

چکیده

هدف اصلی مراکز شبه خانواده تامین کارکرد های اصلی خانواده برای کودکان بی سرپرست و بد سرپرست می باشد اما صرف انتقال این کودکان از محیط آسیب رسان خانواده به محیطی با آسیب های کمتر کافی به نظر نمی رسد و سوگ ناشی از فقدان خانواده این کودکان را در معرض آسیب های روان شناختی، مشکلات رفتاری، مشکلات تحصیلی قرار می دهد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش مشکلات درونی سازی شده- برونی سازی شده کودکان بی سرپرست و بد سرپرست بود. روش پژوهش: در این پژوهش، ۲۰ کودک دختر مقطع ابتدایی از دو خانه کودک شرکت کردند که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل نما قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۶ جلسه، به مدت سه بار در هفته در جلسات بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی شرکت نمودند و مربیان برای تمامی آزمودنی ها به سیاهه رفتاری آچنباخ(فرم والد) در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (یک ماه بعد از اتمام مداخله) پاسخ گفتند به منظور تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته های پژوهش: نتایج این پژوهش نشان داد که بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش معنادار مشکلات درونی سازی شده در مرحله پس آزمون ($P < 0/005$) و مرحله پیگیری ($P < 0/001$) شده است. همچنین بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی موجب کاهش معنادار مشکلات برونی سازی شده در مرحله پس آزمون ($P < 0/001$) و پیگیری ($P < 0/001$) شده است. همچنین نتایج پژوهش برای فرضیه های فرعی نشان داد که خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب، سلوک و پرخاشگری را از مرحله پیش آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشتند. نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری در بین کودکان و به پیامد های نامطلوب آن از جمله بروز مشکلات جدی تر در بزرگسالی، درمان مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده از اهمیت بالایی برخوردار است و بازی درمانگری شناختی رفتاری با ارائه تکنیک های شناختی-رفتاری و طراحی و اجرای بازی خاص هر مشکل موجب کاهش مشکلات درونی سازی شده و مشکلات برونی سازی شده در کودکان بی سرپرست و بد-سرپرست شده است و این درمان با توجه به جذابیت آن برای کودکان توصیه می گردد.

کلید واژه ها: بازی درمانگری شناختی رفتاری، کودکان بدسرپرست و بد سرپرست، مشکلات درونی سازی شده، مشکلات برونی سازی شده.

فصل اول

مقدمه پژوهش

کودکان زمانی فردی مفید برای اجتماع خود خواهند بود که در محیط خانوادگی سالم، مستحکم و امنی تربیت شده باشند. بدون شک کودکی می تواند به آینده مملکت خود به بهترین نحو موثر باشد که دوران کودکی و نوجوانی خود را در آغوش گرم خانواده‌ای گذرانده باشد، که به تمام جنبه‌های رشدی (شناختی، هیجانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی) وی توجه کرده باشند. یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی کودکان بی سرپرست^۱ و بد سرپرست^۲ شده اند، این کودکان به سبب حوادث و وقایع گوناگون والدین خود و یا یکی از آنان را از دست داده اند و فاقد اقوام سببی و نسبی که قادر به نگهداری از آنان باشند، هستند(راینر^۳، ۲۰۱۲؛ نظری، ۱۳۷۸).

مسئولیت نگهداری از کودکان بی سرپرست و بد سرپرست در کشور ما بر عهده سازمان بهزیستی است. امروزه هدف اصلی ارائه خدمات اجتماعی، مؤسسه زدایی و تقویت حضور خانواده است تا به احیای کردن کارکردهای خانواده پردازد. سامان دهی و تجهیز منابع و امکانات با این هدف صورت می گیرد که کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی از طریق فرآیند جامعه پذیری نهاد خانواده به تامین اصلی ترین نیاز های فردی و اجتماعی خود پردازند. بنابراین مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی در خانه‌های کودک به عنوان آخرین راه حل پیگیری می شود (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۸).

تحقیقات گوناگون وجود آسیب‌های مختلف را در میان فرزندان شبانه روزی(ساکن خانه کودک) از جمله افسردگی، اختلالات هیجانی و رفتاری، اختلالات تکاملی که به طور معناداری بیشتر از سایر کودکان نشان می دهد(کاپلان، ۱۳۸۹؛ ریسوند؛ لی^۴، بوکووسکی^۵، ۲۰۱۲؛ یوردلان^۶، یو^۷، ریسچل^۸، سیمینوا^۹ و کریکیت^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ کیامی^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ ماهانجی، ۲۰۰۸؛ نلسون^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلسون^{۱۳}، ۲۰۰۳؛ ویکس-نلسون و اسرائیل، ۲۰۰۳).

1.orphan

2.poor parenting

3. Renner,L.M

4. Lee,E J

5.Bukowski,W

6. Muralidharan, A

7. Yoo, D

8.Ritschel ,L.A

9.Simeonova,D.I

10. Craighead,W.E

11. Kiami

12. Nelson, C. A

13.Wilson, S. L

بیان مساله

اختلال‌های رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به این اختلال‌ها، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسائل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آنها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب پذیر می‌سازند (لی^۱ و بووکسی^۲، ۲۰۱۲؛ جاواتا^۳، دیوید^۴، بوجوریانو^۵، تیباً^۶، اینهیتو^۷، ۲۰۱۲؛ لیهی^۸، تریچ^۹ و ناپلینتو^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ سنت^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱؛ برنس^{۱۲}، جورایزر^{۱۳}، سورا^{۱۴}، اببی^{۱۵}، کیوس^{۱۶}، ۲۰۱۱؛ ماکی^{۱۷}، امریکو^{۱۸} و یوزال^{۱۹}، ۲۰۱۰؛ پراکتوس^{۲۰}، ۲۰۱۰؛ چیز^{۲۱} و ایبرگ^{۲۲}، ۲۰۰۸).

در طی چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و بر خلاف باور ابتدایی، نشان داده شد که کودکان و نوجوانان نیز در خطر بالای ابتلا به اختلال‌های روانی قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به گریبانند (زنگ^{۲۳}، ۲۰۰۷). این اختلال‌ها، به نقص عملکرد در زمینه‌های مختلف از جمله زمینه‌های تحصیلی (سیلوریا^{۲۴}، مارسلا^{۲۵}، آرمسترونگ^{۲۶} و اگسسز^{۲۷}، ۲۰۰۵) خانوادگی منجر می‌شود که در نهایت، افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه را موجب می‌شود، تاریخچه خانوادگی (سنت و همکاران، ۲۰۱۱؛ یوردلان و همکاران، ۲۰۱۱، دادستان، بیات، عسگری، ۱۳۸۸؛ بیات، ۱۳۸۷) یک عامل خطر مهم برای مشکلات رفتاری کودک است.

