

فهرست

| | |
|--|-----------|
| پیشگفتار..... | ۹ |
| فصل ۱- کودکان دور از خانه..... | ۱۳ |
| وضعیت سلامت روان..... | ۱۶ |
| مشکلات آموزشی (تحصیلی)..... | ۲۰ |
| انتقال از نظام مراقبت به زندگی مستقل بزرگسالی..... | ۲۱ |
| سلطه و ستم..... | ۲۲ |
| استثمار..... | ۲۲ |
| به حاشیه رانده شدن..... | ۲۳ |
| بی اقتداری..... | ۲۴ |
| امپریالیسم فرهنگی..... | ۲۴ |
| خشونت..... | ۲۶ |
| نیاز به جهت گیری منظم در مراقبت کودکان..... | ۲۶ |
| سخن فصل..... | ۲۷ |
| فصل ۲- مراقبت فرزندپذیری..... | ۲۹ |
| فرزندپذیری چیست؟..... | ۲۹ |
| انواع فرزندپذیری..... | ۳۰ |
| فرزندپذیری در ایران و جهان..... | ۳۱ |
| شکست در فرزندپذیری..... | ۳۵ |
| (۱) ویژگی های مرتبط با کودک..... | ۳۸ |
| (۲) ویژگی های مرتبط با والدین و خانواده..... | ۳۹ |
| (۳) ویژگی های مرتبط با بهزیستی..... | ۴۱ |
| سخن فصل..... | ۴۳ |
| فصل ۳- مراقبت پرورشی (نسبه خانواده)..... | ۴۵ |
| اثرات مراقبت پرورشی..... | ۴۷ |
| انواع مراقبت پرورشی..... | ۵۱ |
| ارزیابی جامع کودکان تحت مراقبت پرورشی..... | ۵۲ |
| درمان چندوجهی مراقبت پرورشی..... | ۵۴ |
| فلسفه و اهداف MTFC..... | ۵۴ |
| انواع درمان چندوجهی مراقبت پرورشی..... | ۵۵ |
| یافته های مبتنی بر شواهد درباره درمان چندوجهی مراقبت پرورشی..... | ۵۷ |
| سخن فصل..... | ۵۹ |
| فصل ۴- مراقبت خویشاوندی..... | ۶۱ |
| مزایا و چالش های مراقبت خویشاوندی..... | ۶۳ |
| حمایت از مراقبین خویشاوندی..... | ۶۷ |
| الف) آگاه سازی مراقبین خویشاوندی..... | ۶۸ |
| ب) سنجش نیازها و نقاط قوت..... | ۶۸ |
| ج) بهره گیری از اقدامات خانواده محور..... | ۶۹ |
| د) آموزش مراقبین خویشاوند..... | ۷۰ |
| ه) توسعه طرح پایدار..... | ۷۱ |
| سخن فصل..... | ۷۲ |

| | |
|--|------------|
| فصل ۵- مراقبت مشارکتی..... | ۷۵ |
| الف) مراقبت مشارکتی والدینی (فرزندپروری)..... | ۷۵ |
| مشخصه‌های مراقبت مشارکتی والدینی..... | ۷۷ |
| اثرات مراقبت فرزندپروری مشارکتی بر روی کودکان..... | ۷۹ |
| ب) مراقبت مشارکتی خانواده..... | ۸۲ |
| مؤلفه‌های مراقبت مشارکتی خانواده..... | ۸۴ |
| الگوهای مراقبت مشارکتی خانواده..... | ۸۶ |
| شکل‌گیری مراقبت مشارکتی خانواده..... | ۸۷ |
| سخن فصل..... | ۸۸ |
| فصل ۶- مراقبت اقامتی شبانه‌روزی..... | ۹۱ |
| انواع مراقبت اقامتی شبانه‌روزی..... | ۹۲ |
| اثرات و پیامدهای مراقبت اقامتی شبانه‌روزی..... | ۹۳ |
| ۱) روند روبه افزایش هزینه‌ها..... | ۹۴ |
| ۲) نظارت بر عملکرد..... | ۹۵ |
| ۳) ظرفیت پرسنل..... | ۹۵ |
| ۴) نیاز کودکان..... | ۹۶ |
| ۵) حمایت‌طلبی..... | ۹۶ |
| اهداف مراقبت اقامتی شبانه‌روزی..... | ۹۶ |
| اصول مراقبت..... | ۹۷ |
| ۱) پاسخگویی..... | ۹۸ |
| ۲) پیوستار مراقبت..... | ۹۸ |
| ۳) فردی‌سازی..... | ۹۸ |
| ۴) درگیرکردن خانواده..... | ۹۹ |
| ۵) زندگی سالم..... | ۹۹ |
| ۶) بهنجارسازی..... | ۹۹ |
| ۷) مسئولیت کارکنان..... | ۹۹ |
| ۸) حمایت از واحد خانواده..... | ۱۰۰ |
| حقوق کودک در مراقبت اقامتی شبانه‌روزی..... | ۱۰۰ |
| استانداردهای مراقبت..... | ۱۰۰ |
| چند نمونه استاندارد مهم..... | ۱۰۲ |
| سخن فصل..... | ۱۰۵ |
| فصل ۷- مراقبت ره‌سپاری (انتقال به زندگی مستقل)..... | ۱۰۷ |
| مراحل مراقبت ره‌سپاری..... | ۱۰۸ |
| ۱) آمادگی..... | ۱۰۸ |
| ۲) انتقال به زندگی مستقل..... | ۱۰۹ |
| ۳) پس از مراقبت..... | ۱۰۹ |
| چالش‌ها و پیامدهای انتقال به زندگی مستقل..... | ۱۰۹ |
| آمادگی و برنامه‌ریزی برای مراقبت ره‌سپاری..... | ۱۱۲ |
| طرح گذر..... | ۱۱۶ |
| بخش اول: نیازسنجی..... | ۱۱۷ |
| بخش دوم: ارائه طرح..... | ۱۱۷ |
| امدادهای دوره انتقال به زندگی مستقل..... | ۱۱۸ |
| سخن فصل..... | ۱۱۸ |
| واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... | ۱۲۱ |
| واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... | ۱۲۷ |
| منابع..... | ۱۳۳ |



