

تجارب خانواده‌های فرزندپذیر از مشکلات کودکان فرزندخوانده: رویکرد نظریه زمینه‌ای

مقدمه: با توجه به گسترش و انتخاب فرزندپذیری به‌عنوان یکی از راه‌های تکمیل خانواده در جامعه ایران، پژوهش‌های اندکی در جهت شناخت مشکلات جسمی و روان‌شناختی کودکان فرزندخوانده انجام شده است. بنابراین، مطالعه حاضر به تبیین تجارب خانواده‌های فرزندپذیر از این پدیده پرداخته است.

روش: مطالعه حاضر به روش کیفی و با رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شد. مشارکت‌کنندگان در پژوهش را ۳۰ نفر از خانواده‌های فرزندپذیر تشکیل داده‌اند. انتخاب نمونه ابتدا با روش هدفمند آغاز و تا زمان رسیدن به اشباع اطلاعات به‌صورت نمونه‌گیری نظری ادامه یافت. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق بود و مصاحبه‌ها با روش اشتراوس و کوربین نسخه ۲۰۰۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تجزیه و تحلیل داده‌ها شش مقوله محوری به دست آمد. «عوامل تهدیدکننده فرزندپذیری» به‌عنوان پدیده در الگوی پارادایمی پژوهش حاضر آشکار شد. «مشکلات جسمی و رفتاری کودک» به‌عنوان عامل علی، «ظرفیت‌های کودک و محیط»، «پیشینه ناگوار کودک پیش از فرزندپذیری» و «تأثیرات کودکان با نیازهای ویژه» به‌عنوان عوامل مداخله‌گر و «رضایتمندی از فرزندپذیری» نیز به‌عنوان پیامد این الگوی پارادایمی مشخص شد. «رویارویی مدبرانه والدینی» به‌عنوان راهبرد اتخاذشده والدین فرزندپذیر در این مطالعه آشکار شد.

بحث: برای زوجینی که با ناباروری و پیامدهای منفی آن در زندگی درگیرند، فرزندپذیری می‌تواند به‌عنوان یکی از راه‌های کامل کردن ساختار خانواده و تجربه نقش والدینی در نظر گرفته شود. با وجود اینکه، کودکان فرزندخوانده با مسائلی از قبیل تجربیات ناگوار آزار و غفلت پیش از فرزندپذیری، تأثیرات سوء زندگی مؤسسه‌ای و همچنین مشکلات جسمی و روان‌شناختی وارد زندگی خانواده فرزندپذیر می‌شوند، به‌کارگیری برخی راهبردهای مدبرانه رویارویی توسط والدین فرزندپذیر می‌تواند به موفقیت فرزندپذیری کمک کند. به‌کارگیری سبک‌های مواجهه مسئله‌مدار، وجود شناخت و آمادگی پیش از اقدام فرزندپذیری، حل‌وفصل مسائل ناباروری، مذاکره و توافق والدین برای فرزندپذیری، داشتن نگرش مثبت به فرزندپذیری و وجود حمایت‌های اجتماعی از جمله این راهبردهاست.

۱. شهربانو کامرانی فکور

دانشجوی دکتری روانشناسی. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲. کاظم رسول‌زاده طباطبایی

دکتر روانشناس، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، <rasool1340@yahoo.com>

۳. رضا رزاقی

دکتر روانشناس، سازمان بهزیستی کشور، تهران، ایران.

۴. فضل‌الله احمدی

دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.


واژه‌های کلیدی:


خانواده‌های فرزندپذیر، رضایت از فرزندپذیری، فرزندپذیری، نظریه زمینه‌ای


تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۸


تاریخ پذیرش: ۹۸/۶/۲۶

Explanation of Adoptive Families' Experiences of Adopted Children Problems: a Grounded Theory Approach

▶ **1- Shahrbanoo Kamrani** 
Ph.D. student in psychology,
Department of psychology,
Faculty of humanistic
Sciences, Tarbiat Modares
University, Tehran, Iran

▶ **2- Kazem Rasoolzadeh
Tabtabaei** 
Ph.D. in psychology,
Department of psychology,
Faculty of humanistic
Sciences, Tarbiat Modares
University, Tehran, Iran,
(Corresponding Author)
<rasool1340@yahoo.com>

▶ **3- Reza Razaghi** 
Ph.D. in psychology, State
welfare organization Expert,
Tehran, Iran,

▶ **4- Fazlollah Ahmadi** 
Ph.D. in Nursing, Department
of Nursing, Faculty of Medical
Sciences, Tarbiat Modares
University, Tehran, Iran,

Keywords:

Adoptive parents, Adoption satisfaction, Child adoption, Grounded theory

Received: 2019-1-28

Accepted: 2019-9-17

Abstract

Introduction: Considering recent increase in child adoption prevalence as a family completing manner in Iran; few comprehensive studies have been conducted to verify adopted children's behavioral and physical problems. Therefore, the present study aims to clarify challenges which adoptive families experience in this area.

Method: In order to achieve the objectives of this study, a qualitative research was performed according to grounded theory method. Thirty adoptive parents participated in this study. First, samples were selected through purposive sampling, then theoretical sampling was used to achieve data saturation, and semi-structured interview was used for data collection.

Findings: Six main categories emerged from the data analysis: "adoption threatening factors" represented phenomenon, "child's physical and behavioral issues" appeared as causal conditions, "child and environment potencies" appeared as a protective intervening factor, whereas "child's pre-adoption adversities" and "influences of children with special needs" demonstrated threatening intervening conditions, and "parenting strategies" displayed measures taken by adoptive parents in order to manage their adopted children.

Discussion: The category of "adoption satisfaction" was the consequence of applying these strategies. Despite adoptee's experienced adversities and their adjustment problems, multiple factors such as receiving pre-adoption information, being prepared, dissolving infertility issues, adoptive parent's agreement about adoption decision, and social supports can be referred to as protective factors.

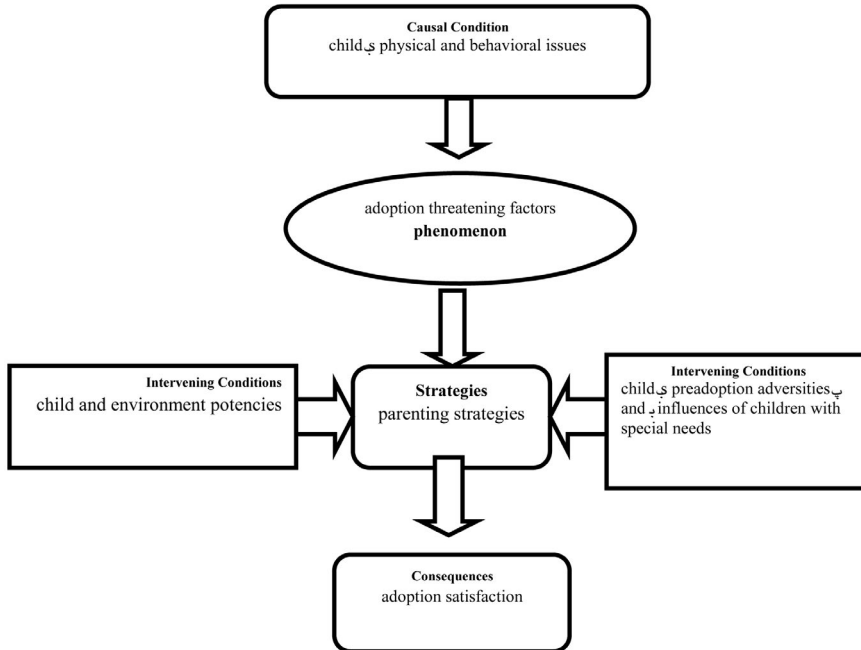
Extended Abstract

Introduction: Adoption of a child is a complex social construct that is often challenging and does not always result in immediate happiness. Children who are adopted, particularly those with a history of adversity prior to adoption, are at the risk of developing problems in behavioral and emotional self-regulation, attention deficits, or inhibitory control; as well as problems due to attachment security have been specially observed among the children adopted in older ages. If adoptive parents are unaware of adopted children's problems and unprepared to deal with these issues, they may become emotionally and psychologically incapacitated, so they may not be able to provide adequate care giving. Understanding the challenges faced by the adoptive families can empower them in finding solutions to help the child in bonding within the new family unit. Considering recent increase in child adoption prevalence as a family completing manner in Iran; few comprehensive studies have been done to verify adopted children's behavioral or physical problems. Therefore, the present study aims to clarify challenges which adoptive families experience in this area.

Method: To achieve the objectives of this study, a qualitative research was performed according to grounded theory approach. Thirty adoptive parents participated in this study. First, samples were selected through purposive sampling, then by theoretical sampling to achieve saturation. In-depth and semi-structured interviews were used for data collection. The data were analyzed using Strauss and Corbin's (2018) approach. In this approach, constant comparative method was used for data collection and analysis. It consists of four stages: analyzing data for concepts, analyzing data for context, bringing process into the analysis, and integrating categories. The validity of findings was ensured through member assessment, data mining, deep description, and prolonged exposure to the research environment.

Findings: Six main categories emerged from the data analysis: "adoption threatening factors" represented phenomenon, "child's physical and behavioral issues" appeared causal conditions, "child and environment potencies" appeared as a protective intervening factor, whereas "child's preadoption adversities" and "influences of children with special needs" demonstrated threatening intervening conditions

and “parenting strategies” displayed measures taken by adoptive parents in order to manage their adopted children. The category of “adoption satisfaction” was the consequence of applying these strategies. These results have reflected in following diagram:



Discussion: Analyzing participants’ interviews revealed that most of the adopted children in the current study had been exposed to adverse circumstances during early childhood. Child’s preadoption adversities such as experiencing abuse or being neglected by their birth parents and early depriving institutional rearing was found to have a lasting impact on child’s physical and psychological health; in other words, internalizing or externalizing problems, attachment or adjustment problems such as emotion regulation problems, attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), oppositional defiant disorder (ODD), and attachment problems, specifically reactive attachment disorders (RAD) were the highly reported problems among the adopted

children. Some adopted children having troubles in regulating their negative emotions acted out their grief in spurts of crying spells, tantrums, or violent or self-destructive behavior that made the adoptive parent feel shocked, helpless, and overwhelmed. Some prenatal predispositions such as prenatal exposure to drugs, unwanted pregnancy, and experiencing stressful environment by birth mother increase the tératogenèse likelihood of premature birth in adopted children. Therefore, the brain impairment or physical deficiencies were likely to occur. Some of these problems had not been diagnosed in institutions prior to adoption. Almost 40% of adoptive parents who participated in this study reported that their adopted children had at least one considerable medical problem that had not been diagnosed before adoption, or at least adoptive parent did not inform about disease. Moreover, among the adopted children, both the inhibited and disinhibited forms of RAD were reported. Some adoptive parent reported that their adopted children exhibited aversion from being hugged and preferred to sleep in their own bed; some other children were found to be friendly with strangers and were willing to go home with strangers, seek physical contact from or proximity to strangers. Most of the children in this study had cognitive and social skills deficiencies due to early neglect and privation background. In some cases adopted children had considerable language delays in time of adoption. In other words, at the time of adoption, adopted children demonstrated delays in all developmental domains, including gross and fine motor abilities, language, cognition, and social-emotional development. Adoptive parents who had children with special needs withstand more troubles and restrictions, and they were likely to spend more time and money to take their adopted children for severe treatments. Children's behavioral problems or their incapability made the adoptive parents restrict their social relationships; therefore they got deprived of many positive affection reinforce circumstances. Even adoptive parents marital intimacy was likely to be affected.