-
1. Lee, E. J
 2. Bukowski, W
 3. Gavița O.A
 4. David, D
 5. Bujoreanu, S
 6. Tiba, A
 7. Ionuțiu, D.R
 8. Leahy, R.L
 9. Tirch, D
 10. Napolitano, L.A
 11. Cents, R. A
 12. Bernaras, E
 13. Jaureguizar, J
 14. Soroa, M
 15. Ibabe, I
 16. Cuevas, C
 17. Makay, B
 18. Emiroglu, N
 19. Unsal, E
 20. Peratikos, A, K
 21. Chase, R.M
 22. Eyberg, S.M
 23. Zeng, G.
 24. Silvera, R.B
 25. Measellea, J.A
 26. Armstrongb, J.M
 27. Essex, M. J

در ایران نیز، پیش بینی می شود که شیوع اختلال های رفتاری در کودکان، در حدود جهانی باشد. نتایج مطالعه ابوالقاسمی، نریمانی و کیامرثی (۱۳۸۴) بر روی ۵۱۳۶ دانش آموز دختر و پسر مقطع ابتدایی نشان داد ۲۰/۷ درصد این دانش آموزان، مبتلا به اختلال های روانی هستند. به طوری که ۳ درصد آنان به اختلال سلوک^۱، ۲ درصد به اختلالات هیجانی، ۳/۱ درصد به اختلال نارسایی توجه (ADHD-I)^۲، ۳/۳ درصد به اختلال فزون کنشی / تکانشگری (ADHD-H)^۳، ۳/۴ درصد به اختلال فزون کنشی همراه با نارسایی توجه (ADHD-C)^۴، ۲/۶ درصد به اختلال نافرمانی مقابله ای^۵ مبتلا می باشند. همچنین این نتایج نشان داد شیوع اختلال های سلوک، فزون کنشی-نارسایی توجه، فزون کنشی در پسران بیشتر از دختران است.

شیوع اختلال افسردگی اساسی در کودکان ۰.۶٪-۰.۲٪ است (هازل^۶، ۲۰۰۳، به نقل از پراگتوس^۷ ۲۰۱۰؛ بابارنس^۸ و همکاران، ۲۰۱۱). بر اساس کار مروری کاستلوو^۹ و همکاران (۲۰۰۶) که شامل بررسی ۱۸ پژوهش همه گیر شناسی است، شیوع افسردگی اساسی در کودکان زیر ۱۸ سال بین ۰.۲٪-۱۲.۹٪ و با میانگین ۴.۷٪ است (کار^{۱۰}، ۲۰۰۸؛ به نقل از صنعت نگار، ۱۳۹۰). در مطالعه ی مروری که در هند انجام شده است، خطر شیوع افسردگی در بین کودکان ۹-۱۹ سال بیشتر است (مالهتورا^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ به نقل از بابارنس و همکاران، ۲۰۱۱). با رعایت نسبت جنسیتی در تحقیقات شیوع اختلال افسردگی اساسی در نوجوانان دریافتیم که دختران بیشتر مبتلا می شوند. به علاوه، افسردگی اساسی، اختلالی بازگشت کننده است، کودکان مبتلا به افسردگی اساسی احتمالاً بیشتر از کودکان فاقد افسردگی بیشتر دچار رخداد های مستعد کننده افسردگی در بزرگسالی شوند (سنت و همکاران، ۲۰۱۱؛ پراگتوس^۷، ۲۰۱۰؛ کار، ۲۰۰۸). کودکان افسرده معمولاً دارای اختلال های همراه مانند: اختلال بیش فعالی - بی توجهی، اختلال اضطراب، اختلال سلوک، اختلال نافرمانی مقابله ای و مشکلات یادگیری هستند. خیلی از پسر بچه های مبتلا به افسردگی اساسی (۰.۴۰٪-۰.۹۰٪) حداقل دچار یک اختلال همراه هستند و ۰.۳۰٪-۰.۵۰٪ دو یا چند اختلال دیگر مانند اختلالات جسمانی هستند (لوپز و شوگرت، ۲۰۰۲، به نقل از پراگتوس^۷، ۲۰۱۰).

اختلال های اضطرابی دارای عاطفه منفی و یک احساس نگرانی در مورد خطری که احتمال بروز دارد را در بر می گیرد (شکوهی یکتا و پرند، ۱۳۸۴)، نشانه های اضطراب کودکان و بزرگسالان تقریباً یکی است اما تظاهرات آن در سنین مختلف متفاوت است (باچر، مینکا، هول، ۱۳۸۸؛ سادوک و سادوک، ۱۳۸۹). شیوع اختلال های اضطرابی در بین کودکان ۱۶-۱ درصد است و در پژوهش های مختلف با بررسی کودکان زیر ۱۲ سال شیوع اختلالات

¹.conduct disorder

².ADHD predominantly inattentive subtype (ADHD-I)

³.ADHD predominantly hyperactive/impulsive subtype (ADHD-H)

⁴.ADHD combined subtype (ADHD-C)

⁵.oppositional defiant disorder

⁶.Hazel,S

⁷.Peratikos , A.K

⁸.Bernaras,E

⁹.Costello,m

¹⁰.Carr,A

¹¹.Malhotra,v

اضطرابی را بین ۲/۶ درصد و حداکثر تا ۴۱/۲ درصد بیان شده است (کارسی^۱، هورس^۲، آپر^۳، ادیج^۴ و گراس^۵، ۲۰۱۰؛ دروز، ۱۳۸۹؛ هیشفرد-برکر^۶ و همکاران، ۲۰۰۸). این اختلالات به چند دسته تقسیم می شوند: اضطراب جدایی^۷، اختلال اضطراب تعمیم یافته (منتشر GAD)^۸، انواع فوبیا^۹، وحشتزدگی^{۱۰}، اختلال وسواس جبری- عملی^{۱۱} (OCD) (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹؛ باچر، مینکا، هول، ۱۳۸۸). میزان شیوع انواع اختلال اضطرابی بسته به سن متفاوت است، یعنی در ابتدای کودکی شیوع اضطراب جدایی و فوبی حیوانات زیاد است و در نوجوانی شیوع OCD، وحشتزدگی، اضطراب تعمیم یافته بیشتری دارد (سادوک و سادوک، ۱۳۸۹؛ باچر، مینکا، هول، ۱۳۸۸؛ هیشفرد برکر و همکاران، ۲۰۰۸). اگر اختلالات اضطرابی دوران کودکی درمان نشوند می توانند در بزرگسالی به اختلالات خلقی و شخصیتی تغییر شکل پیدا کنند (گراس و همکاران، ۲۰۱۰، آلدو^{۱۲}، نلسون هوکسیما^{۱۳}، ۲۰۱۰؛ هیشفرد و همکاران، ۲۰۰۸).