پیشگفتار

طی ۱۴ سال کار و تلاش در حوزه کودکان دور از خانه یا به عبارتی کودکان تحت مراقبت یکی از موضوعاتی مهمی که نظام مراقبت و دست‌اندرکاران مراقبت را علیرغم علاقه و تلاش فراوان، آزار می‌داده، نبود زبان مشترکی برای برنامه‌ریزی و کار با این کودکان بود. این موضوع به همراه وجود منابع مطالعاتی محدود گاهی باعث می‌شد که بسیاری از اقدامات، همواره بر اساس آزمون و خطا و ایده‌های آنی و بدون مطالعه و تجربیات سنتی و کلیشه‌ای پیش بروند و تصمیماتی اتخاذ شوند که سرنوشت این کودکان را به گونه‌ای دیگر رقم بزند که البته در این زمینه می‌توان مثال‌های متعددی ارائه داد.

با این حال این مهم است که جامعه و به ویژه کودکان و نوجوانان تحت مراقبت مطمئن شوند که نیروهای کارآمد و شایسته‌ای برای این بخش از مسائل و مشکلات، برنامه‌ریزی می‌کنند و منابع معتبری برای کار و برنامه‌ریزی‌های خود در اختیار دارند. این در حالی است که پژوهش در حوزه مراقبت از کودکان دور از خانه با محدودیت‌هایی متعددی رویه‌رو است، کارشناسان حوزه مراقبت از اصطلاحات متفاوتی بهره می‌گیرند، نظام جمع‌آوری داده‌ها ضعیف است و گزارش‌های آماری و تحلیلی بسیار ضعیفی در این زمینه موجود است. علاوه بر این، نیروی انسانی شاغل در این حوزه نیازهای آموزشی بالایی برای کار با کودکان و نوجوانان دور از خانه دارند که مستلزم برنامه‌ریزی جدی است.

اگرچه بسیاری از افراد نیکوکار؛ و با نیت خیرخواهانه تمایل دارند که در این حوزه مهم فعالیت کنند و سرنوشت خوبی را برای این کودکان رقم بزنند، اما بدون تخصص لازم در حوزه کودکان و به ویژه کودکان دور از خانه؛ بدون شناخت چالش‌ها و موانع پیش‌رو و

نیز تدارک تیم تخصصی؛ و آشنایی با انواع مراقبت و روش های توانمندسازی، راه به جایی نخواهند برد و چه بسا حضور بدون مطالعه و بی برنامه آنها در این حوزه مهم خود موجب تولید و بازتولید ضربه های جبران ناپذیری برای این کودکان شود.

به هر حال مادامی که شرایط اقتصادی اجتماعی جامعه و حتی تحولات سیاسی - که البته در جای خود قابل تحلیل و نقد هستند - زمینه جدا شدن کودکان از والدین و مراقبین خود را فراهم می سازند، این ضروری است که خدمات برای این افراد به شیوه ای جامع و همه جانبه، اثربخش؛ و مبتنی بر شواهد علمی تدارک دیده شود.

بنابراین در یک تلاش هر چند کوچک و به منظور تسهیل دسترسی به منابع معتبر علمی در خصوص مراقبت از کودکان و نوجوانان دور از خانه، کتاب حاضر تدوین شد که امید است زمینه را برای تغییر دیدگاه ها و سیاست های مراقبتی و نیز ارتقای کیفی خدمات در این حوزه فراهم سازد.

به همین منظور تلاش شده تا مباحث کتاب در ۷ فصل جمع بندی و ارائه گردد. در فصل اول ویژگی های کودکان جدا از خانه و چالش های مراقبتی آنها مورد بحث قرار گرفته است. سپس در فصول بعدی به ترتیب انواع مراقبت های مرتبط با این کودکان تشریح شده است که عبارت اند از: مراقبت فرزندپذیری، مراقبت پرورشی، مراقبت خویشاوندی، مراقبت مشارکتی، مراقبت اقامتی شبانه روزی و در نهایت مراقبت ره سپاری یا مراقبت دوره زندگی مستقل بزرگسالی. علاوه بر این در بخش پایانی کتاب، واژه نامه مراقبت ارائه شده است که خواننده را با اصطلاحات و واژه های تخصصی این حوزه و معادل های فارسی آن آشنا می سازد.

با این حال شاید این سؤال مطرح شود چرا کودکان دور از خانه؟ به منظور دستیابی به یک زبان مشترک و جلوگیری از تولید و انتشار برجسب هایی که می توانند آزاردهنده باشند اما همسو با ادبیات جهانی در این حوزه، اصطلاح کودکان دور از خانه انتخاب شد تا از واژگانی همچون بی سرپرست و بدسرپرست، کودکان پرورشگاهی، کودکان بهزیستی و... که بار منفی بیشتری دارند، پیشگیری شود.