However, when children entered a more intimate, enriched, and stimulating environment and gain friendly and responsive care from their adoptive parents, many of them exhibited developmental improvement.

Despite adoptee's experienced adversities and their adjustment problems, multiple factors such as receiving pre-adoption information, being prepared, dissolving infertility issues, adoptive parent's agreement about adoption decision, and social supports can be referred to as protective factors.

Receiving experiences and knowledge from other adoptive families, studying books and articles about adoption, and seeking consultation from specialists helped adoptive parents be aware of real origins of their child's behavior. Accordingly they got prepared to utilize more useful strategies. Supports coming from adoptive parents' relatives and being forward to adoption was also found to reduce adoptive parents' stress.

Keywords: Child adoption, Adoption satisfaction, Adoptive parents, Grounded theory

Ethical Considerations

Funding

there is no funding for this research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors of this article have followed all principles of research ethics, including informed consent, good behavior and avoiding harm to participants, confidence building and non-distortion of data. In addition, All the names were coded to protect the privacy of the contributors. we sincerely thank all the participants and individuals in the research for trusting the researcher and providing true information.

مقدمه

طبق گزارش آماری دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی، در کشور ما هر ساله بیش از ۲۰۰۰ کودک به دلیل غفلت، خشونت یا سوء رفتار والدین و همچنین به علت مرگ یا طلاق والدین و در نتیجه از دست دادن سرپرست، در سیستم‌های نگهداری و مراقبتی (مؤسسات شبانه‌روزی و شیرخوارگاهها) پذیرش می‌شوند (سازمان بهزیستی کشور، ۲۰۱۷). از سویی، خانواده‌هایی وجود دارند که به دلایل مختلف از جمله ناباروری مایل به پذیرش این کودکان و تجربه نقش والدینی هستند، بنابراین، فرزندپذیری راهکاری برای تجربه این نقش برای زوجین نابارور و کودکانی است که از مراقبت و عاطفه والدینی محرومند.

فرزندپذیری فرآیند اجتماعی پیچیده‌ای است که اغلب چالش‌انگیز بوده و همیشه رضایت‌بخش نیست. اضطراب، مسائل ناباروری و نگرشهای منفی جامعه تنها برخی از عوامل استرس‌زای پیش از فرزندپذیری است که بسیاری از خانواده‌ها آن را تجربه می‌کنند (شاپی، ۲۰۱۳). والدین فرزندپذیر ممکن است شناخت، دانش و مهارت‌های ضروری برای تطابق با نیازهای کودک فرزندخوانده را نداشته باشند (هارکینز، ۲۰۱۴). مسائل سازگاری کودکان و فقدان مهارت‌های فرزندپروری در خانواده‌های فرزندپذیر به‌عنوان عوامل تنیدگی‌زای پس از فرزندپذیری است که می‌تواند منجر به شکست یا انحلال فرزندپذیری شود (کوزنتسووا، ۲۰۱۱).

ضربه‌های اولیه^۴ زندگی و تجربه زندگی در مؤسسات، کودکان فرزندخوانده را در خطر بالاتری برای ابتلا به مسائل رفتاری و هیجانی در مقایسه با کودکان غیر فرزندخوانده قرار می‌دهد. کودکان فرزندخوانده معمولاً دامنه‌ای از تجارب آزار از قبیل آزار جسمی و غفلت توسط والدین زیستی را قبل از فرزندپذیری دارند که بر سازگاری آنان تأثیر منفی می‌گذارد

1. Schupay
3. Kuznetsova

2. Harkins
4. early traumas

(وایند، ۲۰۰۳؛ نوریس^۲، ۲۰۱۶). اکثر کودکان فرزندخوانده دارای تجربه زندگی مؤسسه‌ای هستند که با مشکلات گوناگون جایگزینی^۳ همبسته است (کانیچ نشت^۴، ۲۰۰۸). کودکانی که در مؤسسات نگهداری می‌شوند به واسطه عدم تناسب تعداد مراقبان و کودکان و تغییر متناوب مراقبان و در نتیجه کیفیت پائین مراقبت، در معرض خطر تأخیر رشد شناختی- حرکتی، زبان و رشد مهارت‌های ارتباطی قرار دارند (لارا سبیک^۵، ۲۰۱۲؛ نوریس، ۲۰۱۶). در این مؤسسات، مراقبان بندرت تعامل اجتماعی را با کودکان برقرار می‌کنند، بندرت به علائم اجتماعی کودک پاسخ می‌دادند، یا صمیمیت و عاطفه محدودی به کودک ابراز می‌کنند در نتیجه کودکان با محرومیت شدید تعاملات انسانی و عاطفی مواجه هستند (کاستون^۶، ۲۰۰۸؛ مرز^۷ و همکاران، ۲۰۱۳).

این کودکان، اغلب به دلیل کیفیت پایین مراقبت و تماس محدود با مراقبان در مؤسسات، فرصت شکل دادن دل‌بستگی ایمن با مراقب را از دست می‌دهند (ولش^۸ و همکاران، ۲۰۰۷). آلن شور^۹ نظریه‌پرداز جدید دل‌بستگی معتقد است تعامل مداوم مراقب- نوزاد نه تنها موجب شکل‌گیری ارتباط دل‌بسته ایمن در نوزاد می‌شود، بلکه مراقبت حساس^{۱۰} و پاسخگو بودن هماهنگ^{۱۱} چهره دل‌بستگی موجب رشد ظرفیتهای خودتنظیمی رفتاری و هیجانی در نوزاد می‌شود. از این رو، مراقبت غفلت‌گرایانه از کودکان در مؤسسات و یا توسط والدین زیستی، می‌تواند منجر به تأخیرهای تحولی و دشواری در کنترل رفتار و تنظیم هیجان شود. (هارکینز، ۲۰۱۴؛ شور و شور، ۲۰۰۸؛ واسکوز^{۱۲}، ۲۰۱۴). تأثیر غفلت سالهای ابتدایی زندگی نه تنها می‌تواند روی تنظیم هیجان در کودکان تأثیر بگذارد بلکه می‌تواند در تحول کنترل تکانه در نوجوانی و بزرگسالی تعیین‌کننده باشد (واسکوز، ۲۰۱۴).

1. Wind
4. Koenigskecht
7. Merz
10. sensitive

2. Norris
5. Lara Seebeck
8. Welsh
11. attuned responsiveness

3. placement
6. Coston
9. Allan Schore
12. Vasquez

کودکانی که بعد از سالها مراقبت ناکافی و نامنظم به فرزندى سپرده می‌شوند، مشکلاتی در کنترل بازدارنده، توجه، پرخاشگری و دیگر جنبه‌های خودتنظیمی هیجانی و رفتاری دارند (بimmel^۱، جافر^۲، ون و بیکرمز^۳، ۲۰۰۳). محققین مشکلات نقص توجه-بیش‌فعالی، اختلالات شبه اتیسم^۴، تأخیرهای شناختی شدید و اختلال دلبستگی بازدارى زدایی شده^۵ را به‌عنوان مشکلات ویژه مرتبط با محرومیت‌های شدید و زود هنگام کودکی (سندروم محرومیت مؤسسه‌ای^۶) طبقه‌بندی می‌کنند. (گنار و ون دلمن^۷، ۲۰۰۷؛ کرپنر^۸ و همکاران، ۲۰۰۱، لاراسی بک، ۲۰۱۲؛ استیل و استیل^۹، ۲۰۱۴).

بسیاری از مطالعات نشان می‌دهد که کودکان مؤسسه‌ای به دلیل نداشتن مراقب دائمی و پاسخگو، زمانی که به فرزندى پذیرفته می‌شوند، به میزان بالایی رفتار اجتماعی نامتمایز^{۱۰} یا صمیمیت نامتمایز^{۱۱} را از خود نشان می‌دهند (ون دن درایز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۲).

رفتار اجتماعی نامتمایز یا صمیمیت نامتمایز الگوی رفتاری در برخی کودکان فرزندخوانده است. این کودکان، فاقد ترس ذاتی و احتیاط از غریبه‌ها که اکثر کودکان دارند، هستند و تمایل دارند به غریبه‌ها، بدون در نظر گرفتن خطرات احتمالی و ایمن بودن آنها اعتماد کنند و توجه دیگران را به خود جلب کنند (بروس و همکاران، ۲۰۰۹؛ واسکوز، ۲۰۱۴). راتر در یک ارزیابی مستقیم از رفتارهای مراقبتی در محیط‌های مؤسسه‌ای، دریافت که کیفیت پائین مراقبت ممکن است احتمال بروز رفتارهای خرده طبقه بازدارى زدایی شده را در کودکان افزایش دهد. این کودکان یک گرایش غیرعادی به بزرگ‌سالان غریبه و فقدان احتیاط از غریبه‌ها را نشان می‌دهند. همچنین، فقدان حریم^{۱۳} جسمانی مناسب (مثلا رفتن به آغوش

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 1. Bimmel | 2. Juffer |
| 3. van and Bakermans | 4. quasi-autism |
| 5. disinhibited attachment disorder | 6. institutional deprivation syndrome |
| 7. Gunnar and Van Dulmen | 8. Kreppner |
| 9. Steele and Steele | 10. indiscriminate social behavior |
| 11. indiscriminate friendliness | 12. Van Den Dries |
| 13. boundaries | |

آنها)، دیده می‌شود (چاثام^۱، ۲۰۰۸؛ گاروین^۲ و همکاران ۲۰۱۲؛ راتر و همکاران، ۲۰۰۷؛ ون دن درایز و همکاران، ۲۰۱۲).

به دلیل تغییراتی که یک کودک فرزندخوانده به خانواده می‌آورد و از سویی بسیاری از مسائل والدین فرزندپذیر همچون ناباروری حل‌نشده، این والدین و خانواده‌های ایشان نیاز به شناختن چالشهای بلندمدت و کوتاه‌مدت مرتبط با فرزندپذیری دارند. چراکه عدم آمادگی برای مواجهه با این چالشها ممکن است به عدم رضایت از فرزندپذیری و شکست آن منجر شود (فورد، ۲۰۱۶). همچنین، مرور منابع فارسی موجود در زمینه فرزندپذیری نشان می‌دهد که تحقیقات صورت‌گرفته در ایران به زمینه‌های فقهی و حقوقی فرزندپذیری به‌ویژه ازدواج و ارث مربوط بوده و پژوهشهای اندکی در زمینه علوم اجتماعی و روانشناسی به مسائل زوجهای نابارور و متقاضیان فرزندپذیری پرداخته است (رزاقی، ۲۰۱۶؛ رزاقی و قیانچی، ۲۰۱۸؛ ذوقی‌فیاض، آقامحمدیان‌شعرباف، علی‌پور و علی‌اکبری‌دهکردی، ۲۰۱۲؛ علی‌اکبری و توکل، ۲۰۱۰). پژوهش علی‌اکبری و توکل (۲۰۱۰) در خصوص بررسی تجارب روانی خانواده‌های دارای فرزندخوانده نشان داد فرزندپذیری آخرین راه‌حلی است که زوجین نابارور بعد از پیگیری درمان ناباروری انتخاب می‌کنند. از سویی، آمادگی برای پذیرش فرزندخوانده موضوع مهمی برای زوجین فرزندپذیر محسوب می‌شود و مردد بودن در تصمیم فرزندپذیری و نداشتن آمادگی برای پذیرش فرزند از مشکلات اساسی است که این خانواده‌ها با آن مواجه می‌شوند. از سویی، نگرانی از مطلع شدن فرزندخوانده از موضوع فرزندپذیری بر روابط زوجین با اطرافیان تأثیر می‌گذارد و موجب تغییر محل سکونت و محدود کردن روابط با اطرافیان می‌شود. از نگرانی اصلی این خانواده‌ها ترس از این است که فرزندخوانده در صورت اطلاع از موضوع فرزندپذیری آنها را ترک کند. لذا به دلیل محدود

1. Chatham
2. Garvin

بودن مطالعات صورت گرفته در زمینه مسائل خانواده‌های فرزندپذیر، بررسی تجارب و چالشهای خانواده‌ها پس از فرزندپذیری ضروری به نظر می‌رسد.