یکی از هدف‌های مهم والدین در تربیت کودکان، اجتماعی کردن آنهاست. از مشکلات اجتماعی شدن کودکان می توان به اختلال سلوک، نافرمانی مقابله‌ای و مشکلات سازگاری اشاره کرد. رفتار منفی کودکان مشکل اصلی ۵۰ تا ۸۰ درصد پدرها و مادرها با کودکان ۲ تا ۴ ساله و ۷ تا ۱۰ ساله است (شرودر^{۱۴}، گوردن^{۱۵}، ۱۳۸۴)، که این مهم شامل تمامی موارد یاد شده می باشد. شیوع اختلال سلوک ۱-۱۰ درصد در کودکان و نوجوانان و اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۲-۱۶ درصد می باشد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). مطالعات متعدد حاکی از آن است که اساساً کودکان پرخاشگر، از سوی همسالان خود طرد می شوند، از نظر تحصیلی عملکرد ضعیفی دارند و در معرض خطر بزهکاری در دوره ی نوجوانی و اخراج از مدرسه هستند (کیاه^{۱۶} و پارک^{۱۷}، ۲۰۰۶). همچنین نوجوانان با سطح بالای پرخاشگری و تخاصم در معرض خطر بیشتر مرگ حاصل از خودکشی یا سایر اعمال پرخاشگرانه هستند. کودکان پرخاشگر مبتلا به اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای که به دوران نوجوانی می رسند علائمی نظیر اضطراب را نشان می دهند. این کودکان و نوجوانان فاقد مهارت‌های مقابله‌ای رفتاری و شناختی مؤثر هستند (شرودر، گوردن، ۱۳۸۴؛ قادری، اصغری مقدم، شعیری، ۱۳۸۵). این کودکان بعدها در زندگی به نسبت دیگر کودکان و مبتلایان به سایر اختلالات، به احتمال بیشتری، مصرف مواد مخدر و الکل و اعتیاد را در پیش می گیرند و مدت

¹.Carthy,T

².Hosh,N

³.Apter,A

⁴.Edge,M

⁵.Gross,J

⁶.Hirshfeld-Becker,D.R

⁷.Separation anxiety disorder

⁸.General anxiety disorder

⁹.phobia

¹⁰.panic

¹¹.Obsessive- compulsive disorder

¹².Aldao,A

¹³.Nolen-Hoeksema,S

¹⁴.Schroeder,C

¹⁵.Gordden,B

¹⁶.Cheah ,c

¹⁷.park s-y

زمان بستری طولانی تری نیز دارند (کمبل، ۱۳۸۶؛ سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). به علاوه، پژوهش ها، دیگر کشی و پرخشگری علیه دیگران را بارها نشان داده اند (کمبل، ۱۳۸۶؛ زار و احمدی، ۱۳۸۶؛ قادری و همکاران، ۱۳۸۵)

اختلال های هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان را می توان به دو دسته کلی اختلال های درونی سازی شده^۱ و برونی سازی^۲ شده تقسیم کرد. اختلال های برونی سازی شده در بر گیرنده مشکلاتی هستند که رو به بیرون دارند و در تعارض با دیگر افراد محیط قرار می گیرند. در مقابل مشخصه اصلی اختلال های درونی سازی شده، رفتارهای بیش از حد مهار شده ای^۳ است که معطوف به درون^۴ هستند (آچنباخ^۵ و رسکورلا^۶، ۲۰۰۱، کندال^۷، ۲۰۰۰). این نشانه ها شامل سکوت زیاد، اضطراب، افسردگی، بازداری، نا امید، کناره گیری^۸ و انزوای اجتماعی و شکایت های جسمانی هستند (آچنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱؛ کندال، ۲۰۰۰). مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده می توانند بسیار زود و از سال دوم زندگی آغاز شوند و در طی زمان تحول یابند (فانتی^۹، ۲۰۰۷) و در سال پنجم تا ششم زندگی به میزان قابل توجه و نگران کننده ای می رسند (زنگ، ۲۰۰۷). تحول توانایی های شناختی کودک علت افزایش مشکلات درونی سازی شده در طی زمان دانسته شده است. دستیابی کودک به توانایی های شناختی او را قادر می سازد تا رویدادهای منفی و اضطراب زا را به یاد آورده و پیش بینی می کند و یا به خیال پردازی در مورد آنها بپردازد (کاسلو^{۱۰}، بروان^{۱۱}، می^{۱۲}، ۱۹۹۴؛ کوواس^{۱۳} و دولین^{۱۴}، ۱۹۹۸؛ نقل از فانتی، ۲۰۰۷).

کودکان دچار اختلال های درونی سازی شده با مشکلات فراوانی روبرو هستند که از آن میان می توان به سطح پایین حرمت نفس^{۱۵}، ضعف تحصیلی، مشکلات ارتباطی با همسالان و معلمان اشاره کرد (رینولدز^{۱۶}، به نقل از مارچانت، سولانو، فیشر، کالدرالا، یانگ و رن شاو، ۲۰۰۷؛ بولم لیک، ۲۰۰۷). این مشکلات نیز می تواند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کند و بر کنش وری و سازش یافتگی کودک و نوجوان تاثیر منفی داشته باشند. هنگامی این مساله پیچیده تر می شود که نشانه های درونی سازی شده در زیر نقاب رفتارهای برونی سازی شده قرار گیرند و موجب می شوند شناسایی و تشخیص آنچه در درون فرد می گذرد در برابر رفتارهای آشکار و اغتشاش آمیزی که از خود به نمایش می گذارد بسیار دشوار و نیازمند دقت و توجه زیاد باشد. این پدیده، یعنی

¹.internalizing

².externalizing

³.over-controlled

⁴.inner-directed

⁵.Achenbach , T .M.

⁶.Rescorla , L . A.

⁷.Kendall , P . C.

⁸.withdrawal

⁹.Fanti , K .A.

¹⁰.Kaslow, N.

¹¹.Brown, R. T.

¹².Mee, L.

¹³.Kovacs, M.

¹⁴.Devlin, B.

¹⁵.self-esteem

¹⁶.Reynolds, W. M.

وقوع همزمان^۱ اختلال‌های درونی سازی شده برونی سازی شده، یکی از موضوعات مورد مناقشه و بحث برانگیز است. به رغم تمایز بنیادین ایجاد شده بین این دو گروه از نشانه‌ها، یافته‌ها حاکی از آنند که هم‌زمانی آنها امری نسبتاً رایج و بیش از آنکه یک استثنا باشد یک قانون است (گیلیوم^۲ و شاو^۳، ۲۰۰۴؛ آچنباخ^۴، ۱۹۹۳، به نقل از فانتی^۴، ۲۰۰۷؛ آچنباخ، ۲۰۰۱).

تبیین‌های مختلفی برای حل معمای وقوع همزمان اختلالات درونی سازی و برونی سازی ارائه شده است که از میان آنها به نارسایی ابزارهای تشخیصی و شیوه‌های ارزیابی (هین شاو^۵، ۲۰۰۲) و عوامل خطر ساز^۶ مشترک مانند نابسامانی محیط خانوادگی، فقر، اختلال روانی والدین، نارسایی در تنظیم هیجانی (آدرین^۷، زیمان^۸، ویتس^۹، ۲۰۱۱؛ گراس و همکاران، ۲۰۱۰؛ آلدو و نلسون^{۱۰}؛ ویکس-نلسون^{۱۰} و اسرائیل^{۱۱}، ۲۰۰۳) می‌توان اشاره کرد. هر چند، اولند^{۱۲} (۲۰۰۶) بر این باور است که این اختلال‌های همزمان را می‌توان نشانگان مستقل و متمایزی دانست. اما، هم‌زمانی اختلال‌های درونی سازی شده و برونی سازی شده در کودکان در اغلب موارد موجب تشدید وضعیت مرضی می‌شود، پیامدهای منفی بیشتری را به دنبال دارد و احتمال پایداری اختلال‌ها را افزایش می‌دهد (کامپتون^{۱۳}، برنز^{۱۴}، اگر^{۱۵}، ۲۰۰۵؛ رابرتسون^{۱۶}، ۲۰۰۳؛ بولم لیک^{۱۷}، ۲۰۰۷). بدین ترتیب باید کوشید تا با تشخیص زود هنگام و توجه به گستره اختلال‌ها و مشکلاتی که می‌توانند سازش یافتگی کودک را تحت تاثیر قرار دهند، از وقوع مشکلات متعدد در آینده جلوگیری شود.