در پایان جای دارد که صمیمانه از جناب آقای دکتر حسن رفیعی که زمینه مطالعه در حوزه رفاه خانواده های فرزندپذیر را تسهیل نمودند، سرکار خانم شهناز قادری کارشناس محترم سازمان بهزیستی کشور که در برنامه ریزی برای تدوین این سرفصل ها اینجانب را یاری دادند و نیز جناب آقای دکتر ارجمند مدیر محترم انتشارات ارجمند که در همدلی با کودکان تحت مراقبت و در اقدامی معنوی زمینه را برای انتشار این کتاب فراهم نمودند،

مراتب تشکر خود را اعلام دارم. همچنین آرزو و روژای عزیزم که با بردباری فراوان، مشغله‌ها و دغدغه‌های مرا در به انجام رساندن این کتاب تحمل کردند.

رضا رزاقی

دکترای تخصصی روان‌شناسی، Ph.D.

بهار ۱۳۹۵

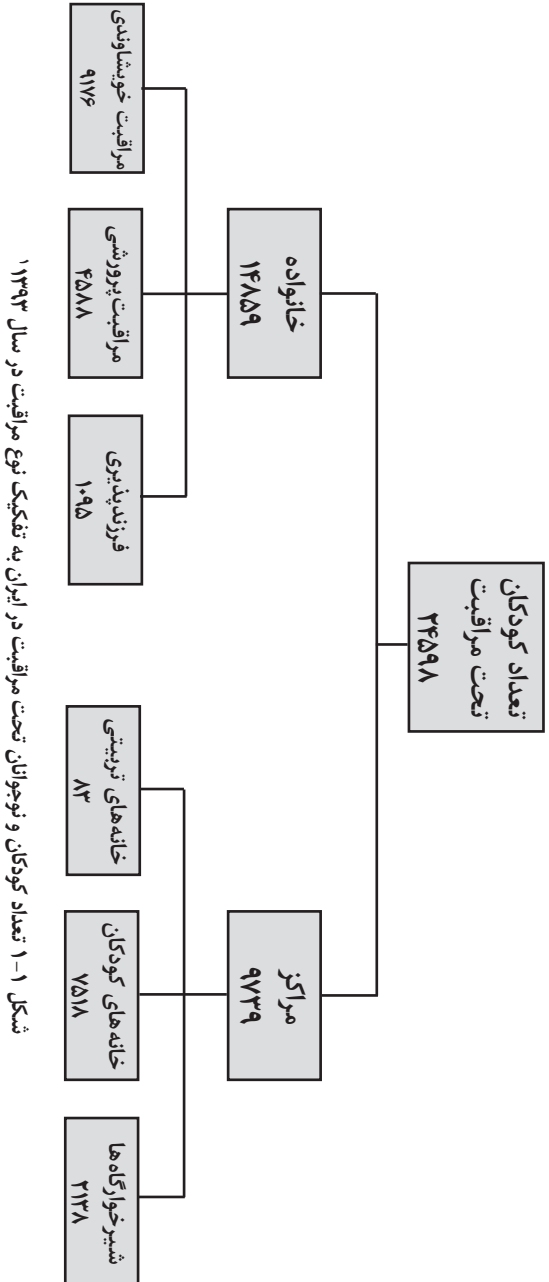


کودکان دور از خانه

اصطلاح کودکان دور از خانه^۱ معمولاً به کودکانی اشاره دارد که به واسطه عدم حضور مؤثر والدین به هر دلیل مانند زندانی شدن، مرگ، مشکلات یا بیماری جدی والدین، بدرفتاری با کودکان، رها شدن و... از خانه و والدین خود جدا شده و تحت مراقبت نظام مراقبتی قرار می‌گیرند که اغلب؛ این مسئولیت به عهده وزارت رفاه اجتماعی هر کشور می‌باشد. این وظیفه در ایران به طور خاص به عهده سازمان بهزیستی کشور است. اگرچه در ایران، نظام مراقبت از کودکان جدا از خانه، بیشتر تداعی‌گر مراقبت اقامتی شبانه‌روزی است اما هنوز انواع مراقبت‌های دیگر همچون مراقبت فرزندپذیری، مراقبت پرورشی و مراقبت خویشاوندی بخش مهمی از مراقبت‌های متداول به شمار می‌آیند؛ به طوری که هر ساله بیش از ۱۰۰۰ کودک توسط والدین فرزندپذیر مراقبت می‌شوند و نزدیک ۱۲۰۰۰ کودک و نوجوان تحت مراقبت بستگان، خویشاوندان و مراقبین جایگزین هستند (رزاقی، قادری، ۱۳۹۱). این آمار علاوه بر ۱۰۰۰۰ کودکی است که در چهار گروه سنی و به تفکیک جنسیت در بیش از ۵۰۰ مرکز اقامتی شبانه‌روزی مراقبت می‌شوند.

