في معالجة أعراض الصدمة .(Lin et al., 2022) ويُحدث الدمج بين النموذجين تأثيرًا تراكميًا في علاج الصدمات المعقدة، حيث يعالج(CBT) المعاني الإدراكية بينما يتعامل(EMDR) مع الذكريات الحسية والعاطفية (Valiente-Gómez et al., 2017) . وفقا (Matthijssen & Menses. 2024) فإن هذا الدمج يمكّن الممارسين من اتباع منهج شامل يقوم على التعرض التدريجي للذكريات المؤلمة مع توفير الدعم العاطفي اللازم للتعامل مع المشاعر الناجمة عنها من خلال استغلال الفوائد المتبادلة لكلٍّ منهما، فيركز العلاج السلوكي المعرفي على إعادة هيكلة التفكير السلبي وتطوير استراتيجيات المواجهة، وتعمل تقنية (EMDR) على معالجة الذكريات الصادمة من خلال آلية "المعالجة بالمعلومات التكيفية" والتي تقلل الاستثارة العاطفية المرتبطة بالتجارب المؤلمة.

مراحل تصميم البرنامج التدريبي

تم إعداد البرنامج التدريبي للأخصائيين النفسيين في ظل ظروف استثنائية تمر بها غزة، حيث تتعرض لحرب إبادة وانعدام لخدمات الكهرباء والإنترنت ومحدودية الموارد الأكاديمية، مما شكّل تحديًا معقدًا استلزم المواءمة بين الإطار النظري والتطبيق العملي الميداني. وتتضمن:

1. تحديد الأهداف التدريبية: اكساب المشاركين المعرفة الشاملة في نظريات الصدمة وآليات العلاج المدمج. وتطوير مهارات المعالج النفسي العملية.
2. المواد التدريبية: تم الاطلاع على مواد تدريبية متنوعة تتناول نظريات علاج (CBT)وتقنية (EMDR)والاستعانة بأمثلة واقعية تزوِد المتدربين بفهم ملموس لكيفية ظهور الأعراض النفسية والتعامل معها ضمن سياقات يومية .(Mikkonen, 2024) واستخدام المحاضرات النظرية وورش العمل، حيث وجد (Shukla et al. 2021)أنّ ورش العمل تحسن سلوكيات الدعم لدى المعالجين المتمرنين. كما تم تطبيق تقنية تمثيل الأدوار التي تتيح للمشاركين ممارسة مهارات الاستماع والمعالجة بالمحاكاة. وقد وجد (Kühne et al. 2022) أن تضمين تمارين النمذجة ضمن ورش عمل قصيرة أدّى إلى تحسين أداء المتدربين في مهام المقابلة والإرشاد النفسي .
3. التدريب الميداني: تم تنفيذه مع مشرفين متخصصين بالميدان، حيث أشارت دراسة (Brattland et al. 2022)أن اعتماد نموذج التلمذة المهنية يرفع مهارات الطلاب مقارنة بالتدريب التقليدي وحده.
4. التقييم والمتابعة: تم اعتماد اختبار قبلي واختبار بعدي ومقابلات كأدوات تقييم لقياس مدى فاعلية البرنامج. وتم تنظيم جلسات متابعة مستمرة وتدريب ميداني لضمان استمرارية التطبيق العملي وتحسين الأداء بناءً على التغذية الراجعة.

أهمية التدريب للمعالجين

تكمن أهمية التدريب في اكساب المتدربين المعرفة النظرية والعملية في كل من علاج (CBT)وتقنية (EMDR) وذلك لتأهيلهم للتعامل مع الحالات المعقدة. ويمثل التدريب المهني المستمر للمعالجين حجر الزاوية لتقديم خدمة فعالة. وقد أظهرت دراسة (Beckmann et al. 2022) أن التدريب المُكيف ثقافيًا في إقليم كردستان العراق حسّن كفاءة المعالجين وقدرتهم على معالجة الصدمات. كما وجدت دراسة المراجعة المنهجية لـ (Mikkonen. 2024)أن التدريب المتخصص في العلاج المعرفي السلوكي (CBT) أسهم في تعزيز الكفاءة السريرية للمعالجين، خاصة عند دمجه بالإشراف المهني . وتشير دراسة (Ensink et. 2023)إلى أن طلاب علم النفس الذين تلقوا تدريبًا إكلينيكيًا متقدمًا أظهروا مستويات أعلى من مهارات التفكير العقلي مقارنة بغيرهم. وبالنظر للفجوة بين حجم المعاناة وندرة البرامج التدريبية والممارسين برزت الحاجة لتصميم برامج تدريبية مهنية تمكن العاملين من تقديم تدخلات فعّالة ملائمة للسياق المحلي يكون للاشراف المهني دورًا جوهريًا في ضمان الالتزام بالبروتوكولات العلاجية وتعزيز نتائج المرضى،وأظهرت دراسة أجرتها الجمعية الأمريكية للعلاج النفسي أن الإشراف المنتظم يسهم في تحسين جودة الخدمات المقدمة وتقليل معدلات الإرهاق المهني .(Seegan et al., 2023)كما أن احتمالية تلقي مرضى الصدمة للعلاج تزداد كلما زاد وقت تدريب الممارسون .(Rajkumar et al., 2025) .

المنهجية:

اعتمدت الدراسة المنهج النوعي لاستكشاف تجارب المدربين والمتدربين، وهو نهج مناسب للسياقات الفريدة مثل حرب غزة. وفي سياق مشابه استخدم بيكمان وآخرون (2022) منهج دراسة حالة مجتمعية في إقليم كردستان العراق لتقييم تجربة تدريب المعالجين، مما سمح بفهم عميق للتحديات والفرص في بيئات ما بعد النزاع. وتم استخدام المقابلات الفردية والجماعية شبه منظمة (البؤرية) كأدوات رئيسية لجمع البيانات. وتم تحليل البيانات موضوعياً باستخدام برنامج MAXQDA .

