

## Research Article

# Design, Development and validation of Integrating Cognitive- Behavioral Intervention Based on the Lived Experiences of Foster Children on Complex Trauma

Zivar Soltani Ghahfarokhi<sup>1</sup>, Mohammad Bagher Kajbaf<sup>2\*</sup>, Shole Amiri<sup>2</sup>  
& Hossein Ali Mehrabi<sup>3</sup>

1. Ph.D. Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

3. Assistan Professor of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

## Abstract

**Aim:** It is crucial to design specific interventions for vulnerable foster children. This study introduces an integrated cognitive-behavioral intervention based on the lived experiences of foster children with complex trauma, by incorporating themes extracted from interviews with foster children and elements of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT).

**Method:** The study comprised two parts. In the first part, 8 girls, aged 9 to 11, were selected from among 30 foster children in Isfahan in 2022 through purposive sampling. Data were collected through semi-structured interviews using a descriptive phenomenological method and analyzed using the Giorgi method. In the second part, the common factors approach was applied to develop an integrated intervention from various integration methods. The content validity of the intervention was assessed using the Delphi method with feedback from 8 experts.

**Results:** In the first part, five main themes were identified: belonging, relationships, self-concept, past life challenges, and psychological capital. In the second part, an integrated cognitive-behavioral intervention based on the foster children's lived experiences was developed, consisting of 10 sessions. Each session included two parts—one for caregivers and one for children. The content validity ratio (CVR) ranged from 0.75 to 1, and the content validity index (CVI) was 0.9.

**Conclusion:** This integrated intervention is a child-centered therapeutic approach designed to reduce some of the limitations in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. It leverages the strengths of TF-CBT while addressing the unique needs of foster children.

**Key words:** Cognitive-Behavioral Therapy, Complex Trauma, Foster children, Integrating Intervention, Lived Experience

**Citation:** Soltani Ghahfarokhi, Z., Kajbaf, M., Amiri, Sh., & Mehrabi, H. (2024). Design, Development and validation of Integrating Cognitive-Behavioral Intervention Based on the Lived Experiences of Foster Children on Complex Trauma. *Appl. Psychol* 18 (3):173-195.

## مقاله پژوهشی

## طراحی، تدوین و روایی‌یابی مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه- خانواده از ضربه‌روانی پیچیده

زیور سلطانی قهفرخی<sup>۱</sup>، محمدباقر کجیاف<sup>۲\*</sup>، شعله امیری<sup>۳</sup> و حسینعلی مهرابی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

## چکیده

**هدف:** انجام مداخلات اختصاصی برای کودکان آسیب‌پذیر شبه‌خانواده دارای اهمیت است. پژوهش حاضر با تلفیق مضامین استخراج شده از مصاحبه‌های انجام گرفته با کودکان شبه‌خانواده درباره تجربه زیسته آن‌ها از ضربه‌روانی پیچیده و درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی، مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده از ضربه-روانی پیچیده را معرفی می‌کند.

**روش:** پژوهش حاضر در دو بخش انجام گرفت. در بخش نخست، جامعه پژوهش ۳۰ دختر ۹ تا ۱۱ سال ساکن در مراکز شبه‌خانواده شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها بر روی ۸ کودک انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات نیمه ساختار یافته با روش پدیدارشناسی توصیفی انجام و با روش جیورجی تحلیل شد. در بخش دوم، به منظور طراحی مداخله تلفیقی از رویکرد عوامل مشترک و برای روایی‌یابی محتوایی مداخله از نظرات ۸ نفر از متخصصان به روش دلفی استفاده شد.

**یافته‌ها:** در بخش نخست، ۵ مضمون اصلی شامل تعلق، ارتباط، خودپنداره، چالش‌های زندگی قبلی و سرمایه روانشناختی شناسایی شد. در بخش دوم؛ مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده در ۱۰ جلسه، هر جلسه شامل دو بخش مراقبان (گروهی) و کودک (فردی) تدوین شد. ضریب نسبی روایی محتوایی حداقل ۰.۷۵ و حداکثر ۱ و شاخص روایی محتوا ۰.۹ بدست آمد.

**نتیجه‌گیری:** مداخله تلفیقی حاضر تلاشی است برای تدوین مداخله درمانی کودک محور ویژه کودکان شبه‌خانواده تا ضمن کاهش دادن برخی از خلاءهای درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی از ظرفیت‌های این درمان نیز استفاده کرده باشد.

**کلید واژه‌ها:** تجربه زیسته، درمان شناختی- رفتاری، ضربه‌روانی پیچیده، کودکان شبه خانواده، مداخله تلفیقی

استناد به این مقاله: سلطانی قهفرخی، زیور، کجیاف، محمدباقر، امیری، شعله، و حسینعلی، مهرابی. (۱۴۰۳). طراحی، تدوین و روایی‌یابی مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه- خانواده از ضربه‌روانی پیچیده. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۳)، ۱۹۵-۱۷۳.

## مقدمه

کودکانی که والدین بیولوژیکی یا سایر بستگانشان توانایی مراقبت از آنها را ندارند به مراکز مراقبتی بهزیستی وارد می‌شوند (بشلیده و قربان، ۱۴۰۲). دلایل ورود به این مراکز در دوره‌های زمانی، جوامع و افراد مختلف متفاوت است با این حال بی‌توجهی و سوءاستفاده از دلایل اصلی بی‌بدرپرستی در سراسر جهان است (سیسچتی، ۲۰۱۳). به مراکز دولتی مردم نهادهی که تحت نظر بهزیستی به مراقبت، نگهداری و تربیت کودکان بی‌بدرپرست می‌پردازند، شبه‌خانواده<sup>۱</sup> گفته می‌شود (انگلر و همکاران، ۲۰۲۲).

کودکان شبه‌خانواده بسیار آسیب‌دیده و آسیب‌پذیرند. تجربیات آسیب‌زای کودکان شبه‌خانواده با عنوان ضربه‌روانی پیچیده<sup>۲</sup> شناخته می‌شود. ضربه روانی پیچیده مجموعه عوامل خطر سبب‌ساز شامل ضربه‌روانی بین‌فردی مکرر توسط مراقبان در اوایل زندگی و بی‌نظمی ناشی از آن را که در طیف وسیعی از عملکرد هیجانی، رفتاری، شناختی، بین‌فردی و فیزیولوژیکی رخ می‌دهد را شامل می‌شود (کوک و همکاران، ۲۰۱۷). تجربه ضربه روانی پیچیده کودکان شبه‌خانواده را در معرض خطر بیشتری برای مشکلات سلامت روان (دوبویس-کومتویس و همکاران، ۲۰۲۱)، تأخیرهای رشدی (کارن و همکاران، ۲۰۲۲)، مشکلات اجتماعی-هیجانی (بالدوین و همکاران، ۲۰۱۹)، مانند مشکل در روابط با همسالان (سلطانی و همکاران، ۱۳۹۷)، خودپنداره منفی (کارا و همکاران، ۲۰۲۴)، تصور ذهنی منفی از خدا (والکر و همکاران، ۲۰۱۰؛ کوسارکووا و همکاران، ۲۰۲۰) قرار می‌دهد. اختلالات ذکر شده علاوه بر زمان تجربه آسیب، در مسیر رشد نیز کودک را تحت تأثیر قرار داده (برکه و همکاران، ۲۰۱۷) و به اختلالات اضطرابی، افسردگی، سوءمصرف مواد، پرخاشگری و اختلالات جنسی در نوجوانی و بزرگسالی منجر می‌شوند (کوک و همکاران، ۲۰۱۷). بنابراین به دلیل شیوع روزافزون اختلالات ناشی از پیامدهای ضربه‌روانی پیچیده در کودکان شبه‌خانواده و ایجاد چرخه آسیب در جامعه و متعاقباً وجود ضربه‌روانی بین نسلی نیاز پرداختن به آسیب‌های پیچیده این کودکان یکی از چالش‌های مهم جامعه روانشناسی است.

