J Crit Care Nurs. 2025 June;18(4):47-63

doi 10.30491/JCC.18.4.47 **Research Article**

Multilevel Supportive Strategies for Enhancing Child Resilience During War: A Qualitative Study

Atefeh Shamsi[1], Narges Hashemi[2]*

[1] Nursing Care Research Centre, Clinical Sciences Institute, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Nursing and Midwifery Care Research Centre, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding Author:** Narges Hashemi, Nursing and Midwifery Care Research Centre, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: Hashemi.n@nm.mui.ac.ir

How to Cite: Shamsi A, Hashemi N. Strategies for Enhancing Children's Resilience during Wartime Crises: A Qualitative Study Comparing the Perspectives of Mothers and Pediatric Intensive Care Unit (PICU) Nurses. J Crit Care Nurs. 2026;18(4):47-63. doi: 10.30491/JCC.18.4.47

Received: 17 May 2026 **Accepted:** 27 June 2026 **Online Published:** 6 July 2026

Abstract

Background & aim: Children facing war and humanitarian crises are exposed to various psychological and social stressors that can adversely affect their mental health and development. Despite such adversity, many children maintain adaptive capacity and psychological recovery. This phenomenon, known as resilience, is shaped by a combination of individual, familial, and social factors. This study aimed to explore and compare strategies for enhancing children's resilience during wartime crises from the perspectives of mothers and PICU nurses.

Methods: This qualitative study used conventional content analysis and was conducted in 2026 at Imam Hussein Children's Hospital in Isfahan, Iran. Participants included 20 mothers and 15 pediatric intensive care unit nurses who were selected through purposive sampling with maximum variation. Data were collected through individual in-depth semi-structured interviews and analyzed using the Graneheim and Lundman approach. Data collection continued until saturation was achieved.

Results: Analysis identified eight main themes: (1) relational resilience and emotional co-regulation, (2) cognitive resilience and cultural meaning-making, (3) child agency and voice, (4) play and creativity in trauma processing, (5) social and institutional support, (6) strategies for strengthening resilience, (7) convergence and divergence of caregiving perspectives, and (8) resilience as negotiated co-regulation. The findings indicated that supporting child resilience is a dynamic, multilevel process extending from emotional co-regulation and supportive family relationships to cognitive and cultural meaning-making, child participation, play and creative activities, social connectedness, and access to institutional resources. The overarching theme of "resilience as negotiated co-regulation" reflected the continuing interaction among children, families, nurses, and broader support systems in shaping and strengthening resilience.

Conclusion: Enhancing child resilience during war requires coordinated multilevel supportive strategies that simultaneously address family relationships, emotional regulation, child agency, cultural resources, social support, and professional and institutional interventions. Negotiated co-regulation may provide a useful conceptual framework for developing family-centered and system-level interventions to support the mental health of children affected by war and humanitarian crises.

Keywords: Resilience, Child, War, Supportive Strategies, Crisis, Mother, Nurse.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

Copyright © 2026 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/6.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۸، شماره ٤، زمستان ۱۴۰۴
10.30491/JCC.18.4.47

راهکارهای ارتقاء تاب‌آوری کودکان در بحران جنگ: یک مطالعه کیفی کشف و مقایسه دیدگاه مادران و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان

عاطفه شمسی[۱]، نرگس هاشمی[۲*]

[۱] مرکز تحقیقات پرستاری، پژوهشگاه بالینی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران
[۲] مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** نرگس هاشمی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
پست الکترونیک: Hashemi.n@nm.mui.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۵/۰۴/۰۶ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۵/۰۴/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: کودکان در شرایط جنگ و بحران‌های انسانی در معرض انواع فشارهای روانی و اجتماعی قرار می‌گیرند که می‌تواند سلامت روان و رشد آنان را تحت تأثیر قرار دهد. با این حال، بسیاری از کودکان با وجود تجربه شرایط دشوار، توانایی سازگاری و بازسازی روانی خود را حفظ می‌کنند. این پدیده که با عنوان تاب‌آوری شناخته می‌شود، تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی شکل می‌گیرد. هدف این پژوهش تبیین راهبردهای چندسطحی حمایتی برای بهبود تاب‌آوری کودکان در شرایط جنگ از منظر مادران و پرستاران مراقبت‌های ویژه کودکان بود.

روش‌ها: این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوای مرسوم در سال ۱۴۰۵ در بیمارستان کودکان امام حسین (ع) اصفهان انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ مادر و ۱۵ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه کودکان بودند که با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته فردی جمع‌آوری و با استفاده از رویکرد Graneheim و Lundman تحلیل شدند. جمع‌آوری داده‌ها تا دستیابی به اشباع ادامه یافت.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به شناسایی هشت تم اصلی منجر شد: ۱) تاب‌آوری رابطه‌مند و هم‌تنظیمی هیجانی، ۲) تاب‌آوری شناختی و معناسازی فرهنگی، ۳) عاملیت و صدای کودک، ۴) بازی و خلاقیت در پردازش تروما، ۵) حمایت اجتماعی و نهادی، ۶) راهبردهای تقویت تاب‌آوری، ۷) همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مراقبتی، ۸) تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره‌شده. یافته‌ها نشان داد که حمایت از تاب‌آوری کودکان فرآیندی پویا و چندسطحی است که از تنظیم هیجانی و روابط حمایتی در خانواده آغاز می‌شود و به معناسازی شناختی و فرهنگی، مشارکت کودک، بازی و فعالیت‌های خلاقانه، حمایت‌های اجتماعی و دسترسی به منابع نهادی گسترش می‌یابد. مفهوم «تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره‌شده» به عنوان تم فراگیر، تعامل مستمر میان کودک، خانواده، پرستاران و نظام‌های حمایتی را در شکل‌گیری و تقویت تاب‌آوری نشان داد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بهبود تاب‌آوری کودکان در شرایط جنگ نیازمند راهبردهای حمایتی هماهنگ و چندسطحی است که به طور همزمان روابط خانوادگی، تنظیم هیجانی، عاملیت کودک، منابع فرهنگی، حمایت اجتماعی و مداخلات حرفه‌ای و نهادی را در نظر بگیرند. مفهوم هم‌تنظیمی مذاکره‌شده می‌تواند چارچوبی مفهومی برای طراحی مداخلات خانواده‌محور و نظام‌مند در حمایت از سلامت روان کودکان در شرایط جنگ و بحران فراهم کند.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، کودک، جنگ، راهبردهای حمایتی، بحران، مادر، پرستار.

مقدمه

جنگ و بحران‌های مسلحانه، پدیده‌هایی پیچیده و چند بعدی هستند که تأثیرات عمیق و مخربی بر سلامت روانی و جسمانی کودکان به عنوان قشر آسیب‌پذیر جامعه بر جای می‌گذارند. این کودکان، به دلیل ویژگی‌های رشدی و اجتماعی خاص خود، در معرض خطرات متعددی از جمله اختلالات روانی، ناتوانی‌های جسمی و مشکلات اجتماعی قرار دارند که پیامدهای

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

آن می‌تواند بلند مدت و پایدار بوده و روند طبیعی رشد و تکامل آن‌ها را مختل سازد [۱]. فراتر از خسارات جانی و مادی، تبعات روانی و اجتماعی ناشی از جنگ، مانند تجربه مرگ عزیزان، تخریب محیط زندگی، بی‌خانمانی و دسترسی محدود به خدمات حیاتی، سلامت روان کودکان را به شدت تهدید کرده و منجر به بروز طیف وسیعی از مشکلات از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات رفتاری می‌شود [۲،۳]. در چنین شرایطی، مفهوم تاب‌آوری به عنوان یک عامل کلیدی و تعیین‌کننده در روند بهبود و سلامت روانی کودکان، اهمیت ویژه‌ای می‌یابد.

تاب‌آوری، به معنای ظرفیت و فرآیند سازگاری مطلوب و بازگشت به تعادل روانشناختی در کودکان پس از مواجهه با استرس‌ها و تروماهای ناشی از جنگ تعریف می‌شود. این قابلیت نه تنها به کودکان امکان تحمل سختی‌ها را می‌دهد، بلکه آن‌ها را قادر می‌سازد تا بر چالش‌ها غلبه کرده و توانمندی‌های روانی خود را بازیابند. تاب‌آوری در کودکان آسیب‌دیده از جنگ، یک فرآیند پویا و پیچیده است که طی آن، فرد با وجود مواجهه با تجربیات سخت، توانایی خود را برای بازگشت به تعادل حفظ کرده یا مجدداً آن را کسب می‌کند [۴]. این ظرفیت درونی، به مثابه یک سپر روان‌شناختی عمل کرده و کودکان را در برابر پیامدهای منفی و بلندمدت تروما محافظت می‌نماید. به ویژه در شرایطی که جنگ با بیماری و بستری شدن در بخش‌های مراقبت‌های ویژه همراه می‌شود، کودکان در معرض آسیب‌پذیری مضاعفی قرار گرفته و تاب‌آوری به عنوان یک فرایند حیاتی، نقش کلیدی در سازگاری آن‌ها با این شرایط تهدیدکننده ایفا می‌کند [۵].

کودکان تاب‌آور، با اتکا به منابع درونی و بیرونی خود، شامل ویژگی‌های شخصیتی مثبت، مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر و حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، قادر به غلبه بر تجارب آسیب‌زا و کشف نقاط قوت جدید در خود هستند. این امر نه تنها به بازگشت آن‌ها به وضعیت پیش از بحران کمک می‌کند، بلکه منجر به بلوغ روان‌شناختی بیشتر و درکی عمیق‌تر از خود و جهان و در نهایت گام برداشتن به سوی آینده‌ای سازنده‌تر می‌شود. تاب‌آوری، به عنوان پدیده‌ای چند بعدی شامل مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی، در گرو تعامل پیچیده‌ای از عوامل فردی و محیطی است که مسیر رشد و تحول مثبت را در شرایط نامساعد هموار می‌سازد. بنابراین، مطالعه نقش تاب‌آوری در حفاظت از سلامت روانی کودکان دارای تجربه جنگ، از اهمیت بسزایی برخوردار بوده و می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات حمایتی و درمانی مؤثر باشد [۶،۷].

در راستای درک بهتر این پدیده، مطالعات پیشین به بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری، از جمله حمایت‌های اجتماعی، ظرفیت‌های فردی، مهارت‌های مقابله‌ای، و محیط خانوادگی و اجتماعی پرداخته‌اند. حمایت‌های روانی- اجتماعی از سوی خانواده (به ویژه مادران) و همچنین پرستاران و مراقبین، به عنوان عوامل کلیدی در ارتقای تاب‌آوری کودکان شناسایی شده‌اند. آموزش و تقویت مهارت‌های مدیریت علائم روانی در کودکان آسیب‌دیده، کیفیت مراقبت‌های روانی- اجتماعی را ارتقا داده و بهبود برنامه‌های حمایتی خانواده، به ویژه نقش مادران، در حفظ سلامت روان و پیشگیری از آسیب‌های مزمن مؤثر است [۸،۹].

درک علمی این مسائل، به تدوین سیاست‌های سلامت روانی مبتنی بر شواهد در بحران‌های مسلحانه کمک کرده و نیازمند سیاست‌گذاری‌های کلان، آموزش نیروی انسانی متخصص و ایجاد نظام‌های حمایتی پویا و مستمر است [۱۰].