موقف الباحث:

انطلاقًا من الخبرة الميدانية التي يمتلكها الباحثون في تقديم الدعم النفسي لسكان قطاع غزة حيث تعمل إحدى الباحثات مشرفة في المؤسسة الألمانية للعلاج النفسي والأخرى رئيسة وحدة البرامج الأكاديمية ببرنامج غزة للصحة النفسية والباحث الثالث معالج ومدرب نفسي في عيادة تابعة لوزارة الصحة. وجميع الباحثين من أبناء غزة، وتعرضوا لفقد بيوتهم ونزحوا وقد فقد أحدهم زوجته وأخيه في قصف اسرائيلي، ويتواجد اثنين منهم في غزة ويعيشون ظروف الحرب، وعليهم مسؤولية أخلاقية لتقديم الخدمات النفسية لضحايا حرب الإبادة، وبعد مراجعة دراسات حول فاعلية (CBT و EMDR)كلٌّ على حدة في علاج الصدمات، لاحظ الباحثون أن الدراسات التي تناولت دمجهم في سياقات الأزمات الإنسانية محدودة، ما دفعهم لتبنّي هذا الاتجاه لسد هذه الفجوة البحثية. ويرى الباحثون أن اعتماد نموذج علاجي يجمع بينهما يشكّل استجابة عملية وفعالة للاحتياجات. وقد لاحظوا من خلال الممارسة أن الاعتماد على أحد المنهجين بمفرده قد لا يكون كافيًا لمعالجة التعقيد العاطفي والذهني الناتج عن الصدمات المتكررة. وبناءً على ذلك، جاء موقفهم داعمًا لدمجهما، لما يوفره من توازن بين إعادة هيكلة التفكير والسلوك، ومعالجة الذكريات الصادمة على المستوى العصبي والعاطفي، خاصة في ظل غياب الخدمات النفسية المتخصصة وصعوبة الوصول إليها. كما أن تطوير برنامج تدريبي علاجي متكامل يستند لهذا الدمج يسهم في بناء قدرات الأخصائيين المحليين ورفع جودة الخدمات النفسية في بيئة تعاني من صدمة جماعية مستمرة.

وصف مكان وسياق وتاريخ الدراسة

تم تطبيق البرنامج التدريبي في مدينة غزة خلال الفترة من 5 أكتوبر 2024 حتى 25 ديسمبر 2024، وذلك خلال الحرب وتحت القصف والحصار والجوع المفروض على الشمال مكان تواجد الباحثين والمشاركين، وتم إجراء التدريب والمقابلات داخل بيت أحد الباحثين لعدم توفر أماكن بديلة بسبب الحرب.

جمع بيانات الدراسة.

هيكلية البرنامج التدريبي

تضمن التدريب 13 لقاء، بواقع محاضرتين في كل لقاء وذلك بسبب خطورة الوضع الأمني، ثم تبعه تدريب ميداني في المستشفيات وأماكن النزوح بشكل عملي لمدة شهرين بمعدل 3 ايام اسبوعيا تحت اشراف المدربين.

مجتمع الدراسة

يتكوّن مجتمع الدراسة من جميع المدربين والمتدربين المشاركين في البرنامج التدريبي، وتم اختيارهم بطريقة قصدية. حيث بلغ عدد المشاركين في الدراسة 14 مشاركا، بواقع 3 مدربين و 11متدرب.

أولا: المتدربون:

واجه الباحثون صُعوبةً في العثور على أخصائيين نفسيين مُمارسين في شمال غزة بتاريخ يوليو 2024، وذلك بسبب الحرب المستمرة، وانقطاع شبكات الاتصال، وانشغال القلة المُتاحة منهم بالتزامات الحياة اليومية الصعبة. ولِتجاوز هذه التحديات، وبناءً على الحاجة الملحّة للتدخلات النفسية، لجأ الباحثون إلى طلاب قسم علم النفس والخريجين الجدد. تمكّن الفريق من التواصل مع 11 طالبةً وخريجةً أبدينَ استعدادًا لتطوير مهاراتهنّ عبر برنامج تدريبي مكثّف. أما بالنسبة للأخصائيين الذكور، فلم يُعثر على متدربين بسبب ندرة الذكور في التخصص، إلى جانب تدمير قاعدة بيانات الجامعة خلال العدوان الأخير، مما حال دون الوصول إليهم.

ثانيا: المدربون

تم اختيار المدربين وفق معايير محددة، أهمها أن يكونوا من الممارسين للعلاج النفسي، وأن يمتلكوا المهارة اللازمة والاستعداد للمساهمة الفعّالة في إعداد البرنامج التدريبي وتنفيذه.

ويبين جدول ((1 الخصائص الديموغرافية للمشاركين (مجتمع الدراسة)

العدد	النوع	الدرجة العلمية	الخبرة العملية	تصنيف المشاركين
3	66% ذكور 33% اناث	66% بكالوريوس 33% طلاب دكتوراه	100%	مدرب
11	100% إناث	9% ماجستير 27% بكالوريوس 54% طالب	27% لديه خبرة عملية 63% ليس لديه خبرة عملية	متدرب

عينة الدراسة

تكوّنت عينة الدراسة من 9 مشاركين، تم اختيارهم عشوائيًا من مجتمع الدراسة.

جدول (2) يوضح حجم العينة موزعين على المقابلات الفردية.

المشاركين	المقابلات الفردية	الفئة
2	2	المدربون
3	3	المتدربون
5	4	مجموع

يوضح جدول (3) حجم العينة موزعين بين المقابلات البؤرية.

المشاركين	المقابلات البؤرية	االفئة
3	1	المدربون
3	1	المتدربون
6	2	مجموع

أدوات جمع البيانات

اعتمدت الدراسة في جمع البيانات على عدة مصادر، هي:

المقابلات الفردية

تتيح المقابلات الفردية شبه المنظمة التعمق في التجربة الشخصية لكل مشارك، ما يسمح فهم التفاصيل الدقيقة والانفعالات المصاحبة للتجربة التدريبية. أُجريت ثلاث مقابلات فردية مع المتدربات، مقابلتين مع مدربين اثنين. بمتوسط مدة 20دقيقة لكل مقابلة، بإجمالي 100 دقيقة

المقابلات البؤرية

تُتيح المقابلة البؤرية تفاعلًا جماعيًا بين المشاركين وتبادل وجهات النظر، مما يكشف عن أبعاد جديدة للتجربة قد لا تظهر في المقابلات الفردية. وقد تم إجراء مقابلتين بؤرتين: الأولى مع متدربين مختلفين عن أولئك الذين أجريت معهم مقابلات فردية، والثانية مع المدربين الثلاثة، بعد إجراء مقابلات فردية لاثنين منهم كلٌّ على حدة. صمّم الباحثون أسئلة خاصة بالمقابلات الفردية، وأخرى للمقابلات البؤرية، بما يتناسب مع نوع العينة (مدرّبين – متدرّبين). تراوحت مدة كل مقابلة بؤرية بين 40 و50 دقيقة، بمجموع كلي يقارب 90 دقيقة.