اکثر کودکان شبه‌خانواده تا زمان ورود مستقل به جامعه در شبه‌خانواده زندگی می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده است که برخی از این کودکان با موانع جدی برای خروج به موقع و مناسب از مراکز مراقبتی مواجه هستند (آکین و همکاران، ۲۰۱۵). کودکان شبه‌خانواده باید بتوانند به عنوان فردی مستقل پس از ۱۸ سالگی در جامعه حضور یابند و این امر محقق نخواهد شد مگر اینکه بتوانند با بهره‌گیری از مداخله درمانی مناسب علاوه بر بهبود اختلالات روانی به توانمندی

<sup>1</sup> foster care<sup>2</sup> complex trauma

لازم نیز دست یابند. بنابراین شناسایی و درک مشکلات کودکان شبه‌خانواده و متناسب سازی مداخله‌های روانشناختی و اجرای آن‌ها در جهت بهبود اختلالات ناشی از تجربیات آسیب‌زای زندگی این کودکان و همچنین ارتقاء توانمندی‌های آن‌ها حائز اهمیت است و در ادبیات پژوهشی کمتر به آن پرداخته شده است.

مداخلات انجام گرفته برای کودکان ۹ تا ۱۱ سال با تجربه انواع ضربه‌روانی (سوء استفاده جنسی و جسمی، ضربه‌روانی پیچیده، خشونت خانگی، جنگ و بلایای طبیعی و تجربه زندگی در مراکز مراقبتی) شامل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی<sup>۱</sup> (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲)، فیلپال تراپی (گیل مارتین، ۲۰۲۰)، روان‌درمانی کودک-والد<sup>۲</sup> (مرسکی و همکاران، ۲۰۱۶)، روان‌درمانی ساختاریافته برای نوجوانان در پاسخ به استرس مزمن<sup>۳</sup> (وینر و همکاران، ۲۰۰۹)، درمان مبتنی بر دل بستگی (بارث و همکاران، ۲۰۰۵؛ قیاسی و همکاران، ۱۴۰۰)، سیستم درمانی ضربه-روانی<sup>۴</sup> (بارتلت و روشوییچ، ۲۰۱۸)، بازی درمانی (جلالی و کریمی‌ثانی، ۱۳۹۷؛ خوشیاری مراد و نیک‌آمال، ۱۳۹۹)، قصه‌درمانی گروهی (صنعت‌نگار، ۱۳۹۱) و درمان پذیرش و تعهد (مرمچی‌نیا و ذوقی‌پایدار، ۱۳۹۶) است. با این حال هیچیک از مداخلات ذکر شده برای کودکان شبه‌خانواده اختصاصی نشده است.

در این میان درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی (خلاصه جلسات در جدول ۱ قابل مشاهده است)، یکی از متداول‌ترین درمان‌ها با پشتیبانی تجربی گسترده در کودکان آسیب‌دیده ۳ تا ۱۸ ساله سراسر جهان با تجربه انواع ضربه‌روانی است (کری و مک‌میلن، ۲۰۱۲؛ هندریکز و همکاران، ۲۰۱۴؛ کوهن و همکاران، ۲۰۰۶). اما میزان موفقیت آن در شبه‌خانواده کمتر بررسی شده و به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی باید به گونه‌ای تطبیق داده شود که میزان موفقیت بالای آن در سایر حوزه‌ها در کودکان شبه‌خانواده نیز تکرار شود (براتوشفسکایا، ۲۰۱۷). اصلاحات انجام شده تا کنون تنها در ساختار این مداخله انجام گرفته است و فقط شامل افزایش تعداد و ساعات جلسات و تمرکز بیشتر بر روی برخی از جلسات است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع استفاده از درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی برای کودکان شبه‌خانواده نیاز به اصلاحات دقیق و متناسب سازی با نیازها و مشکلات این کودکان دارد.

<sup>1</sup> Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy (Tf-CBT)

<sup>2</sup> Child-Parent Psychotherapy (CPP)

<sup>3</sup> Structured Psychotherapy For Adolescents Responding To Chronic Stress (SPARCT)

<sup>4</sup> Truma Systems Therapy (TST)

## جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه روانی

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی	آشنایی با درمانگر و ارائه اطلاعات درباره درمان، تعهد نسبت به حضور در جلسات، صحبت در مورد قوانین جلسات
دوم	آموزش روانی و فرزندپروری	تعریف ضربه روانی و پیامدهای آن، آگاه سازی در مورد ضربه روانی و واکنش به آن، آموزش رویکرد شناختی رفتاری به کودک و خانواده، ارائه مداخلات برای بهینه‌سازی مهارت‌های فرزندپروری مانند تمجید، توجه انتخابی، مهلت زمانی و برنامه های تقویت
سوم	تنظیم هیجان	مهارت‌های تنظیم هیجان (شناسایی احساسات، درجه‌بندی احساسات، مدیریت پاسخ به ضربه‌روانی)، موقعیت‌های دشوار شناسایی و برای گسترش دامنه ابراز هیجانی با کودک کار می‌شود، مهارت‌های شناسایی احساسات، توقف فکر و تصویرسازی مثبت، خودگویی مثبت، ایجاد حس ایمنی، افزایش مهارت‌های اجتماعی، بهبود مهارت‌های حل مسئله آموزش داده می‌شوند.
چهارم	آرامش	آموزش مهارت‌های تن آرامی (آرام سازی پیشرونده عضلانی و تنفس عمیق) و توضیح منطق انجام آنها، معکوس کردن تغییرات فیزیولوژیکی در اثر ضربه-روانی، کمک بر تسلط کودک بر خودش.
پنجم	مقابله و پردازش شناختی	مهارت‌های مقابله‌ای شناختی (ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار، توقف افکار)-تعریف فکر، احساس و عملکرد (پیامد) و ارتباط بین آن‌ها- آموزش تکنیک توقف فکر بد، اصلاح تحریف‌های شناختی مربوط به ضربه‌روانی
ششم	روایت ضربه‌روانی	بیان داستان ضربه‌روانی با استفاده از کتاب، شعر، آهنگ یا سایر روایت‌های مکتوب، استفاده از مهارت‌های آرامسازی در هنگام روایت، شناسایی خطاهای تفکر مربوط به داستان روایت شده
هفتم	تسلط محیطی در یادآورهای ضربه‌روانی	مهارت‌های مقابله‌ای مفید در هنگام یادآوری ضربه روانی، غلبه بر ترس‌های مرتبط با ضربه‌روانی، آموزش تسلط به خود پس از یادآوری ضربه‌روانی
هشتم	جلسات مشترک کودک و مراقبان	جلسات ۱ ساعته است: ۱۵ دقیقه کودک، ۱۵ دقیقه مراقبان و ۳۰ دقیقه به صورت مشترک، به اشتراک گذاری روایت ضربه‌روانی، پیامدها و احساس‌ها در رابطه با به اشتراک گذاشتن داستان خود
نهم	افزایش ایمنی و توسعه آینده	افزایش حمایت‌های محیطی، برنامه‌ریزی ایمنی عمومی و مهارت‌هایی از قبیل شناسایی افراد و مکان‌های امن، آموزش تفاوت بین راز و خصوصی بودن و مرزها
دهم	جمع‌بندی	مرور و جمع بندی

فارغ از اختصاصی نشدن درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی برای کودکان شبه‌خانواده، انتقاداتی کلی نیز بر آن وارد است از جمله فرسایش<sup>۱</sup> درمانی که نگران‌کننده است (کری و مک‌میلن، ۲۰۱۲). این مداخله درمانی در صورت دریافت کامل، مؤثر خواهد بود و این در حالی است که بین ۲۰ تا ۷۵ درصد کودکان زودتر از موعد درمان را خاتمه می‌دهند. در همین راستا به نظر می‌رسد در کودکان شبه‌خانواده به دلیل تجربه ضربه‌روانی پیچیده و طولانی مدت، در دسترس نبودن حمایت خانواده، کمبود پایگاه رابطه‌ای و دفاع‌های روانی محکم احتمال ترک زودرس درمان بیشتر است (مشچریاکوا، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از اشکالات این روش درمانی برای کودکان شبه‌خانواده این است که نیاز به حمایت والدین در طول درمان وجود دارد و جلسات به طور مساوی بین والدین و کودک تقسیم می‌شود (براتوشفسکیا، ۲۰۱۷). برای کودکان شبه‌خانواده دسترسی به والدین بیولوژیکی سخت و گاهی غیر ممکن است با این وجود به عنوان راه حل جایگزین برنامه‌های درمانی که شامل سرپرستان مراکز شود، پتانسیل بیشتری برای موفقیت در کودکان شبه‌خانواده دارا هستند (دورسی و همکاران، ۲۰۱۴).