با این حال، علی‌رغم مطالعات انجام شده، بخش قابل توجهی از پژوهش‌ها در حوزه تاب‌آوری کودکان در شرایط بحران، به رویکردهای کمی و سنجش صرف میزان تاب‌آوری محدود شده‌اند و قادر به تبیین عمیق چگونگی تجربه و معنابخشی این پدیده در بستر پیچیده جنگ نیستند. همچنین، تحقیقات کیفی که به طور خاص به ادراکات و تجربیات مادران و پرستاران در مورد تاب‌آوری کودکان و نحوه ارتقای آن در شرایط جنگی بپردازند به ویژه در بافت نظام سلامت ایران، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند و نیاز به ارائه بینش‌های عمیق با هدف طراحی مداخلات حمایتی مؤثرتر و ارتقای سیاست‌های سلامت روان کودکان در بحران‌های مسلحانه به خوبی احساس می‌شود. لذا این مطالعه با هدف کشف راهکارهای ارتقای تاب‌آوری کودکان در مواجهه با بحران جنگ از دیدگاه پرستاران مراقبت‌های ویژه کودکان و مادران آنان پس از جنگ ۱۲ روزه اخیر انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، یک مطالعه کیفی با روش تحلیل محتوای مرسوم بوده که در سال ۱۴۰۵ در بیمارستان کودکان امام حسین (ع) شهر اصفهان انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل پرستاران شاغل و مادران کودکان بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اطفال بودند.

معیارهای ورود برای مادران، داشتن کودک ۵ تا ۱۲ سال بستری در بخش مراقبت‌های ویژه اطفال (در این بازه سنی کودکان توانایی نسبی برای بروز رفتارهای هیجانی اجتماعی قابل تشخیص برای مراقبین داشته و نشانه‌های تاب‌آوری آنان از طریق رفتارها و گفتارشان قابل استنباط است)، حداقل مدت بستری کودک بصورت پیوسته پنج روز، تمایل و توانایی مادر برای به اشتراک‌گذاری تجربه‌های خود از رفتارها، واکنش‌ها و نشانه‌های تاب‌آوری مشاهده شده در کودک در بحران ناشی از

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

جنگ اخیر (ادراک مادر از تاب‌آوری کودک، نه ادراک مستقیم کودک) و نیز توانایی برقراری ارتباط کلامی به زبان فارسی بود.

معیارهای ورود برای پرستاران نیز داشتن حداقل شش ماه سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه اطفال، تجربه مراقبت مستقیم از کودکان بستری در دوره جنگ تمایل به مشارکت و بیان تجارب حرفه‌ای خود، بود و مشارکت‌کنندگانی که به هر دلیل قادر/ متمایل به ادامه شرکت در مطالعه نبودند، خارج شدند.

تعداد ۲۰ مادر و ۱۵ پرستار مراقبت‌های ویژه اطفال با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع انتخاب شدند. از سوی دیگر از روش نمونه‌گیری گلوله برفی نیز به منظور دسترسی به سایر افراد مطلع در مورد هدف مطالعه استفاده شد. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های فردی عمیق نیمه ساختاریافته انجام گرفت.

به منظور آشنایی بیشتر محقق با شرایط شرکت‌کنندگان و شکل‌گیری ساختار اولیه سؤالات ابتدا چند مصاحبه پایلوت انجام شد. مکان و زمان مصاحبه جهت به حداکثر رساندن همکاری در اختیار، تمایل و توان مصاحبه‌شونده بود، اما به طورمعمول، زمانی بین ۲۰ الی ۴۵ دقیقه برای مصاحبه‌های فردی بود. مصاحبه‌ها از طریق راهنمای سؤالات که در (جدول یک) آورده شده است، هدایت شد و امکان کاوش در موضوعات از طریق پرسش سؤالاتی مثل: چرا، چگونه، بیشتر توضیح دهید، مثال بزنید، فراهم کرد.

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از رویکرد لاندمن و گرانهایم استفاده شد. الگوریتم ارائه شده توسط لاندمن و گرانهایم شامل سه مرحله کدگذاری باز، ایجاد طبقات و تلخیص است. پژوهشگر در مطالعه حاضر با توجه به نظر مشارکت‌کننده و تا حد امکان مصاحبه‌ها را ضبط نمود و سپس متن‌های حاصل از انجام مصاحبه‌ها را تا حد امکان به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده کرد. سپس متن به واحدهای معنا تقسیم و کدهای اولیه استخراج شدند. سپس کدهایی که مفاهیم همگن و متجانسی داشتند، ادغام، طبقه‌بندی و نام‌گذاری شده و زیر طبقه‌ها شکل گرفتند.

بعد از مقایسه زیر طبقات، آنها که مشابه بودند با هم ترکیب و در نهایت طبقات اصلی به وجود آمد. کدها و دسته‌بندی‌ها بر اساس اجماع دو نفر محقق اصلی پژوهش و دو نفر همکار خبره در زمینه مطالعات کیفی محقق ایجاد شدند و آنها همه واحدهای معنایی، کدها، زیرطبقات و طبقات را مورد بحث، بررسی و بازبینی قرار دادند. داده‌ها پس از مصاحبه با ۳۵ نفر به اشباع رسیدند [۱۱].

اعتبار یافته‌ها از طریق بررسی مقبولیت، (Credibility)، قابلیت اتکا (Dependability)، تأییدپذیری (Confirmability) انتقال‌پذیری (Transferability) بررسی شد. جهت دستیابی به مقبولیت، درگیری مداوم با موضوع و داده‌های پژوهش وجود داشت. از نظرات اصلاحی صاحب‌نظران در ارتباط با روند انجام مصاحبه‌ها، تحلیل آن‌ها و داده‌های استخراج شده استفاده شد. متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده و همچنین زیر طبقات با برخی مشارکت‌کنندگان (سه مادر و سه پرستار) و برخی دست‌اندرکاران پژوهش کیفی در میان گذارده و از نظرات آنان استفاده شد و تلاش شد در انتخاب نمونه تنوع لازم در نظر گرفته شود.

در مورد همسانی، تلاش شد کلیه فعالیت‌های صورت گرفته شامل مراحل انجام کار و چگونگی داده‌های به دست آمده به دقت ثبت شوند. در تأییدپذیری متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار همکاران پژوهشگر و دو نفر از اساتید که با نحوه آنالیز تحقیقات کیفی آشنا و در تحقیق شرکت نداشته‌اند گذاشته‌شد و از آنان درخواست شد تا صحت فرآیند کدگذاری داده‌ها را مورد بررسی قرار دهد. در این پژوهش جهت افزایش قابلیت انتقال، تلاش شد با توصیف واضح، دقیق و هدفمند فرآیند تحقیق، گام‌های اجرای مطالعه و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه امکان پی‌گیری مسیر تحقیق و ارزشیابی قابلیت کاربرد داده‌های مطالعه برای دیگران فراهم شود.

ملاحظات اخلاقی

پس از کسب مجوزهای لازم و اخذ کد اخلاق (IR.MUI.NUREMA.REC.1405.002) از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پس از اخذ رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه اخذ شد. هدف از مطالعه و روش انجام آن، برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. از آنها برای ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و اطمینان داده شد که فایل‌ها پس از اتمام پژوهش حذف خواهد شد.

به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که مشارکت آنها داوطلبانه است و می‌توانند در هر زمان از مطالعه انصراف دهند یا به هر سؤالی که دوست داشتند پاسخ ندهند. ناشناس بودن و محرمانه بودن برای همه شرکت‌کنندگان تضمین شد. زمان و مکان مصاحبه‌ها با توافق مشارکت‌کنندگان تعیین شد. تمام داده‌های مطالعه به یک پایگاه داده روی یک رایانه محافظت شده با رمز عبور که فقط برای محققین قابلیت دسترسی داشت، وارد شدند. تلفن محقق در اختیار مشارکت‌کنندگان گذاشته شد تا در صورت تمایل بتوانند از نتایج مطالعه آگاه شوند.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۵ مصاحبه فردی انجام گرفت. در مجموع ۲۰ مادر و ۱۵ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه اطفال در مطالعه حاضر شرکت کردند.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

میانگین سنی مادران ۶/۱ ± ۳۲/۴ سال و میانگین تجربه کاری پرستاران ۵/۲ ± ۸/۷ سال بود. سایر مشخصات در (جدول دو) ذکر شده است.

مشارکت‌کنندگان در پژوهش به بیان راهکارهای مؤثر جهت ارتقای تاب‌آوری کودکان در بحران جنگ پرداختند. طی تحلیل داده‌ها هشت تم اصلی شامل: – تاب‌آوری رابطه‌مند، – تاب‌آوری شناختی و معناسازی فرهنگی، – عاملیت کودک و صدا داشتن، – بازی و خلاقیت در پردازش تروما، – حمایت اجتماعی و نهادی، – استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری، – همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مراقبتی و چارچوب مفهومی تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره شده، پدیدار شد که در (جدول سه) به همراه طبقات اصلی، فرعی و کدهای اولیه آورده شده است.

جدول چهار نیز به بررسی مقایسه‌ای دیدگاه‌های مادران و پرستاران پرداخته است.

تم اول: تاب‌آوری رابطه‌مند

تاب‌آوری رابطه‌مند به عنوان نخستین و بنیادی‌ترین تم پدیدار شد و بر نقش تعاملی و پویا رابطه کودک با مراقبان در شکل‌دهی به تاب‌آوری تأکید داشت. این تم شامل دو طبقه اصلی «تنظیم هیجانی مبتنی بر رابطه» و «شبکه‌های حمایتی چندسطحی» بود.

طبقه اصلی اول: تنظیم هیجانی مبتنی بر رابطه

تنظیم هیجانی مبتنی بر رابطه شامل سه مؤلفه کلیدی بود: تنظیم هیجانی مشترک، مراقبت قابل پیش‌بینی و حضور هیجانی مداوم. مادران در مصاحبه‌ها به طور مکرر اشاره کردند که آرامش و ثبات هیجانی خودشان مستقیماً بر وضعیت روانی کودکانشان اثر می‌گذارد. در این راستا یکی از مادران بیان کرد:

«وقتی من آرام هستم، بچه‌ها هم آرام‌ترند؛ وقتی من دچار اضطراب می‌شوم و نمی‌توانم خودم را کنترل کنم، بچه‌ها فوراً این را حس می‌کنند و بی‌قرار می‌شوند» (م ۲– مادر).

آن‌ها تأکید کردند که مدیریت واکنش‌های هیجانی خودشان از جمله پنهان کردن ترس در برابر کودک، نام‌گذاری احساساتشان برای خودشان، و تلاش برای مدل‌سازی آرامش یکی از مهم‌ترین وظایفشان در شرایط بحران است. پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان نیز این یافته را تأیید کردند و افزودند که تنظیم هیجانی مادر نه تنها بر آرامش کودک بلکه بر اثربخشی مداخلات درمانی آن‌ها نیز تأثیر مستقیم دارد. یکی از پرستاران اظهار داشت:

«ما نمی‌توانیم کودک را درمان کنیم اگر مادرش در وضعیت هیجانی نابسامانی باشد؛ اول باید ظرفیت هیجانی مادر را تقویت کنیم و بعد مداخله درمانی برای کودک معنا پیدا می‌کند» (م ۷– پرستار).

گوش دادن فعال و بازتاب هیجان از سوی مراقبین یعنی تکرار آنچه کودک بیان می‌کند به زبان ساده‌تر و نشان دادن درک احساساتش نیز به عنوان ابزاری کلیدی در کاهش رفتارهای انفجاری و بی‌نظمی هیجانی کودکان شناسایی شد. پرستاران همچنین اشاره کردند که کمک به کودک برای شناخت و بیان احساساتش از طریق نام‌گذاری احساسات، ایجاد فضای امن برای گریه کردن و اعتبارسنجی تجربه‌های هیجانی او بخش جدایی‌ناپذیری از فرآیند بهبود است.

آن‌ها تأکید کردند که وقتی کودک یاد بگیرد احساساتش را بشناسد و نام بگذارد، شدت رفتارهای انفجاری و بی‌نظمی او به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. این یافته با رویکردهای بالینی مبتنی بر تنظیم هیجان همسو است که نشان می‌دهد ناتوانی در شناسایی و نام‌گذاری احساسات، یکی از عوامل اصلی بی‌نظمی هیجانی در کودکان جنگ‌زده است.

