

Comparison of Mental Health Indicators in Orphaned Children Held in Centers with Children Deposited to Relatives in Lorestan Province

Moslem Rajabi ^{1,*}, Mohammad Javad Bagiyan ², Mojtaba Bakhti ³,
Kolsoum Kariminejad ⁴

¹ MA, Department of Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

² PhD Student, Department of General Psychology, Faculty of Social Sciences and Psychology, Kermanshah University of Razi, Kermanshah, Iran

³ MA, Department of General Psychology, Mashhad University, Mashhad, Iran

⁴ PhD Student, Department of Counseling Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Moslem Rajabi, MA, Department of Clinical Psychology, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. E-mail: javadbagiyan@yahoo.com

Received: 06 Feb 2017

Accepted: 06 Apr 2017

Abstract

Introduction: Family is the key factor in raising children. Nursery children who do not have a chance to experience the mentioned atmosphere are deprived of the lovely setting of family. The goal of this study was the comparison of mental health indicators in orphan children kept in special centers with those raised by their relatives in Lorestan province.

Methods: This study had a cross-sectional and comparative cross-sectional (causal-comparative) design. The study population included all the leadless children and youth (6-18 years old) who are preserved in special centers with those raised by their relatives. Fifty four children and adolescents between the ages of 6 to 18 years who were in centers were selected using available sampling method and were compared with 54 children and adolescents entrusted with relatives on the basis of age, gender and educational level. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA), a self-assessment questionnaire and teacher report form were used.

Results: Results showed that anxiety/depression, withdrawal/depression and physical symptoms have differences ($P < 0.001$). In other words, orphaned children deposited to institutions were higher in anxiety/depression and withdrawal/depression factors and lower in physical factors.

Conclusions: The results obtained provide that appropriate childhood provisions for basic needs for children, including secure foster attachment, especially for children who are deprived of safe and stable families, are necessary for better growth and prevention of psychological problems in these children.

Keywords: Relatives, Orphans, Mental Health, Children, Institutions

مقایسه شاخص‌های سلامت روان در کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان

مسلم رجبی^{۱*}، محمدجواد بگیان کوله‌مرز^۲، مجتبی بختی^۳، کلتوم کریمی نژاد^۴

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران

^۲ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

^۳ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه فرودوسی مشهد، مشهد، ایران

^۴ دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: مسلم رجبی، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

ایمیل: Javadbagiyan@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۱۸

چکیده

مقدمه: خانواده عنصر کلیدی رشد و پرورش فرزندان است. کودکان پرورشگاهی که اقبال و بخت تجربه کردن محیط خانواده را ندارند از محیط گرم و رشد یافته خانواده محروم‌اند. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه شاخص‌های سلامت روان کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان بود.

روش کار: طرح این پژوهش توصیفی و از نوع مقطعی - مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست ۶ تا ۱۸ ساله نگهداری شده در مراکز و کودکان سپرده شده نزد اقوام تشکیل می‌دهند. ۵۴ کودک و نوجوان نگهداری شده در مراکز بین سنین ۶ تا ۱۸ سال استان لرستان به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با ۵۴ نفر از کودکان و نوجوان سپرده شده نزد اقوام بر اساس سن، جنسیت و مقطع تحصیلی همتاسازی شدند و به سیاهه رفتاری کودک آخبخ، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم پاسخ دادند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین نمرات اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی در کودکان بی‌سرپرست سپرده شده نزد مؤسسات و اقوام تفاوت وجود دارد ($P < 0/001$). به عبارت دیگر کودکان بی‌سرپرست سپرده شده به مؤسسات از اضطراب/افسردگی و گوشه‌گیری/افسردگی بالاتر و شکایات جسمانی پایین‌تری برخوردارند.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج به دست آمده فراهم کردن شرایط مناسب در دوره کودکی جهت ارضای نیازهای اساسی کودکان از جمله دلبستگی ایمن به خصوص برای کودکان پرورشگاهی که از محیط امن و با ثبات خانواده محرومند، برای رشد بهتر و موفقیت و پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی در کودکان پرورشگاهی ضروری است.

کلیدواژه‌ها: اقوام، بی‌سرپرست، سلامت روان، کودکان، مؤسسات

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

که از لحاظ عاطفی به فرزندان خود نزدیک هستند، بیشتر از والدینی که به فرزندان خود نزدیک نیستند و با آنها روابط چندانی ندارند، بر فرزندان تأثیر می‌گذارند. در هر سال، به علت فشارهای اقتصادی و اجتماعی، والدین، شمار زیادی از کودکان را در جامعه رها می‌کنند و رایج‌ترین شکل مراقبت از کودکان طرد شده در سراسر جهان، مراقبت در پرورشگاه است. مرگ والدین، مشکلات جسمانی و روانی، طلاق والدین، مشکلات خانوادگی و مالی، برخی از مهم‌ترین دلایل سپردن

خانواده، مهم‌ترین عامل در میان عوامل متعددی است که می‌تواند باعث تسهیل رشد و شخصیت کودک یا بازدارنده آن شود. رشد در اوایل کودکی از طریق عوامل محیطی مانند خانواده، مراقبان، محیط اطراف و فرهنگ تحت تأثیر قرار می‌گیرد [۱]. رشد بهینه در کودکان به محرک‌های محیطی - حمایتی و رابطه قوی با مراقبان اولیه مانند والدین بستگی دارد [۲] میزان تأثیر والدین تا حدودی به فراوانی، مدت، شدت و کیفیت تماس‌های اجتماعی آنان با فرزندانشان مرتبط است. والدینی

کودکان به پرورشگاه است [۳]. از سوی دیگر یکی از مهم‌ترین مسئولیت‌های خانواده پرورش و تربیت فرزندان است، چه بسا بسیاری از خانواده‌هایی که توانایی و آمادگی این رسالت بزرگ را ندارند و فرزندان خود را برای مراقبت به نزد مؤسسات و سازمان‌های پرورشی می‌سپارند. ایران کشوری با جمعیت جوان، دارای مخاطراتی مثل بحران هویت در نوجوانان، افزایش روزافزون بیکاری و سردرگمی در جوانان و عدم استقلال آن‌ها در معرض این آسیب قرار دارد [۴]. در این مجتمع‌های شبانه روزی کودکان و نوجوانانی وجود دارند که شامل این طبقات می‌شوند: فرزندی که والدین آن‌ها به علل اعتیاد یا قاچاق مواد مخدر زندانی شده‌اند، آن‌هایی که به علت مشکلات درون خانوادگی یا فوت والدین یا عدم صلاحیت والدین از منزل فرار کرده‌اند [۵]. با توجه به اهمیت وجود خانواده در سرپرستی فرزندان، می‌توان انتظار داشت که نوجوانانی که در کنار والدین خود زندگی می‌کنند، با نوجوانانی که بنا به دلایل مختلف از خانواده جدا شده‌اند و در مراکز نگهداری از بچه‌های بی‌سرپرست و پرورشگاه‌ها به سر می‌برند در بسیاری از رفتارها و ویژگی‌های شخصیتی تفاوت داشته باشند [۶]. مطالعات نشان می‌دهد کودکانی که بخش اول زندگیشان را در پرورشگاه‌ها یا خانواده‌های نامناسب می‌گذرانند، عمدتاً از محیط‌های حمایت‌کننده محروم هستند و بیشتر در معرض خطر مشکلات رفتاری شامل: بیش‌فعالی، پرخاشگری، رفتارهای ضد اجتماعی و مشکلات هیجانی مانند اضطراب، افسردگی و عدم تنظیم هیجانی، و مشکلات جسمانی مانند کم‌خونی، اختلالات دهان و دندان، و مشکلات پوستی قرار دارند [۷].