جدایی کودکان از والدین زیستی به خودی خود به معنای تحقق بدرفتاری است. جدایی از والدین به عنوان یک رویداد آسیب‌زا می‌تواند آینده رشدی کودکان و سلامت روانی آنها را به طور جدی تحت تأثیر قرار دهد و آنها را با مسائل رشدی مختلفی روبه‌رو سازد. همه این موضوعات آنجا اهمیت پیدا می‌کند که می‌توان احتمال به حاشیه رانده شدن این کودکان، تجربه بی‌اقتداری و فقر در آینده را برای آنها بیشتر متصور شد.

۱- آنچه در ایران بیشتر به عنوان کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به کار برده می‌شود.



۱- لازم به توضیح است این تفکیک بر اساس ساختار کتاب صورت گرفته و آمار سازمان بهزیستی در دو مقوله خانه و خانواده متمرکز است.

همچنان‌که جونز هاردن (۲۰۰۹) اشاره می‌کند تجارب آسیب‌زا، محیط‌های بی‌ثبات و ظرفیت بالا برای آسیب‌های بعدی در آینده برای کودکان و نوجوانان تحت مراقبت، شرایطی را فراهم می‌کنند که آسیب‌پذیری این جمعیت شکننده را افزایش می‌دهد. جدایی کودک از والدین زیستی به خودی خود زمینه را برای بدرفتاری (جسمی، عاطفی و جنسی) فراهم می‌سازد. جدا شدن از والدین و بدرفتاری‌هایی نظیر غفلت رویدادهای آسیب‌زایی هستند که رشد آنی، آینده کودکان و سلامت روانی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهند (بالبی، ۱۹۹۸؛ دُزیر، آلبوس، فیشر، سپولودا؛ ۲۰۰۲).

بروسکاس (۲۰۰۸) ضمن تأکید بر کودکان تحت مراقبت به عنوان یک جمعیت در معرض خطر، ابراز می‌دارد که بیشتر آنها احساساتی مانند سردرگمی، ترس، نگرانی، فقدان، غم، اضطراب و استرس را تجربه می‌کنند و چنین احساساتی از همان ابتدا باید مشخص و درمان شوند تا از پیامدهای منفی سلامت روان که سرانجام تجارب آموزشی و کیفیت کودکی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، پیشگیری شود.

در حالی که سعی می‌شود تا بیشتر کودکان ورودی به نظام مراقبت در مقابل آسیب محافظت شوند، مروری بر مطالعات اخیر در ایالات متحده آمریکا آشکار می‌سازد که یک گروه قابل توجه یعنی ۱۸ درصد از این کودکان به واسطه مشکلات رفتاری به نظام مراقبت وارد شده‌اند و این نسبت برای ورود کودکان ۱۱ ساله به بالا به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد (پکورا، وایت، جکسون و ویگینس، ۲۰۰۹).

نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد تعداد قابل توجه‌ای از کودکان تحت مراقبت با مشکلات آموزشی، ذهنی و رشدی مواجه هستند (مؤسسه برنامه‌های خانواده کیسی؛ ۲۰۰۵) و تعدادی از آنها به هنگام انتقال از سیستم مراقبت به زندگی مستقل دوره بزرگسالی با موانع متعددی روبه‌رو می‌شوند و برای اینکه بتوانند به سطح بهینه‌ای از سلامت دست یابند، انتخاب‌های اندک و ضعیفی پیش رو دارند (بروسکاس، ۲۰۰۸).

بنابراین جهت‌گیری مؤثر برای کودکانی که به سیستم مراقبت کودکان و نوجوانان دور از خانه ورود پیدا می‌کنند، مداخلات پیشگیرانه‌ای است که تجارب مرتبط با کودکان تحت مراقبت را مشخص نماید. اگر چه برای بهبود وضعیت این کودکان و به عبارتی ارتقای عملکرد شناختی و تحصیلی و کاهش مشکلات رفتاری و عاطفی آنها، خدمات متنوعی انجام می‌گیرد؛ با این حال هنوز خلأهای عاطفی بسیاری وجود دارند تا بتوان رشد و تحول آنها را به مسیری طبیعی هدایت نمود. به همین منظور در اینجا عمده‌ترین مسائل و چالش‌های این دسته از کودکان و نوجوانان و نیز نظام مراقبت آنها بیان می‌شود.

وضعیت سلامت روان

همواره در نظام رفاه کودک، به کودکان و نوجوانان تحت مراقبت به عنوان یک جمعیت شکننده و در معرض خطر توجه می‌شود. بیشتر آنها تاریخچه‌ای از بدرفتاری، خشونت، بی‌ثباتی و کژکاری خانواده، سابقه فقر و سوءمصرف مواد توسط والدین دارند که آنها را در برابر رفتارهای مخاطره‌آمیز حوزه سلامت آسیب‌پذیر می‌سازد (جونزهاردن، ۲۰۰۴؛ الز، آوسلاندر، مک‌میلن، ادموندو تامپسون، ۲۰۰۱؛ سیمس، دیوویتز و زیلاگی، ۲۰۰۰). تحقیقات مربوط به حوزه عوامل مخاطره‌آمیز بر این نکته تأکید دارند که این آسیب‌پذیری ممکن است به واسطه نبود عوامل محافظتی مانند حضور والدین، روابط مثبت خانواده، ارتباط مؤثر و تعامل مفید و مؤثر کودک و والد گسترش یابند.