علاوه بر این، مادران روتین‌های روزانه و قابل پیش‌بینی بودن مراقبت را منبع اصلی احساس امنیت برای کودکان توصیف کردند. آن‌ها بیان کردند که حفظ زمان‌بندی ثابت برای خواب، غذا، بیدار شدن و فعالیت‌های روزانه به کودکان کمک می‌کند تا احساس کنترل بر زندگی‌شان داشته باشند، حتی زمانی که دنیای اطرافشان بی‌ثبات و غیرقابل پیش‌بینی است. یکی از مادران گفتت:

«حتی در بدترین شرایط، ما سعی می‌کردیم بچه‌ها را سر ساعت مشخصی بخوابانیم؛ این کار به آن‌ها حس می‌داد که هنوز چیزی قابل‌پیش‌بینی وجود دارد» (م ۳– مادر).

پرستاران نیز ثبات در نحوه تعامل و پاسخ‌دهی به نیازهای کودک را ستون اصلی تاب‌آوری توصیف کردند. آن‌ها تأکید کردند که کودکانی که با پاسخ‌دهی مداوم و قابل پیش‌بینی مواجه می‌شوند، الگوی دلبستگی ایمن‌تری را توسعه می‌دهند که خود پایه‌ای برای تاب‌آوری در برابر سختی‌هاست. حضور هیجانی مداوم مراقب یعنی در دسترس بودن جسمی و روانی و حساسیت به نشانه‌های پریشانی کودک نیز به عنوان مؤلفه‌ای حیاتی شناسایی شد.

طبقه اصلی دوم: شبکه‌های حمایتی چندسطحی

مادران و پرستاران هر دو بر نقش حیاتی شبکه‌های حمایتی خانواده گسترده در کاهش اضطراب کودک و تقویت تاب‌آوری او تأکید کردند. مادران گفتند که حضور پدر، خواهر و برادرهای بزرگ‌تر، مادربزرگ و سایر اعضای خویشاوندی به کودک احساس امنیت می‌دهد و فشار مراقبتی را از دوش مادر تنها برمی‌دارد. یکی از مادران گفت:

«وقتی مادربزرگ اینجاست و می‌تواند با بچه‌ها باشد، من یک نفس راحت می‌کشم و بچه‌ها هم آرام‌ترند» (م ۱– مادر).

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

پرستاران شبکه خویشاوندی را نه‌تنها عامل کاهش فشار هیجانی بر مادر بلکه منبع مهمی از سرمایه اجتماعی و فرهنگی دانستند که از طریق آن دانش و مهارت‌های بین نسلی منتقل می‌شود. آن‌ها همچنین بر نقش تعامل با سیستم‌های مراقبتی شامل دسترسی به مدرسه، فضاهای دوست‌دار کودک و خدمات درمانی به عنوان عامل تکمیلی حمایت از خانواده تأکید کردند و این سه سطح (خانواده، جامعه و نهادها) را به هم مرتبط و مکمل دانستند.

تم دوم: تاب‌آوری شناختی و معناسازی فرهنگی- معنوی

این تم بر توانایی‌های شناختی و منابع معنایی- فرهنگی، که به کودکان کمک می‌کند تجربه تروماتیک خود را بازتعریف و مدیریت کنند، متمرکز بوده و شامل دو طبقه اصلی «انعطاف‌پذیری شناختی» و «چارچوب‌های فرهنگی- معنوی» است.

طبقه اصلی اول: انعطاف‌پذیری شناختی

پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه اطفال در مصاحبه‌های خود اشاره کردند که کودکانی که توانایی بازتاب‌گری درباره تجربه‌هایشان را دارند یعنی می‌توانند آنچه بر آن‌ها گذشته را مرور کنند، احساسات پیچیده خود را تفکیک کنند و دیدگاه دیگران را درک کنند، پرستاران این کودکان را برخوردار از توانایی بیشتر برای سازگاری با بحران توصیف کردند. یکی از پرستاران گفت:

«کودکی که می‌تواند بگوید "من می‌ترسم چون بمب‌ها یادآور مرگ هستند"، در مقایسه با کودکی که فقط بی‌قرار است بدون اینکه بداند چرا، شانس بهبودی بالاتری دارد» (م ۱۰- پرستار).

مادران نیز از استفاده از استعاره و داستان برای کمک به کودک در بازتعریف تجربه‌های تروماتیکشان صحبت کردند. آن‌ها توضیح دادند که وقتی نمی‌توانند مستقیماً درباره جنگ صحبت کنند، از داستان‌ها و حکایت‌های فرهنگی استفاده می‌کنند تا به کودک کمک کنند تجربه خود را در قالبی امن‌تر و معنادارتر بازسازی کند. حل مسئله و ارزیابی واقع‌بینانه مشکلات نیز به عنوان مؤلفه‌ای مهم در انعطاف‌پذیری شناختی شناسایی شد. کودکانی که می‌توانستند مشکلاتشان را واقع‌بینانه ارزیابی کنند و راه‌حل‌های سازگارانه شناسایی کنند، نشانه‌های کمتری از اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی نشان می‌دادند.

طبقه اصلی دوم: چارچوب‌های فرهنگی- معنوی

مادران به طور گسترده از نقش باورهای دینی و اعمال معنوی در آرامش و امیدبخشی به کودکانشان صحبت کردند. یکی از مادران گفت:

«وقتی به کودکم می‌گویم خدا نگهبان ماست و این سختی‌ها تمام می‌شود، یک آرامش عجیبی در چشمانش می‌بینم» (م ۱۵- مادر).

دعا کردن با کودک، خواندن متون مقدس و آموزش توکل به خداوند از جمله راهبردهایی بود که مادران برای ایجاد حس امنیت روانی و امید به آینده به کار می‌بردند. پرستاران نیز باورهای دینی و معنوی را نه صرفاً به عنوان یک عامل آرام‌بخش بلکه به عنوان بخشی از معناسازی فرهنگی دانستند که به کودک کمک می‌کند رنج خود را در چارچوبی بزرگ‌تر و معنادارتر قرار دهد. آن‌ها تأکید کردند که ایمان و امید معنوی می‌تواند به عنوان یک سیستم حمایتی درونی عمل کند که حتی زمانی که حمایت‌های بیرونی (مانند خانواده یا جامعه) در دسترس نیستند، به کودک کمک می‌کند.

مادران همچنین بر نقش ارزش‌های اخلاقی و تربیت غیر تنبیهی تأکید کردند. یکی از مادران گفت:

«ما به بچه‌هایمان یاد می‌دهیم که نصیحت کردن بهتر از زدن است. وقتی به کودک توضیح می‌دهی که چه کاری اشتباه بوده و چرا، او درونی حس درست و غلط را در خودش پرورش می‌دهد» (م ۲- مادر).

پرستاران، نقش روایت‌های خانوادگی و سنت‌های فرهنگی را در شکل‌دهی به هویت و تاب‌آوری کودک برجسته کردند. آن‌ها توضیح دادند که داستان‌های اجدادی، ضرب‌المثل‌ها و آداب و رسوم فرهنگی که از نسل‌های قبلی به کودک منتقل می‌شود، مجموعه‌ای از ابزارهای معناسازی را فراهم می‌کند که به کودک کمک می‌کند تجربه خود را نه به عنوان یک فاجعه بی‌معنا بلکه به عنوان بخشی از یک روایت بزرگ‌تر و معنادارتر درک کند.

تم سوم: عاملیت کودک و صدا داشتن

این تم بر نقش فعال کودک در فرآیند تاب‌آوری و ضرورت شنیده شدن صدای او تأکید داشت و شامل دو طبقه اصلی «مشارکت و تصمیم‌گیری» و «خودکارآمدی و عزت نفس» بود.

طبقه اصلی اول: مشارکت و تصمیم‌گیری

مادران و پرستاران هر دو بر اهمیت دادن فرصت به کودکان برای مشارکت در تصمیم‌گیری‌های روزمره و بیان نظرشان تأکید کردند. مادران گفتند که اجازه دادن به کودک برای انتخاب لباسش، انتخاب نوع بازی و ابراز احساسات و نظراتش، احساس امنیت روانی کودک را افزایش می‌دهد. یکی از مادران گفت:

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

«وقتی به دخترم اجازه می‌دهم خودش انتخاب کند که چه لباسی بپوشد، حس می‌کند که نظرش مهم است و شنیده می‌شود» (م ۱۱- مادر).

پرستاران نیز تأکید کردند که این انتخاب‌های کوچک مانند انتخاب رنگ مداد، انتخاب بین دو بازی یا انتخاب اینکه کدام قصه خوانده شود حس کنترل و عاملیت را در کودک تقویت می‌کند و این احساس کنترل یکی از عوامل کلیدی در پیش‌بینی تاب‌آوری است. آن‌ها همچنین به نقش چالش‌طلبی و مقاومت سازگارانه اشاره کردند. کودکانی که یاد می‌گیرند در برابر سختی‌ها پشتکار نشان دهند و عقیده خود را در برابر فشار بیان کنند، تاب‌آوری بالاتری نشان می‌دهند.

طبقه اصلی دوم: خودکارآمدی و ارزش‌مندی

پرستاران بیان کردند که کودکانی که احساس توانمندی و خودکارآمدی دارند یعنی می‌دانند در چه زمینه‌هایی خوب هستند و تجربه موفقیت در تحصیل، ورزش یا روابط اجتماعی دارند تاب‌آوری بیشتری در برابر سختی‌ها نشان می‌دهند. یکی از پرستاران گفت:

«کودکی که می‌داند خوب درس می‌خواند، یک پایه هویتی دارد که به او کمک می‌کند از بحران عبور کند» (م ۱۴- پرستار).

عزت نفس و حس ارزش‌مندی نیز از طریق تأییدشدن توسط همسالان و بزرگسالان و دیده شدن به عنوان رهبر تقویت می‌شود. مادران اشاره کردند که وقتی کودکانشان احساس می‌کنند ارزشمند هستند و کسی به آن‌ها اهمیت می‌دهد، نسبت به آینده امیدوارتر می‌شوند. امید به آینده و چشم‌انداز مثبت نیز به عنوان محصول تعامل بین عاملیت، عزت نفس و حمایت رابطه‌ای شناسایی شد. کودکانی که احساس می‌کنند کنترلی بر زندگی‌شان دارند، خودشان را ارزشمند می‌دانند و حمایت می‌شوند، طبیعتاً نسبت به آینده نگرش مثبت‌تری دارند.

تم چهارم: بازی و خلاقیت در پردازش تروما

این تم بر نقش بازی و فعالیت‌های خلاقانه به عنوان ابزارهای اصلی پردازش تجربه‌های تروماتیک تأکید داشت و شامل دو طبقه اصلی «بیان خلاقانه و نمادین» و «بازی اجتماعی و عادی‌سازی» بود.

طبقه اصلی اول: بیان خلاقانه و نمادین

پرستاران مشاهده کردند که کودکان از طریق فعالیت‌های هنری مانند نقاشی، نمایش‌درمانی، موسیقی و نوشتن، تروما خود را بازسازی و پردازش می‌کنند. یکی از پرستاران گفت:

«کودکی که نمی‌تواند درباره بمباران حرف بزند، ممکن است آن را نقاشی کند. رنگ‌های تیره و سیاه ممکن است ترس را نشان دهد و رنگ‌های روشن ممکن است نشانه امید باشد؛ این نقاشی‌ها پنجره‌ای به دنیای درونی کودک هستند که کلمات از بیان آن عاجزند» (م ۱۰- پرستار).