[۱۲]. از سوی دیگر، کودکان پرورشگاهی به طور قابل ملاحظه‌ای در زمینه‌های رشدی به ویژه عملکرد در آزمون‌های رفتاری و هوش [۱۳] و قابلیت‌های گفتاری [۱۴] در مقایسه با کودکان عادی پایین‌تر عمل می‌کنند. تأخیرها در رشد شناختی و سازگاری اجتماعی منجر به بروز مشکلات تحصیلی در سال‌های مدرسه برای این کودکان می‌شود [۱۵].

[۱۶]. علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که زندگی در محیط پرورشگاه بر شکل‌گیری دلبستگی به ویژه دلبستگی ایمن، نیز اثر منفی داشته و منجر به دلبستگی ناایمن در کودکان می‌گردد [۱۷، ۱۸]. حتی اگر این کودکان بعد از مدتی سکونت در پرورشگاه، به فرزندخواندگی پذیرفته شوند نیز دچار مشکلاتی مانند: تأخیر در رشد مهارت‌های اجتماعی و بروز رفتارهای اجتنابی خواهند شد [۱۹]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان پرورشگاهی با مشکلات بسیاری مثل: فقر، اختلالات دلبستگی، کمبود مهارت‌های اجتماعی و مشکلات سلامت روانی مواجه می‌شوند. این نوجوانان به دلایل گوناگونی در معرض خطر بالا برای مشکلات رشد هیجانی و رفتاری هستند [۲۰]. شب‌اداری، ناخن جویدن، پرخاشگری، دروغ‌گویی، بی‌قراری، انزوا، کم‌رویی، احساس بی‌ارزشی، عزت نفس پایین، احساس حقارت، کاهش قدرت تصمیم‌گیری، آشفتگی فکر، شیشه شکستن، حالت‌های سادیستی و مازوخیستی، هراس، افسردگی، مشکلات تحصیلی، بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه، تکانه‌ای بودن، اقدام به خودکشی، رگه‌هایی از اختلال شخصیت خود شکن، رگه‌هایی از اختلال شخصیت منفعل - پرخاشگر و حتی اختلالات سلوک، اختلال پارانوئیدی و نیز اختلالات جنسی، اعتیاد به مواد استنشاقی مثل بنزین و حتی آشغال خوری نیز دیده شده است [۲۱]. از سوی دیگر در کشورهای در حال توسعه کودکان علاوه بر زندگی پرورشگاهی در

صورت از دست دادن یا ناتوانی والدین آنها برای مراقبت کردن و تأمین نیازهای اساسی آنها، تحت سرپرستی خویشاوندان و اقوام نزدیک خود قرار می‌گیرند که پدیده‌ای عرفی و سنتی محسوب می‌شود و هدف از آن فراهم نمودن یک جایگزین مناسب برای سرپرستی این کودکان می‌باشد. گرچه این مراکز ممکن است در تأمین نیازهای کودکان بی‌سرپرست موفق باشند اما زندگی کردن با اقوام و خویشاوندان برای این کودکان لذت بخش‌تر می‌باشد و پیامدهای مناسب‌تری را برای آنها به دنبال دارد [۲۲]. کودکانی که روابط پایدار و مثبتی با اعضای خانواده خود و خویشاوندان نزدیک دارند، رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتر، عملکرد تحصیلی و پیشرفت، رشد مهارت‌های اجتماعی بیشتری دارند و همچنین کمتر احتمال دارد که مشکلات رفتاری و هیجانی داشته باشند. مطالعات در این زمینه نشان داده‌اند کودکانی که نزد اقوامشان زندگی می‌کنند تجربه‌های مثبتی مانند احساس دوست داشتنی بودن و احساس امنیت را گزارش کرده‌اند [۲۳]. Brown, Cohon & Wheeler (۲۰۰۲) گزارش کردند نوجوانانی که نزد خویشاوندان خود زندگی می‌کنند از شیوه‌های برقراری ارتباط مناسب به همسالان، حمایت اجتماعی و وابستگی به خانواده را نشان داده‌اند [۲۴]. علی‌رغم این تأثیرات مثبت برخی مطالعات در کشورهای در حال توسعه گزارش کرده‌اند که برخی این کودکان حمایت بهتری را دریافت نمی‌کنند و ممکن است مورد غفلت و سوء استفاده جسمانی و هیجانی را تجربه کنند زیرا مراقبان آن‌ها اغلب فقیر و بیکار هستند و از ارتباط مناسبی با مددکاران اجتماعی برخوردار نمی‌باشند [۲۵]. می‌توان انتظار داشت وقتی کودکان تحت سرپرستی اقوام و خویشاوندان نزدیک قرار می‌گیرند مراقبت‌های بهتری را دریافت کنند که به آنها اجازه دهد رشد سالم و پربارتری را داشته باشند و از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار شوند [۲۶]. Kuyini, Alhassan & Tollerud (۲۰۰۹) در پژوهش خود با عنوان تجارب و دیدگاه کودکان و مراقبان از نگهداری سنتی توسط خویشاوندان نشان دادند، اکثریت کودکان از زندگی با خویشاوندان رضایت داشتند و سطح اضطراب آنها نسبت به کودکان ساکن در پرورشگاه پایین‌تر بود. آن‌ها بر نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی نوع دوستانه و ارتباط متقابل در کیفیت مراقبت توسط خویشاوندان این کودکان تأکید کردند که منجر به فراهم نمودن زمینه مناسبی برای رشد آنها شده بود [۲۷]. Damnjanovic, Lakic, Stevanovic & Jovanovic (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای مقطعی با عنوان اثرات سلامت روان بر کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان پرورش یافته در پرورشگاه نشان دادند، ۳۵ درصد اضطراب، ۴۹ درصد نشانگان افسردگی و ۱۳/۸ مشکلات رفتاری داشتند و نمرات کیفیت زندگی آنها پایین بود. همچنین مشکلات سلامت روان، اضطراب، افسردگی تأثیر منفی بر روی کیفیت زندگی آنها گذاشته بود [۲۸]. Erol, Simsek & Münir (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای به منظور مقایسه سلامت روان در نوجوانان ۱۸-۱۱ پرورش یافته در پرورشگاه با نوجوانان عادی نشان دادند، اضطراب/افسردگی، اضطراب/گوشه‌گیری و شکایات جسمانی در نوجوانان پرورشگاهی بالاتر از نوجوانان عادی بوده است و میانگین نمرات مشکلات درون‌سازی در دختران بیشتر از پسران بود. همچنین آنها نشان دادند که عدم مراقبت حمایت‌کننده از جانب سرپرستان و فقدان مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری آن‌ها می‌باشد [۲۹].