کودکانی که دارای تاریخچه بدرفتاری همچون غفلت هستند و همچنین صدمه جدایی از والدین را تحمل می‌کنند، و با احساساتی مانند ترس و سردرگمی روبه‌رو هستند، آسیب‌پذیرند و مستعد اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) هستند (راکوسین، مرلندر، سنگویتا، ایسکویت و ستراوس؛ ۲۰۰۵). برخی مطالعات (مؤسسه برنامه‌های خانواده کیسی؛ ۲۰۰۵) بر این نکته اشاره دارند که بیش از نیمی از کودکان تحت مراقبت حداقل یکی از اختلالات روانی را بروز می‌دهند و ۶۳ درصد آنها قربانی غفلت هستند. این نشان می‌دهد ۵۴/۴ درصد کودکان تحت مراقبت دارای مشکلات سلامت روان هستند که مواردی چون افسردگی، مشکلات اجتماعی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را شامل می‌شود. به هر حال بعد از تجربه آسیب‌زا، بروز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) غیرمعمول نیست. تجربه کودک‌آزاری نه تنها یک عامل پرخطر برای بروز اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، بلکه عاملی برای بروز افسردگی نیز هست.

در یک مطالعه میدانی (شکیبا و ضیایی، ۱۳۹۰) سلامت روان دانش‌آموزان دختر تحت مراقبت شبانه‌روزی با دختران دانش‌آموز دبیرستانی مقایسه شد که اختلاف معناداری بین این دو گروه مشاهده شد. شایع‌ترین اختلالات روانی بین دانش‌آموزان دختر تحت سرپرستی مراکز شبانه‌روزی بهزیستی به ترتیب عبارت بود از، افسردگی (۹۰٪)، فوبیا (۹۰٪)، اضطراب (۸۰٪) و حساسیت در روابط بین فردی (۸۰٪)، در حالی که شیوع این اختلالات بین دانش‌آموزان ساکن در خوابگاه دخترانه دبیرستان شامل افسردگی (۵۰٪)، افکار پارانویید (۴۵٪) و وسواس و اجبار (۳۵٪) بود. اگر چه این پژوهش شیوع افسردگی را در هر دو گروه بالا توصیف می‌کند اما با توجه به حجم نمونه اندک، انجام مطالعات

تکمیلی ضروری خواهد بود و نمی‌توان به یک تحقیق با نمونه اندک اکتفا کرد. بر اساس مطالعه آرشيو ملی داده‌های غفلت و کودک‌آزاري ایالات‌متحده (۲۰۰۴) اغلب کودکانی که در خانواده‌های جایگزین و مراکز اقامتی شبانه‌روزی تحت مراقبت هستند، غفلت را تجربه کرده و تعداد قابل‌توجهی از آنها با انواع بدرفتاری روبه‌رو بوده‌اند. یک چهارم این کودکان مشکلات مربوط به سلامت و کندی و تأخیر در رشد شناختی و اجتماعی را نشان می‌دهند. آنها به واسطه کمبود مهارت‌های اجتماعی به طور ویژه‌ای در معرض خطر هستند. علاوه بر این، آنهایی که در مراکز اقامتی شبانه‌روزی زندگی می‌کنند بیشتر در معرض غفلت و بدرفتاری و سوءاستفاده جنسی هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که این کودکان نه تنها نیازهای ویژه و پیچیده‌ای دارند بلکه نیازمند خدمات خاص نیز هستند.

لسلی، جیمز، مون، کاوتون، ژانگ و آرونز (۲۰۱۰) با بهره‌گیری از یک مطالعه زمینه‌یابی ملی، به بررسی مشکلات روانشناختی و رفتاری نوجوانان تحت مراقبت نظام رفاه کودک پرداختند. بر اساس یافته‌های آنها نزدیک نیمی از نمونه تحت مطالعه (۶۳٪ درصد) یکی از رفتارهای پرخطر حوزه سلامت را داشتند. ۲۵/۵ درصد آمیزش جنسی داشتند، ۴/۵ درصد گزارش کردند که باردار هستند یا فرد دیگری را باردار کرده‌اند. ۱۳ درصد معیارهای تشخیصی افسردگی را داشتند و ۷/۹ درصد دست به خودکشی زده بودند. تقریباً یک پنجم یعنی ۱۹/۵ درصد نیز مصرف سیگار، ۱۶/۱ درصد مصرف الکل، ۸/۲ درصد مصرف ماری‌جوآنا را در طول سی روز گذشته گزارش کرده بودند. تقریباً ۱۳ درصد گزارش نزاع و درگیری و ۶/۶ درصد نیز حمل یک نوع اسلحه را در شش ماه گذشته تأیید کردند.

وایت و همکاران (۲۰۰۷) بر اساس مطالعه سلامت روان مؤسسه کیسی، میزان اختلالات حوزه سلامت روان را در بین نوجوانان ۱۴ تا ۱۷ سال تحت مراقبت (تعداد ۱۸۸ نفر) با یک گروه همگن شده از نظر سن، جنس و نژاد و قومیت در جمعیت عمومی مقایسه کردند. یافته‌ها نشان داد با آنکه در طی یک سال گذشته ۶۴ درصد آزمودنی‌ها هیچ تشخیص حوزه سلامت روان را دریافت نکرده بودند اما نوجوانان تحت مراقبت، به احتمال زیاد حداقل یک تشخیص را در طول عمر دریافت می‌کنند (۶۳ درصد در مقایسه با ۴۶ درصد نوجوانان در جمعیت عمومی). با این حال یافته‌ها مبین این بود که نوجوانان تحت مراقبت در مقایسه با نوجوانان در جمعیت عمومی، مشکلات حوزه سلامت روان را هم در یک سال گذشته و هم در طول عمر بیشتر نشان می‌دهند. خلاصه این یافته‌ها را می‌توان