پرستاران تأکید کردند که بازی‌درمانی و بازسازی خاطرات از طریق بازی‌های نمادین، بازی‌های نقشی و نمایش تروما به کودکان اجازه می‌دهد خاطرات آسیب‌زا را در محیطی امن بازآفرینی کنند و به تدریج آن‌ها را در شبکه‌های حافظه خود یکپارچه‌سازی نمایند. آن‌ها توضیح دادند که وقتی کودک در بازی نقشی، نقش نجات‌دهنده را بازی می‌کند، در واقع دارد خاطرات شکست‌خورده خود را بازنویسی می‌کند و حس قدرت و کنترل را که در واقعیت از دست داده، در بازی بازمی‌یابد.

طبقه اصلی دوم: بازی اجتماعی و عادی‌سازی

مادران در مصاحبه‌ها تأکید کردند که بازی با دوستان و همسالان یکی از مهم‌ترین عوامل کاهش اضطراب و بازگرداندن حس عادی بودن به کودکان است. یکی از مادران گفت:

«وقتی می‌بینم بچه‌هایم با بچه‌های همسایه بازی می‌کنند و می‌خندند، حس می‌کنم که هنوز یک بخشی از کودکی‌شان باقی مانده و این برای من مهم‌ترین نشانه بهبودی است» (م ۱۷- مادر).

مادران همچنین بر نقش بازی آزاد و بدون هدف درمانی مشخص تأکید کردند. آن‌ها معتقد بودند که کودکان نیاز دارند صرفاً بازی کنند، بدون اینکه بازی‌شان درمانی تلقی شود، زیرا این بازی آزاد خود به خود یک عمل شفابخش است. پرستاران نیز این یافته را تأیید کردند و افزودند که بازی‌های گروهی نه تنها به عادی‌سازی زندگی کمک می‌کنند بلکه فرصتی برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی، حل تعارض و همکاری فراهم می‌کنند که همگی عوامل تقویت‌کننده تاب‌آوری هستند.

تم پنجم: حمایت اجتماعی و نهادی

این تم نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودکان جنگ‌زده در خلأ شکل نمی‌گیرد، بلکه در بستر شبکه‌ای از روابط اجتماعی و ساختارهای نهادی تکوین می‌یابد. یافته‌ها در دو طبقه اصلی «سرمایه اجتماعی» و «نقش نهادهای کلیدی» سازمان یافت.

طبقه اصلی اول: سرمایه اجتماعی

مادران و پرستاران هر دو بر اهمیت شبکه‌های خویشاوندی و اجتماعی در کاهش فشار روانی و بازتوزیع مسئولیت مراقبت تأکید داشتند. سرمایه اجتماعی خویشاوندی نه تنها منبع کمک

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

عملی، بلکه منبع حمایت هیجانی برای مادران بود. یکی از مادران بیان کرد:

«وقتی خواهرم به کمکم می‌آید و یکی از بچه‌ها را نگه می‌دارد، من می‌توانم نفس تازه کنم و این وقفه کوتاه برایم به معنای بقاست» (م ۳۰– مادر).

این نقل‌قول نشان می‌دهد که حمایت خویشاوندی کارکرد تنظیمی دوگانه دارد: هم مادر را از فرسودگی محافظت می‌کند و هم ظرفیت او برای هم‌تنظیمی با کودک را افزایش می‌دهد. پرستاران علاوه بر شبکه خویشاوندی، بر سرمایه اجتماعی همسایگی و حس همبستگی جمعی تأکید کردند. از نگاه آنان، اشتراک در تجربه رنج، احساس انزوا را کاهش داده و به کودک حس تعلق می‌دهد. یکی از پرستاران گفت:

«کودکی که می‌داند فقط او رنج نمی‌برد و تمام محله‌شان درگیر هستند، احساس انزوای کمتری می‌کند» (م ۲۶– پرستار).

همچنین سرمایه انسانی و فرهنگی (انتقال مهارت‌ها، ارزش‌ها و هنجارهای مقابله‌ای) به عنوان بخشی از این شبکه اجتماعی مطرح شد. بدین ترتیب، سرمایه اجتماعی در این مطالعه نه صرفاً به عنوان دسترسی به منابع، بلکه به عنوان سازوکار تولید معنا و هم‌تنظیمی جمعی تفسیر می‌شود.

طبقه اصلی دوم: دسترسی به خدمات و زیرساخت‌های حمایت

دسترسی به خدمات و زیرساخت های حمایتی همچون، مدرسه بعنوان مهم‌ترین نهاد عادی‌ساز زندگی نیز از جمله عوامل ارتقاءدهنده تاب‌آوری کودکان معرفی شدند. مادران بازگشت به مدرسه را نشانه‌ای از بازگشت ثبات دانستند:

«وقتی دخترم دوباره به مدرسه رفت، حس کردم که زندگی‌مان دارد به روال عادی برمی‌گردد» (م ۱۱– مادر).

پرستاران نیز مدرسه را فضایی چندلایه توصیف کردند:

«مدرسه فقط آموزش نیست؛ مدرسه یک سیستم حمایتی است که روتین، ساختار، دوستی و روابط با بزرگسالان معنادار را فراهم می‌کند» (م ۲۰– پرستار).

خدمات درمانی، فضاهای دوستدار کودک و مکانیزم‌های حفاظتی جامعه‌محور نیز به عنوان «لایه‌های حفاظتی پیرامون کودک» معرفی شدند:

«فضاهای امن، سیستم‌های گزارش‌دهی نقض ایمنی و انسجام اجتماعی، همگی لایه‌هایی از حمایت هستند که اطراف کودک قرار می‌گیرند» (م ۳۴– پرستار).

یافته‌ها نشان می‌دهد که حمایت نهادی زمانی مؤثر است که خانواده‌ها بتوانند به این خدمات دسترسی داشته باشند؛ بنابراین، نقش پرستاران در اتصال خانواده‌ها به منابع موجود، بخشی از فرآیند تاب‌آوری تلقی می‌شود.

تم ششم: استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری

این تم نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودک در شرایط بحران از طریق مجموعه‌ای از اقدامات هماهنگ در چند سطح شکل می‌گیرد. مراقبان و متخصصان برای حفظ ثبات روانی– رفتاری کودک، هم‌زمان از رویکردهای محیطی، معنوی، درمانی و حمایتی بهره می‌برند.

طبقه اصلی: مداخلات چند بعدی

نخستین حوزه، مدیریت اطلاعات و محیط بود؛ خانواده‌ها با محدود کردن اخبار و ایجاد فضای امن تلاش می‌کردند اضطراب کودک را کاهش دهند:

«هرچه کمتر خبر ببیند، آرام‌تر می‌خوابد» (م ۱۲– مادر).

در حفظ روتین و معنویت، تنظیم برنامه روزانه و انجام آیین‌های معنوی، به عنوان ابزار بازگرداندن نظم و امید به کار می‌رفت:

«وقتی روتین را نگه می‌داریم، بچه حس می‌کند زندگی جریان دارد» (م ۱۸– مادر).

در سطح مداخلات بالینی و درمانی، تکنیک‌هایی مانند بازی‌درمانی و آرام‌سازی برای پردازش هیجانات و کاهش تنش به کار گرفته می‌شد:

«بازی‌درمانی کمک می‌کند کودک حرف‌هایش را غیرمستقیم بزند» (م ۳– پرستار).

در توانمندسازی و ارجاع، پرستاران با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به مادران و معرفی خانواده‌ها به شبکه‌های حمایتی، نقش مهمی در استمرار مراقبت داشتند:

«اگر مادر خودش آرام شود، کودک هم راحت‌تر می‌شود» (م ۲۲– پرستار).

به طور کلی از دیدگاه مشارکت‌کنندگان تاب‌آوری کودک نتیجه به‌کارگیری همزمان و هماهنگ مجموعه‌ای از مداخلات عملی در چند بعد مختلف است.

تم هفتم: همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مراقبتی

این تم نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودک در میدان تعامل دو نظام معنایی شکل می‌گیرد: تجربه زیسته مادران و دانش حرفه‌ای پرستاران. این تم شامل طبقه اصلی «برساخت‌های مشترک و متعارض از بهبودی» است.

طبقه اصلی: برساخت‌های مشترک و متعارض از بهبودی

نخستین نقطه همگرایی، نقش محوری رابطه مادر– کودک بود. هر دو گروه مادر را کانون اصلی تنظیم هیجانی کودک دانستند. یکی از پرستاران تصریح کرد:

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

«مادر بهترین درمانگر کودکش است؛ ما فقط می‌توانیم مادر را تقویت کنیم و مسیر را هموار سازیم» (م ۲۴- پرستار).

دومین همگرایی در ارزش عادی‌سازی و بازگشت به مدرسه مشاهده شد. مادران آن را نشانه بهبودی و پرستاران آن را ابزار بازسازی ساختار و پیش‌بینی‌پذیری دانستند.

سومین همگرایی در حوزه معنویت بود. مادران از دعا و روایت‌های دینی برای آرام‌سازی استفاده می‌کردند و پرستاران این منابع را به رسمیت شناخته و در صورت امکان در مداخلات ادغام می‌کردند.

مهم‌ترین واگرایی در تفسیر علائم رفتاری کودک مشاهده شد. برخی مادران رفتارهای بی‌نظم را نافرمانی تعبیر می‌کردند، در حالی که پرستاران آن را نشانه تروما می‌دانستند:

«وقتی مادری می‌گوید بچه‌ام فقط شیطنت می‌کند، باید کمکش کنیم تا بفهمد این رفتار ممکن است نشانه تروما باشد» (م ۲۷- پرستار).

واگرایی دوم در انتظارات جنسیتی نمایان شد. برخی مادران مشارکت پسران در فعالیت‌های پرخطر را ضروری می‌دانستند، در حالی که پرستاران بر پیامدهای روانی و ایمنی آن تأکید داشتند:

«باید هم احترام به فرهنگ خانواده را حفظ کنم و هم نگرانی‌هایم را درباره تأثیر این کار بر سلامت روان پسر بیان کنم» (م ۲۷- پرستار).

موضوع فرسودگی مادران نیز نقطه مشترک اما همراه با تنش بود. مادران از خستگی شدید سخن گفتند:

«گاهی آن‌قدر خسته هستم که دیگر توان بلند شدن ندارم، اما بچه‌ها به من نیاز دارند» (م ۲۳- مادر).

پرستاران بر ضرورت مراقبت از خود مادر تأکید کردند:

«مادری که خودش در حال غرق شدن است نمی‌تواند نجات‌دهنده فرزندش باشد» (م ۳۰- پرستار).

این همگرایی‌ها و واگرایی‌ها نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودک در بستر گفت‌وگو و مذاکره میان این دو دیدگاه شکل می‌گیرد.

تم هشتم: تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره شده

این تم چارچوب مفهومی نهایی مطالعه است و تاب‌آوری را محصول مذاکره‌ای پویا میان کودک، خانواده و ساختارهای اجتماعی می‌داند.

طبقه اصلی اول: مذاکره درون‌خانوادگی

در سطح خرد، تاب‌آوری در تعاملات روزمره مادر و کودک ساخته می‌شود. نام‌گذاری احساسات، گفت‌وگو درباره ترس و مدل‌سازی راهبردهای مقابله‌ای نمونه‌هایی از این فرآیند است:

«تاب‌آوری در لحظات کوچک روزمره شکل می‌گیرد... وقتی مادر به کودک کمک می‌کند اسم احساسش را بگذارد» (م ۱۸- پرستار).

در این سطح، هم‌تنظیمی هیجانی هسته اصلی تاب‌آوری است.

طبقه اصلی دوم: مذاکره نهادی

در سطح میانی، خانواده‌ها برای دسترسی به آموزش، خدمات سلامت روان و حمایت اجتماعی با نهادها وارد تعامل می‌شوند:

«ما نقش رابط را بازی می‌کنیم و به آن‌ها کمک می‌کنیم تا صدایشان شنیده شود» (م ۲۰- پرستار).

دسترسی به مدرسه، درمان و خدمات حمایتی نتیجه یک فرآیند مذاکره فعال است، نه یک امر خودکار.