روش

مطالعه حاضر به روش کیفی و با رویکرد نظریه زمینه‌ای نسخه اشتراوس و کوربین انجام شد. هدف، شناخت بهتر افکار، احساسات، تجارب و چالشهایی است که خانواده‌های فرزندپذیر در تعامل با کودک با آن مواجه می‌شوند. این روش تمایل به درک این مسئله دارد که مشارکت‌کنندگان، پدیده‌های خاص را چگونه تجربه می‌کنند، چگونه به این تجربه معنا می‌دهند، چگونه راجع به آن حرف می‌زنند و چگونه آنها را درک می‌کنند (اشتراوس و کوربین^۱، ۲۰۰۸).

برای انتخاب نمونه‌ها ابتدا از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف^۲ و سپس نمونه‌گیری نظری^۳ استفاده شد و اطلاعات در خصوص موضوع مورد مطالعه طی مصاحبه با ۳۰ مشارکت‌کننده به اشیاع رسید. ملاکهای انتخاب نمونه شامل متأهل بودن، پذیرش کودک فرزندخوانده از بهزیستی و گذشت حداقل دو سال از فرزندپذیری بود. مشارکت‌کنندگان در پژوهش شامل والدین فرزندپذیری بود که قبل از سال ۹۲ کودکی را از مراکز سازمان بهزیستی استان تهران به فرزندی پذیرفته بودند و مایل به شرکت فعال در پژوهش بودند و می‌توانستند حداقل اطلاعات ممکن را در پاسخ به سؤالات پژوهش ارائه دهند. اطلاعات و شماره تماس این خانواده‌ها از دفتر شبه خانواده سازمان بهزیستی استان تهران دریافت شد. تلاش شد حداقل تنوع در مشارکت‌کنندگان در پژوهش وجود داشته باشد (تنوع در سن و تحصیلات والدین فرزندپذیر و تنوع در سن کودکان فرزندخوانده در زمان مصاحبه، سن متفاوت کودکان زمان

1. Struss and Corbin
2. purposive sampling
3. theoretical

فرزندپذیری). برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته^۱ استفاده شد. سرفصلهای کلی مطرح در مصاحبه با مرور متون و مشورت با صاحب‌نظران انتخاب شد و پس از چند مصاحبه پایلوت به دست آمد.

پس از جلب رضایت کامل مشارکت‌کننده با در نظر گرفتن راحتی و ایجاد احساس امنیت و اعتماد در والدین، محیط پژوهش دفتر مشاوره بهزیستی شهرری در نظر گرفته شد. هر مصاحبه با سؤالیهای کلی آغاز و به تدریج با توجه به محتوای موضوعاتی که شرکت‌کننده مطرح می‌کرد، سؤالیهای بعدی به صورت جزئی‌تر طرح و پرسیده شد. مصاحبه با این سؤال کلی آغاز می‌شد: «لطفا در مورد مسائل و چالشهایی که در جریان فرزندپذیری و بخصوص پس‌از آن در جریان زندگی با کودک تجربه کرده‌اید توضیح دهید». به‌طور متوسط هر مصاحبه بین ۳۰ دقیقه تا ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامید.

تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مقایسه‌ای مداوم^۲ و هم‌زمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت و هر یک از مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از انجام، پیاده‌سازی و تحلیل شد. محقق در جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش یادآورنویسی^۳ و یادداشت‌های عرصه نیز استفاده کرد.

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از پارادایم اشتراوس و کوربین نسخه ۲۰۰۸ استفاده شده که دارای ۴ مرحله تحلیل داده‌ها برای مفاهیم^۴، تحلیل داده‌ها برای زمینه^۵، واردکردن فرآیند به تحلیل^۶ و ادغام طبقات^۷ است. تحلیل نهایی یافته‌ها به آشکار شدن متغیر مرکزی به‌عنوان فرآیند روانی - اجتماعی «رویارویی مدبرانه والدینی» منجر شد. به‌منظور افزایش اعتبار و استحکام داده‌ها، اقداماتی مانند درگیری مداوم پژوهشگر با داده‌ها، اختصاص زمان کافی

1. semi- structured interview
3. memoing
5. analysing data for context
7. integrating categories

2. constant comparative analysis
4. analysing data for concepts
6. bringing process into the analysis

برای جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی مصاحبه‌های کدگذاری شده توسط مشارکت‌کنندگان و متخصصان، تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، نسخه‌نویسی مصاحبه‌ها در اسرع وقت و استفاده از نظرات تکمیلی مشاوران فرزندپذیری و اساتید روانشناسی صورت گرفت. همچنین، محقق تلاش کرد تا تمامی مراحل تحقیق اعم از جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و شکل‌گیری مقولات را به‌طور کامل شرح دهد.

یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پژوهش را در ۸ مورد پدر فرزندپذیر، در ۱۰ مورد مادر فرزندپذیر و در ۱۲ مورد هر دو والد تشکیل می‌دادند. ۱۷ نفر از مشارکت‌کنندگان کودک فرزندخوانده پسر و ۱۳ نفر از آنها دختر را به فرزندپذیری پذیرفته بودند. ۲۰ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای سن کمتر از یک سال را به فرزندپذیری پذیرفته بودند. درحالی‌که به ۱۰ والد مشارکت‌کننده دیگر کودکان واجد سن ۲ سال و بالاتر جهت فرزندپذیری واگذار شده بود. در زمان مصاحبه، ۱۱ نفر از مشارکت‌کنندگان دارای کودکان فرزندخوانده کمتر از ۶ سال بوده و ۱۹ والد مشارکت‌کننده کودک فرزندخوانده ۶ تا ۱۳ سال داشتند.

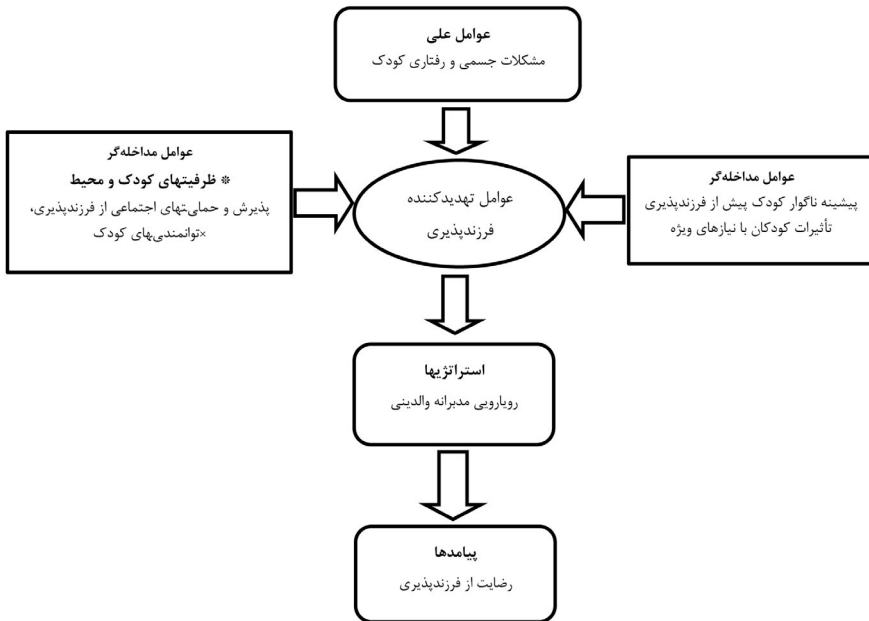
در روند تحلیل ۳۰ مصاحبه با خانواده‌های فرزندپذیر، ۱۰۱۴ کد سطح اول با در نظر گرفتن همپوشانیها استخراج شد که با مقوله‌بندی کدهای اولیه، ۱۳۵ مفهوم یا زیر طبقه اولیه به دست آمد که بر اساس شباهت و تفاوتشان در ۱۸ مقوله اولیه، ۶ مقوله محوری و ۱ مقوله مرکزی طبقه‌بندی شدند که شرح آن در جدول شماره (۱) ارائه شده است.

جدول (۱) مقولات اولیه، محوری و مرکزی حاصل از نظام کدگذاری

مقوله مرکزی	مقولات محوری	مقولات اولیه
رویارویی مدبرانه والدینی	مشکلات جسمی و رفتاری کودک	اختلال دل‌بستگی واکنشی مسائل تنظیم هیجان مسائل رفتاری درون نمود و برون نمود بیماریهای جسمی کودکان تأخیرهای تحولی و فقدان مهارت
	پیشینه ناگوار کودک پیش از فرزندپذیری	اثرات آسیبی والدین زیستی تأثیر زندگی مؤسسه‌ای تجربه فقدان، طرد و بریدگی
	تأثیرات کودکان با نیازهای ویژه	استیصال و تردید در فرزندپذیری حذف ناگزیر نیازهای خانواده فرسودگی جسمی و روانی کاهش صمیمیت و بروز مشکلات زناشویی از دست دادن حمایت اجتماعی
	ظرفیتهای کودک و محیط	توانمندیهای کودک رفتارهای حمایتی
	رویارویی مدبرانه والدینی	حمایتهای متقابل همسران راهبردهای رویارویی والدین
	رضایت از فرزند پذیری	پیامدهای مثبت فرزندپذیری

دیاگرام شماره (۱) الگوی پارادیمی تجارب و چالش‌های خانواده‌های فرزندپذیر را در جریان فرزندپذیری نشان می‌دهد:

دیاگرام (۱) نظریه زمینه‌ای تبیین تجارب خانواده‌های فرزندپذیر از فرزندپذیری



بر اساس الگوی پارادیمی فوق، «مشکلات جسمی و رفتاری کودک» به‌عنوان عامل علی در تبیین تجربه فرزندپذیری مطرح می‌شود. «پیشینه ناگوار کودک پیش از فرزندپذیری» و «تأثیرات کودکان با نیازهای ویژه» به‌عنوان عوامل بازدارنده و ظرفیتهای کودک و محیط (رفتارهای حمایتی و توانمندیهای کودک) به‌عنوان عوامل تسهیل‌کننده فرزندپذیری موفق عمل می‌کند. تحلیل مقایسه‌ای و مداوم داده‌ها نشان می‌دهد استراتژی غالب یا همان متغیر مرکزی «مواجهه مدبرانه والدینی» متغیر مرکزی است که همه طبقات را در برمی‌گیرد و به یکدیگر متصل می‌کند. این مفهوم واضح‌ترین مفهومی بود که در داده‌ها آشکار گشت و

انتزاعی‌ترین اصطلاحی بود که می‌توانست همه طبقات را دربرگرفته و به یکدیگر متصل کند. چراکه از دید اشتراوس و کوربین (۲۰۰۸) متغیر مرکزی، استراتژی غالب یا پاسخهای جاری نسبت به رویدادها، موقعیتهای یا مشکلات برآمده از زمینه است. این پاسخها می‌توانند به صورت اعمال/ تعاملات/ احساسات باشند که اغلب قصد آنها نائل شدن به هدف یا برطرف ساختن یک مشکل است.