سیلوریا و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافته‌اند که شیوه فرزند پروری منفی والدین، خصوصیات کودک و کیفیت رابطه کودک- معلم و سطوح اولیه رفتارهای برونی سازی شده، میزان رفتارهای برونی سازی شده کودک را تعیین می‌کند. از عوامل کاهنده رفتارهای برونی سازی شده می‌توان به روابط صمیمانه کودک - معلم برای کودکانی که سطوح بالای رفتارهای برونی سازی شده، سطح اجتماعی اقتصادی خانواده برخورد قاطعانه با کودکانی که دارای مشکلات رفتاری برونی سازی شده هستند، می‌تواند سبب کاهش مشکلات رفتاری آنها شود (پائولا^{۱۸}، کراج^۱، جهان^۲ و کارمن^۳، ۲۰۰۶).

1.comorbidity

2.Gilliom, M

3.Shaw ,D. S

4.Fanti ,K .A

5.Hinshaw, S. P

6.risk factors

7.Adrian,M

8.Zeman,J

9.Veits,G

10.Wicks-Nelson, R

11.Israel, A. C.

12.Oland, A

13.Compton, S. N

14.Burns, B. J

15.Egger, H. L

16.Robertson. E

17.Bolm Lake, T. L

10.Paula J. Fite

یکی از گروه‌های اصلی کودکان دارای مشکلات رفتاری-هیجانی، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست که مقیم خانه‌های کودک (مراکز شبه خانواده) هستند. هر چند کارکرد اصلی این مراکز شبه خانواده تامین کارکرد-های اصلی خانواده برای کودکان بی سرپرست و بد سرپرست است، اما با انتقال این کودکان از محیط آسیب رسان خانواده به محیطی با آسیب‌های کمتر کافی به نظر نمی‌رسد و سوگ ناشی از فقدان خانواده این کودکان را در معرض اختلالات روان‌شناختی مانند: افسردگی، اضطراب، شکایات جسمانی، بازدارندگی، پرخاشگری، رفتار قانون شکنی، رفتار مقابله‌ای، خصومت، فزون کنشی و برانگیختگی، رفتارهای اغتشاش آمیز شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران قرار می‌دهد که بر زندگی کودک اثراتی پایدار خواهد داشت (جاویتا و همکاران، ۲۰۱۲؛ اصغری نکاح، حیدری دربندی، ۱۳۹۰؛ پور گنابادی، ۱۳۹۰؛ ریکر^۴، ۲۰۰۹). در واقع، این فضای جدید نسبت به محیط خانوادگی مشکلات کمتری دارد اما منبع نیرومندی از ناامیدی برای این کودکان است (فرانکوئیز^۵ و همکاران، ۲۰۰۸)، در نتیجه دامنه‌ی وسیعی از مشکلات هیجانی و روان‌شناختی مرتبط با دل‌بستگی^۶، محرومیت از مادر و کاهش خودپنداره^۷ را تجربه می‌کنند (صنعت نگار، ۱۳۹۰؛ صنعت نگار، حسن آبادی، اصغری نکاح، ۱۳۹۰؛ ماهانجی^۸، ۲۰۰۸). این کودکان به علت جدایی از والدین دچار اضطراب جدایی و حتی افسردگی خود اتکایی^۹ می‌شوند.

با در نظر گرفتن مشکلاتی که کودک قبل و پس از ورود به خانه کودک تجربه می‌کند و نیز با در نظر گرفتن مسائلی که کودک به خاطر جدایی از خانواده متحمل می‌شوند، توجه به نیازهای جسمانی و روان-شناختی کودک مقیم در خانه کودک به عنوان یکی از نخستین اولویت‌ها مطرح می‌شود با نظر به مشکلات رفتاری کودکان بی سرپرست و بد سرپرست، لزوم تدوین و ارائه برنامه برای پیشگیری و کاهش مشکلات توسط روان‌شناسان بالینی و مراکز بهزیستی احساس می‌شود. از روان‌شناسان بالینی انتظار می‌رود که در این باره چاره اندیشی کنند تا کودکان بی سرپرست و بد سرپرست آسیب کمتری ببینند. مداخله در قبل و بعد از ورود کودک به خانه کودک می‌تواند سبب کاهش مشکلات رفتاری-روانی کودک گردد(تیبیا^{۱۰} و فرانک^{۱۱}، ۲۰۱۲). در این پژوهش بر آنیم که با استفاده از بازی درمانگری شناختی رفتاری برای کاهش مشکلات درونی سازی شده مانند: افسردگی^{۱۲}، اضطراب^{۱۳}، و مشکلات برونی سازی شده مانند: پرخاشگری^{۱۴}، سلوک کودکان بی سرپرست و بد سرپرست استفاده کنیم. علت انتخاب این برهه سنی (۷-۱۱ سال) وجود مشکلات رفتاری در کودکان، مخصوصا

¹.Craig R. Colder

².John E. Lochman

³.Karen C. Wells

⁴.Recker , N

⁵.Francois,D . E

⁶.attachent

⁷.self-concept

⁸.Mohangi, K

⁹.analectic depression

¹⁰.Tiba,a

¹¹.Frunk-pop,c

¹².depression

¹³.anxiety

¹⁴.aggressive

کودکان بی سرپرست و بد سرپرست است که در پژوهش های زیادی این مساله عنوان شده است و این که در اثر مواقع مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده به همراه هم هستند و برای درمان بهتر، باید به درمان همزمان آن پردازیم، تا کنون در داخل کشور پژوهشی که به درمان همزمان این دو مقوله پرداخته باشد وجود ندارد لذا ضرورت انجام آن احساس می گشت. همچنین این کودکان نیازمند یادگیری مهارت ها و مدیریت رفتار و هیجان خود هستند اما به علت کمبود مربیان کافی و تعداد زیاد کودکان در خانه های کودک این مهارت ها را نمی آموزند. از آنجا که مداخله زودهنگام نوعی پیشگیری محسوب می شود بر آن شدیم تا کمکی هر چند ناچیز به کودکان بی سرپرست و بد سرپرست انجام دهیم تا بتوانند در آینده فردی مفید و سالم برای جامعه خود باشند.

ضرورت و اهمیت پژوهش

به دلیل محرومیت کودکان بی سرپرست و بد سرپرست مقیم در خانه های کودک و نوجوان از کارکردهای طبیعی مراقبت های خانوادگی، این وظیفه خطیر بر عهده نیروی انسانی این بخش می باشد و در این میان نقش روان شناس قابل توجه است تا به این کودکان در تامین نیازهای روان شناختی شان یاری رساند (بهزیستی، ۱۳۸۸).