انتقاد دیگر بر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی این است که درمان توسط درمانگر ایجاد و سپس در اختیار کودک قرار می‌گیرد (روزال، ۲۰۱۸)، بنابراین انعطاف متناسب با سن و نیازهای کودک را ندارد. باید توجه داشت اگرچه هسته مرکزی تجربه حوادث آسیب‌زا برای افراد مختلف یکسان است اما روایت‌ها، برداشت‌ها و تصورات منحصر به فرد کودکانی که ضربه‌روانی را تجربه کرده‌اند می‌تواند فراتر از داده‌های سنتی بدست آمده از آزمون‌ها و پرسشنامه‌ها که اغلب توسط مراقبان پاسخ داده می‌شود و به شکل‌گیری چارچوب عمومی درمان منجر می‌شوند، بر ایجاد درکی مناسب از نیازهای درمانی کودک کمک کند. بنابراین درک تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده می‌تواند یکی از عوامل مؤثر بر اثربخشی و کاهش فرسایش درمانی باشد.

درک تجربیات کودکان آسیب‌پذیر، عامل حفاظتی در برابر آسیب و کلید ارتقاء رفاه و ایمنی آنهاست. با این حال تجربیات این کودکان از زندگی قبل و در مراکز شبه‌خانواده و روابط مرتبط با آن تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است (استفورد، ۲۰۲۱). در واقع اطلاعات بدست آمده از مشاهدات سرپرست و کارمندان بهزیستی تنها بخشی از زندگی کودک را پوشش می‌دهد و در بیشتر موارد با روایت و درک کودک از وقایع زندگی با والدین، لحظه جدایی و زندگی کنونی در مرکز شبه‌خانواده بسیار متفاوت است. تمرکز بر تجربیات ناب کودکان شبه‌خانواده تنها در چند

<sup>1</sup> attrition

مطالعه (مانند فولمن، ۱۹۹۸؛ وایتینگ و لی، ۲۰۰۳؛ میچل و کوچینسکی، ۲۰۱۰؛ ووجیاک، ۲۰۱۷) بررسی شده است و نیاز به وجود پژوهش‌های مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده در ادبیات پژوهشی احساس می‌گردد زیرا فقدان این اطلاعات می‌تواند از موانع اصلی برای توسعه برنامه‌های مداخله‌ای مناسب برای کمک به آن‌ها باشد.

ارائه یک رویکرد روان‌درمانی برای کودکان شبه‌خانواده که بسیار آسیب‌پذیر هستند ضروری است (پراتوشفسکایا، ۲۰۱۷). اختصاصی نبودن درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی و انتقادهای وارد به آن و خلاءهای این مداخله روانشناختی در درمان اختلالات کودکان شبه‌خانواده سبب ایجاد اندیشه اصلاح درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی گردیده است. در این پژوهش راه مناسب اصلاح تلفیق با تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده در نظر گرفته شد و بر این اساس پژوهش حاضر با تلفیق نتایج حاصل از تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده با درمان مبتنی بر شواهد شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی، مداخله‌ای تلفیقی مبتنی بر نیازهای روانی ادراک شده از تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده را معرفی می‌کند.

## روش

پژوهش حاضر در دو بخش، بخش نخست مصاحبه و استخراج مضامین مرتبط با تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده از ضربه‌روانی پیچیده و بخش دوم تلفیق مضامین استخراج شده با درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی انجام گرفته است.

در بخش نخست به منظور ارائه توصیف ناب از تجربیات زندگی کودکان شبه‌خانواده از روش پدیدارشناسی توصیفی<sup>۱</sup> مبتنی بر فلسفه پدیدارشناسی هوسرل (۱۹۷۰) استفاده شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن ۹ تا ۱۱ سال، حضور حداقل ۶ ماه در مرکز شبه‌خانواده، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم دریافت درمانی‌های روانشناختی و درمان‌های دارویی روانشناختی همزمان با اجرای پژوهش.

در ابتدا پژوهشگر مراحل اداری لازم برای دریافت مجوز از دانشگاه و سازمان بهزیستی را انجام داد و سپس برای تهیه آمار مربوط به مراکز شبه‌خانواده و کودکان ساکن در آن به مراکز شبه‌خانواده استان اصفهان مراجعه کرد.

در پژوهش حاضر از ۳۰ دختر که در ۴ مرکز شبه‌خانواده و سرپرستان آن‌ها در خواست شد در پژوهش شرکت کنند. نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها ادامه پیدا کرد و در نهایت بعد از

<sup>1</sup> descriptive phenomenology

مصاحبه با ۸ کودک یافته‌ها و مضامین تکراری بدست آمد که این تعداد مطابق با پژوهش بک و همکاران (۲۰۱۱) در دامنه اندازه نمونه مطالعات پدیدارشناسی که بین ۵ تا ۲۵ نفر است قرار دارد. نمونه از لحاظ تاریخچه ضربه‌روانی پیچیده هم‌تا شدند. تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش به دلیل بی‌توجهی فیزیکی<sup>۱</sup> یعنی نداشتن سرپناه، تغذیه، بهداشت و مراقبت‌های پزشکی، تربیت یا نظارت کافی به شبه‌خانواده آورده شده‌اند. جدول ۲ و ۳ ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش و مراقبان آن‌ها را نشان می‌دهند.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

شرکت‌کننده	سن	سن ورود به مرکز شبه‌خانواده	تعداد جابه‌جایی پس از جدایی از خانواده
۱	۹	۴	۲
۲	۱۰	۴	۳
۳	۱۱	۴	۲
۴	۹	۴	۲
۵	۱۰	۴	۱
۶	۱۱	۸	۳
۷	۱۱	۵	۱
۸	۱۱	۶	۱

جدول ۳. اطلاعات جمعیت‌شناختی مراقبان

مراقبان	سن	تحصیلات	وضعیت تأهل	سابقه کار در مراکز شبه-خانواده به سال
۱	۳۰	لیسانس روانشناسی	متأهل	۶
۲	۳۳	لیسانس علوم تربیتی	متأهل	۴
۳	۴۳	لیسانس علوم تربیتی	متأهل	۷

<sup>۱</sup> physical neglect



با توجه به تجربیات سخت کودکان شبه‌خانواده و دفاع‌های روانی قوی در روایت آنچه در زندگی با آن مواجه شده‌اند در ابتدا به مدت ۳ ماه برنامه‌هایی شامل فعالیت‌های هنری و سرگرمی مورد علاقه کودکان اجرا شد تا بدین ترتیب ارتباط مناسبی با کودکان برقرار شود. فضای کلی دریافت اطلاعات از کودکان نیمه ساختاریافته بود و سؤالات اصلی شامل: چه اتفاق بدی در زندگی برایت رخ داده است؟، چه چیزی در زندگی آزارت داده است؟، زندگی چه سختی‌هایی دارد؟، ناراحتی یعنی چی؟ و چه چیزی خوشحالت می‌کند؟ بود.

مصاحبه‌ها در محیطی آشنا، در مرکز شبه‌خانواده محل زندگی کودکان و به صورت انفرادی توسط نویسنده اول انجام شد. سؤالات باز پاسخ بودند و شرکت‌کنندگان از کلمات خود استفاده می‌کردند و تشویق شدند تا دیدگاه‌های شخصی خود را بیان کنند. از کودکان برای شرکت در پژوهش تشکر شد و به عنوان قدردانی به آن‌ها هدایایی داده شد. تمام گفتگوها ضبط صوتی شد و در پایان کار فایل صوتی پیاده سازی و کلمه به کلمه نوشته شد.