طبقه اصلی سوم: مذاکره فرهنگی

در عمیق‌ترین سطح، کودک و خانواده با روایت‌های فرهنگی و مذهبی وارد گفت‌وگو می‌شوند. معنابخشی به رنج از طریق داستان‌های دینی و روایت‌های مقاومت بخشی از این فرآیند است:

«وقتی به فرزندم می‌گویم که تمام پیامبران سختی کشیده‌اند... این به او کمک می‌کند حس کند تنها نیست» (م ۱۵- مادر).

در این چارچوب، تاب‌آوری نه صفت فردی بلکه محصول هم‌تنظیمی مستمر میان سطوح درون‌خانوادگی، نهادی و فرهنگی است.

جدول ۱. راهنمای مصاحبه

گروه شرکت‌کننده	محورهای کلیدی پرسش (Probes)	سؤالات اصلی
مادران کودکان بستری	۱. توصیف تغییرات رفتاری و هیجانی کودک پس از بازگشت از بحران/بستری	۱. لطفاً درباره تغییراتی که در رفتار یا حال و هوای فرزندتان پس از بازگشت از شرایط جنگ/ بستری مشاهده کرده‌اید، بیشتر بگویید. این تغییرات چگونه بود؟
	۲. راهکارهای مقابله‌ای و حمایتی به کار گرفته شده	۲. در روزهایی که فرزندتان مضطرب، بی‌قرار یا غمگین است، چه کارهایی انجام می‌دهید یا چه حسی نسبت به او دارید؟ لطفاً مثال بزنید
	۳. تفسیر رفتارهای کودک از دیدگاه والدین	۳. آیا تجربه‌ای داشته‌اید که احساس کنید فرزندتان توانسته با وجود سختی‌ها، سازگاری نشان دهد؟ آن لحظات چگونه بود؟
	۴. منابع معنوی و فرهنگی موثر	۴. چه عواملی (مثل باورهای مذهبی، حمایت خانواده، روتین‌های روزانه) به شما یا فرزندتان کمک کرده تا در این شرایط سخت دوام بیاورید؟

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

پرستاران بخش مراقبت ویژه	۱. مشاهده نشانه‌های سازگاری یا مقاومت در کودکان	۱. با توجه به تجربه‌تان در مراقبت از کودکان آسیب‌دیده در بحران جنگ، چه رفتارها یا نشانه‌هایی را در کودکان به عنوان سازگاری مثبت یا تاب‌آوری مشاهده می‌کنید؟
	۲. تعامل با والدین و تأثیر آن بر روند بهبودی	۲. نقش مادران و خانواده‌ها در روند بهبودی و سازگاری کودک چقدر است؟ آیا تعامل خاصی بین وضعیت هیجانی مادر و کودک مشاهده می‌کنید؟
	۳. مداخلات بالینی و حمایتی مؤثر	۳. چه فعالیت‌ها یا مداخله‌هایی (مثل بازی، گفت‌وگو، روتین‌ها) را در روند بهبودی روانی این کودکان مؤثرتر می‌دانید؟
	۴. چالش‌ها و فرصت‌های موجود در سیستم مراقبتی	۴. چه موانع یا چالش‌هایی در حمایت از تاب‌آوری این کودکان وجود دارد؟ آیا راهکاری وجود دارد که به نظر شما نادیده گرفته شده باشد؟

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در مصاحبه‌های فردی

متغیر	مادران (n=20)	پرستاران (n=15)	کل (n=35)
سن (سال)			
میانگین ± انحراف معیار	۳۲/۴ ± ۶/۱	۳۴/۲ ± ۷/۸	۳۳/۱ ± ۶/۹
بازه	۴۴–۲۲	۴۸–۲۶	۴۸–۲۲
سابقه بالینی (سال)			
میانگین ± انحراف معیار	—	۸/۷ ± ۵/۲	—
بازه	—	۲۰–۲	—
سطح تحصیلات			
دیپلم یا کمتر	۶ (۳۰ درصد)	۰ (۰ درصد)	۶ (۱۷/۱ درصد)
مدرک کارشناسی	۱۰ (۵۰ درصد)	۱۲ (۸۰ درصد)	۲۲ (۶۲/۹ درصد)
مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر	۴ (۲۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۷ (۲۰ درصد)
وضعیت اشتغال			
خانه‌دار	۱۲ (۶۰ درصد)	—	—
شاغل	۸ (۴۰ درصد)	۱۵ (۱۰۰ درصد)	—
وضعیت تأهل			
متأهل	۱۸ (۹۰ درصد)	۱۲ (۸۰ درصد)	۳۰ (۸۵/۷ درصد)
سایر	۲ (۱۰ درصد)	۳ (۲۰ درصد)	۵ (۱۴/۳ درصد)
سن کودک (سال)			
میانگین ± انحراف معیار	۳/۸ ± ۵/۲	—	—
بازه	۵–۱۲	—	—
مدت بستری کودک در بخش مراقبت‌های ویژه (روز)			
میانگین ± انحراف معیار	۶/۲± ۱۲/۴	—	—
بازه	۲۸–۵	—	—
جنسیت کودک			
پسر	۱۱ (۵۵ درصد)	—	—
دختر	۹ (۴۵ درصد)	—	—

جدول ۳. طبقات و کدهای استخراج شده از مطالعه

کدهای استخراج‌شده (Codes)	طبقه فرعی (Sub-category)	طبقه اصلی (Category)	تم اصلی (Theme)
آرام‌سازی کودک؛ مدل‌سازی آرامش والدین؛ مدیریت واکنش‌های هیجانی؛ هم‌تنظیمی در لحظات بحران	تنظیم هیجانی مشترک	تنظیم هیجانی مبتنی بر رابطه	تاب‌آوری رابطه‌مند
روتین‌های قابل پیش‌بینی؛ ثبات در برنامه خواب/غذا؛ حضور فیزیکی و عاطفی مداوم؛ پیش‌بینی‌پذیری مراقبت	حمایت رابطه‌ای و ثبات		
حضور اجداد و بزرگان؛ تقسیم بار مراقبتی بین خواهر/برادر؛ شبکه خویشاوندی نزدیک؛ حمایت عاطفی اعضای خانواده	حمایت درون‌خانوادگی	شبکه های حمایتی چندسطحی	تاب‌آوری شناختی و معناسازی فرهنگی–معنوی
همبستگی محله‌ای؛ اشتراک در رنج با همسایگان؛ کمک‌های مادی همسایگان؛ کاهش احساس انزوا با جامعه محلی	حمایت اجتماعی و همسایگی		

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

درک احساسات پیچیده؛ تفکیک واقعیت از خیال؛ بازنگری در تجربه تروما؛ توانایی نام‌گذاری ترس‌ها	بازتاب‌گری و خودآگاهی	انعطاف‌پذیری شناختی	عاملیت و صدا داشتن کودک
داستان‌گویی برای کودک؛ استفاده از استعاره؛ بازتعریف تجربه به عنوان آزمایش؛ حل مسئله واقع‌بینانه	روایت‌سازی و معناسازی		
دعا و نیایش مشترک؛ توکل به خداوند؛ آموزش مفاهیم ایمانی به کودک؛ امید معنوی به آینده	باورهای دینی و معنوی	چارچوب‌های فرهنگی- معنوی	
تربیت غیرتنبیهی؛ روایت‌های خانوادگی و اجدادی؛ انتقال سنت‌های فرهنگی؛ تأکید بر صبر و استقامت	ارزش‌های اخلاقی و تربیتی		
انتخاب لباس و پوشاک؛ انتخاب نوع بازی یا سرگرمی؛ ابراز نظر در مسائل کوچک؛ شنیده شدن نظرات توسط والدین	حق انتخاب روزمره	مشارکت و تصمیم‌گیری	
پشتکار در انجام کارها؛ ابراز عقیده در برابر فشارها؛ مقاومت فعال در برابر ناامیدی؛ تلاش برای حل مشکل شخصی	چالش‌طلبی سازگارانه		
موفقیت در تحصیل یا ورزش؛ شناخت توانمندی‌های خاص؛ احساس ارزشمندی درونی؛ دریافت تأیید از همسالان	شناسایی نقاط قوت	خودکارآمدی و عزت‌نفس	
چشم‌انداز مثبت از آینده؛ باور به توانایی عبور از بحران؛ احساس امنیت روانی؛ امیدواری به بازگشت زندگی عادی	امید به آینده و تصویر مثبت		
نقاشی و رنگ‌آمیزی؛ موسیقی و آواز؛ نمایش‌درمانی و ایفای نقش؛ بازی با خاک رس یا مواد شکل‌پذیر	فعالیت‌های هنری-درمانی	بیان خلاقانه و نمادین	بازی و خلاقیت در پردازش تروما
بازآفرینی صحنه‌های جنگ در بازی؛ ایفای نقش نجات‌دهنده؛ کنترل مجدد صحنه‌های ترسناک؛ تبدیل ترس به قدرت در بازی	بازی نمادین و بازسازی		
بازی گروهی با دوستان؛ کاهش انزوا و انزواطلبی؛ یادگیری مهارت‌های اجتماعی؛ اشتراک‌گذاری تجربه با همسن‌وسالان	تعامل با همسالان	بازی اجتماعی و عادی‌سازی	
بازی بدون هدف درمانی مشخص؛ خندیدن و شادی لحظه‌ای؛ بازگشت به عادی‌گری کودکی؛ لذت بردن از فعالیت‌های ساده	بازی آزاد و سرگرمی		
احساس تعلق به گروه یا جامعه؛ اشتراک در رنج جمعی؛ حمایت متقابل در محله؛ کاهش احساس تنهایی در بحران	همبستگی و تعلق اجتماعی	سرمایه اجتماعی	حمایت اجتماعی و نهادی
کمک‌های غیررسمی همسایگان؛ مشارکت داوطلبانه در کمک‌ها؛ شبکه‌های دوستی کودکان؛ حمایت‌های عاطفی محلی	شبکه‌های حمایت غیررسمی		
دسترسی به مشاوره و روان‌درمانی؛ مداخلات تخصصی اختلال استرس پس از سانحه؛ فضاهای امن روانی؛ پیگیری درمانی منظم	خدمات درمانی و روان‌شناختی	دسترسی به خدمات و زیرساخت‌های حمایتی	
بازگشت به مدرسه و کلاس‌ها؛ فضای فیزیکی امن در مدارس؛ دسترسی به تغذیه مناسب؛ خدمات اجتماعی حمایتی	خدمات آموزشی و رفاهی		
فیلتر کردن اخبار جنگ؛ کنترل ورودی‌های کودک؛ دور نگه داشتن از تصاویر خشن؛ ایجاد محیط فیزیکی امن	مدیریت اطلاعات و محیط		
حفظ زمان‌بندی خواب و غذا؛ دعا و خواندن متون مقدس؛ ایجاد حس عادی‌بودن در زندگی روزمره؛ امیدبخشی معنوی	حفظ روتین و معنویت	مداخلات چند بعدی	استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری
درمان شناختی- رفتاری؛ بازی‌درمانی تخصصی؛ تکنیک‌های آرام‌سازی؛ داستان‌درمانی برای یکپارچه‌سازی خاطرات	مداخلات بالینی و درمانی		
آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به مادر؛ ارجاع به خدمات اجتماعی؛ اتصال خانواده به منابع حمایتی؛ آموزش هم‌تنظیمی	توانمندسازی و ارجاع		
اهمیت رابطه مادر- کودک؛ ارزش بازگشت به مدرسه؛ نقش مثبت بازی در بهبودی؛ مشروعیت دین و معنویت در درمان	محوریت رابطه و عادی‌سازی	برساخت‌های مشترک و متعارض از بهبودی	همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مراقبتی
تفاوت تفسیر رفتار (لجبازی در مقابل تروما)؛ تعارضات جنسیتی در نقش‌ها؛ فشار و فرسودگی مادران؛ انتظارات ناهماهنگ	تفاوت‌های تفسیری و فرهنگی		
گفت‌وگو درباره احساسات؛ تنظیم متقابل آرامش مادر و کودک؛ ساخت معنای مشترک از رویدادها؛ تعیین مرزهای ایمنی	تنظیم هیجان تعاملی	مذاکره درون‌خانوادگی	تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره‌شده
تفسیر جمعی اتفاقات؛ تعیین قوانین خانوادگی در بحران؛ محافظت فعال از فضای روانی کودک؛ همدلی والد-کودک	ساخت معنا و مرزبندی		
وکالت برای حقوق کودک در بیمارستان؛ مذاکره با مدرسه برای	تعامل با سیستم‌های خدماتی	مذاکره نهادی	