و نوجوانان بی‌سرپرست در مراکز می‌کند. بر اساس اطلاعات آماری دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی برای هر کودک بی‌سرپرست ماهانه بین ۳۸۰ تا ۴۳۵ هزار تومان هزینه می‌شود. اما داده‌های حاصل از بررسی‌های گذشته نشان دهنده رشد اخلاقی پایین‌تر، اضطراب و افسردگی بیشتر این کودکان و نوجوانان ساکن در مراکز شبانه روزی نسبت به سایر کودکان و نوجوانان است. بررسی آمارهای موجود در حوزه حمایت و مراقبت از کودکان فاقد سرپرست مؤثر این پیام را به همراه دارد که در طی پنج سال آینده شاهد افزایش تعداد این کودکان خواهیم بود. بنابراین لازم است راهکارهای تقویت برنامه مراقبت از این کودکان (سپرده شده به مؤسسات و اقوام) مورد بررسی قرار بگیرد و برنامه ریزی‌های بیشتری در این زمینه انجام شود. لذا ما در پژوهش حاضر به دنبال جواب این سؤال هستیم که آیا بین شاخص‌های سلامت روان کودکان بی سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان تفاوت وجود دارد؟

روش کار

این پژوهش توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کودکان و نوجوانان بی سرپرست ۶ تا ۱۸ ساله نگهداری شده در مراکز سازمان بهزیستی استان لرستان با کودکان سپرده شده نزد اقوام تشکیل می‌دهند. ۱۰۸ کودک و نوجوان (۵۴ کودک و نوجوان دختر و پسر سپرده شده نزد اقوام) بین سنین ۶ تا ۱۸ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که پس از کسب مجوزهای لازم از سازمان بهزیستی و دسترسی به لیست نمونه کودکان سپرده شده نزد مؤسسات و کودکان سپرده شده نزد اقوام با هماهنگی سازمان بهزیستی ۶ (۳ پسرانه و ۳ دخترانه) مرکز موجود در استان و شهرستانها انتخاب شدند. سپس با هماهنگی سازمان بهزیستی با مراکز در هر یک از مراکز حضور یافته و پرسشنامه سیاهه رفتاری آخنباخ در اختیار ۵۴ نفر از نوجوانانی که دامنه سنی ۱۱ تا ۱۸ سال فرم خودگزارش دهی، معلم، مدارک و مشاور برای کودکان ۶ تا ۱۱ سال فرم گزارش معلم این مراکز قرار داده شد. همچنین برای انتخاب کودکان سپرده شده نزد اقوام نیز با توجه به لیست سازمان بهزیستی و هماهنگی لازم از بین ۱۱۰ خانواده که سرپرستی کودکان را پذیرفته بودند. بر اساس ملاک همتاسازی و کنترل سن و جنسیت کودکان، ۵۴ نفر از خانواده‌های که سرپرستی این کودکان را بر عهده گرفته، و متمایل به شرکت در پژوهش بودند به سیاهه رفتاری آخنباخ فرم خودگزارش دهی برای سنین ۱۱ تا ۱۸ و فرم والدین برای سنین ۶ تا ۱۱ سال پاسخ دادند. که در نهایت ۱۰۸ پرسشنامه توسط معلمین و خانواده جمع‌آوری شد. اطمینان دهی در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و آزادی انتخاب برای شرکت در پژوهش از جمله نکات اخلاقی این پژوهش بود. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ۱- سن بین ۶ تا ۱۸ سال، ۲- نداشتن سابقه بیماری جسمانی و روانی، ۳- یکی بودن افراد نمونه از نظر مقطع تحصیلی و ۴- داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه. در مورد انتخاب ۱۰۸ نفر نمونه (۵۴ نفر برای هر گروه) باید اشاره کرد که در روش علی-مقایسه‌ای باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد تعداد نمونه ۱۰۸ نفر

Tarren-Sweeney & Hazell (۲۰۰۶) در پژوهشی عزت نفس و سلامت روان را در کودکانی که تحت سرپرستی اقوام با کودکانی که تحت سرپرستی والدینی که نسبت خویشاوندی نداشتند نشان دادند که کودکانی که نزد اقوام زندگی می‌کنند سلامت روان و عزت نفس بالاتری نسبت به کودکان سپرده شده نزد والدین غیرخویشاوند دارند. همچنین هردو گروه مشکلات جسمانی بالاتری نسبت همسالان عادی داشتند [۳۰]. Rahman و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای به بررسی شیوع اختلالات رفتاری و هیجانی و عوامل مرتبط با آن در کودکان بی سرپرست پرداختند. نتایج نشان داد که ۴۰/۳ درصد از این کودکان از مشکلات هیجانی و رفتاری، ۲۶/۹ درصد از مشکلات رفتاری، ۱۰/۲ درصد از مشکلات عاطفی رنج می‌برند [۳۱]. Yendork, Somhlaba & Nceba (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی (نشانگان افسردگی و اضطراب) مهارت‌های مقابله و کیفیت زندگی در بچه‌های بی سرپرست، عادی و کسانی که نزد افرادی به غیر از والدین بودند پرداختند. نمونه شرکت کننده در این پژوهش ۲۰۰ کودک بی سرپرست، عادی و کودکان سپرده شده به افراد غیر از والدین ۷ تا ۱۷ ساله بود نتایج نشان داد که کودکان سپرده شده به مؤسسات از سطح افسردگی و اضطراب بالاتر و مهارت‌های مقابله با استرس و کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند [۳۲]. همچنین کودکان و نوجوانانی که در محیط‌های پرورشگاهی زندگی می‌کنند همواره با چالش‌های زیادی در زندگی مواجه می‌شوند که از رشد مناسب آنها جلوگیری می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که کودکان پرورشگاهی سلامت روان پایین با مشکلات بالای اضطراب و افسردگی دارند و همچنین این کودکان به علت زندگی در شرایط پرورشگاهی فاقد حمایت اجتماعی، تأمین نیازهای اساسی و عدم آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله می‌باشند که این عوامل می‌تواند تأثیر منفی بر زندگی آنها گذاشته و باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و امیدواری نسبت به آینده در آنها شود [۳۳]. درحالی که کودکانی تحت سرپرستی اقوام قرار دارند اغلب از حمایت و تعاملات اجتماعی سازنده برخوردارند. این حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل محافظت کننده نقش به سزایی در شرایط استرس‌زا ایفا می‌کند و اثرات نامناسب تجربه‌های ناگوار کودکی را کاهش داده و به بهبود کیفیت زندگی و مشکلات هیجانی و رفتاری کمتر نسبت به کودکان پرورشگاهی می‌انجامد. شاید بتوان گفت که روابط بین فردی مناسبی که بین این کودکان و خویشاوندان آنها وجود داشته باعث کاهش مشکلات کمتری نسبت به کودکان پرورشگاهی شده است [۳۴]. در مجموع می‌توان گفت این گروه از کودکان ناگزیر با بی‌توجهی و غفلت عاطفی مواجه می‌شوند که به تبع آن در طول زندگی خود به مشکلات رفتاری و عاطفی دچار می‌شوند که به شکل‌های مختلف مانند شکست تحصیلی، عدم موفقیت شغلی، طرد شدگی اجتماعی، اعتماد به نفس پایین و ... خود را نشان می‌دهند. نظر به نقش مهمی که سلامت رفتاری و روانی در زندگی افراد دارند، می‌توان با انجام این پژوهش‌ها و پژوهش‌های مشابه می‌توان به نیمرخ سلامت روانی کودکان فاقد سرپرست که در مراکز یا در خانواده جایگزین زندگی می‌کنند، دست یافت و زمینه را برای ارتقاء سلامت روان این کودکان و نوجوانان با انجام مداخلات روانشناختی فراهم نمود که این امر ضرورت انجام این پژوهش بود. از طرف دیگر دولت سالانه هزینه‌های زیادی را صرف نگهداری و مراقبت از کودکان

(۵۴ نفر برای هر گروه) در نظر گرفته شد [۳۲]. در پژوهش حاضر جهت جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