ملاحظات الباحثين

رصد الباحثون سلوكيات المشاركين وتفاعلاتهم غير اللفظية مثل تعابير الوجه، ولغة الجسد، والتفاعل بين المشاركين، مما أضاف بُعدًا إضافيًا لفهم استجاباتهم العاطفية والمعرفية تجاه التدريب.

تحليل الوثائق

تم تحليل دليل البرنامج التدريبي الذي أعده أحد الباحثين، بالإضافة إلى خطط الجلسات والتقارير التقييمية التي أعدها المشاركون، مما أضاف بُعدًا توثيقيًا للدراسة. كما تم تفريغ وتحليل المقابلات كجزء من عملية التحليل.

دليل المقابلات

تم تصميم دليل مقابلات شبه المنظَّمة، بحيث يتيح قدراً من المرونة أثناء طرح الأسئلة، مع ضمان تغطية جميع موضوعات الدراسة. تم تطوير الدليل استنادًا إلى مراجعة الأدبيات ذات الصلة وأهداف الدراسة. وقد تمت مراجعتها من قِبل خبراء في البحث النوعي وعلاج الصدمات، لضمان صلاحيتها وملاءمتها للثقافة المحلية. كما تم اختبارها تجريبيًا لضمان وضوحها وفعاليتها. اشتمل الدليل على أسئلة مفتوحة تتناول تجارب التدريب، والتحديات التي واجهها المشاركون، وتأثير البرنامج على ممارساتهم. ومن أمثلة الأسئلة الموجهة للمدربين: "صف تجربتك في تقديم البرنامج التدريبي؟" و"ما هي الجوانب التي وجدتها الأكثر تحديًا؟" أما الأسئلة الموجهة للمتدربين، فمنها: "كيف أثر البرنامج التدريبي على ثقتك في التعامل مع حالات الصدمة؟".

الإجراءات

تم إبلاغ المشاركين بأهداف الدراسة وطبيعتها وأهميتها، وتم الحصول على موافقة مستنيرة خطية منهم قبل بدء المقابلات. أعد الباحثون دعوات لإجراء المقابلات، إلى جانب بطاقة مقابلة، تم توزيعها عبر تطبيق واتساب بهدف إرسال التذكيرات وتنظيم مواعيد اللقاءات. أُجريت المقابلات في مكان خاص بالباحثين لضمان الخصوصية وتنظيم العملية بشكل مناسب. تراوحت مدة المقابلات الفردية بين 30 و60 دقيقة، بينما استغرقت الجلسات الجماعية بين 60و90 دقيقة. تم تسجيل جميع المقابلات صوتيًا بإذن من المشاركين، مع ضمان سرية التسجيلات. كما تم تقسيم الوقت في المقابلات البؤرية لضمان مشاركة

متساوية بين الحضور. كانت الأسئلة مرنة للسماح بالتوسع في النقاشات، وتم طرح أسئلة متابعة بناءً على إجابات المشاركين للاستيضاح والتعمق في الموضوعات المطروحة.

تحليل البيانات:

تم تحليل البيانات وفق خطوات التحليل الموضوعي. في مرحلة الترميز المفتوح، تمت قراءة كل مقابلة عدة مرات بشكل مستقل، مع تدوين ملاحظات حول المفاهيم الرئيسية، وتقسيم النصوص إلى وحدات ذات معنى وترميزها بشكل أولي. ثم مرحلة الترميز المحوري حيث تم مراجعة الرموز بشكل جماعي للتحقق من صحتها واتساقها، مع تعديل التصنيفات وإعادة ترتيبها. ثم تم تكوين المحاور الرئيسة من خلال تجميع الرموز المتشابهة تحت فئات أو موضوعات رئيسية تعكس الموضوعات المشتركة في البيانات. ساعد برنامج MAXQDA في تصنيف البيانات إلى رموز و موضوعات فرعية، مما وفر الوقت والجهد، مع التحقق المستمر من ضمان تمثيل المحاور لأفكار المشاركين بدقة وموضوعية.

إجراءات التحليل: سُجلت ملاحظات تفصيلية حول التحديات والنجاحات التي عبّر عنها المشاركون، مثل تقديرهم لتنوع أساليب التدريب، والذي صُنّف كمحور قوة رئيسي. ساعدت هذه الملاحظات في تعزيز بناء المحاور الرئيسية التي تعكس الموضوعات المتكررة في البيانات، مما أضاف عمقًا لفهم تجربة المشاركين.

الموثوقية والمصداقية

اولاً: الموثوقية:

تم تفريغ المقابلات يدويًا و قراءتها عدة مرات للتأكد من فهم جميع البيانات الواردة في المقابلات، وضمان الاتساق والدقة في تحليلها. يؤكد (Creswell. 2013)على أهمية التكرار المنهجي للخطوات البحثية. باستخدام برامج MAXQDAعلى ثلاث مراحل تم أولا تحديد الرموز الأولية التي تعكس تجارب المشاركين، مثل: التحديات النفسية، فعالية التدريب، والدعم الجماعي، من خلال قراءة كل باحث للبيانات بشكل مستقل وتحديد الأفكار المتكررة، وهو ما يعرف بالمراجعة المتقاطعة، وقد ثم استخراج العبارات التي تعبّر عن أفكار رئيسية وبعد اتفاق الباحثين، جُمعت الرموز المتشابهة تحت موضوعات رئيسية، وأُعيد إدخالها في البرنامج. ثم قد عرضت النتائج على ثلاث خبراء في البحث العلمي د.أشرف كاجي جامعة ستيلن بوش بجنوب أفريقيا خبير العلاج المعرفي السلوكي، وأ.د.سناء إبراهيم محمد أبو دقة أستاذ مشارك بالجامعة الإسلامية بغزة - كلية التربية – قسم علم النفس. ود.تهاني فورة باحثة ما بعد الدكتوراة في مؤسسة تامبيري للدراسات المتقدمة فنلندا. ومن الجدير بالذكر أنه تم إضافة وتعديل بعض أسئلة المقابلة بعد إجراء المقابلات الأولية بهدف التوضيح والتعمق في النقاش. وقد أظهر التحليل اتفاقًا بنسبة 80%بين المرمزين، مما عزز من موثوقية النتائج.