الف) عوامل علی: مشکلات جسمی و رفتاری کودک

مطالعه حاضر نشان می‌دهد فراوانی ارجاع کودکان فرزندخوانده به مراکز درمانی برای دریافت درمانهای جسمی و روان‌شناختی بالاست. برخی از مشارکت‌کنندگان بیان داشتند برای کودکان فرزندخوانده آنها به‌طور مداوم یا در مقطعی از زمان داروهای روان‌پزشکی تجویز شده است. همچنین، برخی کودکان فرزندخوانده نیاز به استفاده از خدمات کاردرمانی یا گفتار درمانی داشته و یا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. کودکان فرزندخوانده به لحاظ شرایط ناگوار پیش از تولد و پس‌از آن در معرض مشکلات و بیماریهای گوناگونی قرار دارند از قبیل بیماریهای پوستی، گوارشی، نواقص جسمانی، تأخیرهای حرکتی، نواقص دیداری و شنیداری. به دلیل رفتارهای پرخطر والدین زیستی حتی ممکن است کودکان در معرض بیماریهای پرخطر همانند ایدز و هیپاتیت در بدو تولد باشند که نیازمند درمان بلافاصله هستند. پیگیریهای درمانی که گاهی اعمال جراحی متعدد را شامل می‌شود، ممکن است هزینه و زمان زیادی به خانواده فرزندپذیر تحمیل کند. تعدادی از این کودکان به دلیل تولد نارس و ... نیازمند درمانهایی از قبیل فیزیوتراپی و کاردرمانی هستند.

«بچه الان زیر نظر پزشکی هست که نوروفیدبک کار میکنه باهاش. به خاطر اینکه تمرکزش بیشتر بشه، دیگه اینکه دندونهاش از زیر عفونت داشت. میگن بخاطر ژنتیکشه. میگن آنزیمهای بدنش زیاده. دندونهای جدیدی هم که داره در میاد اینها هم

داره خراب میشه. بعد اون بحث بیش فعالی‌ش هست که باید قرص ریتالین استفاده کنه. همزمان با این زیر نظر پزشک چشم هست بخاطر استرایبسم چشمش؛ مسئله پوستی‌ش هم اضافه شده الآن زیر نظر سه چهار تا پزشک هستش» (مرد، ۳۵ سال، کارشناسی ارشد).

در این کودکان دشواریهایی از قبیل مسائل توانایی تنظیم هیجان کودکان و مشکلات دلبستگی واکنشی و درون‌نمود و برون‌نمود توسط والدین فرزندپذیر گزارش شد. بر اساس گزارش مشارکت‌کنندگان، اغلب کودکان در اوایل پذیرش در خانواده فرزندپذیر علائم رفتاری «اختلال دلبستگی واکنشی»^۱ را از خود آشکار می‌ساختند: در برخی کودکان به‌ویژه نوزادان، اجتناب و تنفر از آغوش مشاهده می‌شد.

اختلال دلبستگی واکنشی (RAD) به طبقه متمایزی از مسائل سازگاری اشاره می‌کند که در DSM5 در طبقه «اختلالات مرتبط با سانحه و فشار روانی» قرار گرفته است. و به نظر می‌رسد مختص کودکانی است که به‌صورت مزمن و طولانی در محیط‌های آزارگرانه (maltreating) بوده‌اند یا تحت تربیت موسسه‌ای بی‌عاطفه و سرد (یتیم‌خانه‌ها) بوده‌اند (استیل و استیل، ۲۰۱۴). نوزادان بجای ترجیح در آغوش گرفته شدن، به قرار گرفتن در تخت خود تمایل نشان می‌دادند که منعکس‌کننده علائم بازداری رفتاری بود.

«پسرم یه ذره کوچولوتر بود نمی‌تونستیم تو بغل نگهش داریم. دوست داری بچه رو بغل بگیری یه ذره اون آرامش بگیره؛ بچسبونیش به خودت مثلاً من خیلی سعی می‌کردم این کار رو بکنم زیاد نمی‌موند. خودش رو عقب می‌کشید. از همون کوچیکیش اون وازدگی رو داشت» (زن، ۳۰ سال، کارشناسی ارشد).

از سویی کودکانی که عموماً سنین بالاتر از یکسال داشتند تمایل و اشتیاق غیرمعمول به تمام افراد (مراقب، والد فرزندپذیر، افراد ناآشنا) داشتند و به‌راحتی با آنها ارتباط صمیمی

1. reactive attachment disorder

برقرار می‌کردند. این مسئله که کودکان به آغوش همه می‌رفتند و بی‌تفاوتی و فقدان ارجحیت در مجاورت با والدین یا سایر اطرافیان در رفتار آنها مشاهده می‌شد، موجب شگفتی و آزار والدین فرزندپذیر می‌شد. رفتار اجتماعی نامتمایز و بازداری رفتاری هر دو در ایجاد احساس ناکارآمدی و تردید والدین در پذیرفته شدن از سوی کودک تأثیر منفی می‌گذاشت.

«وقتی بردم هم خونه اصلا. نه گریه نه چیزی. هیچی اصلا خیلی راحت بهمون عادت کرد. مثلاً هر کی میومد خونمون می‌خواست بره با اون میرفت. مثلاً عید که می‌شد گریه می‌کرد می‌خواست بره یعنی طوری بود که با همه می‌خواست بره. حدوداً یک سال و نیم طول کشید تا عادت کرد.» (مرد، ۳۷ سال، دیپلم)

همچنین، در برخی از این کودکان مسائلی چون واکنش‌پذیری هیجانی بالاتر از نرمال، نشان دادن عکس‌العمل شدید نسبت به وقایع و رفتارها، ناستواری هیجانی (عصبانیت سریع و پشیمانی بلافاصله)، پرتاب کردن تکانه‌های اشیاء به سمت دیگران، رفتار تخریب‌گرانه (تخریب اسباب‌بازی و وسایل منزل)، ناتوانی در کنترل خشم، رفتارهای پرخاشگرانه و آسیب‌رسان کودک به اطرافیان دیده می‌شد. گاهی والدین این رفتارها (مانند رفتار گاز گرفتن) را ناشی از احساس ناتوانی کودک در مقابل کودکان بزرگ‌تر و پاسخ دفاعی آموخته شده کودک در محیط مؤسسه‌ای می‌دانستند. گاهی نیز رفتارهای خشونت‌آمیز کودک را به‌عنوان شیوه بیان و برقراری ارتباط در کودک تعبیر می‌کردند. وجه غالب تمامی این رفتارها ضعف در توانایی تنظیم هیجان بود.

«یه عده مسائلی هست مثل کوبیدن سرش به درودیوار بود، به زمین بود. بعد، گاز گرفتنش بود. سعی می‌کرد حالت دفاعیش گاز گرفتن باشه. نیشگون گرفتن باشه. احتمالاً تو شیرخوارگاه تو ردیف سنی خودش نبوده که می‌خواست از خودش دفاع کنه. مثلاً بچه ۴ ساله ۳،۵ ساله در مقابل یه بچه هفت‌ساله قرار می‌گیره، این نهایت می‌تونست گاز بگیره چون چاره‌ای غیر از این نداشته» (مرد، ۵۰ سال، دیپلم).

در مطالعه حاضر مسائل رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود در بین کودکان فرزندخوانده به صورت قابل توجهی بالا بود. فراوانی بیشتر در مسائل رفتاری برون‌نمود و به ویژه اختلال بیش‌فعالی و مشکلات نارسایی توجه مشاهده شد. در مطالعه فعلی ۱۶ درصد مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که کودک فرزندخوانده آنها توسط متخصص روان‌پزشک تشخیص بیش‌فعالی کمبود توجه دریافت کرده و از حداقل دو سال پیش برای کودک داروی ریتالین تجویز شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان بیان کرد علی‌رغم پنج سال مصرف مداوم دارو توسط کودک فرزندخوانده، اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه با بروز نشانگان رفتاری اختلال سلوک از قبیل مصرف سیگار، آتش‌افروزی، برداشتن اموال دیگران، ترک مدرسه بدون اجازه، فرار از منزل و صدمه به دیگران تداوم یافته بود.

«توی خوردن دارو مشکل داشت توی لباس پوشیدن مشکل داشت. توی تمام کارهاش مقاومت می‌کرد، ناسازگاری. هر چی بهش می‌گفتیم دقیقاً برعکسش رو انجام می‌داد. یعنی هیچ کاری نبود که قبول کنه. دست بلند می‌کرد روی من، روش خواهرش، روی پدرش. کمربند برمی‌داشت، با سیم می‌افتاد به جون من. تو سن ده سالگی، می‌رفت بیرون از خونه، می‌رفت دم سوپری سیگار بر می‌داشت می‌آورد. فندکی که آویزون بود رو بر می‌داشت می‌آورد» (زن، ۴۲ ساله، کارشناسی).

مسئله قابل توجه دیگر در برخی کودکان فرزندخوانده مشکلات خواب بود. وجود آئینه‌های خوابیدن، مقاومت در برابر خواب و عدم تمایل به خواب شبانه، کم‌خوابی مفرط کودکان و بی‌قراری شدید کودکان طی ماههای اولیه ورود به خانواده، والدین فرزندپذیر را با مشکلات و چالشهای فراوانی مواجه می‌کرد. از سویی اکراه کودکان از خواب شبانه می‌تواند اضطراب نهفته آنان از طرد و رها شدن مجدد راه مطرح کند. اضطراب از اینکه کودک در جریان خواب، والد و مراقب خود را از دست بدهند. جیغ و فریاد شبانه در برخی کودکان

فرزندخوانده مسئله کابوس شبانه را در کودکان منعکس می‌کند:

«ما دخترم رو که آورده بودیم تا نزدیک یک سال، بچه م شبها جیغ می‌زد. جیغهای وحشتناک. یعنی اصلا این صدای جیغ مال این بچه نبود. من فکر می‌کردم واقعا صدای یک زن بزرگه. معلوم بود که ترسونده بودنش». (زن، ۳۸ سال، فوق دیپلم).