علاوه بر این در کودکان مقیم خانه های کودک، مشکلات رفتاری و هیجانی شدید، مانند پرخاشگری یا رفتار ضد اجتماعی، ضعف در تفکر انتقادی، مشکل در تفکر علی، تکانشگری، نمایش گری، مشکلات یادگیری و تحصیلی یافت می شود که این ها سبب بروز خطرات روان پزشکی در بزرگسالی در آنها می شود. همچنین مشکلاتی چون انتخاب شغل و حرفه، رفتارهای توجه طلبانه، بیقراری، کمبود روابط با همسالان و نافرمانی ارائه کرده است (نلسون^۱ و دیگران، ۲۰۰۷؛ ویلسون^۲، ۲۰۰۳). علاوه بر این، تعداد قابل توجهی از کودکان فرزند خوانده قبل از مراقبت و محیط سهل انگارانه خانه نیز مشکلات عاطفی و رفتاری قابل توجهی نشان میدهد، این بچه ها دچار تعارض و کشمکش والد-کودک، رفتارخسونت آمیز، تمایلات خود تخریب گری/خود آزاری، رفتارگسیختگی در جامعه، مدرسه و اختلال هیجانی می شوند (نلسون و دیگران، ۲۰۰۷؛ ویلسون، ۲۰۰۳).

در بررسی پژوهش های صورت گرفته در حوزه مسائل روان شناختی کودک، مشکلات درونی سازی شده و برونی سازی شده بخش عمده ای از مشکلات آنهاست (لی، بووکسی، ۲۰۱۲؛ دادستان، بیات و عسگری، ۱۳۸۸؛ زینک، ۲۰۰۷؛ سیلورا و همکاران، ۲۰۰۵؛ قادری و همکاران، ۱۳۸۵؛ زارع و احمدی، ۱۳۸۶).

هنگامی کودکان افسرده اند، ممکن است دچار عدم رغبت در بازی شوند. آنها معمولاً نشانه ها یا مشکلات دیگر همراه با افسردگی دارند. نشانه های افسردگی کودکان بیشتر به صورت مشکلات بدنی مانند سردرد، بدن

¹.Nelson, C. A

².Wilson, S. L.

درد و دیگر دردها است. مشکلات بدنی وابسته به تجارب قبلی و یا تجارب همراه با اضطراب جسمانی است (میتوچیل، وارلی و ام سی کیولی، ۱۹۸۸؛ به نقل از پراتکوس، ۲۰۱۰).

این کودکان و نوجوانان شاید برای اجتناب از مدرسه تلاش کنند و یازمانی که در مدرسه هستند احساس اضطراب کنند. برخی کودکان در بیشتر حالات ناراحت می شوند تا این که عصبانی شوند، مانند فوران خشم (شوگرت و لوپز، ۲۰۰۲، به نقل از پراتکوس، ۲۰۱۰). از نشانه‌های افسردگی در کودکان سنین مدرسه می‌توان به پرخاشگری، دشواری در روابط، کاهش عملکرد تحصیلی در مدرسه و اشتغال ضمنی با مرگ، بی‌قراری (مورفی^۱، ۲۰۰۴)، کمبود حرکت و فقدان علاقه برای بهبود کیفیت زندگی و بهبود بازی اشاره کرد (لوز، دی‌وایت، دی‌بریون، ریکسون-والرایون و روست، ۲۰۰۰). نشانه‌های افسردگی شبیه نشانه‌های اضطراب شود، اختلال کمبود توجه یا اختلال دو قطبی است، بنابراین خیلی مهم است که درست تشخیص داده شود و سپس مداخله مناسب برای آن صورت گیرد. از آن جایی که کودک از ابتدای تولد مشغول یادگیری است و یادگیری در سنین پایین‌تر بهتر صورت می‌گیرد و طبق نظر اکثر روان‌شناسان دوره کودکی مهم‌ترین دوران زندگی است و این بخش تعیین‌کننده سایر بخش‌های زندگی است لازم است درمان افسردگی در کودکی آغاز گردد، همچنین یک معتقد است افراد از کودکی نحوه تفسیر کردن محیط و وقایع را یاد می‌گیرند (برنرس و همکاران، ۲۰۱۱).

کودکان هر جامعه، آینده آن جامعه محسوب می‌شوند و با توجه به این که در حال حاضر کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست بخشی از جمعیت کودکان جامعه را تشکیل می‌دهند هر گونه اقدامی در جهت سلامت روان‌شناختی آنها نه تنها باعث صرفه‌جویی در هزینه‌های عاطفی و اقتصادی جامعه خواهد بود بلکه آینده روشن‌تری نیز برای جامعه به ارمغان خواهد آورد. پژوهش حاضر با درک این نیاز تلاش می‌کند که با بهره‌گیری از بازی‌درمانگری شناختی-رفتاری به شیوه گروهی زمینه ارتقای سطح سلامت روان کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و کاهش آسیب‌های ناشی از فقدان خانواده را از طریق افزایش سازگاری اجتماعی کودک و کاهش مشکلات درونی سازی شده مانند: افسردگی، اضطراب، بازدارندگی و کاهش اختلالات روان‌شناختی برونی‌سازی شده مانند: پرخاشگری، رفتار مقابله‌ای، خصومت، فزون‌کنشی و برانگیختگی، رفتارهای اغتشاش‌آمیز شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران، کمکی به این کودکان و در نهایت خدمتی به جامعه کند.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه‌های اصلی

۱- بازی‌درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش مشکلات درونی سازی شده دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می‌گردد.

¹.Morphy, k

۲- بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش مشکلات برونی سازی شده دختران بی سرپرست و بد سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می گردد.

فرضیه های فرعی

۱- بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش میزان افسردگی دختران بی سرپرست و بد سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می گردد.

۲- بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش میزان اضطراب دختران بی سرپرست و بد سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می گردد.

۳- بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش میزان سلوک دختران بی سرپرست و بد سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می گردد.

۴- بازی درمانگری شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش رفتار پرخاشگرانه دختران بی سرپرست و بد سرپرست گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نما می گردد.

تعاریف متغیرهای پژوهش

مشکلات درونی سازی شده: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

مشکلات برونی سازی شده: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

افسردگی: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

اضطراب: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

پرخاشگری: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

سلوک: نمره ای که فرد در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آچنباخ به دست می آورد.

کودکان بی سرپرست و بدسرپرست: منظور از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست در این پژوهش، ۲۰ کودک دختر مقطع ابتدایی مقیم در خانه های کودک جغتای می باشد.

بازی درمانگری شناختی رفتاری: یک برنامه کوتاه مدت گروه درمانی کودکان است که طی ۱۶ جلسه به کودکان مهارت های مقابله با مشکلات آموزش داده می شود(خلاصه طرح در پیوست یک ذکر شده است).