ثانيا: المصداقية:

عقد الباحثون ورش عمل حول استخدام الأسئلة المفتوحة وتقنيات الاستماع الفعال، بهدف تشجيع المشاركين على التعبير بحرية. وتجنب إظهار ردود فعل قد تؤثر على استجابات المشاركين، مثل الموافقة أو الدهشة، وتم تصميم دليل مقابلات يحتوي على الأسئلة الأساسية وأسئلة المتابعة لضمان توحيد النهج. وتم الرجوع للمشاركين للتأكد من صحة التفسيرات المستخلصة. وقد استُشهد بأقوال المشاركين لدعم النتائج. بالإضافة إلى ذلك، طُلبت آراء زملاء باحثين لمراجعة النتائج لتقليل التحيز الشخصي. وقد تم تطبيق طريقة التثليث في جمع

البيانات عبر استخدام مصادر متعددة، منها مقابلات المدربين والمتدربين، بالإضافة إلى ملاحظات الباحثين. وقد عمد الباحثون فصل المدربين عن المتدربين في المقابلات البؤرية عملا برأي لضمان حرية التعبير وتجنب التأثير.

اعتبارات أخلاقية

حرص الباحثون على الالتزام بالمعايير الأخلاقية المتبعة في البحوث النفسية لضمان حماية حقوق المشاركين والحفاظ على نزاهة البحث حيث اشتملت على الموافقة المستنيرة للمشاركين قبل إجراء المقابلات، وتم توضيح أهداف البحث وطبيعته وأهميته. كما أُبلغ المشاركون بحقهم في الانسحاب في أي وقت، وقد تم استخدام رموز بدلًا من الأسماء وخزنت البيانات على أجهزة محمية بكلمة مرور، ولم يتم مشاركتها إلا مع فريق البحث لأغراض التحليل، وتجنب الباحثون إثارة أي ضغوط نفسية على المشاركين أو التأثير على إجاباتهم.

النتائج ومناقشتها

تحليل البيانات باستخدام برنامج MAXQDAأفرز أربعة محاور رئيسية، تتضمن عدة موضوعات فرعية، وهي كما يلي:

المحور الأول: التجارب العاطفية والمهنية

أفاد المتدربون بتحسن ملحوظ في كفائتهم المهنية والمعرفية نتيجة البرنامج، عبرت إحدى المتدربات: "تعلمت تمارين كثيرة، وصرت أعرف أميز بين الأفكار والمشاعر... وكيف أشتغل مع الحالات." يتماشى هذا التحسن مع نتائج دراسة Beck et al. (2020) التي أكدت أن التدريب المكثف على (CBT) يعزز القدرة على إدارة الحالات المعقدة. وتعبر أخرى "أنا الصراحة اتعلمت أشياء كثيرة، ومنها تمارين الاسترخاء والتنفس واليقظة، وصرت أول شيء أحاول أطبقه على نفسي، ثم أساعد الآخرين ليجربوا ويشعرون بالراحة." وتشير دراسة Beck & Haigh. (2014)إلى أن تقنيات علاج (CBT) تساعد الأفراد على فهم التشوهات المعرفية وتحديها، مما يؤدي إلى تحسين الأداء الشخصي والمهني.

على المستوى العاطفي، ساعد المتدربات على مواجهة الضغوط الشخصية. قالت متدربة: "كنت أحس بالخوف من القصف، بس لما طبقت تمارين التنفس حسيت إني أقوى." وعبرت أخرى: "أنا نفسي حسّيت بتحسن... تعلمت كيف أشتغل على حالي قبل غيري." هذه النتيجة تدعمها دراسة2012) .Hobfoll et al) بأن التدريب النفسي يمكن أن يوفر دعمًا عاطفيًا للمعالجين في بيئات الأزمات. وركزت بعض المتدربات ذوات الخبرة السابقة على تعزيز مهاراتهن المتقدمة بدلاً من تعلم أساسيات جديدة، مما يشير إلى حاجة إلى برامج مخصصة حسب مستوى الخبرة. تتفق نتائج الدراسة الحالية مع بيكمان وآخرون ((2022 الذين وجدوا أن التدريب النفسي في إقليم كردستان العراق حسّن كفاءة المعالجين وقدرتهم على معالجة الصدمات. المدربون من جانبهم، عبروا عن شعور بالمسؤولية المزدوجة: نقل المعرفة ودعم المتدربات نفسيًا. قال أحد المدربين: "كنا نحاول نكمل المحاضرة حتى لو سمعنا القصف، عشان ما نخيب ظن البنات." هذا الصمود يعكس ما وصفته دراسة Hassan et al). (2021 بـ"المرونة المهنية" في سياقات النزاع. لكن المدربون واجهوا تحديًا في موازنة المنهج النظري مع التطبيق العملي، خاصة مع نقص الموارد مثل الكتب والأجهزة ومستلزمات تدريب خاصة.

المحور الثاني: شمولية المحتوى وفاعلية البرنامج

يركز هذا المحور على آراء المشاركين بمحتوى البرنامج التدريبي وفاعلية البرنامج التدريبي وكذلك البرنامج العلاجي. ذكرت إحدى المتدربات: "البرنامج كان شامل... من أول الجلسة لآخرها كلها مترابطة." وأشار المشاركون إلى أن التدريب كان منظمًا ومركزًا على المكونات الأساسية لل(CBT)، مما ساعدهم على فهم العلاج بشكل أفضل. وعبرت المدربة (ش): "البرنامج كان يستهدف حالات اضطراب الصدمة ويستند إلى أكثر من دليل، فهو محكم ومبني على الاحتياج في ظل الحرب". وقد كانت تجربة المشاركين تفاعلية من خلال تنوع أساليب التدريب من ورش عمل، محاضرات، وتمثيل الأدوار، مما عزز أدائهم، وهذا يتوافق مع نتائج دراسات (Acarturk et al., 2016; Beck et al., 2020; Kühne et al., 2022; Shukla, Barkil-Oteo, & Ventevogel, 2021; van der Kolk, 2014) وعن فعالية البرنامج العلاجي علّقت إحدى المتدربات: "طبقت التمرين على نفسي، وخفّت أعراض الصدمة خلال يومين." وهذا يتفق مع دراسات (van der Kolk, 2014; Lin et al., 2022; Matthijssen & Menses, 2024)التي أكدت أن دمج CBT وEMDR) يعالج الأبعاد المعرفية والعاطفية للصدمة بشكل متكامل.