ب-۱) عوامل مداخله‌گر تهدیدکننده

ب-۱-۱) پیشینه ناگوار^۱ کودک پیش از فرزندپذیری

وقایع ناگواری که برای کودکان فرزندخوانده رخ می‌دهد بر رفتار، خلق و سازگاری آنان در خانواده فرزندپذیر تأثیر بلندمدتی می‌گذارد. یکی از شرایط ناگوار پیش از تولد، تولد نارس کودکان است. بدلیل شرایط نامناسب اجتماعی روانی مادران زیستی همچون تجربه خشونت، مصرف مواد، بارداری ناخواسته و... احتمال تولد نوزادان نارس و آسیب مغزی ناشی از تولد نوزاد نارس افزایش می‌یابد. تولد نوزادان نارس در برخی کودکان منجر به آسیب مغزی و مشکلات در حیطه‌های مختلف رشد (شناختی-حسی حرکتی-زبان) شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان که دارای کودک فرزندخوانده با معلولیت حرکتی در اندامهای تحتانی بود، بیان داشت:

«بچه از مادری که اعتیاد به شیشه و سقط مکرر داشته ازدواج نداشته متولد شده. ناخواسته باردار شده و این بچه رو هم مثل بچه‌های دیگه برده بود سقط کنه. بچه سقط شده فرزند ما شد که ۶ ماه و ۱۵ روزش بوده که از اون مادر متولد شده». (مرد، ۳۷ سال، کارشناسی ارشد).

تعدادی از کودکان فرزندخوانده که سالهای نخستین زندگی خود را با والدین زیستی سپری می‌کنند، بدلیل اعتیاد و سایر مسائل روانی-اجتماعی والدین، احتمال اینکه در معرض

1. adversities

آزار و غفلت آنها قرار بگیرند بسیار زیاد است. غفلت در قالب عدم رسیدگی به نیازهای اساسی نوزاد زندگی و سلامت او را به خطر می‌اندازد. تجربیات آزار و غفلت دوران کودکی بدون تردید یکی از عوامل شکل‌گیری و یا تشدید مسائل رفتاری در کودک است. در این خصوص مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«بچه رو تو ترمینال جنوب نیروی انتظامی پیدا کرده. بچه از گذشته خودش چیزی نمی‌دونه فقط میگه یک پدر داشتم، بابام با من بد رفتار می‌کرد، حالا نمی‌دونم معتاد بود سالم بود خدا می‌دونه چون این قسمت دست بچه اصلا سوخته بود، علامت سوختگی بود» (مرد، ۴۰ سال، کارشناسی).

از سویی، مؤسسات نگهداری کودکان به دلیل شرایط کار شیفی و نسبت پایین تعداد مراقبین به کودکان و حجم زیاد کار و فرسودگی جسمی و روانی کارکنان، فاقد شرایط مناسب مراقبت از کودک است. بدلیل محرومیت کودکان از تعامل انسانی (آغوش) و ارتباط کلامی در دوره حساس رشد، کودکان فرصت رشد کلامی، شناختی و ارتباط دلبسته ایمن را از دست می‌دهند. تأخیرهای کلامی و شناختی به‌ویژه در این کودکان به‌صورت برجسته‌ای مشهود است. یکی از مشارکت‌کنندگان که خواهر و برادر دو و سه‌ساله را به فرزندپذیری پذیرفته بود بیان داشت:

«اینا چون توی بهزیستی بودن قبلش هم خوب شرایط خیلی خوبی نداشتن نه درخت می‌شناختن نه خورشید نه ماه نه ستاره. یعنی چیزای طبیعی که بچه‌ها می‌شناسن رو نمی‌شناختن. حتی من می‌خواستم براشون ماکارونی درست کنم ماکارونی خام رو که دیدن می‌خواستن بخورن. فهمیدم این بچه‌ها پروسه تهیه غذا رو ندیدن» (زن، ۳۷ سال، کارشناسی ارشد).

ازجمله چالشهای قابل توجه زندگی مؤسسه‌ای توجه‌نکردن دقیق به علائم ظاهری

مشکلات و بیماریهای کودکان و در نتیجه اشتباهات بارز متخصصان در تشخیص بیماری کودکان، عدم تشخیص مشکل و حتی تجویز داروی اشتباه است؛ بر اساس گزارش برخی مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر - با وجود حضور متخصص کودکان در شیرخوارگاهها - گاهی مشکلات کودکان پس از فرزندپذیری و توجه والدین به علائم رفتاری و ظاهری کودکان تشخیص داده شده است. تعداد قابل توجهی از کودکان فرزندخوانده دارای مشکل گوارشی ریفلاکس هستند که عموماً این مشکل از جانب مؤسسه یا اطلاع‌رسانی نشده و یا تشخیص داده نشده است. در این خصوص مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«دوباره یکی از اون بی‌دقتیهایی که تو بهزیستی شده، اینه که بچه مینوره. اصلاً بهزیستی متوجه نشده بود بچه‌های موقرمز آهن بدنشون بالاست. مینورها نباید اصلاً آهن مصرف کنن. تو بهزیستی بچه رو یکسال بهش قطره آهن دادن.» (زن، ۴۵ سال، دکتری).

ب-۱-۲) تأثیرات کودکان با نیازهای ویژه

برخی کودکان فرزندخوانده به دلیل تجربه بیشتر ناگواریها در نخستین سالهای عمر و تأثیرات منفی آن بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی کودک نیازمند توجه و مراقبتهای ویژه‌ای هستند. بنابراین حسب مشکلاتشان مسائل و الزامهای خاصی را بر خانواده‌های فرزندپذیر تحمیل می‌کنند.

کودکان دشوار بدلیل مشکلات رفتاری، ضعف در تواناییها یا معلولیت ممکن است موجب درگیری و اختلاف بین کودک با والدین فرزندپذیر، والدین با یکدیگر و یا والدین فرزندپذیر با اعضای خانواده، شوند. گاه رفتارهای خشونت‌آمیز و آسیب‌رسان کودک و عدم تشخیص خطر، محیط خانواده را متشنج کرده و موجب بروز اضطراب در اعضای خانواده شده است. این مسائل گاهی موجب می‌شود والدین فرزندپذیر در درستی یا نادرستی

تصمیم فرزندپذیری تردید کنند. الزامهای رسیدگی به کودکان با نیازهای ویژه موجب تحمیل هزینه‌های مالی سنگین به خانواده و صرف مدت‌زمان زیادی از وقت خانواده جهت رسیدگی به درمان کودکان می‌شود. هزینه‌های درمانی گاه موجب می‌شود خانواده به‌ناچار از بسیاری از نیازهای دیگر خود چشم‌پوشی کند و از سوی دیگر فرصت استراحت و تفریح خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

«مثلاً ما گاهی شده تا آخر ماه خیلی به‌سختی گذشته مجبوریم از یک سری خواسته‌ها صرف‌نظر کنیم تا بتونیم خدمات به بچه‌ها بدیم. مثلاً اگه قصد داشته باشیم سفر بریم سفر رو به تعویق می‌اندازیم یا اصلاً سفر نمی‌ریم» (مرد، ۳۲ سال، کارشناسی ارشد)

گاهی والدین فرزندپذیر احساس می‌کنند نیازهای خود آنها در این میان فراموش می‌شود که خود این مسئله موجب کاهش عواطف مثبت در خانواده می‌شود و حتی صمیمیت زناشویی بین والدین فرزندپذیر را تحت تأثیر قرار می‌دهد که خود این مسئله می‌تواند آغازگر مشکلات بیشتر والدین در ارتباطات خانوادگی شود و ممکن است جدایی عاطفی و کاهش روابط زناشویی بین والدین بدلیل تمرکز بر مشکلات کودکان فرزندخوانده با نیازهای ویژه رخ دهد:

«به خانم دکتر درمانگرش گفتم شب تا صبح مسائل جنسی برامون مهم نیست دیگه. شب تا صبح بالای سر بچه‌ایم. من و همسرم متأسفانه افسرده شدیم ولی به روی خودمون نیاوردیم تا دخترم آسیب نبینه» (مرد، ۳۹ سال، کارشناسی)

محدودیت و ناتوانی کودکان فرزندخوانده دارای نیازهای ویژه و نیز دشواری درمانهای طولانی بر فرصت تعامل اجتماعی و تفریح خانواده تأثیر منفی می‌گذارد و موجب می‌شود والدین فرزندپذیر حمایت اجتماعی خود را از دست بدهند و حتی گاهی با انتقادات اجتماعی و بازخورد منفی اطرافیان نسبت به پذیرش کودک فرزندخوانده مواجه شوند:

«خانواده همسر که اصلاً راغب نبودند ما رو ترک کردند. پدر خانومم بچه رو دوست داره ولی همش با تحقیر بهش نگاه می‌کنه میگه چرا باید دخترم باید با یک بچه معلول بعدازاین همه سال نازایی زندگی کنه. کسایی که رفت وآمد داشتن با ما، رفت وآمد رو قطع کردند. کلا تنها شدیم» (مرد، ۳۵ سال، کارشناسی ارشد).

ب-۲) عوامل مداخله‌گر محافظت‌کننده؛ ظرفیتهای کودک و محیط

در جریان فرزندپذیری وجود برخی خصیصه‌ها و موقعیتهای به‌عنوان عوامل محافظتی تلقی می‌شدند که فرزندپذیری موفق را تسهیل کرده و از شکست فرزندپذیری جلوگیری می‌کردند. حمایت‌های اطرافیان و بستگان والدین فرزندپذیر از تصمیم فرزندپذیری و کمک به آنها در مراقبت و تربیت کودک و حل مشکلات مرتبط با فرزندپذیری از جمله عوامل محافظتی در فرزندپذیری موفق است. با مخالفت و مقاومت بستگان در این فرآیند، والدین فرزندپذیر خود را در مواجهه با مشکلات تنها احساس می‌کنند. از سویی، ظرفیتهای توانایی کودک برای سازگاری و رشد شناختی-عاطفی یک عامل محافظتی در فرزندپذیری موفق است. کودکانی که از رشد شناختی بهنجار یا بالایی برخوردارند، کودکان بدلیل برخورداری از هوش هیجانی بالا قدرت همدلی یا مهارت اجتماعی بالایی دارند، در رضایتمندی والدین از فرزندپذیر و موفقیت فرزندپذیری نقش مؤثری دارند. مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«بچه‌ای توی مهدشون که عقب موندگی داشت هیچ‌کی با این بچه بازی نمی‌کرد. بچه من به اون دلداری می‌داد با اون بازی می‌کرد. طوری که والدین اون بچه کلی از بچه من تشکر کردند تمام مریبا از رفتارش تعجب می‌کردند که این بچه می‌فهمه که با هر کسی چطور برخورد کنه» (زن، ۳۳ سال، کارشناسی)

ج) استراتژیها: رویارویی مدبرانه والدینی

تسکین و حمایت از همسر در مواجهه با مشکل ناباروری و زمان شکست درمانها، اتفاق نظر با همسر در اتخاذ تصمیم فرزندپذیری و حمایت از همسر هنگام مقاومت یا سرزنش بستگان نسبت به تصمیم فرزندپذیری از جمله راهبردهایی است که می‌تواند صمیمیت در خانواده و موفقیت در فرزندپذیری را افزایش دهد. وجود صمیمیت و علاقه بین زوجین و همچنین، توافق زوجین برای فرزندپذیری تحمل مشکلات و دشواریهای درمان کودکان را تسهیل می‌کند و احتمال طلاق زوجین یا شکست فرزندپذیری را کاهش می‌دهد. هماهنگی و اتفاق نظر والدین فرزندپذیر در اتخاذ راهبردهای تربیتی و کمک به همسر در روند مراقبت از کودک افزون بر اثربخش‌تر بودن راهبردهای تربیتی اتخاذ شده، آرامش و رضایتمندی را برای والد دیگر به همراه دارد.