جدول شماره (۱-۱) مقایسه مشکلات حوزه سلامت روان بر اساس مطالعه مؤسسه کیسی (۲۰۰۷)

| نوع مشکل | نوجوانان تحت مراقبت | نوجوانان در جمعیت عمومی |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| وجود یک تشخیص در طول عمر | ۶۳٪ | ۴۶٪ |
| اختلال سلوک | ۲۱٪ | ۷٪ |
| ADHD | ۱۵٪ | ۴/۵٪ |
| افسردگی | ۱۹٪ | ۱۲٪ |
| PTSD | ۱۳٪ | ۵٪ |
| مانیای خفیف | ۴٪ | ۰٪ |
| هراس | ۲/۵٪ | ۰٪ |
| ترس اجتماعی | ۱۳٪ | ۷٪ |

در جدول شماره (۱-۱) مشاهده کرد.

برن و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه خود به این نکته می‌پردازند که نزدیک به نیمی از نمونه مورد مطالعه آنها علائم بالینی مشکلات سلامت روان را نشان دادند. تقریباً کودکانی که بدترین علائم را داشتند، تنها ۴ درصد مراقبت‌های سلامت روان را دریافت کرده بودند و ۸۴ درصد هیچ‌گونه خدمات سلامت روان را نداشتند. اهمیت موضوع آنجاست که مشکلات روانشناختی درمان نشده به احتمال زیاد نه تنها در طول عمر بهبود نمی‌یابند، بلکه ممکن است بدتر هم شوند.

مطالعه جیمز، مونتهگومری، لسلی و ژانگ (۲۰۰۹) نشان داد براساس چک لیست خود گزارش‌دهی نوجوانان آجنباخ، کمی بیش از نیمی از نوجوانان (۵۱/۱ درصد) دارای مشکلات رفتاری بودند. ۲۸ درصد نوجوانان مصرف الکل، سیگار و حشیش را در طی ۳۰ روز گذشته گزارش دادند و ۱۵ درصد نیز مصرف مواد سنگین‌تر مانند هرئوین، کوکائین و کراک را در طول زندگی تأیید کردند. ۶۱ درصد نمونه، رفتارهای بزه‌کارانه را در طول ۶ ماه گذشته گزارش دادند. ۶۳ درصد نوجوانان اشاره کردند وقت خود را با نوجوانی گذرانده‌اند که آنها را به دردرس انداخته و ۸/۶ درصد نیز این موضوع را تأیید کرده‌اند که طی ۱۲ ماه گذشته توسط مراقبین خود تنبیه شده‌اند یا مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند. این شامل مواردی چون فریاد زدن، کتک خوردن، دشنام و سیلی خوردن می‌شده است. در رابطه با سطح سواد مراقبین باید گفت که ۲۶/۹ درصد دارای تحصیلات پایین‌تر از دیپلم، ۳۸/۹

درصد دیپلم و ۳۴/۲ درصد نیز تحصیلات بالاتر از دیپلم داشتند. تقریباً نیمی از نمونه یعنی ۵۰/۴ درصد داشتن رابطه جنسی (آمیزش توافقی) را گزارش کردند.

این مشخص شد که آنهایی که درگیر تجارب آمیزش جنسی بودند، نمره پایین‌تری در کارهای مدرسه و نظارت والدینی داشتند. این عوامل محافظتی و مخاطره‌آمیز بود که تفاوت بین نوجوانانی که اولین آمیزش جنسی را در ۱۳ سالگی یا پایین‌تر تجربه کرده بودند و آنهایی که چنین تجاربی نداشتند را تعیین می‌کرد. نوجوانانی که خیلی زود درگیر فعالیت جنسی شده بودند، میزان بالایی از مصرف مواد سنگین و بزه‌کاری داشتند. آنها همچنین نمرات پایینی در امور مدرسه و انتظارات در آینده داشتند.

علیرغم این مشکلات یکی از مسائل مهم، توجه به رشد جنسی این کودکان و پر کردن خلأهای آموزشی و تربیتی در این زمینه برای آنهاست (بکر و بارث، ۲۰۰۰). با اینکه این کودکان با طیف متنوعی از مسائل و مشکلات جنسی روبه‌رو هستند، شرایط زندگی در مراکز اقامتی شبانه‌روزی به طور بالقوه می‌تواند حتی زمینه را برای مزاحمت جنسی فراهم سازد که این خود می‌تواند تأثیرات نیرومندی بر شادکامی و سلامت روانی کودکان مقیم مراکز شبانه‌روزی به جای بگذارند (گیس و سینکلیر، ۲۰۰۰).