ومن خلال تحليل البيانات تكرر موضوع "الآثار الإيجابية" في (35 مقطعًا، 10.23%) حيث أفادت متدربة تجربتها: "عالجت بنت صغيرة كانت تخاف من صوت القصف، استخدمت (EMDR) وصارت أحسن. هذه نتيجة ملموسة وسريعة تبين قدرة المتدربات على تطبيق التقنيات بما يتوافق مع دراسة (Acarturk et al. 2016) التي وجدت تحسنًا بنسبة 38.9% في أعراض اضطراب الصدمة (PTSD)بين اللاجئين بعد تطبيق (EMDR). وتضيف أخرى: "فعليًا لما أعمل الاسترخاء بالتخيل، بتحس بجو تاني، وفعليًا بتستفيد". لكن هناك قيودًا تتعلق بتفسير فاعلية البرنامج كعلاج مباشر لاضطراب الصدمة حيث تلقى المشاركون تدريبًا مهنيًا وليس علاجًا مباشرًا، كما أن حجم العينة صغير مما يحد من إمكانية تعميم النتائج على الحالات السريرية. وقد يكون التحسّن ناتجًا عن عوامل أخرى، مثل البيئة التفاعلية للبرنامج، وبالتالي قد لا يؤكد بالضرورة فعالية البرنامج كعلاج.

أما عن فاعلية البرنامج التدريبي فقد عبر المشاركين عن رضاهم عن البرنامج، قالت متدربة: "دمج التقنيتين ساعدنا نعالج الذكريات المؤلمة بسرعة، وبعدها نغير الأفكار السلبية" هذا يتوافق مع دراسة (Matthijssen & Menses, 2024).كما أفاد مدرب: "شفنا تحسن كبير في مريضة كانت تعاني من كوابيس، طبقنا عليها البرنامج وصارت أحسن" هذه الأمثلة توضح الإمكانيات العلاجية للنهج المتكامل، لكنها تعكس تجارب تدريبية وليست علاجية مباشرة.

المحور الثالث: عوامل نجاح البرنامج التدريبي في ظروف الحرب

ساهمت عدة عوامل في نجاح البرنامج، أولها خصائص المشاركين الفردية، حيث أظهروا التزامًا عاليًا ومرونة في مواجهة التحديات عبرت بذلك إحدى المتدربات: "اشتغلنا في أصعب ظروف، لكن ما توقفنا". بالرغم أن بعض المتدربات ما زلن في مرحلة التعليم الجامعي، فقد أبدين رغبة عميقة في التعلم والتطبيق، مما ساهم في خلق بيئة تعليمية نشطة وهو ما يعكس مفهوم "الصمود الجماعي" الذي وصفته دراسة (Hobfoll et al. 2012)في بيئات الأزمات بأن تعزيز الموارد الشخصية ومنها التدريب النفسي يحمي مقدمي الرعاية النفسية من الإنهاك. هذه الرغبة في التعلم والتفاعل الإيجابي لامسها أحد المدربين قائلاً: "المشاركون كانوا منضبطين وعندهم حافز داخلي وإقبال على التعلم." وأضاف "خلال الفترة القصيرة، حدث انسجام وتفاهم، وهذا كان شيئًا جيدًا وراقيًا، والأفكار كانت

ناضجة عند الجميع" كما كانت البيئة التعليمية داعمة، كما عبرت متدربة: "صرنا زي عيلة، كنا نشجع بعض" هذا التضامن يعكس نظرية Vygotsky. (1978) حول التعلم الاجتماعي، حيث تعزز التفاعلات البينية التعلم. وقد ساهمت مرونة البرنامج، مثل تمديد المحاضرات لتعويض الانقطاعات، في استمراريته، وهو أشار إليه أحد المدربين:"كنا نجد حلولًا سريعة لكل مشكلة." هذا يتفق مع دراسة Hassan et al. (2021) التي أكدت أهمية التكيف في مناطق النزاع. ومع ذلك، لم تُقيّم فعالية هذه العوامل مقارنة ببرامج أخرى، مما يحد من إمكانية التعميم.

المحور الرابع: التحديات في سياق الحرب

أظهر تحليل MAXQDA أن موضوع "تحديات أثناء التدريب" هو الموضوع الأبرز حيث تكرر في (106 مقطع، بنسبة 31%)، مع التركيز على "صعوبات الحرب" (50مقطعًا،.(10.45% على سبيل المثال، قال مشارك: "كان كتير يصير قصفات واحنا موجودين هان في التدريب". وقد واجه المشاركون تحديات أمنية وشخصية وبيئية فريدة بسبب حرب الإبادة، أفادت متدربة: "كنت أخاف أطلع من البيت للتدريب، بس كنت أقول لازم أتعلم عشان أساعد الناس". هذا الصراع بين الخوف والالتزام يتفق مع دراسة Ashbaugh et al. (2021) بوجود تحديات أمنية للعاملين في المجال النفسي بغزة. وعلى المستوى الشخصي، عانت بعض المتدربات من ضغوط نفسية قالت إحداهن: "كنت أحيانًا أبكي لما أسمع قصص زي قصتي." هذه التجربة تشير إلى تحدي "إعادة الصدمة الثانوية" (secondary traumatization). وقد أشار بعض المتدربين إلى صعوبة تطبيق EMDR بسبب نقص المشرفين المتقنين للتقنية. وهو ما عبرت عنه متدربة: "كنت خايفة أغلط بالجلسة لأن مافيش حد يراجعني". وأشار مدرب إلى نقص الأخصائيين النفسيين بسبب النزوح، قائلا: "النقص والندرة في عدد الأخصائيين في غزة وشمالها سببه نزوح نسبة كبيرة منهم إلى جنوب القطاع أو السفر الى خارج القطاع ، والباقون قليلون و منشغلون بأعباء الحياة اليومية المرهقة وتوفير الاحتياجات الأساسية للأسرة، فكان من الضروري تدريب مجموعات جديدة من الخريجين وطلاب علم النفس والإرشاد النفسي لسد هذه الفجوة". كما تؤكده دراسة (Ashbaugh et al., 2021). كما أثر نقص المدربين ذوي الخبرة، وتدني المستوى المهني للمتدربين سلبًا على النتائج المرجوة، تدمير المكتبات والجامعات وانقطاع الانترنت زاد من التحديات الوصول للمعلومة، وهو ما أشار إليه المدرب "س": "حاولنا واجتهدنا لتنظيم الأمور، كانت صعبة جدًا خاصة أننا نعيش في ظروف غير طبيعية" وأضاف: "الموارد والدعم متوفرون بصعوبة شديدة، وحتى الضيافة التي تعتبر أقل شيء، كنا نعاني للحصول عليها، وما في مال" وأشار المدرب "ب" إلى ضيق الوقت وصعوبة الوصول إلى الإنترنت والمواد العلمية في ظل الحرب. وذكرت المتدربة "ح" تحديات أخرى قائلة: "المواصلات صعبة جدًا، والقصف العشوائي يجعل الخروج من المنزل مخاطرة كبيرة"