در پژوهش‌های کیفی برای اینکه پژوهشگر از اعتبار اطلاعات بدست آمده مطمئن باشد لازم است ارتباط مستقیم و مستمری با شرکت‌کنندگان داشته باشد (فولمن، ۱۹۹۸). بدین منظور در پژوهش حاضر پژوهشگر ارتباط مستمری با کودکان شبه‌خانواده به مدت ۱۸ ماه با برنامه هفتگی دو روز حضور در مرکز شبه‌خانواده برقرار کرد. علاوه بر این پرسیدن سؤالات باز پاسخ، اجتناب از سؤالات اجتماعی مطلوب و استفاده از نقل‌قول‌های مستقیم از داستان‌های کودکان (وایتینگ و لی، ۲۰۰۳)، برای نشان دادن هر موضوع به منظور افزایش اعتبار داده‌ها انجام شد. متن پیاده‌شده مصاحبه‌ها چندین بار مطالعه و مضامین روانشناختی طبقه‌بندی شدند. همچنین متن مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر خارج از پژوهش رمزگذاری شد. با استفاده از پرسشنامه‌ای با طیف لیکرت ۵ تایی (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) میزان موافقت ۳ ارزیاب با مضامین استخراج شده بررسی و عدم وجود تفاوت در نظرات آن‌ها با استفاده از آزمون کروسکال-والیس<sup>۱</sup> ( $\chi^2 = 0.68$ ,  $p = 0.77$ ) تأیید شد.

داده‌های بدست آمده در بخش نخست به صورت گام به گام با استفاده از روش جیورجی در ۵ مرحله تجزیه و تحلیل گردید. در مرحله اول سعی شد فرضیات نظری، فرهنگی و تجربی کنار گذاشته شود. مرحله دوم چندین بار متن مصاحبه‌ها مطالعه شد تا حس کلی از آن بدست آید و معنای آن تجربه از دیدگاه شرکت‌کننده درک شود. در مرحله سوم واحدهای معنایی اولیه تفکیک شد. مرحله چهارم گام اصلی بود که در آن اولین تغییر در داده‌ها رخ داد و واحدهای

<sup>۱</sup> kruskal wallis test

معنایی در عبارات توصیفی از نظر روانشناختی بازنویسی شد. تبدیل عبارات شرکت‌کننده به اصطلاحات علمی از طریق افکار انتزاعی انجام نگرفت بلکه از طریق بازاندیشی صورت گرفت. در آخرین مرحله، ساختار تجربه معنایی عمومی همه شرکت‌کنندگان با تمرکز بر ابعاد مشترک تجربیات استخراج شد (شریفی و همکاران، ۲۰۲۰)، اما مطابق با مطالعه فولمن (۱۹۹۸) کودکان شبه‌خانواده جمعیتی ناهمگون با تاریخچه و تجربیات متنوع هستند و زمانی که تفاوت‌های فردی به رسمیت شناخته نشوند، قابلیت تعمیم یافته‌ها تضعیف می‌گردد. در همین راستا نتایج مطالعه استفورد و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد هر کودک دانش و بینش منحصر به فرد خود را دارد. بر این اساس در استخراج نتایج به تجربیات منحصر به فرد هر شرکت‌کننده نیز توجه شد و در نهایت مضامین اصلی شکل گرفت.

در بخش دوم، به منظور طراحی مداخله تلفیقی از بین انواع شیوه‌های تلفیق از رویکرد عوامل مشترک<sup>۱</sup> (نورکراس و گلدفرید، ۲۰۰۵) استفاده شد. بدین منظور مفاهیم و فعالیت‌های درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی در ارتباط با مضامین بدست آمده از مصاحبه با کودکان قرار گرفت تا با تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده هماهنگ شود و بیشترین تجربیات کودکان شبه‌خانواده از ضربه‌روانی پیچیده با حفظ چارچوب درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه-روانی را پوشش دهد.

به منظور سنجش روایی محتوایی مداخله تلفیقی از ۸ نفر از متخصصان حوزه کودک و ضربه-روانی به روش دلفی استفاده شد. متخصصان به صورت هدفمند انتخاب شدند و خلاصه جلسات و شرح مختصری از چگونگی طراحی این مداخله در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا تطابق محتوایی جلسات، تناسب جلسات، کفایت زمان اختصاص یافته، کفایت مداخله تلفیقی و در نهایت ارزیابی کلی خود را در قالب یک پرسشنامه با طیف لیکرت ۵ تایی (بسیار ضعیف، ضعیف، متوسط، خوب، عالی) ارائه دهند. به منظور دستیابی به میزان کمی توافق متخصصان از شاخص‌های ضریب نسبی روایی محتوایی<sup>۲</sup> و شاخص روایی محتوایی<sup>۳</sup> (علیخانی و همکاران، ۱۴۰۳) استفاده شد که حداقل و حداکثر مقدار بدست آمده ضریب نسبی روایی محتوایی برای هر مورد بین ۰.۷۵ و ۱ بدست آمد که مطابق با جدول لاوشه (۱۹۷۵) با پنل ۸ نفره متخصصان همخوانی دارد و شاخص روایی محتوایی برای کل مداخله ۰.۹ بدست آمد. مواردی که حداقل روایی را کسب نکردند مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند.

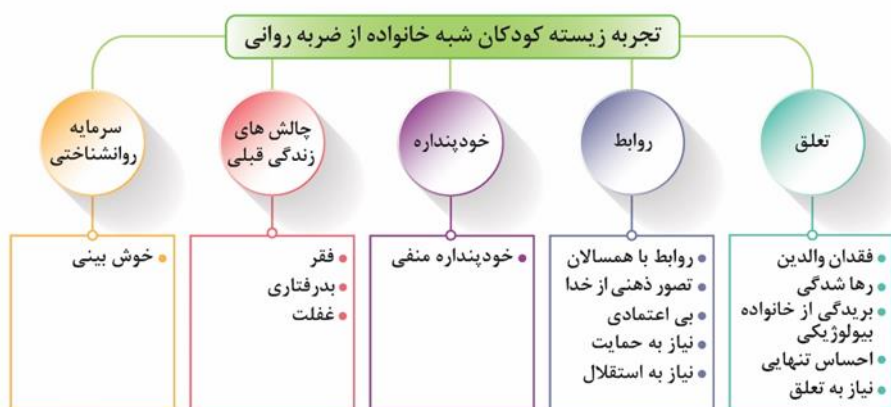
<sup>1</sup> common factor

<sup>3</sup> Content Validity Index (CVI)

<sup>2</sup> Content Validity Ratio (CVR)

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش بر اساس مراحل انجام در دو بخش ارائه می‌گردد. در بخش نخست؛ پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، ۵ مضمون اصلی شامل تعلق<sup>۱</sup>، روابط<sup>۲</sup>، خودپنداره<sup>۳</sup>، چالش‌های زندگی قبلی و سرمایه روانشناختی<sup>۴</sup> شناسایی شد. این مضامین به همراه مضامین فرعی آن‌ها در نمودار ۱ قابل مشاهده است.



نمودار ۱. مضامین اصلی و فرعی تجربه زیسته کودکان شبه خانواده از ضربه روانی پیچیده

در بخش دوم؛ مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه خانواده در ۱۰ جلسه و هر جلسه شامل دو بخش مراقبان (به صورت گروهی- ۹۰ دقیقه) و کودک (به صورت فردی- ۶۰ دقیقه) تدوین شد. برای نمونه جلسه دوم شامل دو بخش است ابتدا با مراقبان و به صورت گروهی جلسه برگزار می‌گردد و هدف از این بخش جلسه معرفی مفهوم دلبستگی است و بخش دوم جلسه با هر یک از کودکان به صورت انفرادی انجام می‌گیرد و هدف از این بخش جلسه آموزش تنظیم هیجان است. خلاصه جلسات مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه خانواده در جدول ۴ قابل مشاهده است.