مدارک تجربی متعددی وجود دارند که به نقش عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی بر رشد رفتارهای مخاطره‌آمیز سلامت اشاره دارند. عوامل روانشناختی که پیامدهای ناسازگار رشدی به همراه دارند عبارت‌اند از بدرفتاری با کودک، روبه‌رو شدن با خشونت، نبود نظارت والدین، انحراف و مصرف مواد توسط والدین، اختلاف و نزاع والدین که با بزه‌کاری همسالان، عملکرد ضعیف تحصیلی و فقر در ارتباط‌اند. همچنین در الگوی توسعه اجتماعی، به عوامل محافظتی به عنوان عوامل میانجی و تعدیل‌کننده که بر روی عوامل مخاطره‌آمیز تأثیر می‌گذارند، توجه شده است. عوامل محافظتی عمومی عبارت‌اند از نظارت والدین، پیوستگی و ارتباط با یک والد یا هر دو، دینداری، اشتغال، تحصیل در مدرسه و انتظارات آینده (جیمز، مونتگومری، لسلی و ژانگ، ۲۰۰۹). با این حال باید اشاره کرد هدف آشکار پژوهش‌های حوزه مخاطرات، توسعه مداخلات هدفمند و هدایت‌شده تجربی است که بتوانند مسیر خطرات را تغییر دهند و احتمال درگیر شدن در رفتارهای مخاطره‌آمیز را کاهش دهند.

مشکلات آموزشی (تحصیلی)

کودکان تحت مراقبت به واسطه جابه‌جایی‌های متعدد با برخی موانع و مشکلات آموزشی روبه‌رو هستند و این جمعیت آسیب‌پذیر، از لحاظ آموزشی بیشتر لطمه می‌بینند (زتلین و وینبرگ، ۲۰۰۴). آنها در حالی که از یک خانه به خانه‌ای دیگر منتقل می‌شوند، برخی از روزهای دوره تحصیلی را از دست می‌دهند، با چالش‌های جدید در مدرسه روبه‌رو می‌شوند که این موضوع سطح توجه و رضایت آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند بر تجربه مدرسه و همچنین پیامدهای عملکردی درازمدت آنها تأثیر بگذارد (جونزهاردن، ۲۰۰۴؛ لسللی و همکاران، ۲۰۰۳).

زتلین و وینبرگ (۲۰۰۴) در مطالعه خود بر روی کودکان تحت مراقبت پرورشی در لس‌آنجلس به این موضوع اشاره دارند که موانع قبلی می‌توانند محدودیت‌هایی را برای پیشرفت تحصیلی کودکان به وجود آورد. فقط کمتر از ۲۰ درصد از دانش‌آموزان ثبت‌نام شده در مدرسه، در امتحانات قبول شده؛ و ۷۵ درصد آنها نمره نامناسب گرفته بودند. کودکانی که به میزان بیشتری جابه‌جا شده بودند، در مدرسه ثبت‌نام نشده بودند. در مطالعه‌ای که توسط کورتنی، پیلیاوین، گروگان، نسमित (۲۰۰۰) انجام گرفت، آشکار شد ۹۲ درصد از نوجوانان این مطالعه، درباره آینده خود خیلی امیدوار بودند اما نیمی از این ۹۰ درصد هنوز دبیرستان را به اتمام نرسانده بودند. بروسکاس (۲۰۰۸) بیان می‌کند که در گزارش نهایی مؤسسه تحقیقات اجرایی کودکان در ایالت واشنگتن نیز آشکار شد دانش‌آموزان تحت مراقبت اغلب با پیامدهای ضعیف تحصیلی روبه‌رو هستند.

در مطالعه محمدلو، نیوشا و فرقدانی (۱۳۹۴) بر روی ۲۹۷ کودک تحت مراقبت اقامتی شبانه‌رویی تهران و با استفاده از پرسشنامه ناتوانی‌های یادگیری کلرادو مشخص شد شیوع مشکلاتی آموزشی و ناتوانی‌های یادگیری در بین این کودکان ۹ درصد است که این میزان به نسبت کودکان در جمعیت عمومی به مراتب بالاتر است. دختران بیش از پسران مشکلات یادگیری را نشان دادند. نکته مهم این تحقیق این بود که ناتوانی یادگیری در جمعیت عمومی در بین پسران بیشتر از دختران است که مستلزم تحقیقات بیشتر در این زمینه است.

مؤسسه تحقیقات اجرایی کودکان (۲۰۰۶) و مرکز سرشماری و آمار ایالت‌متحده آمریکا (۲۰۰۳) بر این نکته تأکید دارند که پیامدهای ضعیف تحصیلی، آسیب‌پذیری کودکان تحت مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد به طوری که فقط ۱/۸ درصد از افراد تحت

مراقبت دارای مدرک لیسانس، توانستند دوره‌های تحصیلات تکمیلی را بگذرانند؛ در حالی که این میزان برای افراد در جمعیت عمومی ۲۴ درصد بود. یک باور عمومی که با حمایت‌های روزافزون مواجه است، مبین این موضوع است که مداخلات اولیه مانند آموزش و تحصیلات می‌توانند سلامت بزرگسالان و کیفیت بزرگسالی آنها را به طور مثبت تحت تأثیر قرار دهد (دانیلز، کندی، کاواچی، ۲۰۰۰).