فصل دوم

گستره نظری و ادبیات پژوهش

کودکان بی سرپرست و بد سرپرست از حضور تربیتی، روان‌شناختی، حمایت مؤثر والدین و نیز از مزایای زندگی در خانواده محروم هستند (اصغری نکاح، حیدری دربندی، ۱۳۸۹). مراقبت، درک همدلانه و مشارکت، ساختار قدرت شفاف و حل مساله از کارکردهای ضروری خانواده می باشد (پاز، لاسمن، ۲۰۰۹) اما کودکان بی سرپرست و بد سرپرست که از این نعمت محروم هستند و در مراکز شبه خانواده (خانه کودک) زندگی می کنند و هر چند کارکرد اصلی این مراکز شبه خانواده تامین کارکردهای اصلی خانواده برای کودکان بی سرپرست و بد سرپرست است، اما با انتقال این کودکان از محیط آسیب رسان خانواده به محیطی با آسیب‌های کمتر کافی به نظر نمی رسد و سوگ ناشی از فقدان خانواده این کودکان را در معرض اختلالات روان‌شناختی مانند: افسردگی اضطراب، شکایات جسمانی، بازدارندگی، پرخاشگری، رفتار قانون شکنی، رفتار مقابله ای، خصومت، فزون کنشی و برانگیختگی، رفتارهای اغتشاش آمیز شامل انحراف از هنجارهای اجتماعی، تخریب اموال و آسیب زدن به دیگران قرار می دهد که بر زندگی کودک اثراتی پایدار خواهد داشت (کاپلان، ۱۳۸۹؛ ریسوند و همکاران، ۲۰۱۲؛ یوردلان و همکاران، ۲۰۱۱؛ پراکتوس، ۲۰۱۰؛ کیامی، ۲۰۰۹؛ ماهانجی، ۲۰۰۸؛ نلسون و همکاران، ۲۰۰۷؛ ویلسون، ۲۰۰۳؛ ویکس-نلسون و اسرائیل، ۲۰۰۳).

در خانه‌های کودک وظیفه مراقبت از کودکان بر عهده‌ی مربیان مرکز می باشد، پس اهمیت شیوه فرزند پروری، توجه به خصوصیات کودکان و کیفیت رابطه کودک- مربی و سطوح اولیه رفتارهای مشکل آفرین، سطح اجتماعی اقتصادی خانواده اصلی، برخورد قاطعانه با کودکانی که دارای مشکلات رفتاری هستند، می تواند سبب کاهش مشکلات رفتاری آنها شود.

بی سرپرستی و بد سرپرستی

به طور کلی، بر اساس ملاک یونیسف (۲۰۰۰) کودکان بی سرپرست، افراد زیر هجده سالی هستند که از سرپرستی و حضور تربیتی، روان‌شناختی و حمایتی مؤثر والدین و از مزایای زندگی در خانواده محروم شده‌اند و رنج می‌برند. این شرایط علاوه بر کودکان بی سرپرست و شامل تمام کودکان بد سرپرستی می‌شود که یک یا هر دو والدین آنها دچار مشکلات و یا بیماری‌هایی هستند که سبب می‌شود صلاحیت و کفایت لازم را برای انجام وظایف والدینی را به صورت موقت یا دائمی از دست داده باشند. در ایران، کودکان این افراد با با معرفی مقام قضایی به سازمان بهزیستی سپرده می‌شوند (سازمان بهزیستی، ۱۳۸۸). بی سرپرستی و بد سرپرستی می‌تواند علل گوناگونی داشته باشد. در این قسمت از پژوهش، عوامل بر بی سرپرستی و بد سرپرستی کودکان در جهان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

عوامل مؤثر بر بی سرپرستی در جهان

ایدز

به نظر سیجاکی^۱ (۲۰۰۷، به نقل از ماهانجی، ۲۰۰۸)، مددکار اجتماعی پناهگاه لیراتونگ^۲، کودکان بسیاری به خاطر HIV و ایدز راهی خیابان‌ها می‌شوند. او چنین مطرح می‌کند که با وجود اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از این بیماری، روز به روز بر تعداد مبتلایان به دلیل فقدان شبکه حمایتی خانواده، بی سرپرست می‌شوند، افزوده می‌شوند (تامبنی^۳، ۲۰۱۰). طبق برآورد سازمان آمار آفریقای جنوبی در سال ۲۰۰۵، ۸۳۰۰۰۰ کودک به دلیل ایدز در آفریقای جنوبی بی سرپرست شده‌اند. این سازمان پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ این رقم به ۲.۳ میلیون نفر برسد و از این تعداد بیشتر، کودکانی هستند که با والدین بیمار و مبتلای خود زندگی می‌کنند. طبق آمار یو.ان.ا^۴ ایدز در سال ۲۰۰۴ بین ۱۳ تا ۱۸ میلیون کودک در سراسر جهان به خاطر ایدز و HIV بی سرپرست شده‌اند که طبق این برآورد، در آفریقا به تنهایی، ۱۲ میلیون کودک بی سرپرست به خاطر ایدز و HIV وجود دارد (ماهانجی، ۲۰۰۸).

طلاق

به نظر تامبنی^۳ (۲۰۱۰)، بعد از طلاق ممکن است کودکان خود را در موقعیتی بیابند که هم برای نامادری و ناپدری جدید، سربار شوند. این موضوع به ویژه پسران را تحت تاثیر قرار می‌دهد، زیرا پسرها بیش از دختران

^۱.Sejake

^۲.Leratong Shelter

^۳.Thombeni

^۴.united nations programme on HIV/AIDS

تمایل به سرکشی^۱ دارند. در چنین موقعیتی، کودکان با جابه جایی مکرر میان دو خانواده جدید، احساس می کنند در هر دو خانواده ناخواستنی هستند و این فکر آنها را وادار به ترک خانواده می کند.

سایر عوامل

فقر، فوت یکی از والدین یا هر دوی آنها، اعتیاد به مواد، الکلیسم، ابتلای یکی از والدین یا هر دو به بیماری لاعلاج جسمانی و یا اختلال روانی، زندانی شدن، غیبت یکی از والدین (معمولاً پدر) و مادران خیابانی^۲ از دیگر عوامل مؤثر بر بی سرپرستی و بد سرپرستی کودکان در جهان است (تامبنی، ۲۰۱۰). به گونه ای مشابه این عوامل در ایران نیز می تواند منجر به بی سرپرستی و یا بدسرپرستی گردد.

عوامل مؤثر بر بی سرپرستی و بدسرپرستی در ایران

موجی (۱۳۷۷) در پژوهش خود نشان می دهد که فقر مالی، نبود شغل ثابت، عدم سازگاری والدین با یکدیگر و طلاق از عوامل مؤثر بر بی سرپرستی و بدسرپرستی کودکان در ایران است. اصغری نکاح (۱۳۸۹)، اعتیاد والدین را والدین را اولین و اصلی ترین علل بی سرپرستی و بدسرپرستی کودکان در ایران می داند. به نظر او، ناهنجاری های فرهنگی و از هم پاشیدگی خانواده ها دومین عاملی است که کودکان را به خیابان می کشاند. بیماری لاعلاج والدین، کهولت سن آنها، ابتلای ایشان به بیماری روانی و نیز والدینی که در سن بالا صاحب فرزند می شوند از دیگر عوامل زمینه ساز بی سرپرستی و بد سرپرستی کودکان در ایران است که این عوامل با مشکلات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی پیوندی نزدیک دارند.