<sup>1</sup> belonging

<sup>2</sup> relationship

<sup>3</sup> self-concept

<sup>4</sup> psychological capital

جدول ۲. خلاصه جلسات مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه- خانواده

هدف	محتوا
جلسه اول مراقبان:	
آشنایی	آشنایی و ارائه اطلاعات در خصوص درمان، تشویق مراقبان به مشارکت در درمان، تعیین سهم مشارکت مراقبان در جلسات درمان، بحث در خصوص سؤالات مراقبان درباره مشکلات کودکان شبه‌خانواده
جلسه اول کودک:	
آشنایی	برقراری رابطه درمانی و القای حس امید، آشنایی با فرآیند درمان و تشویق کودک به مشارکت فعال، تعیین اهداف درمانی، تعیین قوانین شرکت در درمان
بهبود دلبستگی:	
معرفی مفهوم دلبستگی	جلسه دوم مراقبان: توضیح دلبستگی و مشکلات دلبستگی، چگونگی ارتباط سلامت روان با دلبستگی در کودکان، علائم اختلالات رفتاری مرتبط با مشکلات دلبستگی و توضیح چگونگی‌تأثیر اختلالات دلبستگی و روند معیوبی که می‌تواند موجب بروز بسیاری از مشکلات رفتاری و دشواری‌های ارتباطی کودکان شبه‌خانواده با همسالان و اطرافیان
تنظیم هیجان	جلسه دوم کودک: شناسایی و مدیریت احساسات و مخصوصاً احساسات ترسناک و ناراحت کننده، عادی سازی تجربه طیف وسیعی از احساسات، توضیح اینکه در مواجهه با هر نوع از احساسات چه اقداماتی که باید انجام داد، شرح اهمیت شناسایی و ابراز صحیح احساسات در داشتن حال بهتر.
بهبود دلبستگی:	
نیازهای روانی - فیزیولوژیک	جلسه سوم مراقبان: تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیک کودک و لزوم پاسخدهی به نیازها، آموزش راهکار سناریوسازی و تمرین آن، سناریوسازی درباره چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مراقبان
جلسه سوم کودک:	
مهارت‌های مقابله‌ای	ارائه الگوی مقابله‌ای، تمرین مهارت‌های مقابله‌ای جدید: شناسایی و ابراز صحیح احساسات، تشخیص نقش افکار در تداوم یا بهبود علائم استرس، چگونگی تبدیل خودگویی‌های منفی به خودگویی‌های مقابله‌ای
بهبود دلبستگی: در دسترس بودن مراقبان	
بهبود دلبستگی: در دسترس بودن مراقبان	جلسه چهارم مراقبان: آموزش راهکار در دسترس بودن مراقب، آموزش راهکار اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی مراقبان از کودک و ترسیم آینده روشن برای کودک، سناریوسازی درباره افزایش تفریحات شاد مراقب- کودک

هدف	محتوا
پذیرش	جلسه چهارم کودک: افزایش انعطاف‌پذیری رفتاری، کمک به کودک جهت ارائه مثال از مشکلاتی که تنها راه حل مقابله با آن‌ها پذیرش است آموزش پذیرش با استفاده از استعاره‌ها از قبیل "به توله سگ فکر نکن" در جهت تلاش برای فکر نکردن درباره چیزی؛ استعاره "توپ استخر" برای اشاره به اثر معکوس تلاش برای کنترل افکار و احساسات و پیشنهاد پذیرش و رضایت به عنوان جایگزین آنها؛ استعاره "شفقت" تا با احساسات ابراز شفقت ارتباط بگیرند و سپس شفقت به خودشان را تمرین کنند.
بهبود دلبستگی: ابراز محبت واقعی به کودک	جلسه پنجم مراقبان: تشریح اهمیت ارتباط مثبت با کودک و لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل شده، آموزش پرهیز از تظاهر و رفتارهای غیر واقعی و نقش بازی کردن در ارتباط با کودک، آموزش راهکار تماس (جسمی و به ویژه چشمی)، سناریوسازی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک و تمرین آن با مراقبان
کنار آمدن با فقدان والدین	جلسه پنجم کودک: توصیف غم و احساسات مرتبط با آن، شرح فقدان و احساسات مرتبط با آن، توضیح اینکه افراد و اتفاقات مختلف احساسات متفاوتی را در هر فرد ایجاد می‌کند و اشاره به مطالب جلسات گذشته درباره، ارائه مهارت‌های مقابله‌ای مناسب با فقدان
کمک به تسهیل روابط کودک با همسالان	جلسه ششم مراقبان: ارائه راهکار تسهیل روابط دوستی کودک با همسالان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، سناریوسازی درباره آموزش کودک به برقراری روابط مثبت با همسالان در مدرسه و در شبه‌خانواده، بررسی میزان پیشرفت کودک
بهبود روابط	جلسه ششم کودک: آموزش مهارت‌های ارتباطی، تعیین قوانین خانوادگی و چگونگی رعایت آنها، احترام گذاشتن به خود و دیگران انجام رفتارهای اجتماعی مناسب، شناسایی تأثیر هیجانات و رفتار در روابط، چگونگی ایجاد یک رابطه متعادل، شناسایی موانع ایجاد یک رابطه متعادل و برطرف کردن آنها.
بهبود دلبستگی: بهبود روابط با بزرگسالان	جلسه هفتم مراقبان: بررسی مسائل رفتاری حل نشده در کودکان و بحث و تبادل نظر با مراقبان در مورد میزان تأثیر درمان، آموزش مهارت‌های ارتباطی، سناریوسازی درباره ایجاد فضای ارتباطی مثبت در مرکز شبه‌خانواده و پرهیز از انزوای کودک و در عین حال توجه به نیاز استقلال کودک.

هدف	محتوا
تصور ذهنی خدا	جلسه هفتم کودک: اصلاح فرآیندهای تفکر نسبت به خدا، شناسایی افکار ناسازگارانه نسبت به خدا و به چالش کشیدن آنها، جایگزینی افکار ناسازگارانه و عواطف منفی با افکار و عواطف مثبت درباره خدا، استفاده از داستان‌های کودکانه با درون مایه مذهبی مانند "خداحافظ راکون پیر" و "در جستجوی خدا".
بهبود دلبستگی: ایجاد حس ارزشمندی در کودک	جلسه هشتم مراقبان: تشریح اهمیت ارتباط کلامی مثبت مراقب و کودک در تحول عاطفی و هیجانی بهنجار کودک، آموزش راهکار ارتباط کلامی با کودک، سناریوسازی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مراقب و کودک، سناریوسازی درباره تفهیم جایگاه کودک در شبه‌خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی و عزت نفس در کودک
بهبود خودپنداره	جلسه هشتم کودک: خودشناسی کودک (کودک خود را کشف کند تا خودپنداره واقعی تری داشته‌باشد)، کشف قدرت‌ها و محدودیت‌های کودک، کمک به برای متصور شدن آینده ای مثبت برای خود و برنامه‌ریزی در جهت آن. از آنجائیکه خودپنداره به میزان زیادی به شیوه ارتباط کودک با افراد مهم زندگی‌اش بستگی دارد بر آموزش‌های جلسات بهبود روابط تأکید دوباره می‌شود.
پرورش خوش‌بینی	جلسه نهم مراقبان: تغییر دادن بدبینی خودآیند از طریق آموزش ارتباط بین رویداد ناراحت‌کننده، پیامد آن و نقش باورها و تفسیرها در آن به مراقبان، استفاده از نمونه‌های نوشتاری و شفاهی برای تفهیم و تحکیم مطالب آموزش داده شده
پرورش خوش‌بینی	جلسه نهم کودک: تغییر دادن بدبینی خودآیند در کودک از طریق آموزش مدل ارتباط بین رویداد ناراحت‌کننده، پیامد آن و نقش باورها و تفسیرها در آن به کودک، توصیف افراد امن، شناسایی شبکه‌های حمایتی کودک، آموزش بدست آوردن حمایت‌های اجتماعی، درخواست کمک و استفاده از منابع کمکی، یافتن معنای مثبت در وقایع ناگوار
جمع‌بندی	جلسه دهم مراقبان: مرور جلسات قبل و تکالیف ارائه شده، مرور کلیه راهکارهای آموزش داده شده، بحث و تبادل نظر درمورد موانع موجود در به کارگیری راهکارهای آموزش داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به منظور ایجاد اعتماد و ترمیم دلبستگی کودک، بحث و تبادل نظر درمورد میزان دستیابی به اهداف اولیه درمان
جمع‌بندی	جلسه دهم کودک: مرور میزان پیشرفت کودک، تجلیل از کودک، برنامه‌هایی در حفظ مهارت‌های جدید

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تدوین مداخله درمانی اختصاصی برای کودکان شبه‌خانواده انجام گرفت. براین اساس پژوهش حاضر با تلفیق نتایج حاصل از تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده با درمان مبتنی بر شواهد شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی، مداخله‌ی تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده را معرفی می‌کند. در بخش نخست؛ پس از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها، تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده در ۵ مضمون اصلی شامل تعلق، روابط، خودپنداره، چالش‌های زندگی قبلی و سرمایه روانشناختی شناسایی شد. هر یک از این مضامین دارای مضامین فرعی هستند که در تدوین محتوای جلسات از آن‌ها استفاده شد. محتوا و ساختار مداخله تلفیقی شناختی- رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده به شرح زیر تدوین شد:

**محتوا:** برای تدوین محتوا از مضامین استخراج شده از مصاحبه با کودکان شبه‌خانواده (قابل مشاهده در نمودار ۱) و مفاهیم اصلی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی (کوهن و همکاران، ۲۰۱۲؛ هندریکز و همکاران، ۲۰۱۴) (قابل مشاهده در جدول ۱) استفاده شد.