مناقشة نقدية

تميزت الدراسة بكونها صممت استجابة لاحتياجات فعلية لدى الأخصائيين، وقدّمت نموذجًا تدريبيًا يأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي والمجتمعي. تؤكد النتائج أن البرامج التدريبية المدمجة يمكن أن تكون فعالة في سياقات الحرب، بشرط أن تُصمَّم بمرونة وحساسية ثقافية تراعي خصوصية السياق. وقد أتاح البرنامج نهجًا شاملًا لمعالجة الصدمات النفسية، مدعومًا بعوامل مساعدة مثل مرونة المشاركين ووجود بيئة تعليمية داعمة. ومع ربط النتائج بالأدبيات العلمية ظهر للباحثين بعض التحديات منها أولًا، حجم العينة الصغير (9 مشاركين) قد لا يعكس تنوع التجارب. ثانيًا، مشاركة

الباحثين في سياق الحرب قد أثرت على تفسيرهم، مما استدعى تثليث البيانات (مثل استخدام مراقبين خارجيين). ثالثًا، لم تُستكشف الفروقات في التجارب بناءً على العمر أو الخلفية المهنية بعمق.

التوصيات

استنادًا إلى تجارب المشاركين وتحديات سياق غزة، نقترح التوصيات التالية لتعزيز البرنامج التدريبي المتكامل للعلاج المعرفي السلوكي (CBT) وإزالة التحسس بحركة العين وإعادة المعالجة :(EMDR)

1. تعزيز التدريب العملي: تخصيص 50%من البرنامج لجلسات ميدانية في عيادات الصحة النفسية، مع إشراف مباشر، لتلبية طلب المتدربين مثل "نبغى تدريب عملي أكثر." يُنصح باستخدام تسجيلات الجلسات لتحليلها في مجموعات إشرافية، مما يعزز الكفاءة السريرية كما أكدت دراسة Beck et al. 2020).)
2. اعتماد برامج مدمجة لعلاج الصدمات مع مراعاة السياق الثقافي في غزة.
3. ضمان الاستدامة: توفير إشراف ميداني بعد التدريب، لدعم تطبيق المهارات في ظل تحديات مثل نقص الموارد، كما ذكرت إحدى المشاركات "كنت خايفة أغلط بالجلسة لأن مافيش حد يراجعني". هذه التوصية تتفق مع بيكمان وآخرون (2022)، الذين أكدوا على أهمية الدعم المستمر للمعالجين في سياقات ما بعد النزاع لضمان استدامة الكفاءات المكتسبة
4. تصميم برامج مخصصة: تطوير برامج تدريبية مبنية على مسوحات دورية لتحديد الاحتياجات النفسية لفئات محددة مثل الأطفال (باستخدام اللعب العلاجي) و النساء الناجيات، بناءً على اقتراح "كنا نحتاج تدريب على علاج الأطفال"، مع مراعاة القيم الثقافية لغزة والمرونة لمناسبة للوضع الأمني.
5. إجراء دراسات تتبعية لتقييم تأثير دمج CBT وEMDR) على مرضى (PTSD)في سياقات مشابهة، باستخدام مقاييس موحدة مثل (CAPS-5)، لتأكيد فعالية البرنامج كعلاج، معالجة القيد الحالي بأن "تأثير البرنامج على المرضى لا يزال قيد الاختبار".

الخاتمة.

أوضحت الدراسة أن إعداد وتنفيذ برامج تدريبية نفسية متخصصة، تجمع بين (CBT)وتقنية (EMDR)، يمكن أن يكون فعّالًا في تطوير مهارات المشاركين للتعامل مع حالات الصدمة في بيئة غير آمنة .إن النجاح الملحوظ للبرنامج، في ظل غياب الموارد والاستقرار، يؤكد أن الإرادة، والتصميم الجيد للبرامج، والدافعية الذاتية، والمرونة التنظيمية، قادرة على إحداث فرق حقيقي في حياة الأفراد المتأثرين بالنزاع. تقول المتدربة "ف": "أنا صراحة أول مرة أطلع من الدار كانت لهذا التدريب... التدريب حسسني بالأمان وخلاني أتحمس أي رغم الخوف". هذه الدراسة تبين أهمية التدخلات النفسية المتخصصة في ظل الحروب، فهي تساعد على تعزيز الصمود المجتمعي ومهارات التكيف مع واقع مؤلم. لقد لامس الباحثون أن الدعم النفسي لا يمكن أن يكون من بيئة مختلفة؛ بل يجب أن يكون متجذرًا في الثقافة المحلية، حساسًا للواقع اليومي، وقادرًا على التكيف مع الظروف الطارئة. فقد أجمع المشاركون على أن وجود

مجموعة داعمة، وتطبيق المهارات عمليًا كان له أثر كبير في تجاوز الخوف والقلق، حتى مع استمرار القصف ونقص الموارد.

توضح نتائج الدراسة إلى الحاجة لتبني نماذج تدريبية مواءمة تستند إلى فهم عميق لتجارب العاملين والمتدربين في الميدان، لتعقيدات المجتمع الغزي، وتشير قيود الدراسة، مثل حجم العينة الصغير، إلى الحاجة لدراسات مستقبلية لتقييم تأثير البرنامج على مرضى اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) باستخدام مقاييس سريرية موحدة. تُعد هذه الدراسة خطوة أولى نحو تطوير برامج تدريبية نفسية مستدامة تدعم الصحة النفسية في المجتمعات المتضررة من النزاعات.