ابزار پژوهش

ابزار مورد استفاده در این پژوهش فرم‌های CBCL، YSR و TRF نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA: Achenbach System of Empirically Based Assessment) است. این مقیاس توسط Achenbach & Rescorla در سال ۲۰۰۱ برای افراد ۶ تا ۱۸ ساله ساخته شد. این نظام، شامل مجموعه‌ای از فرم‌ها برای سنجش آسان و مقرون به صرفه شایستگی‌ها (توانمندی‌ها)، کنش یا کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری است (۳۳). با استفاده از این فرم‌ها، به آسانی و سهولت می‌توان درباره طیف وسیعی از شایستگی‌ها، کارکرد انطباقی و مشکلات عاطفی- رفتاری، داده‌های استاندارد به دست آورد. بر خلاف بسیاری از آزمون‌های استاندارد، فرم‌های ASEBA با استفاده از پرسشهای باز پاسخ، اطلاعاتی در خصوص بهترین ویژگیها و عمده‌ترین نقاط ضعف کودکان حاصل و گزارش می‌کند. فرم‌های ASEBA نوعاً در ۲۰ تا ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شوند. در صورت ضیق وقت، می‌توان از پاسخ‌دهندگان خواست تا صرفاً بخش‌هایی از فرم‌ها را تکمیل کنند که شایستگی‌ها و کارکرد انطباقی را اندازه می‌گیرند و یا تنها بخش‌هایی را تکمیل کنند که مشکلات عاطفی- رفتاری را درجه‌بندی می‌کنند. با این حال، برای به دست آوردن تصویر کاملی از کارکرد کودک باید همه سؤالات هر سه فرم ASEBA را والدین یا سرپرست کودک، معلم و همچنین خود کودکان ۱۱ تا ۱۸ سال تکمیل کنند. سیاهه رفتاری کودک (CBCL) و پرسشنامه خودسنجی (YSR) و فرم گزارش معلم (TRF) فرم‌های موازی هستند که انجام مقایسه‌های منظم بین چشم‌اندازهای مختلف راجع به کودک را تسهیل می‌کنند. به خاطر اینکه هیچ منبعی به تنهایی نمی‌تواند اطلاعات دقیق و کامل فراهم کند، لذا سنجش جامع، مستلزم چندین منبع اطلاعاتی است.

سیاهه رفتاری کودک (CBCL: Child Behavior Checklist): این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هرکسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های (توانمندی‌های) کودک را می‌سنجد و همچنین تعدادی سؤال باز پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند.

فرم خودسنجی (YSR: Youth Self-Report): این فرم که برای افراد ۱۱ تا ۱۸ ساله به کار می‌رود، خود نوجوان تکمیل می‌کند. اگر نوجوانی قادر نباشد مستقلاً فرم را تکمیل کند، فرد دیگری می‌تواند فرم را برای او قرائت و پاسخ‌های او را ثبت کند. سؤالات شایستگی‌ها

(توانمندی‌ها) ناتوانی‌ها و بیماری‌ها این فرم شبیه سؤالات CBCL است. با این حال، درباره خدمات آموزشی ویژه یا تکرار پایه از نوجوان سؤالی پرسیده نمی‌شود؛ زیرا ممکن است او نتواند یا مایل نباشد در این مورد اطلاعات دقیق ارائه بدهد. ۱۰۵ مورد از سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری فرم YSR، همتای سؤالات فرم CBCL است. همچنین ۹۳ سؤال این فرم که مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی را در بر می‌گیرد، با سؤالات فرم TRF یکسان است. علاوه بر ۱۰۵ سؤال، ۱۴ سؤال نیز رفتارهای را مورد سنجش قرار می‌دهند که از لحاظ اجتماعی مطلوب هستند. دامنه ضریب همسانی درونی مقیاس از ۰/۹۵ تا زمانی ۵-۸ هفته از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است (۳۳).

فرم گزارش معلم (TRF: Teacher's Report Form): فرم TRF را که برای نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله به کار می‌رود، معلم و یا سایر کارکنان مدرسه مانند مشاوران، مدیر یا معاون، دستیار معلم و مربی ویژه که با عملکرد کودک در مدرسه آشناست تکمیل می‌کند. این فرم روشی کارآمد و مقرون به صرفه برای به دست آوردن تصویر فوری از عملکرد کودک در مدرسه از دیدگاه معلم یا سایر کارکنان فراهم می‌آورد. از فرم TRF می‌توان برای مقایسه گزارش‌های معلمان مختلف و سایر افرادی که کودک را در مدرسه مشاهده می‌کنند و همچنین برای مقایسه با گزارش‌های حاصل از CBCL و YSR استفاده کرد. در بخش اول این فرم که از ۱۲ سؤال تشکیل یافته است، شایستگی‌ها، ناتوانی‌ها و بیماری‌های کودک مورد سنجش قرار می‌گیرد و همچنین عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده در ارتباط با کودک و نظر او نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک مورد پرسش قرار می‌گیرد. بخش دوم این فرم ۱۱۳ سؤال دارد و از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا مشکلات رفتاری، عاطفی و اجتماعی را با نمرات ۰، ۱ و ۲ درجه‌بندی کند. با این حال، از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا پایه و اساس درجه‌بندی‌هایش را وضعیت دانش‌آموز در طول ۲ ماه گذشته قرار دهد. دلیل انتخاب این دوره زمانی کوتاه، به خاطر این واقعیت است که اغلب لازم می‌شود تا معلمان، دانش‌آموزان را در فواصل زمانی نسبتاً کوتاه سنجش کنند و ممکن است در طول سال تحصیلی لازم باشد تا دانش‌آموزان را به صورت دوره‌ای و در فواصل زمانی نسبتاً کوتاه مجدداً مورد سنجش قرار دهند. در TRF نیز همانند CBCL از پاسخ‌دهنده خواسته می‌شود تا تعدادی از مشکلات را توصیف کند و مشکلات جسمانی و هر نوع مشکل دیگری را که قبلاً فهرست نشده است گزارش دهد. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) بر اساس تحلیل عاملی که بر روی سؤالات مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری هر یک از سه فرم انجام دادند، مقیاس‌ها یا خرده آزمون‌هایی را استخراج کردند و آنها را مقیاس‌های مبتنی بر تجربه نام نهادند. مقیاس‌های مبتنی بر تجربه دو فرم CBCL و YSR دقیقاً یکسان و به این ترتیب است: اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگری، درونی‌سازی Internalizing، برونی‌سازی Externalizing و مشکلات کلی. مقیاس‌های فرم TRF نیز همانند مقیاس‌های CBCL و YSR است. تنها تفاوت بین آنها این است که مقیاس مشکلات توجه در فرم TRF، خرده مقیاس‌هایی برای بی‌توجهی و بیش‌فعالی/ تکانشگری دارد. بر اساس تحلیل‌هایی که

مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس چندمتغیری را برآورد می‌کنند، به بررسی آنها پرداخته شد. بدین منظور سه مفروضه تحلیل واریانس چندمتغیری شامل نرمال بودن واریانس داده‌ها و همگنی واریانس‌ها (homogeneity of variance) مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro- Wilk) بررسی شد (بدین منظور از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد که حجم نمونه در پژوهش حاضر بیش از ۳۰ نفر بود لذا در تحقیقات با حجم نمونه ۳۰ نفر به بالا به جای آزمون کالموگوراف اسمیرنوف (Kolmogorov- Smirnov) باید از آزمون شاپیرو ویلک استفاده کرد)، همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرها نیز از آزمون‌های باکس و لوین (Box's and Leven's test of equality variances) استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج **جدول ۱** به بررسی سه ویژگی متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت و مقطع تحصیلی) پرداخته است. نتایج حاصل از متغیرهای جمعیت شناختی با آزمون خی دو X^2 مورد تحلیل آماری قرار گرفت با توجه به نتایج این آزمون و عدم معنی داری برای متغیرهای جمعیت شناختی فرض همگن بودن افراد نمونه پژوهش رعایت شده است و نمونه مورد نظر معرف جامعه می‌باشد. به عبارت دیگر نحوه گمارش آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمون و شاهد همگن می‌باشد.