«ما هر دو تا مومن درگیر تربیت بچه هستیم و من بازنشسته‌ام. وقت زیادی داشتم تو خونه باشم. بخاطر این همسو بودم با مادر بچه. در جریان آرام بخشی به این بچه و برطرف کردن کوبیدن سرش به دیوار بودم و مادر بچه هم خیلی خوشحال بود و میگه شما چون تو خونه بودی دوتایی تونستیم این حالت بحران اوایل تحویل گرفتن رو بگذرونیم» (مرد، ۴۵ سال، کارشناسی).

از طرف دیگر، والدین فرزندپذیر در رویارویی با مسائل مختلف از جمله ناباروری، مخالفت اطرافیان در مقابل تصمیم فرزندپذیری، مواجهه با بیماری جسمی یا مشکلات رفتاری کودک از راهبردهای مختلف مقابله‌ای هیجان مدار و مساله‌مدار استفاده می‌کنند. موفقیت‌آمیز بودن این راهبردها منوط به مؤثر و کارا بودن آن در موقعیت خاص است و الزاما انتخاب یک سبک مسئله‌مدار بطور حتم در تمامی موارد موفقیت‌آمیز نخواهد بود. والدین فرزندپذیر گاهی در مقابل واکنش منفی بستگان نسبت به تصمیم فرزندپذیری

واکنشهای اجتنابی (تصمیم به قطع ارتباط) اتخاذ کرده‌اند. آنها همچنین از شیوه‌های مواجهه مسئله‌مداری چون دریافت اطلاعات و مشاوره‌های علمی در مورد نحوه رفتار با کودکان دشوار از متخصص، تشکیل گروههای خودیاری و کسب اطلاعات از سایر خانواده‌های فرزندپذیر، مطالعه کتابهای روانشناسی و افزایش مهارتهای فرزندپروری استفاده می‌کنند و تلاش می‌کنند اختلافات خودشان در شیوه فرزندپروری را با مراجعه به متخصصان برطرف کنند. مشارکت‌کننده‌ای بیان داشت:

«مشکلات بچه‌های من باعث شدند من مقاوم‌تر بشم و من یک جاهای دیگه‌ای رشد کنم، یک جاهای دیگه‌ای پیشرفت کنم و اطلاعاتم بره بالاتر، مجبور بشم به خاطر اون‌ها تا جاهای مختلف مشاوره‌های مختلف، کتابهای مختلف رو بخونم و اطلاعات عمومی‌ام بره بالاتر» (زن، ۳۰ سال، کارشناسی).

د) پیامد: رضایت از فرزندپذیری

با وجود وجود برخی دشواریها و مسائل رفتاری کودکان فرزندخوانده با نیازهای ویژه، فرزندپذیری در اغلب مواقع با پیامدهای مثبت در زندگی والدین فرزندپذیر همراه بوده و رضایتمندی از فرزندپذیری را به همراه دارد. در پژوهش حاضر تقریباً تمامی مشارکت‌کنندگان از اقدام فرزندپذیری رضایت داشته این امر حتی در مورد خانواده‌هایی که کودک فرزندخوانده آنها دارای نیازهای ویژه بود مصداق داشت. والدین فرزندپذیر بیان می‌کنند پس از فرزندپذیری بیشتر با هویت یک خانواده کامل موردپذیرش بستگان قرار می‌گیرند:

«اصلاً خیلی خانواده‌مون گرم‌تر شده. همیشه من به شوهرم می‌گم ما الآن یک خانواده هستیم. احساس می‌کنم دیگران هم یک جور دیگه روی ما حساب می‌کنن تا زمانی که زن و شوهر تنها بودیم. وقتی خونه پدرم اینا یا خونه مادرش می‌ریم یک جور دیگه

پذیرش می‌شیم. من احساس می‌کنم اینطوریه» (زن، ۲۷ سال، فوق دیپلم).
از دیدگاه والدین فرزندپذیر نبود فرزند موجب می‌شود آنها واکنشهای عاطفی شدیدتری به سایر کودکان داشته باشند ولی حضور کودک فرزندخوانده موجب می‌شود هیجان آنها تعدیل شود. می‌توان استنباط کرد که این والدین با فرزندپذیری موضوع برون‌ریزی عاطفی و سرمایه‌گذاری روانی خود را می‌یابند و این خود موجب رضایتمندی آنها می‌شود.

بحث

تحلیل یافته‌های مطالعه حاضر آشکار ساخت والدین پس از فرزندپذیری با بیماریهای جسمی و مسائل رفتاری قابل توجهی در کودکان فرزندخوانده مواجه می‌شوند. مسائل پزشکی چون بیماریهای پوستی، گوارشی، نارسائیهای حرکتی و حتی تهدید شدن با بیماریهای جدی‌تری چون هیپاتیت C و ایدز در کودکان فرزندخوانده گزارش شد. سوء مصرف مواد و داروها توسط مادر زیستی در دوران بارداری، ضعف مراقبت بهداشتی و پزشکی دوران جنینی و بدو تولد، وزن پایین حین تولد، وقوع فراوان عیوب حین تولد، تغذیه ضعیف و آسیب منجر به ریسک بالای ابتلا به بیماری در کودکان فرزندخوانده می‌شود (کاستون، ۲۰۰۸؛ روبرسون، ۲۰۰۶).

بر اساس گزارش مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، مشکلات و نارسائیهای تنظیم هیجان به‌عنوان یک مسئله رفتاری شایع در اغلب کودکان فرزندخوانده است. به نظر می‌رسد برای تحول مهارت‌های خودتنظیمی^۱ یک دوره حساس وجود دارد که تحت تأثیر مراقبتهای یک مراقب حساس، پاسخگو و هماهنگ^۲ با هیجانهای کودک رشد می‌کند. (گنار و ون دالمن^۳، ۲۰۰۷؛ مرز و همکاران، ۲۰۱۳؛ شور و شور، ۲۰۰۸؛ واسکوز، ۲۰۱۴). بسیاری

1. self-regulation
2. attuned
3. Van Dulmen

از کودکان فرزندخوانده، تجربه ناگوار فقدان و رها شدن توسط والدین زیستی و تجربه زندگی مؤسسه‌ای را دارند که این ناگواریها به‌عنوان مشکلات دل‌بستگی و یا مشکلات تنظیم هیجان و رفتار بروز می‌کنند. (تاتنهام و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش آکرمن (۲۰۰۶) و بimmel^۱ و همکاران (۲۰۰۳) نیز بیان می‌دارند کودکانی که بعد از سالها مراقبت ناکافی و نامنظم به فرزندی سپرده می‌شوند، در معرض مشکلات خودتنظیمی هیجانی و رفتاری قرار دارند. این کودکان، مشکلاتی در کنترل بازدارنده، توجه، پرخاشگری و دیگر جنبه‌های خودتنظیمی هیجانی و رفتاری دارند.

اختلال دل‌بستگی واکنشی به‌عنوان اختلال مرتبط با زندگی مؤسسه‌ای به‌ویژه در کودکان فرزندخوانده‌ای که تجربه طولانی‌تر زندگی مؤسسه‌ای داشته‌اند مشاهده شده است (لهمان^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). در مطالعه حاضر هم شکل بازداری رفتاری و هم بازداری زدایی شده این اختلال در کودکان فرزندخوانده گزارش شد. طبق گزارش والدین فرزندپذیر در این مطالعه، نوزادان طی چند ماه اول فرزندپذیری اجتناب و تنفر از هر آغوشی (مادر-مراقب) نشان می‌دادند. درحالی‌که در کودکان بزرگ‌تر، این اختلال طی چند ماه نخست فرزندپذیری بیشتر خود را در قالب صمیمت نامتمایز و فقدان ارجحیت در مجاورت طلبی نشان می‌داد که والدین آن را به اجتماعی بودن کودک و توانایی او در برقراری ارتباط صمیمی تفسیر می‌کردند. گاهی نیز این رفتارها در برخی تعاملات اجتماعی موجب رنجش و سرخوردگی والدین فرزندپذیر شده و موجب تردید والدین در مهارتهای والدین و پذیرفته شدن از جانب کودک می‌شد. این نتایج با یافته‌های گاروین و همکاران (۲۰۱۲)؛ اسمایک^۳ و همکاران (۲۰۰۲)؛ استیل و استیل (۲۰۱۴) و زیناه (۲۰۰۰) همسو است. بازداری رفتاری با کناره‌گیری

1. Bimmel
2. Lehmann
3. Smyke

هیجانی و فقدان رفتارهای دل‌بسته (ناتوانی در استفاده از یک مراقب به‌عنوان منبع آرامش)^۱ مشخص می‌شود (لهمان^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ نوریس^۳، ۲۰۱۶). محققین گزارش کردند که کودکان مؤسسه‌ای کمتر غان و غون می‌کنند، کمتر تلاش می‌کنند با گریه کردن یا دست دراز کردن تماسی را آغاز کنند و تا ۱۲ ماهگی هنوز هیچ علامتی از دل‌بستگی به یک چهره خاص نشان نمی‌دهند و در هنگام احساس اضطراب هیچ ترجیح یا تمایلی برای جستجوی امنیت در دیگران (مراقب خاص) نشان نمی‌دهند (چاثام، ۲۰۰۸؛ واسکوز، ۲۰۱۴).

بر اساس گزارش والدین فرزندپذیر در این مطالعه، کودکان فرزندخوانده مشکلات سازگاری زیادی را در قالب مسائل رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود آشکار می‌سازند. پژوهش‌های بروزینسکی و فیندهاگ^۴ (۲۰۰۲)؛ فورد (۲۰۱۶)؛ واینده، بروکز و بارث (۲۰۰۷) مؤید این یافته است. فراوانی بیشتر در مسائل رفتاری برون‌نمود و به‌ویژه اختلال بیش‌فعالی و مشکلات نارسایی توجه مخصوصاً در کودکان فرزندخوانده‌ای مشاهده می‌شود که در سنین بالاتر به فرزندپذیری پذیرفته شده‌اند (آکرمن^۵، ۲۰۰۶؛ اسپوزیتو^۶ و گنار، ۲۰۱۴؛ گنار و ون دالمن، ۲۰۰۷؛ پاورز^۷، ۲۰۱۴؛ وود، ۲۰۱۹). در مطالعه فعلی ۱۶ درصد مشارکت‌کنندگان گزارش کردند که کودک فرزندخوانده آنها توسط متخصص روان‌پزشک تشخیص بیش‌فعالی کمبود توجه دریافت کرده‌اند. این در حالی است که حدود ۶۰٪ کودکان فرزندخوانده در پژوهش حاضر سن کمتر از ۷ سال داشتند؛ با در نظر گرفتن این حقیقت که مسائل بیش‌فعالی-کمبود توجه در کودکان، اغلب با ورود کودک به مدرسه و بروز ناتوانیهای کودک برای تطابق با مقتضیات آموزش رسمی به مسئله‌ای چالش‌انگیز تبدیل می‌شود؛ لذا مشکلات بیش‌فعالی کمبود توجه می‌تواند برآوردی بیش از این مقدار داشته باشد. پژوهش سیمل^۸ و همکاران (۲۰۰۱) روی یک گروه ۸۰۸ نفری از کودکان فرزندخوانده ۱۸-۴ ساله نشان داد که ۲۱٪

1. lack of comfort seeking and withdrawal
4. Pinderhughes
7. Powers

2. Lehmann
5. Ackerman
8. Simmel

3. Norris
6. Esposito

این کودکان تشخیص بیش فعالی-کمبودتوجه (ADHD) و ۲۰٪ تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD) دریافت کردند. بررسیها نشان می‌دهد که کودکان فرزندخوانده بیشتر از فرزندخوانده‌ها احتمال دارد انواع مشکلات گذار به عمل^۱ (پرخاشگری، دزدی، دروغ گفتن، رفتار مقابله‌ای، بیش فعالی و فرار) را نشان دهند (چانام، ۲۰۰۸؛ استربروک^۲، ۲۰۰۷؛ اسپوزیتو و گنار، ۲۰۱۴؛ گنار و ون دالمن، ۲۰۰۷؛ کرپنر و همکاران، ۲۰۱۰؛ مرز و همکاران، ۲۰۱۳؛ راتر، کرپنر، اوکنور^۳، ۲۰۰۱؛ زیناه، ۲۰۰۰).