المراجع العربية

1. برنامج غزة للصحة النفسية. (2023). التداعيات المرتبطة بالصحة النفسية واستجابة برنامج غزة للصحة النفسية. https://www.facebook.com/gcmhptested/posts/885779916913015/
2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. (2023). أوضاع الفلسطينيين في نهاية عام 2023، عشية رأس السنة الجديدة. https://www.pcbs.gov.ps/postar.aspx?ItemID=4675&lang=ar
3. شرابطة ح., & طاجين س. (2024). (دراسة حالة) EMDR إعادة البناء المعرفي للاعتقاد بالتحكم لدى الشخص المصدوم بتقنية النسج المعرفي في العلاج ب. مجلة أنسنة للبحوث و الدراسات, 15(1), 30–49. https://asjp.cerist.dz/en/article/255264
4. وزارة الصحة الفلسطينية – غزة. (2025، 1 يونيو). التقرير الإحصائي اليومي لعدد الشهداء والجرحى جراء العدوان الإسرائيلي على قطاع غزة. تم الاسترجاع من https://www.facebook.com/MOHGaza1994/posts/1027298082908467/

المراجع الاجنبية

5. Acarturk, C., Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T. (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: Results of a randomized controlled trial. Psychological Medicine, 46(12), 2583–2593. https://doi.org/10.1017/S0033291716001070

6. Aldabbour, B., El-Jamal, M., Abuabada, A., et al. (2025). The psychological toll of war and forced displacement in Gaza: A study on anxiety, PTSD, and depression. Chronic Stress, 9. https://doi.org/10.1177/24705470251334943
7. American Psychological Association. (n.d.). Cognitive behavioral therapy. https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/cognitive-behavioral-therapy

8. Ashbaugh, L. J., & Al-Amri, S. (2021). Mental health challenges and resources in the Gaza Strip. World Psychiatry, 20(3), 420–421.
9. Bahu, M. (2019). War, trauma and culture: Working with Tamil refugees and asylum seekers using culturally adapted CBT. The Cognitive Behaviour Therapist, 12, Article e46. https://doi.org/10.1017/S1754470X1900031X
10. Beck, A. T., & Haigh, E. A. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. Annual Review of Clinical Psychology, 10(1), 1–24. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734
11. Beck, A. T., Himle, J. A., Woodruff-Borden, J., Shipherd, J. C., & Hayes, S. C. (2020). Principle-informed CBT in a complex case. Cognitive and Behavioral Practice, 27(2), 150–161. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.09.001
12. Beckmann, J., Wenzel, T., Hautzinger, M., & Kizilhan, J. I. (2022). Training of psychotherapists in post-conflict regions: A community case study in the Kurdistan Region of Iraq. Frontiers in Psychiatry, 13, 947903. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.947903
13. Beiraghdar, F., Momeni, J., Hosseini, E., Panahi, Y., & Negah, S. S. (2023). Health crisis in Gaza: The urgent need for international action. Iranian Journal of Public Health, 52(4), 789–800. https://doi.org/10.18502/ijph.v52i4.12444
14. Bolton, P., Bass, J., Betancourt, T., Speelman, L., Onyango, G., & Neugebauer, R. (2014). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for depression and PTSD among Ugandan IDPs. JAMA, 311(7), 691–699. https://doi.org/10.1001/jama.2014.123
15. Bongaerts, H., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2022). Fully remote intensive trauma-focused treatment for PTSD and Complex PTSD. European Journal of Psychotraumatology, 13(1), Article 2031274. https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031274
16. Bordman, M. (2024). Practical guide to eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Anglo-Egyptian Library.
17. Brattland, H., Holgersen, K. H., Vogel, P. A., Anderson, T., & Ryum, T. (2022). An apprenticeship model in the training of psychotherapy students: Study protocol for a randomized controlled trial and qualitative investigation. PLOS ONE, 17(8), Article e0272164. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272164

18. Carpiniello, B. (2023). The mental health costs of armed conflicts—A review of systematic reviews conducted on refugees, asylum-seekers and people living in war zones. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(4), Article 2840. https://doi.org/10.3390/ijerph20042840
19. Creswell, J. W. (2013). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (3rd ed.). SAGE Publications.
20. Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy, 38(4), 319-345. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0
21. Ensink, K., Normandin, L., & Fonagy, P. (2023). Does clinical training improve mentalization skills in future therapists? Frontiers in Psychology, 14, Article 1066154. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1066154
22. Farrell, M., Fisher, S., Konuk, E., MacManus, J., McCormack, L., Murfet, R., & Reid, S. (2022). A Stage 1 pilot cohort exploring the use of EMDR therapy. Frontiers in Psychology, 13, Article 901855. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.901855
23. Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2019). Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences. Oxford University Press.
24. Gaza Community Mental Health Programme. (2024). There, People Suffer And Die: A Qualitative Analysis Report 2024. Gaza: GCMHP.https://www.gcmhp.org/publications/4/220
25. Hamamra, B., Mahamid, F., & Bdier, D. (2025). Trauma and sleep disruption in Gaza. BMC Psychology, 13, Article 284. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02599-y
26. Hamid, A., Al-Masri, N., & Qasem, R. (2024). Mental health and conflict: A pilot of an online EMDR intervention. Frontiers in Public Health, 12, Article 1295033. https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1295033
27. Hassan, G., Ventevogel, P., Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., & Kirmayer, L. J. (2021). Mental health in Palestine: A review of the literature. The Lancet Psychiatry, 8(12), 987–994. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00308-5
28. Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., & Brymer, M. J. (2012). The impact of prolonged exposure to political violence. Social Science & Medicine, 74(1), 85–93. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.023

29. Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., & Lena, L. (2011). EMDR therapy for children and adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(5), 575–582. https://doi.org/10.1037/a0024779
30. Kasparik, B., et al. (2025). Investigating factors influencing utilization of trauma-focused CBT... Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 19(7). https://doi.org/10.1186/s13034-025-00622-4
31. Khan, A., et al. (2025). A comparative exploration of EMDR vs CBT in Pakistan… Clinical Psychology & Psychotherapy, 32(1), 1-14. https://doi.org/10.1002/capr.12870
32. Kühne, F., Heinze, P. E., Maaß, U., & Weck, F. (2022). Modeling in psychotherapy training: A randomized controlled proof-of-concept trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 90(12), 950–956. https://doi.org/10.1037/ccp0000780
33. Lin, Y., Zhang, Y., & Wang, L. (2022). Effectiveness of CBT combined with EMDR. Computational and Mathematical Methods in Medicine, 2022, Article 9473919. https://doi.org/10.1155/2022/9473919
34. Matthijssen, S. J. M. A., & Menses, S. D. F. (2024). Intensive online trauma treatment. Frontiers in Psychiatry, 15, Article 1370358. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1370358
35. Mawar, L., Rahmadi, M. A., Nasution, H., & Sihombing, N. (2025). Comparison of evidence-based treatment protocols... JRIKUF, 3(2). https://doi.org/10.57213/jrikuf.v3i2.603
36. McGuire, A., et al. (2025). Use of CBT in Veterans Health Administration. Health Services Research. https://doi.org/10.1111/1475-6773.14604
37. Mikkonen, K. (2024). Learning outcomes of e-learning in psychotherapy. Journal of Medical Internet Research, 26, Article e54473. https://doi.org/10.2196/54473
38. Molero-Zafra, M., Fernández-García, E., Mitjans-Lafont, M., Pérez-Marín, M., & Hernández-Jiménez, C. (2024). Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: A randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. Frontiers in Psychiatry, 15, 1360388. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1360388