مضامین استخراج شده از مصاحبه کودکان از دو منظر بررسی شد، نخست، مواردی که به صورت منحصر به فرد بودند و نشان دهنده تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده است. تجربیات زیسته منعکس‌کننده دیدگاه و ادراک کودکان است و مبنای رفتار آن‌هاست و بنابراین برای بهبود مشکلات ناشی از تجربه ضربه‌روانی پیچیده باید درک آن‌ها از موضوع را در نظر گرفت. در واقع هدف اصلی تدوین مداخله حاضر در نظر گرفتن تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده است. بر این اساس تمام موارد منحصر به فرد بدست آمده از مصاحبه با کودکان در تدوین مداخله درمانی استفاده شد که شامل کنار آمدن با فقدان والدین و بهبود دلبستگی (برگرفته از مضمون تعلق)، بهبود روابط با همسالان/ بزرگسالان/ خدا (برگرفته از مضمون روابط)، بهبود خودپنداره (برگرفته از مضمون خودپنداره)، پذیرش (برگرفته از مضمون چالش‌های زندگی قبلی)، خوش‌بینی (برگرفته از مضمون سرمایه روانشناختی) است.

دوم، بررسی عوامل مشترک بدست آمده از مصاحبه با کودکان و درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی شامل مقابله با احساس تنهایی، رها شدگی، بریدگی از خانواده بیولوژیکی (برگرفته از مضمون تعلق) و چالش‌های زندگی قبلی که درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی در قالب تنظیم هیجان، مقابله و پردازش شناختی به این مضامین می‌پردازد. به طور کلی از آنجائیکه مضامین بدست آمده از مصاحبه بر اساس تجربیات کودکان از رویدادهای سخت زندگی‌شان است و این رویدادها با افکار و احساسات آن‌ها در هم آمیخته است بنابراین جلسات مرتبط با تنظیم هیجان و مقابله و پردازش شناختی باید در مداخلات ویژه این کودکان گنجانده

شود تا از این طریق تحریفات شناختی اصلاح شوند. با توجه به مطالب ارائه شده و اینکه مبنای تلفیق عوامل مشترک بود، اهداف اصلی درمان کنار آمدن با فقدان والدین، کاهش آسیب روانی، بهبود دلبستگی، بهبود روابط با همسالان/ بزرگسالان/ خدا، بهبود خودپنداره، پذیرش، پرورش خوش‌بینی در نظر گرفته شدند.

**ساختار:** هسته مرکزی تجربه ضربه‌روانی پیچیده، آسیب دیدگی در روابط بین فردی است که این موضوع در مضامین استخراج شده از تجربه زیسته کودکان نیز دیده شد. مضامین تعلق و روابط از این نوع بودند، علاوه بر این مراقبان در مراکز شبه‌خانواده تأثیر قابل مشاهده‌ای بر مشکلات کودکان و رشد هیجانی و رفتاری آن‌ها دارند. همچنین در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه روانی بر نقش جلسات والدین/ مراقبان تأکید شده است بنابراین علاوه بر توضیحات گفته شده در بالا، مطابق با رویکرد عوامل مشترک، در مداخله حاضر بر نقش مراقبان و شروع مداخله بر روی آن‌ها تأکید شده است. با این حال برگزاری جلسه‌های مجزا مراقبین پیش از ورود کودکان به دلیل افزایش تعداد جلسات در تقابل با کوتاه بودن درمان و تعداد جلسات است. در نهایت ساختار مداخله به صورت ۱۰ جلسه و هر جلسه شامل دو بخش مراقبان (به صورت گروهی) و کودک (به صورت فردی) تعریف شد.

در بخش نخست جلسات آموزشی مراقبان مبتنی بر گفتگو و فعالیت‌های ساده و با محوریت موضوع دلبستگی، ارتباط و اطلاع از محتوای جلسات کودک و هماهنگی با موضوعات آن، نحوه تعامل کودک است. بخش دوم جلسه با کودک و بدون حضور مراقبان است. لازم به ذکر است میزان تأکید بر هر جلسه و طول جلسات بسته به توانایی هر کودک و شرایط هر مرکز شبه‌خانواده قابل تغییر است. برای مثال این احتمال وجود دارد که موضوع بهبود روابط، تصور ذهنی خدا یا سرمایه روانشناختی بیش از یک یا دو جلسه طول بکشد، این موضوع برای جلسات مراقبان نیز مصداق دارد. این مداخله قابلیت آن را دارد که بسته به شرایط مرکز شبه‌خانواده و ارزیابی کودکان تا بیش از ۱۰ جلسه اجرا شود. در اینصورت درمانگر باید در انتخاب فعالیت‌ها انعطاف و خلاقیت داشته باشد. با این وجود باید به ایجاد اتحاد درمانی و مشارکت مراقبان در درمان پایبند بود.

در نهایت باید به شباهت‌ها و تفاوت‌های مداخله تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده با درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی اشاره کرد. بخش مشترک و شباهت این دو درمان با توجه به انتخاب روش عوامل مشترک در پرداختن به احساسات و استفاده از ارتباط احساسات، افکار و رفتار برای کاهش اثرات منفی تجربه ضربه‌روانی است که در قالب جلسات تنظیم هیجان، مقابله و پردازش شناختی آورده شده است. بخش مشترک دیگر وجود جلسات با مراقبان (در مداخله تلفیقی) و والدین (در درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر



ضربه‌روانی) است البته با این تفاوت که در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی جلسات مشترک با والدین با موافقت کودک برگزار می‌گردد اما در مداخله تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده جلسات مشترک با مراقبان وجود ندارد. در واقع در مداخله تلفیقی حاضر با اختصاص دادن جلسات مجزا و به صورت موازی با جلسات کودک یکی از محوری‌ترین مشکلات کودکان شبه‌خانواده یعنی دلبستگی مورد هدف قرار گرفته است و بر سودمندی این مداخله می‌افزاید.

از آنجایی که مداخله تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده برگرفته از تجربیات زیسته این کودکان است، موضوعات منحصر به فرد و جزئی‌تری را پوشش می‌دهد. این در حالی است که درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی با دیدگاهی کلی ضربه‌روانی و روایت کودک از آن را مورد هدف قرار می‌دهد و تنها سعی در بر طرف کردن علائم ضربه‌روانی دارد. اما مداخله تلفیقی حاضر علاوه بر تمرکز بر برطرف کردن اثرات ضربه‌روانی به مشکلات فعلی کودک مانند روابط با همسالان، بزرگسالان و خدا نیز می‌پردازد.

کودکانی که در سال‌های اولیه زندگی نتوانسته‌اند با والدین خود رابطه ایمن و قابل اعتماد برقرار کنند با ورود به شبه‌خانواده برقراری ارتباط مبتنی بر اعتماد با همسالان و سایر افراد اطرافشان به یکی از مهم‌ترین چالش‌های زندگی آن‌ها تبدیل می‌شود. این تجربیات می‌تواند بر روابط دلبستگی آن‌ها که شامل دلبستگی به خدا می‌شود نیز تأثیر بگذارد. فرآیندهای شکل‌گیری تصور ذهنی یک فرد از خدا می‌تواند به طور مثبت یا منفی تحت تأثیر تجربیات دوران کودکی باشد و بسیاری از قربانیان بدرفتاری در دوران کودکی دیدگاه منفی نسبت به خدا دارند (کوسارکوا و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه در مطالعه والکر و همکاران (۲۰۱۰) به برخی ملاحظات مذهبی در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی اشاره شده است اما مداخله حاضر با توجه به اینکه در بافت مذهبی ایران انجام گرفته است به تصور ذهنی کودک در مورد خدا در جلسه‌ای مجزا می‌پردازد و این مورد بخش فرهنگ محور این درمان است.