مطابق دیاگرام شماره (۱)، «پیشینه ناگوار کودک پیش از فرزندپذیری» و «تأثیرات کودکان با نیازهای ویژه» به‌عنوان عوامل مداخله‌گر تهدیدکننده در تجربه فرزندپذیری مطرح است. بدلیل شرایط نامناسب روانی-اجتماعی مادران زیستی همچون تجربه خشونت، مصرف مواد در دوران بارداری و بارداری ناخواسته احتمال تولد نوزادان نارس و آسیب مغزی ناشی از تولد نوزاد نارس افزایش می‌یابد. از سویی، اعتیاد والدین زیستی احتمال اینکه کودکان در معرض آزار و غفلت آنها قرار بگیرند را افزایش می‌دهد. غفلت در قالب عدم رسیدگی به نیازهای اساسی نوزاد، زندگی و سلامت کودک را به خطر می‌اندازد. این یافته با نتایج مطالعه بروزینسکی (۲۰۱۱)؛ راتر و همکاران (۲۰۰۱)؛ سیمل و همکاران (۲۰۰۱) همخوانی دارد. مطالعه بروزینسکی و فیندرهاگ (۲۰۰۲)؛ روبرسون (۲۰۰۶)؛ وایند و همکاران، (۲۰۰۷) نشان داد کودکانی که در سنین بالاتر به فرزندپذیری پذیرفته می‌شوند، احتمالاً به دلیل تجربه نسبتاً فراوان سوء رفتار، اعتیاد والدین زیستی و رها شدن، بالاترین ریسک داشتن دل‌بستگی آشفته و مشکلات مرتبط با سلامت روان را دارند.

با توجه به اینکه اغلب فرزندپذیرها در ایران به شیوه واگذاری از مؤسسات است، توجه به مشکلات منحصر به فرد زندگی مؤسسه‌ای قابل توجه است. مؤسسات نگهداری کودکان

1. acting out
2. Easterbrook
3. O'Connor

به‌ویژه شیرخوارگاه‌ها ضعف‌هایی چون تغذیه و مراقبت ناکافی، نبود یک محیط غنی از حیث تحریک و تغییرات مداوم مراقبان دارند. در شیرخوارگاه‌ها به کودکان فرصت دستیابی مداوم و پایدار به یک پایگاه ایمن داده نشده است زیرا آنها به افراد مختلف سپرده شده‌اند. شرایط محروم‌ساز زندگی مؤسسه‌ای امکان رشد و آموزش بسیاری از مهارت‌ها را از کودکان سلب می‌کند. این کودکان حتی از شناخته‌هایی که در بستر معمول و طی جریان عادی زندگی کسب می‌شود، محرومند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه بیمیل و همکاران (۲۰۰۳)؛ مرز و همکاران (۲۰۱۳)؛ ون دن درایز و همکاران (۲۰۱۲)؛ واینده (۲۰۰۳)؛ زیناه (۲۰۰۰) همسو است. تحقیق گاروین و همکاران (۲۰۱۲) حاکی است کودکان فرزندخوانده‌ای که تجربه زندگی مؤسسه‌ای دارند، بدلیل محرومیت کودکان از تعامل انسانی (آغوش) و ارتباط کلامی در «دوره حساس رشد» فرصت رشد کلامی، شناختی و ارتباط دلبسته ایمن را از دست می‌دهند.

نکته قابل‌تأمل در مطالعه حاضر عدم توجه دقیق به علائم ظاهری مشکلات کودکان و در نتیجه اشتباهات بارز در تشخیص بیماری کودکان در شیرخوارگاه‌هاست. قریب به ۲۰ درصد مشارکت‌کنندگان گزارش دادند که مشکل جسمی کودک فرزندخوانده آنها توسط متخصصان کودک در محیط شیرخوارگاه تشخیص داده نشده و یا دست‌کم به والدین فرزندپذیر اطلاع داده نشده بود. این در حالی بود که ۴۰ درصد مشارکت‌کنندگان بیان کردند که پس از پذیرش کودک از شیرخوارگاه حداقل یک مشکل جسمی کودک فرزندخوانده را پیگیری کرده‌اند.

بررسی مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان آشکار ساخت که کودکان دارای نیازهای ویژه دشواری و چالش‌های بیشتری به والدین فرزندپذیر تحمیل می‌کند. گاه رفتارهای خشونت‌آمیز و آسیب‌رسان کودک و عدم تشخیص خطر، محیط خانواده را متشنج کرده و موجب بروز اضطراب در اعضای خانواده شده است. این مسائل گاهی موجب می‌شود که والدین فرزندپذیر در درستی یا نادرستی تصمیم فرزندپذیری تردید کنند. وگارا^۱ (۲۰۰۰) میزان شکست فرزندپذیری در میان

1. Weegar

کودکان فرزندخوانده با نیازهای ویژه را ۱۶-۱۰ درصد گزارش کردند. پیگیری نیازهای درمانی این کودکان، هزینه‌های مالی زیادی را به خانواده‌ها تحمیل کرده و مستلزم صرف زمان طولانی و حتی گاهی چند سال است. گاهی مسائل رفتاری کودک و بازخورد منفی اطرافیان موجب شود خانواده مجبور به محدود کردن تعاملات اجتماعی خود شوند؛ در چنین شرایطی خانواده ممکن است ناگزیر از چشم‌پوشی از برخی نیازها و تفریحات خود شود. پیامد چنین شرایطی می‌تواند کاهش بهره‌مندی والدین فرزندپذیر از شرایط تقویت‌کننده عواطف مثبت باشد و حتی صمیمیت زناشویی والدین در معرض تهدید قرار گیرد.

با وجود چالشهای پیش روی خانواده‌های فرزندپذیر، پیامدهای مثبت فرزندپذیری، تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان پژوهش آشکار ساخت برخی خصیصه‌های کودکان فرزندخوانده و والدین و محیط حمایتگر جامعه می‌تواند در موفقیت و رضایت از فرزندپذیری مؤثر باشد: بی‌تردید صمیمیت و رضایتمندی زناشویی و رفتارهای حمایتی والدین فرزندپذیر از یکدیگر و توافق والدین در شیوه تربیت کودک بر موفقیت فرزندپذیری تأثیر مثبت می‌گذارد. همچنین، صمیمیت و علاقه بین زوجین و توافق زوجین برای فرزندپذیری؛ تحمل مشکلات و دشواریهای درمان کودکان را تسهیل می‌کند.

روابط رضایت‌بخش و حمایت‌کننده زناشویی سبب می‌شود که والدین نقشهای خود را راحت‌تر بپذیرند. به‌گونه‌ای که روابط رضایت‌بخش زن و شوهر با فرزندپذیری دلسوزانه و مسئولانه رابطه دارد (هارکینز، ۲۰۱۴؛ شاپی، ۲۰۱۳). از مقوله‌های تأثیرگذار بر رفتار خانواده، پذیرش و حمایت بستگان و اطرافیان والدین فرزندپذیر در خصوص پذیرش کودک است. واکنش مثبت اطرافیان نسبت به اقدام فرزندپذیری زوجین و کمک به آنها در رشد کودک به‌عنوان یک منبع مهم حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. زوجینی که با مقاومت و واکنش منفی والدین و اعضای خانواده برای تصمیم فرزندپذیری مواجه می‌شوند فقدان این منبع حمایتی را به‌عنوان یک عامل استرس‌زا، ادراک می‌کنند.

هرچند گاهی والدین فرزند پذیر با اتخاذ رویکرد هیجان مدار در مواجهه با مشکلات مرتبط با فرزندپذیری موفق بوده‌اند. اما آنها اغلب با استفاده از مقابله مساله‌مدار بهتر توانسته‌اند مسائل و مشکلات را حل کنند. راهبردهای مقابله‌ای چون: دریافت اطلاعات و مشاوره‌های علمی از متخصص، تشکیل گروه‌های خودیاری و کسب اطلاعات از سایر خانواده‌های فرزندپذیر، مطالعه کتابهای روانشناسی و افزایش مهارت‌های فرزندپروری و تلاش برای جبران تأخیرهای تحولی و پیگیری نیازهای آموزشی.

با وجود برخی دشواریها و مسائل رفتاری کودکان فرزندخوانده مخصوصا کودکان با نیازهای ویژه، فرزندپذیری در اغلب مواقع با پیامدهای مثبت در زندگی والدین فرزندپذیر همراه بوده و رضایتمندی از فرزندپذیری را به همراه دارد. والدین فرزندپذیر بیان می‌کنند پس از فرزندپذیری بیشتر با هویت یک خانواده کامل موردپذیرش بستگان قرار می‌گیرند. این ویژگی می‌تواند یک پدیده وابسته به فرهنگ باشد چراکه فرهنگ ایرانی برای یک خانواده کامل جایگاه بالاتری در مقایسه با زن و شوهر قائل شده و این دیدگاه را القا می‌کند که زوجین پس از تجربه والدگری و تربیت و راهنمایی فرزند به کمال و پختگی می‌رسند و می‌توانند در مقام صاحب‌نظر طرف مشورت قرار گیرند. از سویی دیگر با ورود یک کودک در ساختار خانواده ارتباط و تعاملات اجتماعی والدین فرزندپذیر گسترده‌تر می‌شود.

از موارد دیگری که در رضایتمندی والدین مؤثر است توانمندیها و ویژگیهای مثبت کودکان فرزندخوانده است. دلبستگی کودک به والدین، قدرت همدلی، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، توانمندیهای شناختی بهنجار یا بالا در رضایتمندی از فرزندپذیری مؤثر است. همچنین، نتایج این مطالعه آشکار ساخت داشتن آمادگی روانی، شناخت، دانش و مهارت‌های ضروری برای سازگاری با نیازهای کودک، نگرش مثبت به فرزندپذیری، اشتیاق برای پذیرش کودک و داشتن نگرشهای واقع‌بینانه به فرزندپذیری می‌تواند به‌عنوان تسهیل‌کننده فرزندپذیری عمل کند.