همان‌طور که در **جدول ۲** مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف استاندارد) نمره کلی مشکلات درونی‌سازی در کودکان و نوجوانان سپرده شده نزد مؤسسات ۲۱/۰۳ (و ۹/۷۶) و نمره کلی مشکلات درونی‌سازی کودکان و نوجوانان سپرده شده نزد اقوام ۱۶/۹۹ (و ۱۰/۴۶) می‌باشد. همچنین با توجه به نتایج جدول کودکان سپرده شده نزد مؤسسات از اضطراب/ افسردگی و گوشه‌گیری/ اضطراب بالاتر و شکایات جسمانی پایین‌تری برخوردار بودند. با توجه به نتایج **جدول ۲** فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در مقیاس اضطراب/ افسردگی و گوشه‌گیری/ افسردگی، شکایات جسمانی و مشکلات درونی‌سازی تأیید می‌شود.

آخنباخ و رسکورا (۲۰۰۱) بر روی مقیاس‌های مبتنی بر تجربه هر فرم انجام دادند، آن‌ها را به دو گروه کلی تقسیم کردند: یکی از این گروه‌بندی‌ها که درونی‌سازی نام دارد، سه مقیاس سندرمی اضطراب/ افسردگی، گوشه‌گیری/ افسردگی و شکایات جسمانی را در بر می‌گیرد [۳۵]. نامگذاری این گروه‌بندی این است که مشکلاتی را در بر می‌گیرد که اساساً در درون خود فرد قرار دارند؛ گروه‌بندی دوم که برونی‌سازی نامیده می‌شود، دو مقیاس نشانگان رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگرانه را شامل می‌شود. دلیل نامگذاری این نشانگان این است که مشکلاتی را شامل می‌شود که اساساً مستلزم تعارض با دیگران و با انتظارات دیگران از کودک است. برای هر یک از مقیاس‌های مذکور، سه نوع نمره به دست می‌آید که عبارت است از: نمرات خام، رتبه‌های درصدی و نمرات T. برای ایجاد سهولت در شناخت شایستگی‌ها و مشکلات کودک، عملکرد کودک در هر یک از این ۳ فرم بر روی یک نیمرخ نمایش داده می‌شود. یزد خواستی و عربی [۳۶]، همسانی درونی مقیاس‌های شایستگی نظام سنجشی مبتنی بر تجربه آشنابخ (ASEBA) در سطح نسبتاً مطلوب گزارش شده و ضریب آلفای آن ۰/۹۳ برای YSR، CBCL و TRF بدست آمده است. همچنین در این پژوهش ضرایب آلفای مقیاس‌های سندرمی مبتنی بر DSM-IV در سطح رضایت بخشی قرار دارد و دامنه آن از ۰/۶۰ تا ۰/۹۶ برای TRF است.

روش اجرا در این پژوهش به این صورت بود که، پس از دستیابی به نمونه مورد نظر کودکان بی‌سرپرست (سپرده شده به مؤسسات و اقوام) هر یک از سه خرده مقیاس CBCL برای کودکان ۶ تا ۱۱، YSR برای نوجوانان ۱۱ تا ۱۸ سال و TRF برای فرم گزارش معلم در اختیار آنها قرار داده شد و از آن‌ها درخواست شد که سؤالات را متناسب با کودک و یا خود (برای سنین ۱۱ تا ۱۸) پاسخ دهند و تا حد امکان سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. پس از جمع آوری پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع آوری شده با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش

جدول ۱: فروانی و درصد سن، جنسیت و مقطع تحصیلی در کودکان بی سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام

موقعیت	کودکان سپرده شده نزد مؤسسات	کودکان سپرده شده نزد اقوام	χ^2
سن	فروانی	درصد	
۶-۹	۱۵	۲۷/۷	P = ۰/۱۵۸
۹-۱۲	۱۵	۲۹/۶	
۱۲-۱۵	۱۵	۳۱/۴	
۱۵-۱۸	۹	۱۲/۹	
جنسیت			P = ۰/۱۴۸
دختر	۲۸	۵۱/۸۵	
پسر	۲۶	۴۸/۱۴	
تحصیلات			P = ۰/۰۲۵
ابتدایی	۱۵	۲۷/۷	
راهنمایی	۳۰	۵۵/۵	
دبیرستان	۹	۱۶/۶	

جدول ۲: میانگین (و انحراف استاندارد) نمرات اضطراب / افسردگی، گوشه‌گیری / افسردگی و شکایات جسمانی در کودکان بی سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام (بر حسب گروه)

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	Z (نرمال بودن)	P
اضطراب / افسردگی				
سپرده نزد مؤسسات	۱۱/۴۴	۵/۳۵	۰/۹۷۱	۰/۸۳۸
نزد اقوام	۸/۱۱	۵/۲۱	۰/۹۶۷	۰/۶۹۴
گوشه‌گیری / افسردگی				
سپرده نزد مؤسسات	۷/۲۴	۴/۵۰	۰/۹۶۱	۰/۵۶۹
نزد اقوام	۴/۲۰	۳/۵۸	۰/۹۸۳	۰/۹۶۷
شکایات جسمانی				
سپرده نزد مؤسسات	۲/۳۵	۳/۳۴	۰/۹۷۹	۰/۹۱۷
نزد اقوام	۴/۶۸	۴/۹۲	۰/۹۳۶	۰/۲۰۱
مشکلات درونی‌سازی				
سپرده نزد مؤسسات	۲۱/۰۳	۹/۷۶	۰/۹۶۳	۰/۶۰۸
نزد اقوام	۱۶/۹۹	۱۰/۴۶	۰/۹۵۴	۰/۴۲۵

جدول ۳: اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)

اثر	ارزش	F	dF	Df خطا	P	Eta
اثر پیلایی	۰/۸۰۶	۱۴/۴۴۰	۳	۱۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۶
گروه						
لامبدای ویکلز	۰/۱۹۴	۱۴/۴۴۰	۳	۱۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۶
اثر هوتلینگ	۴/۱۵۳	۱۴/۴۴۰	۳	۱۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۶
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴/۱۵۳	۱۴/۴۴۰	۳	۱۰۴	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۸۰۶

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت رعایت پیش فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری مشکلات درونی‌سازی

متغیر	DF1	DF2	F	P	لن (Levene's)
افسردگی / اضطراب	۱	۱۰۶	۰/۲۵۸	۰/۶۱۲	
گوشه‌گیری / افسردگی	۱	۱۰۶	۴/۰۱۳	۰/۰۴۸	
شکایت جسمانی	۱	۱۰۶	۱/۴۸۷	۰/۲۵۷	
مشکلات درونی‌سازی	۱	۱۰۶	۰/۰۲۶	۰/۸۷۲	

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه مشکلات درونی‌سازی در کودکان بی سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام (بر حسب گروه)

متغیر	SS	df	MS	F	P	Eta
افسردگی / اضطراب	۳۰۰/۰۰۰	۱	۳۰۰/۰۰۰	۱۰/۷۵۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۷۲
گوشه‌گیری / افسردگی	۲۴۹/۰۳۷	۱	۲۴۹/۰۳۷	۱۵/۰۴۵	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۴۵۶
شکایت جسمانی	۱۴۷/۰۰۰	۱	۱۴۷/۰۰۰	۸/۲۸۸	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۳۳۷
مشکلات درونی‌سازی	۲۰۴۵/۳۷۰	۱	۲۰۴۵/۳۷۰	۱۹/۹۶۷	$P < ۰/۰۰۱$	۰/۶۱۷

آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کواریانس به درستی رعایت شده است ($P = ۰/۱۲۱$, $F = ۰/۸۱۲$ و $BOX = ۶/۰۲۱$) همچنین با توجه به نتایج آزمون لون که برای متغیر افسردگی / اضطراب ($P = ۰/۶۱۲$, $F = ۰/۲۵۸$)، گوشه‌گیری ($P = ۰/۲۸۷$, $F = ۴/۰۱۳$, $df = ۱, ۱۰۶$)، شکایات جسمانی ($P = ۰/۲۵۷$, $F = ۱/۴۸۷$, $df = ۱, ۱۰۶$)، و مشکلات درونی‌سازی ($P = ۰/۸۷۲$, $F = ۰/۰۲۶$, $df = ۱, ۱۰۶$) معنی دار نبوده است، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است.