توجه به بهبود خودپنداره کودک یکی دیگر از بخش‌های متمایز این مداخله است. این غیرمعمول نیست که کودکان شبه‌خانواده خود را به خاطر تجربه آسیب‌های پیچیده سرزنش می‌کنند. احساس قربانی بودن نتیجه نگرش منفی فرد به خود و شکل‌گیری خودپنداره منفی است که در تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده به وضوح دیده می‌شود. از آنجاییکه خودپنداره مثبت زیربنای محکمی برای تحول در کودکان است (کارا و همکاران، ۲۰۲۴)، توجه به بهبود خودپنداره کودکان شبه‌خانواده در کاهش مشکلات آن‌ها نقش بنیادی دارد.

از دیگر ویژگی‌های اختصاصی این درمان برای کودکان شبه‌خانواده، توجه به مقوله پذیرش برای مقابله با چالش‌های آن‌ها در زندگی است. گنجانده شدن جلسه‌ای در درمان با مؤلفه پذیرش که با استفاده از استعاره‌های درمانی برخی از چالش‌های زندگی قبلی کودک را مورد هدف قرار می‌دهد دارای اهمیت است. از آنجائیکه بسیاری از مشکلات این کودکان به دلیل شرایطی است که در ایجاد آن نقشی نداشته و ندارند، بنابراین آموزه‌های درمان پذیرش و تعهد در یاددهی پذیرش شرایط ناگوار غیرقابل تغییر می‌تواند برای کودکان شبه‌خانواده بسیار حائز اهمیت باشد. و در نهایت درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی به رشد پس از ضربه‌روانی نمی‌پردازد و تنها در تلاش برای برطرف کردن اثرات ناشی از ضربه‌روانی است اما مداخله تلفیقی شناختی رفتاری مبتنی بر تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده با اختصاص جلسه‌ای به موضوع خوش‌بینی که از مؤلفه‌های رشد پس از آسیب است، علاوه بر تمرکز بر مشکلات روانشناختی این کودکان سعی در توانمندسازی آن‌ها و ایجاد ظرفیت برای عملکرد سازگارانه در شرایط ناگوار زندگی آن‌ها نیز دارد.

با توجه به مطالب ارائه شده تدوین و طراحی مداخلات درمانی برای کودکان و به خصوص کودکان آسیب‌دیده شبه‌خانواده تلاشی است برای جلوگیری از گسترش پیامدهای منفی تجارب دشوار آن‌ها در دوره‌های رشدی مختلف و در چشم اندازی وسیع‌تر پیش‌گیری از چرخه‌های آسیب‌زای بین نسلی در جامعه. بنابراین توصیه می‌شود که حوزه بهزیستی و رفاه کودک، برنامه‌ها و سیاست‌هایی را مبتنی بر تجارب ادراک شده کودکان شبه‌خانواده از ضربه‌روانی افزایش دهد و متخصصان و ارائه‌دهندگان رفاه کودک در مورد تأثیرات آسیب‌زای ضربه‌روانی پیچیده با توجه به دیدگاه کودکان از آن و نحوه حمایت از کودک بیشتر آموزش ببینند.

نتایج مطالعه حاضر برای متخصصین بالینی، متخصصین سازمان بهزیستی، سرپرستان مراکز شبه‌خانواده و محققان سودمند است. پژوهش حاضر با تدوین مداخله‌ای کودک محور مبتنی بر تجربه زیسته، درمانی اختصاصی را برای کودکان آسیب‌دیده شبه‌خانواده معرفی کرد و نیازهای روان‌شناختی کودکان شبه‌خانواده را برطرف می‌کند و بر اتحاد درمانی که مهمترین عامل برای درمان مؤثر است تأثیر می‌گذارد. مداخله تلفیقی حاضر ضمن کاهش دادن برخی از خلاءهای درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی (از قبیل فرسایش درمانی، ترک زودهنگام) از ظرفیت‌های این درمان (از قبیل تأکید بر فرآیند یادگیری و تمرین کردن مهارت‌ها) نیز استفاده می‌کند. انتظار می‌رود این تلفیق بتواند علاوه بر مرتفع کردن انتقادات به درمان شناختی رفتاری متمرکز بر ضربه‌روانی برای کودکان شبه‌خانواده، موانع پذیرش درمان مؤثر از طرف کودک را بر طرف کرده و مسیر درمان را تسهیل کند.

یافته‌های پژوهش حاضر با تأکید بر آگاهی و درک بهتر تجربه کودک شبه‌خانواده از ضربه‌روانی در ایجاد همدلی، فراهم آوردن مکان مناسب و برخورد مناسب با آن‌ها در مراکز شبه‌خانواده دارای اهمیت است و این موضوع برای سرپرستان مراکز شبه‌خانواده و متخصصین سازمان بهزیستی می‌تواند دارای اهمیت باشد.

با این حال پژوهش حاضر از محدودیت‌هایی نیز برخوردار بود. روش پدیدارشناسی توصیفی از کلمات برای توصیف تجربیات زیسته استفاده می‌کند. با توجه به اینکه دایره لغات کودکان محدود است و این امکان وجود دارد که تجربه کودک را نتوان به سادگی با بیان کلمات توصیف کرد. همچنین حجم نمونه کوچک و فقط شامل دختران بود.

امید است نتایج پژوهش حاضر علاقه‌مندی پژوهشگران به پژوهش‌های کیفی بر روی کودکان کوچکتر و کودکان شبه‌خانواده را افزایش دهد. در همین راستا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی هر یک از مضامین بدست آمده از یافته‌های پژوهش حاضر به عنوان موضوع یک پژوهش در نظر گرفته شود تا به عمق بیشتر از تجربه زیسته کودکان شبه‌خانواده رسید. انجام پژوهش‌هایی که اثربخشی مداخله معرفی شده در پژوهش حاضر را بر روی مؤلفه‌های سلامت روان کودکان شبه‌خانواده بررسی کنند نیز پیشنهاد می‌شود.

### موازین اخلاقی

برای رعایت اخلاق در پژوهش در ابتدای ورود به مرکز شبه‌خانواده به منظور کسب رضایت آگاهانه از سرپرستان و کودکان، توضیحاتی ساده و قابل فهم در مورد نحوه انجام پژوهش، هدف، مدت زمان مورد انتظار، اختیاری بودن شرکت در پژوهش و لزوم استفاده از ضبط صوت برای انجام مصاحبه ارائه شد. برای کودکان توضیح داده شد که انجام این پژوهش برای آشنایی بیشتر با تجربیات زندگی آنهاست و اینکه زندگی در مرکز شبه‌خانواده و قبل از ورود به مرکز شبه‌خانواده از نظر آن‌ها چگونه است و نکات خوب و مشکلات آن چیست و مصاحبه کننده (نویسنده اول) به هیچ وجه با سازمان بهزیستی در ارتباط نبوده و رازدار است مگر در مواردی که امنیت آن‌ها در خطر باشد. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.UI.REC.1400.087 از کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان و کد IRCT20211213053378N1 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران است.

### مشارکت نویسندگان

نویسنده اول انجام و پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، طراحی مداخله تلفیقی، نوشتار نسخه اولیه، نویسنده دوم (نویسنده مسئول) نظارت بر صحت انجام پژوهش، مطالعه متن‌های پیاده‌سازی شده

مصاحبه‌ها، ویرایش مقاله، نویسنده سوم مطالعه متن‌های پیاده‌سازی شده مصاحبه‌ها، ویرایش مقاله، همکاری در طراحی پروتکل، نظارت بر صحت انجام پژوهش و نویسنده چهارم نظارت بر بخش تحلیل یافته‌ها را بر عهده داشتند.

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله بدون دریافت کمک مالی انجام شده است و تعارض منافع ندارد.