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

بازگشت؛ دسترسی به بیمه و کمک‌های مالی؛ پیگیری پرونده‌های درمانی		
ارتباط با سازمان‌های مردم‌نهاد؛ استفاده از خطوط مشاوره؛ مشارکت در برنامه‌های حمایتی اجتماعی؛ دسترسی به رفاه	ارتباط با نهادهای حمایتی	مذاکره فرهنگی
استفاده از داستان‌های قهرمانی و دینی؛ حفظ هویت فرهنگی در پرتگاه بحران؛ تفسیر رنج در چارچوب ارزش‌های فرهنگی	پیوند با روایت‌های جمعی	
انتقال ارزش‌های اخلاقی به کودک؛ شرکت در مراسم جمعی یا مذهبی؛ حفظ آداب و رسوم خانوادگی؛ مقاومت فرهنگی در برابر تروما	حفظ هویت و سنت‌ها	

جدول ٤. مقایسه همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مادران و پرستاران

دیدگاه و راهکارهای پرستاران	دیدگاه و راهکارهای مادران	محور مقایسه
•مداخلات درمانی •توانمندسازی مادر •اتصال به سیستم‌های حمایتی	•محافظت هیجانی •بازگرداندن زندگی عادی •حمایت معنوی •تقویت روابط خانواده گسترده	استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری
•اهمیت رابطه و تنظیم هیجان •بازگشت به مدرسه و عادی‌سازی ساختاریافته •ارزش و مشروعیت معنویت در تاب‌آوری	•اهمیت رابطه و تنظیم هیجان •بازگشت به مدرسه و عادی‌سازی ساختاریافته •ارزش و مشروعیت معنویت در تاب‌آوری	همگرایی دیدگاه‌های مراقبتی
•تفسیر علائم: نشانه‌های تروما یا اختلال استرس پس از سانحه •انتظارات جنسیتی: هشدار درباره خطرات ایمنی و پیامدهای روانی بلندمدت •فشار بر مادران: لزوم اولویت‌دهی به خودمراقبتی مادر به عنوان پیش‌شرط مراقبت مؤثر از کودک	•تفسیر علائم: لجبازی یا نافرمانی کودک •انتظارات جنسیتی: تشویق پسران به مشارکت فعال در بحران •فشار بر مادران: تجربه فرسودگی مراقبتی با وجود عدم دریافت حمایت ساختاری کافی	واگرایی دیدگاه های مراقبتی

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودکان در شرایط بحران جنگ پدیده‌ای تک‌بعدی یا صرفاً فردی نیست، بلکه سازه‌ای چندسطحی، رابطه‌مند و زمینه‌مند است که در بستر تعامل میان کودک، مراقب، خانواده، شبکه‌های اجتماعی و نظام‌های نهادی شکل می‌گیرد. تحلیل داده‌ها نشان داد که تاب‌آوری نه به عنوان یک ویژگی ثابت شخصیتی، بلکه به عنوان فرآیندی پویا و در حال شکل‌گیری در بستر روابط انسانی قابل فهم است و فرآیندی است که از طریق تنظیم هیجان، معناسازی تجربه، فرصت‌های عاملیت، بازی و خلاقیت و همچنین دسترسی به منابع حمایتی تقویت می‌شود. این برداشت با دیدگاه‌های معاصر تاب‌آوری همخوان است که آن را نتیجه تعامل میان منابع فردی و محیطی می‌دانند و بر نقش بافت اجتماعی و فرهنگی در شکل‌گیری آن تأکید می‌کنند [۱۲،۶].

تحلیل داده‌ها نشان داد که مسیرهای تقویت تاب‌آوری در قالب مجموعه‌ای از راهبردهای مرتبط با یکدیگر قابل درک هستند که از سطح روابط مراقبتی آغاز شده و به سطح شبکه‌های اجتماعی و نهادی گسترش می‌یابند. این یافته با مدل اکولوژیک تاب‌آوری همسو است که بیان می‌کند تاب‌آوری در تعامل میان فرد، خانواده، جامعه و ساختارهای اجتماعی شکل می‌گیرد [۱۳]. در این چارچوب، یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که تقویت تاب‌آوری کودکان در شرایط جنگ مستلزم مداخلاتی است که هم‌زمان ابعاد هیجانی، شناختی، اجتماعی و فرهنگی زندگی کودک را در نظر بگیرند. در ادامه، هر یک از تم‌های اصلی استخراج‌شده از داده‌ها در پرتو ادبیات پژوهشی مورد بحث قرار می‌گیرد.

تاب‌آوری رابطه‌مند

یکی از برجسته‌ترین یافته‌های این مطالعه، نقش محوری روابط مراقبتی در شکل‌گیری تاب‌آوری کودکان بود. داده‌ها نشان دادند که کیفیت رابطه مادر–کودک و وضعیت هیجانی مادر نقش مهمی در تنظیم هیجان و کاهش اضطراب کودک دارد. کودکانی که در محیطی با تعاملات عاطفی گرم، پاسخ‌گویی هیجانی و حضور مراقبان آرام قرار داشتند، توانایی بیشتری در سازگاری با شرایط بحران نشان می‌دادند. این یافته با نظریه‌های دلبستگی و هم‌تنظیمی هیجانی همخوانی دارد که بر نقش تعاملات اولیه مراقب– کودک در شکل‌گیری توانایی تنظیم هیجان تأکید می‌کنند [۱۴].

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه کودکان در معرض جنگ نیز نشان داده‌اند که آشفتگی هیجانی والدین می‌تواند به افزایش علائم اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه در کودکان منجر شود [۱۵،۱۶]. در مقابل، حضور مراقبینی که قادرند ثبات

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]
[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

عاطفی و پیش‌بینی‌پذیری رفتاری را حفظ کنند، به عنوان یک عامل محافظتی مهم عمل می‌کند [۵]. یافته‌های مطالعه حاضر نیز این موضوع را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که کودک در شرایط بحران به شدت تحت تأثیر وضعیت روانی مراقبان خود قرار دارد.

با این حال، برخی مطالعات نشان داده‌اند که در شرایط بحران شدید، حتی والدین دارای مهارت‌های مراقبتی مناسب نیز ممکن است به دلیل فشارهای محیطی و استرس مزمن قادر به حفظ ثبات هیجانی نباشند [۱۷]. این موضوع می‌تواند تا حدی تفاوت‌های مشاهده‌شده در تجربه کودکان را توضیح دهد. در چنین شرایطی، حمایت از سلامت روان والدین می‌تواند به عنوان یکی از راهبردهای کلیدی در تقویت تاب‌آوری کودکان در نظر گرفته شود.

از منظر تحلیلی، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات متمرکز صرف بر کودک نمی‌تواند به طور کامل نیازهای روانی او را در شرایط بحران پاسخ دهد. بلکه لازم است برنامه‌های حمایتی به گونه‌ای طراحی شوند که هم‌زمان والدین و سایر مراقبان را نیز در بر گیرند. این رویکرد با مدل‌های مبتنی بر خانواده در سلامت روان کودک همخوان است که بر نقش روابط خانوادگی در شکل‌گیری سازگاری روانی تأکید دارند [۱۸].

تاب‌آوری شناختی و معناسازی فرهنگی- معنوی

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که تاب‌آوری کودکان تنها در سطح هیجانی شکل نمی‌گیرد، بلکه ابعاد شناختی و معنوی نیز نقش مهمی در این فرآیند ایفا می‌کنند. کودکانی که قادر بودند احساسات خود را بیان کنند، درباره تجربه های خود پرسش بپرسند و معنایی برای رویدادهای پیرامون خود بیابند، سازگاری روانی بیشتری نشان دادند. این یافته با پژوهشی همسو است که انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی بازتاب‌گری را از عوامل مهم در کاهش پیامدهای روانی تروما معرفی کرده است [۱۹].

توانایی معناسازی تجربه‌های آسیب‌زا می‌تواند به کاهش احساس بی‌معنایی و درماندگی در کودکان کمک کند [۲۰]. در واقع، زمانی که کودک قادر است تجربه دشوار خود را در قالب یک روایت قابل فهم بازسازی کند، احتمال بروز اختلالات روانی کاهش می‌یابد. یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که گفت‌وگو درباره احساسات و تجربه‌ها می‌تواند به کودکان کمک کند تا احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود داشته باشند.

در کنار این عامل شناختی، نقش معنویت نیز در داده‌های پژوهش برجسته بود. بسیاری از خانواده‌ها از باورهای دینی و معنوی به عنوان منبعی برای امید، آرامش و معنا استفاده می‌کردند. این نتیجه با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند معنویت می‌تواند به عنوان یکی از منابع مقابله‌ای در شرایط بحران عمل کند و احساس امید و تحمل‌پذیری را در کودکان افزایش دهد [۲۱, ۲۲].

با این حال، نتایج یک پژوهش نیز نشان داده است که تأثیر معنویت ممکن است بسته به شرایط فرهنگی، سن کودک و نحوه انتقال مفاهیم دینی متفاوت باشد [۲۳].

تأثیر دین و معنویت بر سلامت روان کودکان یکنواخت نیست و می‌تواند بر حسب زمینه فرهنگی، ویژگی‌های کودک و نحوه مفهوم‌پردازی و کاربرد منابع معنوی متفاوت باشد.

بنابراین، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بهره‌گیری از منابع معنوی در مداخلات حمایتی باید با حساسیت فرهنگی و توجه به سطح درک کودک صورت گیرد.

عاملیت کودک و صدا داشتن

یکی دیگر از تم‌های مهم در یافته‌های پژوهش حاضر، نقش عاملیت کودک در تقویت تاب‌آوری بود. داده‌ها نشان دادند کودکانی که در تصمیم‌های روزمره مانند انتخاب فعالیت‌ها، مشارکت در امور خانوادگی یا بیان دیدگاه‌های خود فرصت مشارکت داشتند، احساس ارزشمندی و کنترل بیشتری تجربه می‌کردند. این یافته با نظریه خودتعیین‌گری همخوانی دارد که بر اهمیت نیازهای بنیادین خودمختاری، شایستگی و ارتباط در رشد روانی تأکید می‌کند [۲۴].

به طورکلی فراهم کردن فرصت‌های مشارکت برای کودکان می‌تواند احساس خودکارآمدی آنان را تقویت کند و در نتیجه توانایی آنان را برای مقابله با شرایط دشوار افزایش دهد [۲۵]. در شرایط بحران، این موضوع اهمیت بیشتری پیدا می‌کند؛ زیرا کودکان اغلب احساس می‌کنند که کنترل چندانی بر محیط خود ندارند. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که حتی فرصت‌های کوچک برای انتخاب، مانند انتخاب بازی یا فعالیت روزانه، می‌تواند نقش مهمی در بازسازی احساس کنترل ایفا کند. این نتیجه با یافته ای یک مطالعه همسو است که نشان داده است، احساس کنترل ادراک‌شده یکی از عوامل مهم در کاهش اضطراب و استرس در کودکان است [۲۴].