انتقال از نظام مراقبت به زندگی مستقل بزرگسالی

بسیاری از نوجوانان که به سن خروج از سیستم مراقبت می‌رسند یعنی زمانی که ۱۸ سال را تمام می‌کنند، خود را با حمایت‌های اندک مالی، اجتماعی یا سلامت مواجه می‌بینند (سیمس، دوگونیز، زیلاگی، ۲۰۰۰). مطالعه توصیفی بر روی ۱۴۱ جوان که قبلاً از مراکز مراقبتی ترخیص شده بودند نشان داد که بسیاری از آنها مشکلات و ناملایمات فراوانی را به هنگام انتقال از نظام مراقبت به دوره بزرگسالی تجربه کرده‌اند (کورتنی و همکاران، ۲۰۰۱). بسیاری از آنها انواع بیماری‌های روانی، جرم، و یک نوع ناتوانی در عملکرد مولد و مستقل در جامعه را نشان می‌دهند (کولز و کندی، ۲۰۰۳؛ راکوسین و همکاران، ۲۰۰۵). در مطالعه دیگری که توسط مؤسسه برنامه‌های خانواده کیسی (۲۰۰۵) انجام گرفته، مشخص شد که بسیاری از کودکان و نوجوانان تحت مراقبت برای داشتن یک شغل مشکل داشتند. برخی از آنها مشکلات ذهنی و عاطفی داشتند که با کار و شغل آنها تداخل پیدا می‌کرد، بسیاری از آنان بیمه نداشتند و ترخیص برخی از آنها از سیستم مراقبت با بی‌خانمانی همراه بود. در مقایسه با جوانان در جمعیت عمومی، درصد بالایی از افراد تحت مراقبت؛ بی‌خانمانی را تجربه کردند (کورتنی و همکاران، ۲۰۰۱؛ راکوسین و همکاران، ۲۰۰۵) همچنین تعدادی از آنها بی‌کاری که وارد دوران بزرگسالی (۲۰-۱۹ سالگی) می‌شدند، تنهایی، نایمنی و غرق‌شدن در مشکلات را تجربه می‌کردند (کولز و کندی، ۲۰۰۳). بسیاری از آنها خانواده زیستی خود را نمی‌شناختند و یا آنها را به یاد نمی‌آوردند و پیوند عاطفی نزدیکی با مراقبین خود نداشتند و در نهایت هنگامی که سیستم مراقبت را ترک می‌کردند حمایت‌ها و کمک‌های اندکی داشتند که همه اینها، کیفیت دوره بزرگسالی آنها را تحت تأثیر قرار می‌داد. با توجه به اهمیت موضوع، چالش‌های انتقال به زندگی مستقل و تقویت مراقبت دوره ره‌سپاری (مراقبت انتقال به دوره بزرگسالی) به عنوان یکی از شیوه‌های مراقبت در فصل هفتم بحث شده است.

سلطه و ستم

یانگ (۱۹۹۰)، به نقل از بروسکاس، (۲۰۰۸) اشاره می‌کند هنگامی که از شایستگی‌های افراد جلوگیری می‌شود یا هنگامی که افراد تلاش می‌کنند تا بتوانند براساس عقاید، آرزوها و عواطفشان ارتباط برقرار کنند؛ اما تلاش آنها سد می‌شود، آنها یک نوع ستم را تجربه می‌کنند. بستر اجتماعی مراقبت از کودکان جدا از خانه یک نوع محدودیت نظام‌مند را به کودکان تحمیل می‌کند که آنها را از اینکه احساس شایستگی کنند باز می‌دارد و از اینکه بتوانند علایق و نگرانی‌هایشان را بروز دهند، منع می‌کند. اگر کودکان تحت مراقبت، گذار از مراحل رشدی را بدون کمک طی کنند، دسترسی آنها به سطح بهینه سلامت بسیار محدود می‌شود. متخصصان و محققان اتفاق نظر دارند برای اینکه یک نوجوان به جوانی سالم و سازگار تبدیل شود باید برای برآورده شدن موفق مراحل رشدی؛ حمایت‌ها و کمک‌های مشخصی را دریافت کند.

یک نوزاد، کودک یا یک نوجوان به محض ورود به سیستم مراقبت (مراقبت اقامتی شبانه‌روزی، مراقبت پرورشی یا خویشاوندی) در بسیاری از موارد با یکدیگر شباهت دارند برای مثال آنها در بی‌سرپرست بودن، سردرگم بودن، وابسته بودن، داشتن یک مددکار، دور از خانه زندگی کردن و... شباهت دارند. این شباهت‌ها و ویژگی‌های مشترک، کیفیتی را می‌سازند که زندگی دسته‌جمعی این افراد را تعریف می‌کند.

بر این اساس یکی از پنج شرایط زیر کافی است تا مشخص شود که یک فرد، تحت ستم قرار دارد یا خیر؟ این پنج جنبه عبارت‌اند از: الف) استثمار، ب) به‌حاشیه‌رانده‌شدن، ج) بی‌اقتداری، د) امپریالیسم فرهنگی و ه) خشونت. بروسکاس (۲۰۰۸) بیان می‌کند که کودکان تحت مراقبت نه تنها یکی از پنج مشخصه بلکه هر پنج نوع آن را تجربه می‌کنند.

استثمار

یانگ (۱۹۹۰)، به نقل از بروسکاس، (۲۰۰۸) معتقد است برخی افراد در جوامع سرمایه‌داری، از ظرفیت‌شان برای کنترل منافع دیگران بهره می‌گیرند که این یک نوع استثمار است. اگرچه این موضوع به شرایط افراد بزرگسال و نیروی کار اشاره دارد اما می‌توان نتیجه گرفت افرادی که منافع‌شان کنترل می‌شود به نوعی قدرت و شأن خود را از دست می‌دهند. آنها بین افرادی که خدمت می‌گیرند و آنهایی که خدمت می‌دهند تقسیم می‌شوند. حتی می‌توان فردی را که به طور داوطلب برای دیگران کار می‌کند به عنوان یک فرد استثمار