پیامد های بی سرپرستی و بد سرپرستی

طبق یافته های سازمان بهداشت جهانی، ایدز، به طور کلی، کودکانی که HIV مثبت دارند و یا یکی از والدین ایشان مبتلا به HIV مثبت می باشند به صورت اجتناب ناپذیر از طرف همسالان، معلمان و یا سایر افراد طرد می شوند. مطالعات بسیاری نیز نشان می دهند که کودکانی که بر اثر HIV و ایدز بی سرپرست شده اند از افسردگی^۳، اضطراب^۴ (جسمانی سازی^۵، اختلالات خواب^۶ مانند کابوس های تکرار شونده) و خشم رنج می برند. بی سرپرستی و بد سرپرستی تأثیر عمیقی بر رشد هیجانی کودکان دارد (ماهانجی، ۲۰۰۸). شواهد نشان می دهد حتی در صورت دوام نظام خانواده، غیبت یکی از والدین می تواند به سلامت روان شناختی کودکان آسیبی جدی وارد کند.

1. rebellious

2. prostitute Mothers

3. depression

4. anxiety

5. somatisation

6. sleep disorders

رابطه بین بی سرپرستی و بد سرپرستی با مشکلات توجهی و توانایی خود نظم بخشی بررسی شده است. آدنت^۱ (۲۰۰۱)، در پژوهشی نشان می دهد که کودکان رومانیایی بی سرپرست و بد سرپرست مقیم مؤسسه در مقایسه با همتایان خود که به فرزند خواندگی پذیرفته شده اند مشکلات توجهی بیشتر و خود نظم بخشی کمتری دارند.

رابطه بین نبود پدر در خانواده و پیشرفت تحصیلی بررسی شده است. اسکوارتز^۲ (۲۰۰۵)، در پژوهشی نشان می دهد کودکان شهری متعلق به طبقه پایین اجتماع، اعم از پسر و دختر، در مقایسه با گروه های همتای خود که پدر در خانه حضور ندارد در آزمون پیشرفت تحصیلی نمره بالاتری را به دست می آورند. این پژوهش همچنین نشان داد، خلاف پیش بینی ها، بین نبود پدر در خانواده و نمره بالا در مقیاس انگیزه پیشرفت رابطه معناداری وجود ندارد. بین نبود پدر در خانواده و نیز کاهش نمره حالت مردانگی^۳ در کودکان دختر رابطه معنادار وجود دارد اما بین نبود پدر و سایر متغیر ها مانند نگرش والدینی و استرس های زندگی تفاوت معناداری یافت نشده است.

رابطه بین حمایت خانوادگی و وضعیت روان شناختی دانش آموزان نیز بررسی شده است. نریمانی و صادقیه (۲۰۰۸)، در پژوهشی نشان می دهند که دانش آموزان خانواده های غیر شاهد در مقایسه با گروه همتای شاهد خود از احساس خود-ارزشمندی بیشتری برخوردار هستند و دو گروه از نظر وسواس، تمایلات واپس روانه، افسردگی و پرخاشگری تفاوت معناداری دارند. این پژوهش همچنین نشان می دهد در خانواده های شاهد نیز بسته به میزان حمایت خانوادگی (قوی، متوسط و ضعیف) دانش آموزان برخوردار از حمایت خانوادگی قوی از وضعیت روان شناختی بهتری برخوردارند.

شواهد نیرومندی نشان می دهد برای کودکان بی سرپرست و بد سرپرست، فرزندخواندگی^۴ می تواند راه حل مناسبی باشد (اسکولمن^۵ و برمن^۶، ۱۹۹۳، به نقل از صنعت نگار، ۱۳۹۰) کلی^۷ الگو های مراقبت از کودکان بی سرپرست را در قالب نه دسته به شرح ذیل فهرست نموده است:

- جای دهی کودکان و خواهران و برادران بی سرپرست در خانواده های خویشاوندان.
- جای دهی خواهران و برادران بی سرپرست در دهکده یا منطقه یا محله بومی یکی از والدین.
- نگهداری کودکان و نوجوانان بی سرپرست در یک خانه به همراهی نظارت، راهنمایی و با مسئولیت یک فرد بزرگسال به عنوان سرپرست خانواده.

^۱.Audent

^۲.Schwartz

^۳.Masculinity

^۴.adoption

^۵.schulman

^۶. behrman

^۷. Kelly

- نگهداری خواهران و برادران بی سرپرست به صورت یک گروه به همراه حمایت، در زمینه انجام امور روزمره و مهارت های خانه داری توسط مراکز جامعه محور روزانه.

- واگذاری کودک به فرزند خواندگی.

- قرار دادن فرد بی سرپرست به عنوان سرپرست خانواده.

- خانه های کودک پروری^۱ (خانه های پرورش کودکان بی سرپرست).

- جا دهی موقت کودکان بی سرپرست در خانه های انتقال (خانه های گذار) همزمان با پیگیری برای وضعیت نگهداری و سرپرستی پایدار.

- جای دهی کودکان بی سرپرست در پرورشگاه ها یا مؤسسات.

ازسوی دیگر، راینر^۲ (۲۰۱۲)، در کنیا، پس از انجام یک پژوهش این باور رایج را به چالش می کشد که وقتی یکی از والدین فوت می کنند، خانواده گسترده^۳ قادر است نیاز های کودک را به خوبی برآورده کند. این پژوهش نشان می دهد که نیازهای تربیتی، روان شناختی و اجتماعی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست در مؤسسات متعلق به این کودکان، به مراتب بهتر از نیازهای این کودکان در خانواده های گسترده برآورده می شود. به نظر راینر، نگرش مراقب نسبت به کودک و حمایت هم سالان دو عاملی است که می تواند سلامت روان شناختی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست را تحت تاثیر قرار دهد. یافته های این پژوهش نشان می دهد که این کودکان در خانواده های گسترده شانس کمتری بر ای حضور در مدرسه دارند، بیشتر کار می کنند، بیشتر مریض می شوند و به احتمال بیشتری هم در معرض آسیب های اجتماعی قرار می گیرند (ماهانجی، ۲۰۰۸). کیامی^۴ (۲۰۰۹)، نیز در پژوهشی نشان می دهد که بین خودپنداره و عملکرد تحصیلی دانش آموزان بی سرپرست و بد سرپرست مبتلا به HIV و ایدز مقیم در مؤسسه با همتایان خود در خانواده های گسترده زندگی می کنند تفاوت معناداری وجود دارد. این تفاوت گرچه در خودپنداره معنادار نیست اما کودکان بی سرپرست و بد سرپرست مقیم در مؤسسه عملکرد تحصیلی بهتری دارند.

همچنین باید توجه داشت که سبک ها و شیوه های مختلفی برای نگهداری و مدیریت کودکان بی سرپرست و بد سرپرست در مؤسسات وجود دارد که هر یک مزایا و آسیب های خاص خود را دارند و انتخاب و به کارگیری هر کدام از آنها به عوامل مختلفی از جمله نگرش مدیران و مؤسسات، اهداف آنها، امکانات، توانمندی ها، ضروریات و محدودیت - های آنها بستگی دارد. به کارگیری مناسب ترین و کم آسیب ترین شیوه به شمار می رود (اصغری نکاح، حیدری دربندی، ۱۳۸۹).