نتایج آزمون لامبدای ویکلز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب متغیرهای درونی‌سازی معنی دار می‌باشد ($P \leq ۰/۰۰۱$, $F = ۰/۱۹۴$, $df = ۳, ۱۰۴$). Wilks (جدول ۳). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانووا) را مجاز شمرد. نتایج نشان داد که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین دو گروه مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس و لون استفاده شد (جدول ۴). براساس

مورد محبت دیگران واقع شدن محروم می‌مانند، آرام و بی‌میل می‌شوند و نسبت به خنده‌ها پاسخی بروز نمی‌دهند و خلق و خوی افراطی نشان می‌دهند که این امر خود دلیلی بر خلق و خوی ناپایدار و بی‌ثبات این کودکان است که اضطراب، افسردگی و مشکلات توجه مولفه‌های اصلی آن هستند [۳۴].

نتایج نشان داد که بین گروه‌های مورد مطالعه (کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام) در نمرات گوشه‌گیری/افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز از گوشه‌گیری/افسردگی بالاتری برخوردارند. این نتایج با مطالعات Erol و همکاران (۲۰۱۰) و Rahman و همکاران (۲۰۱۲) مبنی بر این که نوجوانان پرورشگاهی سطح بالاتری از گوشه‌گیری/افسردگی نسبت به نوجوانان عادی دارند همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت کودکان بی‌سرپرست به دلیل روابط بین فردی محدود عمدتاً تمایل به درگیری و رویارویی با محیط اجتماعی ندارند، و در برخورد با موقعیتها و مشکلات خود را بی‌پناه و تنها احساس کرده و از نیرو و انرژی لازم برای رویارویی با رویدادهای فشارزا را نداشته و بیشتر روبه تنهایی و انزواطلبی می‌آورند. از سوی دیگر این افراد به علت عدم رشد هیجانی و محدودیت عاطفه مثبت فعالانه، توأم با شور و نشاط و اعتماد به زندگی رو نمی‌کنند، همراهی با دیگران را جستجو نمی‌کنند و از آن لذت نمی‌برند و در تعاملات اجتماعی خود از اعتماد و رضایت برخوردار نیستند. این افراد تجارب هیجان‌انگیز را دوست ندارند و از اینکه کانون توجه قرار گیرند، مضطرب می‌شوند. از سوی دیگر، این افراد به دلیل عاطفه منفی، فاقد انرژی، اشتیاق و اعتماد هستند. آن‌ها تودار و از نظر اجتماعی گوشه‌گیر هستند، از تجارب پرشور پرهیز می‌کنند و در کل نسبت به درگیر شدن فعالانه با محیط خود تردید دارند. این افراد به سمت ناراحتی و ناخرسندی گرایش دارند، دید منفی نسبت به خود دارند [۱۹، ۳۵، ۳۶]. همچنین می‌توان گفت که، مهم‌ترین مسئله مربوط به یک کودک پرورشگاهی بعد تربیتی آن می‌باشد. از آنجا که بیشترین بار تربیتی بر عهده مادر است [۱۷]، دوری کودک از مادر و محرومیت عاطفی سبب می‌شود بخشی از عواطف که از طریق یادگیری و تقلید از والدین آموخته می‌شود. به درستی در محیط سرد و به دور از عاطفه مناسب آموخته شود و این امر سبب بی‌تفاوتی تمام عیار کودک به هیجانات و عواطف خود شود و قادر نباشد آنها را در موقعیت‌های مناسب ابزار نماید. در نتیجه این محرومیت عاطفی و ناکامی پی در پی در برقراری ارتباط با منبع دلبستگی باعث شکل‌گیری و رشد عواطف منفی از جمله اضطراب، افسردگی، خشم، ناامیدی در کودک شود. و زمینه را برای گوشه‌گیری/افسردگی فراهم می‌آورد.

همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه (کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام) در نمرات شکایات جسمانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارت دیگر کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز از شکایات جسمانی کمتری برخوردارند. این نتایج با مطالعه Tarren-Sweeney و همکاران (۲۰۰۶)، Damnjanovic و همکاران (۲۰۱۱) و Erol و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر این که نشان دادند کودکان تحت سرپرستی اقوام یا والدین غیر خویشاوندی هستند شکایات جسمانی بالاتری نسبت به دیگر همسالان خود دارند، همخوانی دارد. در تبیین این نتایج

همانطور که در [جدول ۵](#) مشاهده می‌شود بین گروه‌های مورد مطالعه (کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام) در نمرات اضطراب/افسردگی ($P < 0/001$)، $F(1, 10) = 10/755$ ، $F(df=1, 10) = 15/045$ ، $P < 0/001$)، گوشه‌گیری/افسردگی ($P < 0/001$)، شکایات جسمانی ($P < 0/001$)، $F(df=1, 10) = 8/288$ ، $P < 0/001$) و مشکلات درونی‌سازی ($P < 0/001$)، $F(df=1, 10) = 19/967$ ، تفاوت معنی‌داری وجود دارد به عبارت دیگر کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز از اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری بالاتر و شکایات جسمانی پایین‌تری برخوردارند.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه مشکلات هیجانی کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام در استان لرستان بود. نتایج نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد مطالعه (کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز با کودکان سپرده شده نزد اقوام) در نمرات اضطراب/افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر کودکان بی‌سرپرست نگهداری شده در مراکز از اضطراب و افسردگی بالاتری برخوردارند. این نتایج با مطالعات Kuyini و همکاران (۲۰۰۹)، Damnjanovic و همکاران (۲۰۱۱)، Erol و همکاران (۲۰۱۰) و Yendork و همکاران (۲۰۱۴) مبنی بر این که کودکان سپرده شده به مؤسسات افسردگی و اضطراب بالاتری نسبت عادی و کودکان سپرده شده به افراد غیر از والدین دارند همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، کودکان بی‌سرپرست خود را در محیطی می‌بینند که در آن ثبات و امنیت نیست، بنابر این دچار اضطراب می‌شوند و از سوی دیگر می‌ترسند که مبادا این محیط کنونی را از دست داده و باز به محیط متشنج خانواده یا محیط‌های ناامنی که قبل از این مراکز در آن به سر می‌بردند، بازگردند که این خود عامل بسیار مهمی برای اضطراب و افسردگی این کودکان است [۳۷، ۳۸]. از سوی دیگر کودکان بی‌سرپرست با مقایسه شرایط زندگی خود با کودکان عادی خود را دچار ناکامی جبران‌ناپذیری می‌بینند که زمینه بروز پرخاشگری عواطف منفی (اضطراب و افسردگی) و ناسازگاری کودک را فراهم می‌سازد. می‌توان نتیجه گرفت که مهم‌ترین عامل در شدت اختلالات رفتاری، افسردگی، اضطراب و ناسازگاری کودکان، خانواده است که نقش بنیادی در مهیا ساختن امکانات گذر از وابستگی و ناسازگاری و اختلالات رفتاری کودکان ایفا کند [۳۹]. از سوی دیگر به نظر می‌رسد کودکان مؤسسات که از مشکلات روانی به ویژه افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، اغلب دارای سطح تحمل کم بوده و قادر به انعطاف‌پذیری در برابر مشکلات و مسائل نیستند. چون مهارت‌های خود نظم بخشی هیجانی که در نتیجه تعامل کودک با والد کسب می‌شود را یاد نگرفته‌اند و شاید یک فرض محتمل دیگر اینست که این کودکان هنوز به مراحل رشد انتزاعی و شناختی نرسیده‌اند و مهارت‌های مقابله‌ای لازم را برای مواجهه با این رویدادهای استرس‌زا در اختیار ندارند لذا بیشتر هیجانی پاسخ می‌دهند. همچنین مهارت‌های مدیریت خشم و استرس و کنترل کودک اغلب ضعیف است و توانایی مهار واکنش‌ها و افکار هیجانی منفی را ندارند لذا بیشتر مضطرب و افسرده می‌شوند [۲۱]. همچنین کودکانی که در مؤسسات بزرگ می‌شوند از فرصت‌های طبیعی برای ابراز محبت نسبت به دیگران و