از این رو، چنانچه پیش شرط‌ها فراهم باشد و خانواده‌های فرزندپذیر آمادگیهای لازم را داشته

باشند، فرزندپذیری عموماً با پیامدهای خوشایند و مثبت در زندگی والدین فرزندپذیر همراه خواهد بود. اگر والدین پیش از فرزندپذیری تجربیات فقدان و سوگ مرتبط با ناباروری، مسائل دل‌بستگی و هویت فردی و خانوادگی را حل کرده باشند، فرزندپذیری موجب تقویت پیوندهای عاطفی و صمیمیت در خانواده شده و امید به زندگی را در والدین فرزندپذیر افزایش می‌دهد. حل و فصل مسائل ناباروری و داشتن نگرش مثبت به فرزندپذیری، مذاکره و توافق زوجین برای فرزندپذیری؛ دریافت اطلاعات از متخصصان و پذیرش کودک آنگونه که هست و با مشخصه‌های خاص خود، می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر شکست فرزندپذیری باشد.

ملاحظات اخلاقی

منابع مالی

برای انتشار این مقاله حمایت مالی دریافت نشده است.

تعارض منافع

مقاله حاضر تعارض منافع با سایر مقالات نویسندگان ندارد.

پیروی از اصول اخلاقی در پژوهش

نویسندگان کلیه نکات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه، حُسن رفتار و پرهیز از آسیب‌رساندن به شرکت‌کنندگان، اعتمادسازی و عدم تحریف داده‌ها را در این مقاله رعایت کرده‌اند. در ضمن، برای حفظ اطلاعات شخصی مشارکت‌کنندگان، تمامی اسامی به کد تغییر یافته است. از تمام مشارکت‌کنندگان و افراد مورد مطالعه در تحقیق، به دلیل اعتماد به محقق و در اختیار گذاشتن صادقانه اطلاعات، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

- Aliakbari, F., & Tavakol, Kh. (2010). Psychological experiences of families with adopted child. *Journal of behavioral science research*, 8(2), 125-132.(in Persian)
- Ackerman, J. P. (2006). *Associations between Early Relationship Adversity, Executive Functioning, and Behavioral Self-Regulation among Adopted Youth*. (Doctor of Philosophy), University of Delaware, ProQuest Information and Learning Company database. (3220638)
- *Annual report of welfare organization activity*. (2017). welfare organization..(in Persian)
- Bimmel, N. Juffer, F., van, I. M. H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted adolescents: a review and meta-analysis. *Harv Rev Psychiatry*, 11(2), 64-77.
- Brodzinsky, D. (2011). Children's Understanding of Adoption: Developmental and Clinical Implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 200-207. doi:10.1037/a0022415
- Brodzinsky, D. M., & Pinderhughes, E. (2002). *Parenting and child development in adoptive families*. In Handbook of parenting: Children and parenting, Vol. 1, 2nd ed. (pp. 279-311). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Chatham, M. L. (2008). *Early Predictors of Disinhibited Attachment Behaviors among Internationally Adopted Children*. (DOCTOR OF PHILOSOPHY), UNIVERSITY OF MINNESOTA, ProQuest LLC database. (3308087)
- Coşton, J. H. (2008). *The Effects of A Family-Guided Routines-Based Intervention Program on Parents With Children Adopted Internationally*. (Doctor of Philosophy), FLORIDA STATE UNIVERSITY, Florida State University Libraries database. (3348485)
- Easterbrook, P. L. (2007). *Self-Appraisal And Behavioral Adaptation Of Adopted And Nonadopted Children*. (Doctor of Philosophy in School Psychology), University of North Carolina, ProQuest Information and Learning Company database. (3288988)
- Esposito, E. A., & Gunnar, M. R. (2014). *Early deprivation and developmental psychopathology*. In M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), Handbook of Developmental, Psychopathology, Michael Lewis, Karen D. Rudolph Editors, Third Edition (pp. 371-388). New York: Springer.

- Ford, J. Y. (2016). *When the System Fails: Challenges of Child Trauma on Adoptive Families' Social and Emotional System*. In B. Marion, F. Jacqueline, C. Brittany, & G. Traci (Eds.), *Identifying, Treating, and Preventing Childhood Trauma in Rural Communities* (pp. 95-120). Hershey, PA, USA: IGI Global.
- Garvin, M. C., Tarullo, A. R., Van Ryzin, M., & Gunnar, M. R. (2012). Postadoption parenting and socioemotional development in postinstitutionalized children. *Development and Psychopathology*, 24(1), 35-48. doi:10.1017/s0954579411000642
- Gunnar, M. R., & Van Dulmen, M. H. M. (2007). *Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children*. *Development and Psychopathology*, 19(1), 129-148. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/article/behavior-problems-in-postinstitutionalized-internationally-adopted-children/B764A39BC4DC66C9E7A0FBBC80DDDDDB8>. doi:10.1017/S0954579407070071
- Harkins, C. A. (2014). *The Relationship Between Adoptive Parents Attachment and Parenting Styles on Adoption Outcomes*. Alliant International University, 129.
- Koenigsnecht. (2008). *Post Adoption Adjustment Themes for Older Post Institutionalized Chinese Adoptees*. Northcentral University. USA.
- Kreppner, J., Kumsta, R., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Stevens, S., & Sonuga-Barke, E. J. (2010). IV. Developmental course of deprivation-specific psychological patterns: early manifestations, persistence to age 15, and clinical features. *Monogr Soc Res Child Dev*, 75(1), 79-101. doi:10.1111/j.1540-5834.2010.00551.x
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G., & Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *J Abnorm Child Psychol*, 29(6), 513-528.
- Kuznetsova, M. I. (2011). *Adjustment Of Families With Children Adopted From Eastern Europe*. (Doctor of Philosophy), Virginia Commonwealth University, Richmond, Virginia. Virginia Commonwealth University database.
- Lara Seebeck, B. A. (2012). *Adoptive Parenthood: An Exploratory Study Of The Influence Of Pre-Adoption Communication Satisfaction On Post-Adoption Family Adjustment And Coping*. (MASTER OF ARTS), UNIVERSITY OF NORTH TEXAS, ProQuest LLC. database. (1521498)

- Lehmann, S., Monette, S., Egger, H., Breivik, K., Young, D., Davidson, C., & Minnis, H. (2018). *Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview*. Assessment, 107319111879742. doi:10.1177/1073191118797422
- Merz, E. C., McCall, R. B., Wright, A. J., & Luna, B. (2013). *Inhibitory control and working memory in post-institutionalized children*. J Abnorm Child Psychol, 41(6), 879-890. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23519375>, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/PMC3708995/>. doi:10.1007/s10802-013-9737-9
- Norris, K. E. (2016). *The Development of Neuropsychological Functioning*, Social Competence and Emotional and Behavioral Regulation in Adopted Chinese Children: DePaul University.
- Powers, D. J. (2014). *Adolescent Behavioral Adjustment In Girls Adopted From China: Examining Pre-Adoption And Post-Adoption Factors*. University of South Florida, Scholar Commons, database. (1571248)
- Razaghi, R. (2016). Adoptive families: Necessity for Research in Social Welfare. [خانواده‌های فرزندپذیر: ضرورتی نوین در پژوهش‌های حوزه رفاه اجتماعی]. *Yektaweb Journals*, 16(60), 7-32. Retrieved from <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2474-fa.html>. (in Persian)
- Razaghi, R., Ghapanchie, Ala. (2018). Adoption Applicants Screening: Characteristics and Challenges. *Journal of Family Research*, 13(4), 485-495. (in Persian)
- Roberson, K. C. (2006). *Attachment and caregiving behavioral systems in intercountry adoption: A literature review*. Children and Youth Services Review, 28(7), 727-740. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740905001970>. doi:<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.07.008>
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groot-hues, C.,... Sonuga-Barke, E. J. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *J Child Psychol Psychiatry*, 48(1), 17-30. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01688.x
- Rutter, M. L., Kreppner, J. M., & O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *Br J Psychiatry*, 179, 97-103.

- Schore, J. R., & Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20. doi:10.1007/s10615-007-0111-7
- Schupay, B. B. (2013). The Baby Blues: Mothers' Experiences After Adoption. (Doctor of Philosophy), *University of South Florida, Available* from <https://scholarcommons.usf.edu/etd/4577>
- Simmel, C., Brooks, D., Barth, R., & Hinshaw, S. (2001). Externalizing Symptomatology Among Adoptive Youth: Prevalence and Preadoption Risk Factors. *J Abnorm Child Psychol*, 29, 57-69. doi:10.1023/A:1005251513130
- Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41(8), 972-982. doi:10.1097/00004583-200208000-00016
- Steele, H., & Steele, M. (2014). *Attachment Disorders: Theory, Research, and Treatment Considerations*. In M. L. K. Rudolph (Ed.), *The Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 357-370). Springer.
- Struss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. USA: Sage Publications Indiapvt Ltd.
- Tottenham, N., Hare, T. A., Millner, A., Gilhooly, T., Zevin, J. D., & Casey, B. J. (2011). *Elevated amygdala response to faces following early deprivation*. *Dev Sci*, 14(2), 190-204. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.00971.x
- Van Den Dries, L., Juffer, F., Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Alink, L. R. A. (2012). *Infants' responsiveness, attachment, and indiscriminate friendliness after international adoption from institutions or foster care in China: Application of Emotional Availability Scales to adoptive families*. *Development and Psychopathology*, 24(1), 49-64. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/article/infants-responsiveness-attachment-and-indiscriminate-friendliness-after-international-adoption-from-institutions-or-foster-care-in-china-application-of-emotional-availability-scales-to-adoptive-families/ACCE68C4D-24237566FC85B3B68C56570>. doi:10.1017/S0954579411000654
- Vasquez, M. L. (2014). *The impact of reactive attachment disorder on adoptive family functioning*. (Social Work), University of Iowa, USA.
- Wegar, K. (2000). *Adoption, Family Ideology, and Social Stigma: Bias*

- in Community Attitudes, Adoption Research, and Practice*. Family Relations, 49, 363-370. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/585831>.
- Welsh, J., Viana, A., Petrill, S., & Mathias, M. (2007). *Interventions for Internationally Adopted Children and Families: A Review of the Literature* (Vol. 24).
- Wind, L. H. (2003). *Exploration Of The Relationships Between Child And Family Characteristics, Pre-Adoptive Risk History, And Adoption Services Utilization*. Doctor of Philosophy (Social Work), University of Southern California, (3116802)
- Wind, L. H., Brooks, D., & Barth, R. (2007). Influences of Risk History and Adoption Preparation on Post-Adoption Services Use in U.S. Adoptions. *Family Relations*, 56(4), 378-389. doi:10.1111/j.1741-3729.2007.00467.x
- Wood, Z. (2019). *Public Child Welfare Adoption: The Adoptive Parent And Adolescent Adoptee Perception Of Adoption Outcomes*. (Doctor of Philosophy), Case Western Reserve University, (530112)
- Zeanah, C. H. (2000). Disturbances of attachment in young children adopted from institutions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 21(3), 230-236.
- Zoghi Fayyaz, E., Aghamohammadian Sharbaf, H., Alipor, A., & Aliakbari Dehkordi, M. (2012). The efficacy of adoption skills training on stress reduction and change of coping styles among couples who are applicants for having an adopted child. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 55(14), 210-219. (in Persian)