^۱. foster home

^۲. Rainer

^۳. extended family

^۴. Kiami

انواع شیوه‌های نگه‌داری در ایران

در حال حاضر، شیوه نگه‌داری مؤسسه‌ای، شیوه نگه‌داری خانه‌های هیئت امنایی با گروه‌های بزرگ یا شیوه خوابگاهی، شیوه نگه‌داری هیئت امنایی، گروه کوچک یا خانه فرزندان، شیوه فرزند خواندگی یا خانواده‌های عضو پذیر، شیوه‌های فرزند سپاری به خویشاوندان امین، برنامه‌های حمایت از خانواده، برنامه مراکز ارجاع یا اقامت موقت و برنامه‌های خانه‌های گروهی مستقل، از جمله شیوه‌ها و سبک‌های مطرح در زمینه ی نگهداری و مدیریت مسائل کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست است که در کشور های مختلف از جمله ایران تجربه شده و در حال اجرا می باشد. برخی از این روش ها پس از بومی سازی و ارائه تمهیدات مناسب مطابق ارزش های دینی و مسائل فرهنگی - اجتماعی کشور قابل به کارگیری خواهد بود(اصغری نکاح،حیدری دربندی،۱۳۸۹).

اصغری نکاح(۱۳۸۹)، در پژوهشی با مقایسه سه شیوه مؤسسه‌ای، خوابگاهی و خانواده محور(خانه فرزندان) بر اساس شاخصه های مراقبت بهداشت، سلامت و بهداشت روانی نشان می دهد که شیوه ی نگه‌داری مؤسسه‌ای نا مطلوب ترین وضعیت نگه‌داری و شیوه خانواده محور مطلوب ترین وضعیت نگه‌داری و نیز مراقبت بهداشت، سلامت و بهداشت روانی را در بین سه شیوه مورد مقایسه به خود اختصاص داده است که این یافته ضمن هم خوانی با مبانی نظری روان‌شناسی برنامه‌های مراقبت و منطق رسیدگی‌های پزشکی و بهداشتی هم خوانی دارد، توسط یافته‌های پژوهش های دیگر نیز مورد تایید قرار می گیرد (دیس‌موند^۱، ۲۰۰۱، زیمرمن^۲، ۲۰۰۵). البته لازم به ذکر است که شیوه خانواده محور نیز در شاخصه های مراقبت بهداشتی، سلامتی و بهداشت روانی امتیاز کاملاً مطلوبی کسب نکرده است و لذا ارتقای مداوم راهکارهای مدیریت چنین خانه‌هایی امری ضروری است. همچنین سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های دیگر کشورها نیز نشان می دهد نیاز به استفاده از شیوه‌های نگهداری دیگر مانند فرزند خواندگی و سپردن کودکان به خانواده‌های امین نیز می بایست در اولویت برنامه‌ریزی‌های اجرایی، آموزشی و پژوهشی قرار گیرد(اصغری نکاح،حیدری دربندی،۱۳۸۹). جدول ۱-۲ به معرفی ویژگی های اصلی سه شیوه مؤسسه‌ای در ایران می پردازد.

¹.Desmond

².Zimmerman

جدول ۱-۲ مقایسه انواع شیوه های نگهداری در ایران

نقش ها و کارکرد ها	ویژگی های اصلی	شیوه نگه داری
<ul style="list-style-type: none"> مرجع حقوقی و قانونی پذیرش و حمایت اولیه پیشگیری از آسیب های حاد ناشی از خانواده آسیب آفرین ایجاد اقامتگاهی برای نماندن در خیابان حمایت گری دولتی با جهت گیری فعال سازی تشکل های مردم نهاد 	<ul style="list-style-type: none"> وجود بیش از ۵۰ کودک در یک اقامتگاه ایجاد فضایی رسمی و سازمانی عدم تناسب سرانه پرسنل نسبت به کودکان زمینه ساز فقر شناختی و عاطفی تعامل و ارتباط اندک و سطحی متمركز بر نگه داری شبکه حمایتی دولتی و سازمان محور 	مؤسسه ای
<ul style="list-style-type: none"> جذب کودکان مؤسسات و کاهش آسیب پذیری زندگی مؤسسه ای تعداد بیشتر، هزینه های کمتر آماده سازی کودکان و نوجوانان برای موقعیت- های بعدی زندگی حمایت گری از طریق شبکه تشکل های مردم نهاد پیگیری شیوه های تربیتی در قالب گروه های بزرگ 	<ul style="list-style-type: none"> وجود بیش از ۱۰ کودک و کمتر از ۵۰ کودک در یک اقامتگاه تعامل و ارتباط اندک انجام گروهی فعالیت ها مانند صرف غذا در غذا خوری جهت گیری رسمی در اجرا و نظارت مانند استفاده از دوربین مدار بسته نمادهای رسمی مانند نصب تابلو رویکرد کل نگر (گروه بندی کودکان و نوجوانان) متمركز بر نگه داری با گرایش به تربیت و پرورش ایجاد شبکه حمایتی نیمه دولتی و تشکل- های مردم نهاد 	خوابگاهی (سالنی)
<ul style="list-style-type: none"> ایجاد فضای شبیه خانواده جذب کودکان و کاهش آسیب پذیری زندگی مؤسسه ای و خوابگاهی تعداد کمتر، تمرکز حمایتی- تربیت بیشتر آماده سازی کودکان و نوجوانان برای انتقال به خانواده اصلی حمایت گری از طریق شبکه خانواده های حامی پیگیری شیوه های تربیتی در قالب گروه های کوچک 	<ul style="list-style-type: none"> وجود کمتر از ۸ کودک امکان ارتباط گیری عمیق و تعاملات وسیع رویکرد فردنگر جهت گیری غیر رسمی فضایی شبیه به محیط خانواده متمركز بر تربیت و پرورش با تامین نیاز- های نگه داری ایجاد شبکه حمایتی متمركز بر فرد یا گروهی از خانواده ها و تشکل های مردم نهاد 	خانواده محور (شبه خانواده)

بی سرپرستی و بد سرپرستی با تروما در آمیخته اند. بسیاری از این کودکان در معرض سوء استفاده های جسمانی و جنسی بوده اند و نیز در معرض انواع آسیب های اجتماعی و رفتار مجرمانه قرار دارند. بی سرپرستی و بدسرپرستی ترومایی است که با به جا گذاشتن زخم هایی پایدار تمام ابعاد زندگی کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد. یکی از مهمترین این ابعاد، بعد اجتماعی زندگی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست است (دیکرسون^۱، ۲۰۰۹).

کودکان بی سرپرست و بدسرپرست به علت نداشتن سرپرست مناسب، فقر تربیتی و عاطفی دچار مشکلات هیجانی و رفتاری هستند بررسی ریشه مشکلات این کودکان، ارتباط بین خشونت در خانواده و پرخاشگری

^۱.Dickerson