افراد بهنجار و عادی می‌باشد و این عوامل زمینه‌ای برای رشد و گسترش رفتارهای ناسازگارانه و درک پایین از موقعیت‌های بین‌فردی و مشکلات خانوادگی و تحصیلی در این افراد ایجاد می‌کنند.

نتیجه‌گیری

می‌توان از نتایج این مطالعه نتیجه گرفت که، فقدان خانواده سبب می‌شود کودکان خانواده از بسیاری از تجارب مفید و یادگیری‌های سالم محروم شده و این خلاء می‌تواند تغییراتی را در رفتار کودکان ایجاد نموده و زمینه را برای بروز مشکلاتی از قبیل افسردگی، گوشه‌گیری و اضطراب یا بروز اختلالات شدید روانی فراهم نماید. لذا حضور در محیط گرم و دوستانه خانواده وجود روابط عاطفی خوب بین افراد خانواده موجب پرورش افرادی با سلامت روان و شخصیت سالم و بالعکس فقدان دریافت حمایت عاطفی از طرف والدین موجب کجروی‌های اجتماعی و مشکلات روانشناختی و تزلزل سلامت روانی می‌گردد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به: ۱- انتخاب کودک با شرایط همسان کودکان سپرده شده نزد مؤسسات با وجود تلاش پژوهشگر در زمینه جلب همکاری خانواده‌های که حضانت کودکان همسان را بر عهده داشتند، فقط تعداد محدودی از خانواده‌ها کودک حاضر به همکاری گردیدند که پژوهشگر به ناچار به نمونه ۵۴ نفری پسنده کرد، ۲- پراکندگی وسیع جامعه کودکان سپرده شده نزد اقوام در شهرستان‌های استان و دشواری‌های اداری در دسترسی به نمونه‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود و ۳- محدودیت دیگر این پژوهش مقایسه نشدن شاخص‌های سلامت روانی کودکان سپرده شده نزد مؤسسات و اقوام با کودکان عادی بود. پیشنهاد می‌شود ۱- با تأسیس مراکز حمایتی دولتی و قدرت اجرایی کافی در شهرستان‌های استان برای رسیدگی به مسأله شاخص‌های سلامت روانی کودکان مؤسسات، به طوری که کودکان، خانواده‌ها و سایر افراد امکان دسترسی و تماس آسان با این مراکز را در موارد لازم داشته باشند، ۲- توصیه می‌شود اقداماتی مناسب در جهت تشخیص سریع و رفع به موقع مشکلات سلامتی از طریق به کارگیری روانشناسان بالینی و خدمات روانپزشکی در تمام مراکز انجام شود و ۳- خانواده‌ها و مؤسسات خطر باید شناسایی شوند و تحت برنامه‌های بازدید از منازل و مؤسسات قرار گیرند که این کار بر عهده پرستاران بهداشت و مددکاران اجتماعی می‌باشد. در این صورت اگر در این خانواده‌ها کودک از لحاظ هیجانی و جسمی مورد آزار قرار گیرد سریع‌تر تشخیص داده شده و اقدامات پیشگیرانه بعدی صورت می‌گیرد.

می‌توان گفت وقتی کودک مورد اذیت، اهانت، ضرب و شتم قرار می‌گیرد اثر بسیار مخربی بر رشد روانی-رفتاری دارد و منجر به پرخاشگری بعدی او یا افسردگی و یا رفتارهای غیراجتماعی و یا اعتیاد به الکل و سوء مصرف مواد می‌شود، کاهش اعتماد به نفس و حرمت او خدشه دار می‌شود. بسیاری از خانواده‌ها در روابط خود با فرزندان نوجوان مشکلاتی دارند که اگر از آگاهی‌های لازم برخوردار نباشند شاید این مسئله عواقب ناخواسته‌ای به دنبال داشته باشد [۲۰]. اکثر مشکلات اخلاقی و رفتاری کودکان در آینده ریشه در برخوردهای نامناسب والدین، ناپدری و نامادری، اقوامی که حضانت کودک را بر عهده گرفته‌اند و مربیان دارد. در بیشتر موارد نوجوانانی که به خانواده‌های آگاه و مربی شایسته دسترسی دارند از زندگی سالم و موفق برخوردارند. این نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان به خوبی تربیت پذیر هستند و اگر نابسامانی‌های در اخلاق و رفتار بعضی از آنها مشاهده می‌شود ناشی از نبود تربیت صحیح است. از سوی دیگر می‌توان به نقش خانواده‌های که کودکان در کنار آنها زندگی می‌کنند اشاره نمود. برای مشکلات مربوط به زندگی و رویدادهای منفی زمینه‌های رشد ناسالم و استعداد ویژه‌ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود [۳۷]. خانواده به عنوان نخستین منبع تأثیرگذار در دوران کودکی و نوجوانی، بر تصمیم فرد در انجام رفتارهای مخاطره آمیز و به دنبال آن ایجاد رویدادهای منفی در زندگی از قبیل مشکلات تحصیلی، فردی و اجتماعی اثر تعیین کننده‌ای دارد که این کودکان به دلیل نداشتن این پناهگاه امن به آغوش افرادی سپرده می‌شوند که احتمالاً با توجه افراطی یا عدم توجه می‌تواند زمینه را برای بروز تنبیه‌های فراهم کنند که برخاسته از وجود و عدم توجه داشته باشد. لذا این خانواده‌ها با شیوه‌های فرزندپروری نادرست و رفتارهای خشونت آمیز موجب خود کم بینی کودکان و نوجوانان شده و رضایت از خویشی را در آنان کاهش می‌دهد. در نتیجه این کودکان احتمال دارد با افرادی که از نظر عاطفی آنها را حمایت می‌کنند دوست شوند و در نتیجه درگیر رفتارهای پرخطر و انواع آسیب‌ها شوند و رویدادهای منفی بیشتری را در زندگی تجربه کنند [۲۰]. از طرف دیگر کودکانی که مورد بدرفتاری، آزار جسمی، غفلت و عاطفی قرار می‌گیرند در سنین نوجوانی رفتارهای خود تخریبی نظیر خودکشی، سوء مصرف مواد و الکل و یا رفتارهای ضداجتماعی نظیر دزدی و تخریب اموال دیگران انجام می‌دهند [۳۸]. و تعاملات اجتماعی، سازگاری اجتماعی و تحصیلی ضعیف‌تری از خود نشان می‌دهند [۳۹، ۱۹]. به همین دلیل مشکلاتی که آنها در زندگی با آن روبه رو می‌شوند به مراتب بیشتر از

References

- Giagazoglou P, Koulousi C, Sidiropoulou M, Fahantidou A. The effect of institutionalization on psychomotor development of preschool aged children. *Res Dev Disabil*. 2012;33(3):964-70. DOI: 10.1016/j.ridd.2011.12.016 PMID: 22285733
- Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 2001;22(1-2):7-66.
- Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, Bucharest Early Intervention Project Core G. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev*. 2005;76(5):1015-28. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x PMID: 16149999
- Heidari N, Pourebrahim T, Khodabakhshi Koolaei A, Mosalanejad L. [Relationship between Emotional Control Expressiveness Style and Resilience Against Narcotics Substance Use in High School Male Students]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2013;12(8):599-610.