با این حال، واگذاری مسئولیت بیش از حد به کودکان در شرایط بحران ممکن است پیامدهای منفی نیز داشته باشد [۲۵]. بنابراین، ایجاد تعادل میان حمایت بزرگسالان و فرصت‌های مشارکت کودک اهمیت زیادی دارد. یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد که عاملیت کودک زمانی بیشترین اثر را دارد که در چارچوب روابط حمایتی و هدایت بزرگسالان شکل گیرد.

بازی، خلاقیت و پردازش نمادین تروما

تحلیل داده‌ها نشان داد که بازی و فعالیت‌های خلاقانه نقش مهمی در پردازش تجربه‌های آسیب‌زا در کودکان دارند. کودکان از طریق نقاشی، بازی‌های نمایشی و فعالیت‌های هنری

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

قادر بودند احساسات خود را به صورت نمادین بیان کنند. این یافته با ادبیات بازی‌درمانی مبتنی بر تروما همخوانی دارد که بازی را یکی از ابزارهای اصلی برای بیان هیجان‌های سرکوب‌شده و بازسازی احساس امنیت در کودکان می‌داند [۲۶].

بازی می‌تواند به کودکان کمک کند تا تجربه‌های دشوار خود را در قالب نمادین بازسازی کنند و از این طریق بر احساسات خود تسلط بیشتری پیدا کنند [۲۷]. در شرایط جنگ، که بیان مستقیم تجربه‌های تروماتیک ممکن است برای کودک دشوار باشد، بازی و هنر می‌توانند به عنوان زبان طبیعی کودک عمل کنند.

با این حال، نتایج یک مطالعه نشان داده است که اثربخشی بازی در پردازش تروما تا حد زیادی به کیفیت همراهی بزرگسالان و محیط حمایتی بستگی دارد [۲۸]. اگر محیط بازی ناامن یا محدود باشد، کودک ممکن است نتواند از این ظرفیت به طور کامل استفاده کند. بنابراین، یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که فراهم کردن فضاهای امن برای بازی و فعالیت‌های خلاقانه می‌تواند نقش مهمی در برنامه‌های حمایتی برای کودکان در شرایط بحران داشته باشد.

حمایت اجتماعی و نهادی

یافته‌های پژوهش نشان داد که تاب‌آوری کودکان در بستر شبکه‌ای از روابط اجتماعی و منابع نهادی شکل می‌گیرد. خانواده گسترده، همسایگان، مدرسه و نهادهای حمایتی از جمله منابع مهمی بودند که به کودکان و خانواده‌ها در مواجهه با بحران کمک می‌کردند. این نتیجه با نظریه سرمایه اجتماعی همخوانی دارد که بیان می‌کند روابط اجتماعی مبتنی بر اعتماد و همکاری می‌توانند دسترسی افراد به منابع حمایتی را افزایش دهند [۲۹].

نتایج یک مطالعه انجام شده در زمینه بحران‌های انسانی نیز نشان داده است که وجود شبکه‌های اجتماعی فعال می‌تواند نقش مهمی در کاهش فشار روانی خانواده‌ها ایفا کند [۳۰]. همچنین بازگشت کودکان به محیط‌های آموزشی پایدار یکی از عوامل مهم در بازسازی احساس عادی بودن زندگی محسوب می‌شود.

با این حال در شرایط جنگی، ضعف زیرساخت‌های اجتماعی و محدودیت دسترسی به خدمات می‌تواند کارایی این شبکه‌ها را کاهش دهد [۳۱]. یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که در برخی موارد، خانواده‌ها با کمبود خدمات حمایتی یا محدودیت دسترسی به منابع روانی- اجتماعی مواجه بودند. این موضوع نشان می‌دهد که تقویت ساختارهای حمایتی و خدمات سلامت روان در شرایط بحران می‌تواند نقش مهمی در ارتقای تاب‌آوری کودکان داشته باشد.

استراتژی‌های تقویت تاب‌آوری

در مواجهه با بحران‌های جنگ، یکی از مهم‌ترین راهبردهای تقویت تاب‌آوری کودکان، مدیریت اطلاعات و محیط است. کاهش مواجهه با محرک‌های آسیب‌زا از جمله فیلتر کردن اخبار، محدودسازی تصاویر خشونت‌آمیز و ایجاد محیط‌های فیزیکی امن می‌تواند از تشدید علائم اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه پیشگیری کند. در همین راستا، مداخلاتی مانند «فضاهای دوستدار کودک» با هدف کاهش مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا و فراهم‌سازی محیطی امن برای بازی و حمایت روانی طراحی شده‌اند و نقش مهمی در حفاظت روانی اولیه دارند [۳۲]. این یافته‌ها نشان می‌دهد که راهبردهای محیطی، در کنار مداخلات چندبعدی (خانواده‌محور، مدرسه‌محور و جامعه‌محور)، پایه‌ای برای شکل‌گیری حس امنیت و کنترل در کودک فراهم می‌کنند؛ عاملی که به طور مستقیم با افزایش تاب‌آوری و کاهش آسیب روانی مرتبط است.

علاوه بر این، حفظ روتین‌های روزمره و بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی و حمایتی نقش کلیدی در بازسازی تعادل روانی کودک دارد. حفظ زمان‌بندی خواب و تغذیه و ایجاد حس عادی‌بودن، به همراه منابع معنوی مانند دعا یا متون مقدس، می‌تواند به افزایش احساس امید و ثبات هیجانی کمک کند. در سطح تخصصی‌تر، مداخلات مبتنی بر شواهد مانند درمان شناختی-رفتاری، بازی‌درمانی، تکنیک‌های آرام‌سازی و داستان‌درمانی، با هدف پردازش تجربه‌های تروماتیک و یکپارچه‌سازی خاطرات، به طور مؤثر علائم اضطراب را کاهش می‌دهند [۳۳]. همچنین، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به والدین، هم‌تنظیمی هیجانی و اتصال خانواده به منابع حمایتی، به عنوان بخشی از رویکردهای چندسطحی، تأثیر مداخلات را تقویت کرده و پایداری تاب‌آوری کودک را افزایش می‌دهد. به طور کلی مداخلاتی که همزمان کودک، خانواده و جامعه را درگیر می‌کنند، بیشترین اثربخشی را دارند [۳۴].

همگرایی و واگرایی دیدگاه‌های مراقبتی

یکی از یافته‌های مهم پژوهش حاضر شناسایی همزمان همگرایی‌ها و واگرایی‌هایی در دیدگاه‌های مادران و پرستاران درباره راهبردهای تقویت تاب‌آوری کودکان بود. تحلیل روایت‌ها نشان داد که این دو گروه اگرچه از موقعیت‌های تجربی متفاوتی به مسئله می‌نگرند، اما در برخی اصول اساسی درک مشترکی دارند. از جمله مهم‌ترین نقاط همگرایی می‌توان به اهمیت رابطه عاطفی با کودک، ضرورت حفظ آرامش در محیط خانواده، نقش گفت‌وگو با کودک درباره احساسات و اهمیت بازگشت تدریجی به فعالیت‌های عادی زندگی اشاره کرد.

هر دو گروه بر این نکته تأکید داشتند که کودکان در شرایط بحران بیش از هر چیز به حضور عاطفی و قابل اعتماد مراقبان

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

نیاز دارند. این همگرایی نشان می‌دهد که تجربه زیسته مادران و دانش حرفه‌ای پرستاران در برخی حوزه‌ها به درک مشترکی از نیازهای روانی کودک منجر می‌شود. به طور کلی همکاری میان خانواده‌ها و متخصصان سلامت زمانی مؤثرتر است که بر چنین نقاط مشترکی استوار باشد [۱۴].

با وجود این همگرایی‌ها، داده‌های پژوهش نشان داد که تفاوت‌هایی نیز در نحوه تفسیر برخی رفتارهای کودکان وجود دارد. برای مثال، برخی مادران رفتارهایی مانند بی‌قراری، پرخاشگری یا گوشه‌گیری کودک را به ویژگی‌های شخصیتی یا مشکلات تربیتی نسبت می‌دادند، در حالی که پرستاران این رفتارها را بیشتر به عنوان نشانه‌های احتمالی فشار روانی یا تجربه تروما تفسیر می‌کردند. چنین تفاوت‌هایی در یک مطالعه دیگر نیز گزارش شده و نشان می‌دهد که چارچوب‌های دانشی متفاوت می‌تواند بر نحوه درک نشانه‌های روانی تأثیر بگذارد [۱۵].

محور دیگر واگرایی به انتظارات فرهنگی از نقش کودکان در شرایط بحران مربوط می‌شد. برخی مادران مشارکت فعال کودکان در امور خانوادگی را نشانه‌ای از مسئولیت‌پذیری می‌دانستند، در حالی که پرستاران بر ضرورت محافظت بیشتر از کودکان در برابر فشارهای محیطی تأکید داشتند. این تفاوت دیدگاه را می‌توان در چارچوب تفاوت میان ارزش‌های فرهنگی و رویکردهای حرفه‌ای سلامت روان تفسیر کرد.

در مجموع، یافته‌های این تم نشان می‌دهد که همگرایی‌ها و واگرایی‌های موجود میان دیدگاه مادران و پرستاران نه لزوماً به عنوان تعارض، بلکه به عنوان فرصتی برای گفت‌وگوی بین‌رشته‌ای قابل فهم است. ترکیب دانش تجربی خانواده‌ها با دانش تخصصی متخصصان می‌تواند به طراحی مداخلاتی منجر شود که هم از نظر علمی معتبر باشند و هم با واقعیت‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده‌ها سازگار باشند.

تم هشتم: تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره شده

تحلیل نهایی داده‌های پژوهش نشان داد که تمامی تم‌های استخراج‌شده را می‌توان در چارچوب مفهومی گسترده‌تری درک کرد که در این مطالعه با عنوان «تاب‌آوری به مثابه هم‌تنظیمی مذاکره‌شده» مفهوم‌پردازی شده است. بر اساس این مفهوم، تاب‌آوری در شرایط بحران نه یک ویژگی فردی ثابت و نه صرفاً نتیجه مداخلات حرفه‌ای است، بلکه حاصل تعامل پویا میان کودک، خانواده و نظام‌های حمایتی است.

در این چارچوب، فرآیند تنظیم هیجان و سازگاری روانی کودک به صورت یک تعامل مستمر میان بازیگران مختلف شکل می‌گیرد. مادران با فراهم کردن امنیت عاطفی، مراقبت روزمره و منابع فرهنگی نقش مهمی در تنظیم هیجان کودک دارند. در مقابل، پرستاران و سایر متخصصان سلامت با ارائه دانش تخصصی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و هدایت خانواده‌ها به منابع حمایتی این فرآیند را تقویت می‌کنند. کودک نیز در این میان نقش فعالی دارد و با بیان نیازها، واکنش‌ها و راهبردهای مقابله‌ای خود در شکل‌گیری این تعامل مشارکت می‌کند.

اصطلاح «مذاکره‌شده» در این مفهوم به این واقعیت اشاره دارد که مسیر تقویت تاب‌آوری اغلب از طریق تعامل و گفت‌وگو میان دیدگاه‌های مختلف شکل می‌گیرد. برای مثال، مادران ممکن است بر حفظ نزدیکی عاطفی و محافظت از کودک تأکید کنند، در حالی که متخصصان سلامت بر ضرورت مواجهه تدریجی کودک با فعالیت‌های اجتماعی یا مداخلات درمانی تأکید دارند. تعامل میان این دیدگاه‌ها می‌تواند به شکل‌گیری راهبردهایی منجر شود که هم با ارزش‌های فرهنگی خانواده سازگار باشند و هم از نظر علمی اثربخش تلقی شوند.