### سپاسگزاری

نویسندگان از مسئولین امور اجتماعی و مراکز شبه‌خانواده بهزیستی شهر اصفهان، سرپرستان و مراقبان مراکز شبه‌خانواده پرتو مهر سبحان و بهاران به خاطر اعتماد به این پژوهش تشکر می‌کنند. نویسندگان همچنین مایلند قدردانی صمیمانه خود را نسبت به کودکانی که در این پژوهش شرکت کردند و با اشتراک‌گذاری تجربیات خود به آینده بهتر سایر کودکان کمک کردند، ابراز دارند.

### References

- Akin, B. A., Byers, K. D., Lloyd, M. H., & McDonald, T. P. (2015). Joining formative evaluation with translational science to assess an EBI in foster care: Examining social-emotional well-being and placement stability. *Children and Youth Services Review*, 58, 253-264.
- Alikhani, M, Naziri, Gh, Mohammadi, M, Aminimanesh, S. (2024). Developing of a Metaphor-based Psychoeducational Packag Explain and Conceptualize Impaired Autonomy and Performance Schemas. *Applied Psychology*, (2)18, 131-151.
- Back, C., Gustafsson, P. A., Larsson, I., & Berterö, C. (2011). Managing the legal proceedings: An interpretative phenomenological analysis of sexually abused children's experience with the legal process. *Child Abuse & Neglect*, 35(1), 50-57.
- Baldwin, H., Biehal, N., Cusworth, L., Wade, J., Allgar, V., & Vostanis, P. (2019). Disentangling the effect of out-of-home care on child mental health. *Child Abuse & Neglect*, 88, 189-200.
- Bashlideh F, Qorbanpoor lafmejani A. (2023). Lived experience of teenage girls from living in pseudo-family centers. *Refahj*. 23(89), 385-441.

- Bratushevskaya, Anna, "How the Foster Care System Impacts Cognitive Behavioral Therapy (CBT)" (2017). *Child Development Theses*. 18.
- Burke, J., Fitzhenry, M., Houghton, S., & Fortune, D. G. (2021). Breaking the cycle of intergenerational trauma: Evaluating the impact of parental adverse childhood experiences on parenting group outcomes using a mixed-methods approach. *Children and Youth Services Review*, 130, 106223.
- Barth, R. P., Crea, T. M., John, K., Thoburn, J., & Quinton, D. (2005). Beyond attachment theory and therapy: Towards sensitive and evidence-based interventions with foster and adoptive families in distress. *Child & Family Social Work*, 10(4), 257-268.
- Bartlett, J. D., & Rushovich, B. (2018). Implementation of trauma systems therapy-foster care in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 91, 30-38.
- Carrera, P., Román, M., & Jiménez-Morago, J. M. (2024). Resilience among children in foster care: Variability in adaptive functioning and associated factors. *Children and Youth Services Review*, 156, 107363.
- Caron, R., Poitras, K., St-Laurent, D., Joly, M. P., Poirier, M. A., Berthelot, N., & Dubois-Comtois, K. (2022). Foster family assessment: The assessor's perspective-A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105362.
- Cicchetti, D. (2013). Annual research review: Resilient functioning in maltreated children—past, present, and future perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 402-422.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents: Treatment Applications*. Guilford Press.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J. & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390- 398.
- Cary, C. E., & McMillen, J. C. (2012). The data behind the dissemination: A systematic review of trauma-focused cognitive behavioral therapy for use with children and youth. *Children and Youth Services Review*, 34(4), 748-757.
- Dubois-Comtois, K., Bussièrès, E. L., Cyr, C., St-Onge, J., Baudry, C., Milot, T., & Labbe, A. P. (2021). Are children and adolescents in foster care at greater risk of mental health problems than their counterparts? A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 127, 106100.

- Dorsey, S., Pullmann, M. D., Berliner, L., Koschmann, E., McKay, M., & Deblinger, E. (2014). Engaging foster parents in treatment: A randomized trial of supplementing trauma-focused cognitive behavioral therapy with evidence-based engagement strategies. *Child Abuse & Neglect*, 38(9), 1508-1520.
- Engler, A. D., Sarpong, K. O., Van Horne, B. S., Greeley, C. S., & Keefe, R. J. (2022). A systematic review of mental health disorders of children in foster care. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 255-264.
- Folman, R. D. (1998). "I Was Taken" How Children Experience Removal from Their Parents Preliminary to Placement into Foster Care. *Adoption Quarterly*, 2(2), 7-35.
- Ghiasi Pirzaman, M., Azizi, M., Demhari, F. (2020). The effectiveness of attachment-based therapy on the anxiety and feeling of loneliness of orphaned and poorly supervised children. *New Advances in Behavioral Sciences*, 6(54), 77-67.
- Gilmartin, D., & McElvaney, R. (2020). Filial therapy as a core intervention with children in foster care. *Child Abuse Review*, 29, 159-166.
- Hendricks, A., Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2014). *Your very own TF-CBT workbook*.
- khoshyari morad S, Nik Amal M. (2020). The Effectiveness of the Game Therapy on the Four-To-Twelve-Year-Old and Bad Supervisor Girls' Hidden and Obvious Anxiety, Residing in Quasi Family Centers. *Rooyesh*, 9 (4) ,65-74.
- Kosarkova, A., Malinakova, K., van Dijk, J. P., & Tavel, P. (2020). Childhood trauma and experience in close relationships are associated with the god image: does religiosity make a difference? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 8841.
- Jalali Dizji, S., Karimi sani, P. The Effectiveness of Play Therapy on Symptoms of Emotional, Behavioral and Problem-Solving Skills in Foster Care Children. (2018). *Depiction of Health*, 9(2), 116-124.
- Marmarchinia, M., Zoghi Paidar, M. (2017). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on hope and happiness of female adolescents under welfare protection. *Applied Psychology*, 2(42), 157-174.
- Mitchell, M. B., & Kuczynski, L. (2010). Does anyone know what is going on? Examining children's lived experience of the transition into foster care. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 437-444.
- Meshcheryakova, K. (2012). Art therapy with orphaned children: Dynamics of early relational trauma and repetition compulsion. *Art Therapy*, 29(2), 50-59.

- Mersky, J. P., Topitzes, J., Grant-Savelle, S. D., Brondino, M. J., & McNeil, C. B. (2016). Adapting parent-child interaction therapy to foster care: Outcomes from a randomized trial. *Research on Social Work Practice, 26*(2), 157-167.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford University Press.
- Rosal, M. L. (2018). *Cognitive-Behavioral Art Therapy: From Behaviorism to the Third Wave*. Routledge.
- Sanat Negar, S., Hassan Abadi, H., Asghari Nekah, S. (2013). The effectiveness of group story therapy on reducing hopelessness and loneliness of female children in foster care. *Applied Psychology, 4*(24), 7-23.
- Sharifi, M., Neshat Doost, H. T., & Shayegannejad, V. (2020). 'I want to be with you, but I have MS': Challenges of interpersonal relationships from the MS patients' point of view. *Health & Social Care in the Community, 28*(3), 1030-1037.
- Stafford, L., Harkin, J. A., Rolfe, A., Burton, J., & Morley, C. (2021). Why having a voice is important to children who are involved in family support services? *Child Abuse & Neglect, 115*, 104987.
- Soltani Qahfarokhi, Z, Salehzadeh, M, & Asaadi, S. (2017). family characteristics and quality of interaction with peers and resiliency and vulnerability in children and adolescents living in Family-Like Community Centers *Journal of Family Research, 14*(4), 579-593.
- Walker, D. F., Reese, J. B., Hughes, J. P., & Troskie, M. J. (2010). Addressing religious and spiritual issues in trauma-focused cognitive behavior therapy for children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*(2), 174.
- Wamser-Nanney, R., & Steinzor, C. E. (2017). Factors related to attrition from trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect, 66*, 73-83.
- Weiner, D. A., Schneider, A., & Lyons, J. S. (2009). Evidence-based treatments for trauma among culturally diverse foster care youth: Treatment retention and outcomes. *Children and Youth Services Review, 31*(11), 1199-1205.
- Whiting, J. B., & Lee III, R. E. (2003). Voices from the system: A qualitative study of foster children's stories. *Family Relations, 52*(3), 288-295.
- Wojciak, A. S. (2017). 'It's complicated': Exploring the meaning of sibling relationships of youth in foster care. *Child & Family Social Work, 22*(3), 1283-1291.