5. Aamadi A. [Effectiveness of training problem solving on personality characterize adolescents in hostels of orphans in Tehran]. Tehran, Iran: Allameh Tabatabaee University; 2002.
6. Noori A, Makarmi A, Abrahimi M. [Comparison between attributive styles among orphan and non-orphan adolescents in Shiraz city]. *Knowledge Res Psychol*. 2000;4(2):15.
7. Keil M. A prospective study of growth and development of children recently adopted from orphanage care. *J Pediatr Nurs*. 2012;27(3):3.
8. Loman MM, Gunnar MR, Early Experience S, Neurobehavioral Development C. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010;34(6):867-76. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2009.05.007](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.05.007) PMID: [19481109](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19481109/)
9. Ellis BH, Fisher PA, Zaharie S. Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(10):1283-92. DOI: [10.1097/01.chi.0000136562.24085.160](https://doi.org/10.1097/01.chi.0000136562.24085.160) PMID: [15381896](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15381896/)
10. MacLean K. The impact of institutionalization on child development. *Dev Psychopathol*. 2003;15(4):853-84. PMID: [14984130](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14984130/)
11. Vakilian K, Arabslmani M, Keramat A. Determination of prevalence of anemia in orphanage children and the correlation of anemia with dimorphic variables. *Nurs Res*. 2012;6(23):51-7.
12. Bayat M, Nazari-Jeyrani M, Shahsavari A, Miri M, Naderifar M. Frequency of Physical Problem among 7-11 Years Old Children in Foster Care Centers. *Iran J Nurs*. 2010;23(63):8-17.
13. Van Ijzendoorn MH, Luijk MP, Juffer F. IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Q*. 2008;54(3):341-66.
14. Bahrami A, Salhi F, Pourmomeny A. Comparison of speech capabilities of children in foster care with kindergarten children in Isfahan. *Res Med Sci*. 2004;7:107-9.
15. Roy P, Rutter M, Pickles A. Institutional care: risk from family background or pattern of rearing? *J Child Psychol Psychiatry*. 2000;41(2):139-49. PMID: [10750540](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10750540/)
16. Mujtahidzade F, Nisei A. Comparison of anxiety, depression, aggression and academic performance of students with stepfather, stepmother and biological parents Ahvaz city. *New Find Psychol*. 2009;2(6):7-17.
17. Niemann S, Weiss S. Factors Affecting Attachment in International Adoptees at 6 Months Post Adoption. *Child Youth Serv Rev*. 2012;34(1):205-12. DOI: [10.1016/j.childyouth.2011.10.001](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.001) PMID: [22267885](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22267885/)
18. Van den Dries L, Juffer F, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Child Youth Serv Rev*. 2009;31(3):410-21.
19. Tan TX, Marfo K, Dedrick RF. Early developmental and psychosocial risks and longitudinal behavioral adjustment outcomes for preschool-age girls adopted from China. *J Appl Dev Psychol*. 2010;31(4):306-14.
20. Ibrahim A, El-Bilsha MA, El-Gilany A-H, Khater M. Prevalence and predictors of maladaptive cognitive schema among orphans in Dakahlia governorate orphanages, Egypt. *Mid East J Psychiatr Alzheimers*. 2012;3(4).
21. Sedigh M. [Effectiveness of training problem solving on reduce depression among runaway females residents in welfare centers in Tehran]. Tehran, Iran: Allameh tabatabaee University; 2005.
22. Kuyini AB, Alhassan AR, Tollerud I, Weld H, Haruna I. Traditional kinship foster care in northern Ghana: the experiences and views of children, carers and adults in Tamale. *Child Fam Soc Work*. 2009;14(4):440-9.
23. Broad B, Hayes R, Rushforth C. Kith and kin: Kinship care for vulnerable young people: JKP; 2001.
24. Brown S, Cohon D, Wheeler R. African American extended families and kinship care: how relevant is the foster care model for kinship care? *Child Youth Serv Rev*. 2002;24(1):53-77.
25. Ehrle J, Geen R. Kin and non-kin foster care—findings from a national survey. *Child Youth Serv Rev*. 2002;24(1-2):15-35.
26. Damjanovic M, Lakic A, Stevanovic D, Jovanovic A. Effects of mental health on quality of life in children and adolescents living in residential and foster care: a cross-sectional study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2011;20(3):257-62. PMID: [21922968](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21922968/)
27. Erol N, Simsek Z, Munir K. Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010;19(2):113-24. DOI: [10.1007/s00787-009-0047-2](https://doi.org/10.1007/s00787-009-0047-2) PMID: [19644732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19644732/)
28. Tarren-Sweeney M, Hazell P. Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *J Paediatr Child Health*. 2006;42(3):89-97. DOI: [10.1111/j.1440-1754.2006.00804.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2006.00804.x) PMID: [16509906](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16509906/)
29. Rahman W, Mullick M, Pathan MAS, Chowdhury NF, Shahidullah M, Ahmed H, et al. Prevalence of behavioral and emotional disorders among the orphans and factors associated with these disorders. *Bangabandhu Sheikh Mujib Med Univ J*. 2012;5(1):29-34.
30. Yendork JS, Somhlaba NZ. Stress, coping and quality of life: An exploratory study of the psychological well-being of Ghanaian orphans placed in orphanages. *Child Youth Serv Rev*. 2014;46:28-37.
31. Hermenau K, Hecker T, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Schauer M. Childhood adversity, mental ill-health and aggressive behavior in an African orphanage: Changes in response to trauma-focused therapy and the

- implementation of a new instructional system. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2011;5(1):29. DOI: [10.1186/1753-2000-5-29](https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-29) PMID: 21943214
32. Delaware A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: Roshd; 2000. p. 140-55.
33. Yazdkhasti F, Oreyzi H. Standardization of Child, Parent and Teacher's Forms of Child Behavior Checklist in the City of Isfahan. *Iranian J Psychiat Clin Psychol*. 2011;17(1):60-70.
34. Kazemi Y. [Education at minor until youth]: Astane Ghodse Razavi; 1998.
35. Kendall-Tackett KA, Giacomoni SM. Child victimization: Maltreatment, bullying and dating violence, prevention and intervention: Civic Research Institute, Inc.; 2005.
36. Lysaker PH, Wickett AM, Lancaster RS, Davis LW. Neurocognitive deficits and history of childhood abuse in schizophrenia spectrum disorders: associations with Cluster B personality traits. *Schizophr Res*. 2004;68(1):87-94. DOI: [10.1016/S0920-9964\(03\)00195-6](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(03)00195-6) PMID: 15037342
37. Zainali A, Vahdat R, Esavoy M. Background predisposing to pre-addicts improved. *J Psychiat Clin Psychol*. 2007;1:71-9.
38. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 2004;82(2):217-25. DOI: [10.1016/j.jad.2003.12.013](https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013) PMID: 15488250
39. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6-7):679-95. PMID: 12201162