39. Moza B. & Yudiarso A. (2023). CBT sebagai intervensi trauma... Jurnal Psikologi Udayana.
40. Nikmorad, A. R., et al. (2014). Comparison of EMDR and CBT for PTSD in war injured... Journal of Social Issues & Humanities, 2(8), 166–170.
41. Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based CBT... Clinical Psychology & Psychotherapy, 19(4), 283–290.
42. Rajkumar, R. P. (2025). Telomere Dynamics in Post-Traumatic Stress Disorder: A Critical Synthesis. Biomedicines, 13(2), 507. https://doi.org/10.3390/biomedicines13020507
43. Seegan, P. L., et al. (2023). Enhancing quality of care through EBP... American Journal of Psychotherapy, 76(3). https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220015
44. Shapiro, F. (2018). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). Guilford Press.
45. Shriteh, I. Z., Habboub, E. A., Al Jerjawy, M. F., & Shriteh Association for CBT (Conducting Organization). (2025). *Prevalence of PTSD among displaced civilians in Gaza following the 2023 war: A cross-sectional study* [Unpublished manuscript].
46. Shukla, S., Di Bartolomeo, A. A., Westra, H. A., Olson, D. A., & Shekarak Ghashghaei, N. (2021). The impact of a deliberate practice workshop on therapist demand and support behavior with community volunteers and simulators. Psychotherapy, 58(2), 186–195. https://doi.org/10.1037/pst0000333
47. Ter Heide, F. J. J., Mooren, T. M., Kleijn, W., de Jongh, A., & Kleber, R. J. (2011). EMDR versus stabilisation in traumatised asylum seekers and refugees: Results of a pilot study. European Journal of Psychotraumatology, 2, 5881. https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5881
48. United Nations High Commissioner for Refugees. (2025). Ukraine: Humanitarian needs and response plan 2025. https://reporting.unhcr.org/operational/situations/ukraine-situation
49. van der Kolk, B. A. (2014). The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma. Viking.

50. Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Pérez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. Frontiers in Psychology, 8, 1668. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668ResearchGate
51. Vygotsky, L. S. (1978). Mind in society: The development of higher psychological processes. Harvard University Press.
52. Wild, J., Ehlers, A., & Clark, D. M. (2020). A longitudinal study of the cognitive model of PTSD in trauma survivors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88(4), 361-372.
53. World Health Organization. (2023). Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf

Expanded Abstract

This qualitative study aims to investigates the experiences of trainers and trainees in a training program integrating Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in order to approch the Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) concerning the Gaza War (October 2023–April 2025). The program was Implemented in Gaza City from November 5 to October 25, 2024, under conditions of siege, displacement, and continuous armed attacks, the study aims to recognise the professional and psychological impact of the program, detect challenges, and provide recommendations for future training in war zones. The program, consisting of 13 theoretical sessions followed by two months of practical field training, tailored mental health professionals and psychology students to supply them with skills to support trauma survivors.

The study population consisted of all participants involved in the integrated training program, totaling 14 individuals: 3 trainers and 11 trainees. Given the qualitative nature

of the study and its aim to explore experiences in depth, a purposive sample of 9 participants was selected to represent the different categories within the program.The sample included six trainees, three of whom participated in semi-structured individual interviews, while the other three took part in focus group discussions. In addition, three trainers were included—two of them participated in individual interviews, and all three took part in the trainers' focus group discussion. The program was designed for psychological specialists providing mental health support in Gaza—a context of extreme adversity, war, and scarce resources. It aimed to deepen knowledge of trauma theories (e.g., CBT, EMDR) while strengthening therapeutic skills through diverse methods: lectures, workshops, case studies, and role-playing exercises. Supervised field training followed an apprenticeship model to reinforce skill development. To evaluate outcomes, pre- and post-assessments, interviews, and follow-ups were implemented, fostering continuous improvement and practical integration of learning.

It is important to note that some participants were involved in both the individual and focus focus interviews. However, distinct interview guides were used for each type of interview, specifically designed to explore different aspects of the training experience. The individual interviews focused on personal reflections and individual learning processes, whereas the focus group discussions aimed to stimulate interactive dialogue and collective insight, highlighting both shared and divergent perspectives. Data were analyzed thematically using MAXQDA software. The purposive sample revealed the scarcity of male specialists due to war-related displacement and destruction of university databases. Four main themes appeared : (1) Emotional and professional experiences,emphasizing improved trainee competence and self-efficacy; (2) Program content and effectiveness, emphasizing the comprehensive integration of CBT and EMDR; (3) Success factors, including participant resilience and a supportive learning environment; and (4) Challenges, such as security risks, resource scarcity, and secondary traumatization.

Findings showed that the program significantly enhanced trainees’ skills in managing complex trauma cases, with participants reporting minimized personal trauma symptoms through techniques resembling relaxation and mindfulness. Trainers noted the program’s adaptability to wartime limitation, though they encountered challenges balancing theoretical and practical components. The study corresponds with prior research (e.g.,

Matthijssen & Menses, 2024; Lin et al., 2022) on the efficacy of combined CBT and EMDR approaches, offering a culturally sensitive model for Gaza's context. Limitations include the small sample size (n=9 for analysis) and potential researcher bias due to their immersion in the war context, mitigated through data triangulation and external expert review.

Recommendations include enhancing applied training (50% of the program), ensuring six-month post-training supervision, and coordinating with international organizations to provide digital resources. Future research should evaluate the program's direct impact on PTSD patients using standardized measures like CAPS-5. This study underscores the potential of integrated training programs to build local mental health capacity in crisis settings, emphasizing resilience, cultural sensitivity, and adaptability.