این برداشت با دیدگاه‌های جدید در ادبیات تاب‌آوری همخوانی دارد که تاب‌آوری را فرآیندی رابطه‌مند و اکولوژیک می‌دانند؛ فرآیندی که در تعامل میان منابع فردی، خانوادگی و اجتماعی شکل می‌گیرد [۵،۱۶]. یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد که زمانی که این منابع در قالب یک شبکه حمایتی هماهنگ عمل می‌کنند، امکان بازسازی احساس امنیت، معنا و امید در کودکان افزایش می‌یابد.

در نتیجه، مفهوم هم‌تنظیمی مذاکره‌شده می‌تواند چارچوب نظری مفیدی برای درک پیچیدگی‌های تاب‌آوری کودکان در شرایط بحران فراهم کند. این مفهوم نشان می‌دهد که تقویت تاب‌آوری نیازمند رویکردی مشارکتی است که در آن خانواده‌ها، متخصصان سلامت و نهادهای اجتماعی به طور هماهنگ در حمایت از کودک مشارکت داشته باشند.

محدودیت‌های مطالعه: این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز است. نخست، پژوهش در یک مرکز انجام شد و بنابراین انتقال‌پذیری یافته‌ها به سایر محیط‌های بالینی و فرهنگی باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، داده‌ها بر اساس دیدگاه مادران و پرستاران جمع‌آوری شد و تجربه کودکان به‌طور مستقیم مورد بررسی قرار نگرفت. ازاین‌رو، بخشی از یافته‌ها بازتاب برداشت مراقبان از رفتارها و نیازهای کودکان است. همچنین، ماهیت زمینه‌مند تجارب مرتبط با جنگ ممکن است کاربرد یافته‌ها را در سایر انواع بحران‌ها محدود کند. با وجود این محدودیت‌ها، استفاده از نمونه‌گیری با حداکثر تنوع و بررسی دیدگاه دو گروه از مراقبان، به غنای داده‌ها و درک چندسطحی تاب‌آوری کودکان کمک کرده است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تاب‌آوری کودکان در بحران جنگ، یک ویژگی فردی ثابت نیست، بلکه فرآیندی پویا و رابطه‌مند است که از طریق هم‌تنظیمی هیجانی میان مادر

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

و کودک و تعامل با شبکه‌های حمایتی شکل می‌گیرد. این پدیده در سه سطح درون‌خانوادگی، نهادی و فرهنگی به مثابه یک هم‌تنظیمی مذاکره‌شده ظاهر می‌شود که در آن ثبات رفتاری، معناسازی از طریق باورهای دینی و فرهنگی، و بازگرداندن حس کنترل به کودک از طریق بازی و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها، نقش‌های کلیدی ایفا می‌کنند. همگرایی دیدگاه پرستاران و مادران بر اهمیت رابطه مادر–کودک و عادی‌سازی زندگی، در کنار واگرایی در تفسیر رفتارها و چالش‌های جنسیتی، ضرورت تدوین مداخلات جامع‌نگر را برجسته می‌سازد که در آن پرستاران نه‌تنها درمانگر کودک، بلکه تسهیل‌گر توانمندسازی مادر و پل ارتباطی با منابع حمایتی باشند. بنابراین، ارتقای سلامت روان کودکان جنگ‌زده نیازمند گذار از رویکردهای درمانی صرفاً فردگرایانه به رویکردهای سیستمی است که بر تقویت ظرفیت‌های رابطه‌ای، فرهنگی و نهادی تمرکز دارد.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- توانمندسازی والدین به عنوان پایه‌های اصلی حمایت: آموزش عملی مهارت‌های تنظیم هیجانی و هم‌تنظیمی به والدین کودکان تحت تأثیر جنگ و بحران برای مدل‌سازی آرامش و ایجاد ثبات رفتاری، با تأکید بر اینکه سلامت روان والدین پیش‌شرط اصلی تاب‌آوری کودک است.
- ایجاد فضاهای بازی و عادی‌سازی ساختاریافته: توسعه مراکز بازی‌درمانی و فضاهای دوستدار کودک در پایگاه‌های نظامی و مناطق تحت تأثیر بحران، با هدف استفاده از بازی به عنوان زبان طبیعی برای پردازش تروما و بازگرداندن حس کنترل و عادی بودن به زندگی کودکان.
- مدیریت فرهنگی و جنسیتی در مراقبت: آموزش پرسنل نظامی و بهداشتی برای تفکیک رفتارهای تروماتیک از لجبازی و توجه ویژه به پایش فشارهای روانی ناشی از انتظارات جنسیتی (بویژه برای پسران) و ادغام ارزش‌های معنوی و فرهنگی خانواده‌ها در پروتکل‌های درمانی.

تقدیر و تشکر

پس از کسب مجوزهای لازم و اخذ کد اخلاق (IR.MUI.NUREMA.REC.1405.002) از کمیته اخلاق دانشگاه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و پس از اخذ رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه اخذ شد. نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و سپاسگزاری خود را از واحدهای پژوهش جهت همکاری در مصاحبه‌ها اعلام می دارد. هم چنین از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز آموزشی درمانی کودکان حضرت امام حسین(ع) که در راستای اجرای مطالعه حمایت نمودند، کمال تشکر را دارند.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می کنند که هیچ تضاد منافعی در مطالعه حاضر ندارند.

منابع

1. Horak RV, Griffin JF, Brown A-M, Nett ST, Christie LM, Forbes ML, et al. Growth and changing characteristics of pediatric intensive care 2001–2016. Critical care medicine. 2019;47(8):1135-42. doi.10.1097/ccm.0000000000003863
2. Masten AS, Narayan AJ. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. Annual review of psychology. 2012;63(1):227-57. doi.10.1146/annurev-psych-120710-100356.
3. Masten AS, Narayan AJ, Silverman WK, Osofsky JD. Children in war and disaster. Handbook of child psychology and developmental science. 2015:1-42. doi.10.1002/9781118963418.childpsy418
4. Peltonen K. Children and war–vulnerability and resilience. European journal of developmental psychology. 2025;22(3):340-52. doi.10.1017405629/2024/2382410/80.
5. Betancourt TS, Borisova I, Williams TP, Meyers-Ohki SE, Rubin-Smith JE, Annan J, et al. Psychosocial adjustment and mental health in former child soldiers--systematic review of the literature and recommendations for future research. J Child Psychol Psychiatry. 2013;54(1):17-36. doi.10.1111/j.1469-7610.2012.02620.x
6. Masten AS. Resilience of children in disasters: A multisystem perspective. International journal of psychology. 2021;56(1):1-11. doi.10.1002/ijop.12737
7. Veronese G, Pepe A, Giordano F. Child Psychological Adjustment to War and Displacement: A Discriminant Analysis of Resilience and Trauma in Syrian Refugee Children. Journal of Child and Family Studies. 2021;30. doi.10.1007/s10826-021-02067-2
8. Masten AS, Palmer AR. Parenting to promote resilience in children. In: Bornstein MH, editor. Handbook of parenting. 5. New York, NY, US: Routledge; 2019. p. 156-88.
9. Whiting M, Nash A, Kendall S, Roberts S. Enhancing resilience and self-efficacy in the parents of children with disabilities and complex health needs. Primary Health Care Research & Development. 2019;20:e33. doi.10.1017/S1463423619000112
10. Basu D, Nagpal S, Mutiso V, Ndetei DM, Lauwrens Z, Hadfield K, et al. Enhancing resilience and mental health of children and adolescents by integrated school-and family-

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]

based approaches, with a special focus on developing countries: a narrative review and call for action. World Social Psychiatry. 2020;2(1):7-19. doi.10.4103/WSP.WSP_24_19
11. Graneheim UH, Lindgren B-M, Lundman B. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. Nurse education today. 2017;56:29-34. doi.10.1016/j.nedt.2017.06.002
12. Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: a systematic review. PloS one. 2019;14(1):e0210071. doi.10.1371/journal.pone.0210071
13. Siegel DJ. The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. New York, NY, USA: Guilford Publications; 2012.
14. Feldman R, Vengrober A, Eidelman-Rothman M, Zagoory-Sharon O. Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: relations to maternal stress hormones, parenting, and child emotionality and regulation. Dev Psychopathol. 2013;25(4 Pt 1):943-55. doi.10.1017/s0954579413000291.
15. Crespo C, Santos S, Canavarro MC, Kielpikowski M, Pryor J, Féres-Carneiro T. Family routines and rituals in the context of chronic conditions: A review. International Journal of Psychology. 2013;48(5):729-46. doi.10.1080/00207594.2013.806811
16. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. The Lancet Psychiatry. 2020;7(5):441-8. doi.10.1016/S2215-0366(19)30434-1
17. Yao Z-F, Hsieh S. Neurocognitive mechanism of human resilience: A conceptual framework and empirical review. International journal of environmental research and public health. 2019;16(24):5123. doi.10.3390/ijerph16245123
18. Mhaka-Mutepfa M, Maundeni T. The role of faith (spirituality/religion) in resilience in sub-Saharan African children. The International Journal of Community and Social Development. 2019;1(3):211-33. doi.10.1177/2516602619859961
19. Dorsey S, Briggs EC, Woods BA. Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011;20(2):255-69. doi.10.1016/j.chc.2011.01.006
20. Denborough D. Retelling the Stories of Our Lives: Everyday Narrative Therapy To Draw Inspiration And Transform Exp. New York, NY, USA: WW Norton & Company; 2014.
21. Sirin S, Rogers-Sirin L. The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children. Washington (Washington, DC): Migration Policy Institute; 2015.
22. Westerfield CM, Doolittle BR. Spirituality of the Traumatized Child: A Call for Increased Faith Community Participation in the Trauma-Healing Process for Children. J Relig Health. 2022;61(1):203-13. doi.10.1007/s10943-021-01416-1
23. Hart RA. Children's participation: The theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care. London, United Kingdom: Routledge; 2013.
24. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory. In: Maggino F, editor. Encyclopedia of quality of life and well-being research. Cham, Switzerland: Springer; 2024. P. 6229-35.
25. Treatment CfSA. Trauma-informed care in behavioral health services. United States Center for Substance Abuse Treatment; 2014.
26. Bandura A. Moral Disengagement: How People Do Harm and Live with Themselves. New York City: Worth Publishers; 2019.
27. Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, Smith P. Children and war: the work of the Children and War Foundation. Eur J Psychotraumatol. 2013;4. doi.10.3402/ejpt.v4i0.18424
28. Parker MM, Hergenrather K, Smelser Q, Kelly CT. Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. International Journal of Play Therapy. 2021;30(1):2. doi.org/10.1037/pla0000136
29. Landreth GL. Play therapy: The art of the relationship. New York, NY, USA: Routledge; 2012.
30. Malchiodi CA. Creative arts therapies and arts-based research. The Guilford Press: New York, NY, USA; 2018. 68-87 P.
31. Kalmanowitz DL, Ho RT. Art therapy and mindfulness with survivors of political violence: A qualitative study. Psychological trauma: theory, research, practice, and policy. 2017;9(S1):107. doi.10.1037/tra00۰۰۱۷۴
32. Hanratty J, Neeson L, Bosqui T, Duffy M, Dunne L, Connolly P. Protocol: Psychosocial interventions for preventing PTSD in children exposed to war and conflict-related violence: A systematic review. Campbell systematic reviews. 2019;15(4):e1056. /۱۰/۱۰۰۲ doi.cl2.1056
33. Xian-Yu C-Y, Deng N-J, Zhang J, Li H-Y, Gao T-Y, Zhang C, et al. Cognitive behavioral therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder: meta-analysis. Journal of affective disorders. 2022;308:502-11. doi.10.1016/j.jad.2022.04.111
34. Alkhalifah RH, AlBani B, Alotaibi NE, Khubzan WD, Alharbi RM, Alotaibi AJ, et al. From Trauma to Resilience: A Systematic Review of Psychological Intervention Strategies for War-Affected Children and Adolescents. Avicenna Journal of Medicine. 2026;16(01):004-15. doi.10.1055/s-0046-1819570.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

[DOI: 10.30491/JCC.18.4.47]