# مقایسه‌ی مهارت‌های اجتماعی در کودکان ۶-۵ ساله حاصل از روش‌های کمک باروری با باروری طبیعی در مقطع پیش‌دبستانی در اصفهان

**فرازنده حسن‌پور امنیه [۱]، فروزنده دشتی*[۲]، نرگس صادقی [۳]**

۱. دانشجوی رشته کارشناس ارشد پرستاری کودکان، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. کارشناس ارشد مامایی، مربی، عضو هیئت‌علمی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول).

۳. دکترای پرستاری کودکان، استادیار، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره پنجم، شماره چهل و نهم، آبان ماه ۱۳۹۹، صفحات ۴۵-۳۵

**تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰٤/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۵/۲۵**

## چکیده

مراکز متعدد درمان نازایی در ایران در حال فعالیت هستند و دسته‌ای از کودکان در کشور ما حاصل چنین روش‌های درمانی هستند. هدف از انجام این مطالعه مقایسه‌ی مهارت‌های اجتماعی در کودکان ٦-۵ ساله حاصل از روش‌های کمک باروری با باروری طبیعی است. این مطالعه از نوع توصیفی-مقایسه‌ای بود، کودکان ۵ و ٦ ساله‌ی پیش‌دبستانی دختر و پسر که ٤۲ کودک حاصل روش‌های کمک باروری و ٤۲ کودک حاصل از بارداری طبیعی است. مهارت اجتماعی از طریق پرسش‌نامه گرشام و الیوت فرم مربی بررسی شد. نتایج این مطالعه نشان داد مهارت اجتماعی کودکان متولد شده با استفاده از روش‌های کمک باروری تفاوت آماری معنی‌داری با کودکان حاصل از بارداری طبیعی نداشت. مشکلات رفتاری کودکان گروه کمک باروری در بعد رفتارهای درون‌زا به‌طور معناداری بیشتر از گروه باروری طبیعی بود. پرستار کودکان با اطلاع‌رسانی نتایج این پژوهش می‌تواند مانع نگرانی در زوج‌های نابارور درباره مهارت اجتماعی کودک حاصل از روش‌های کمک باروری شود، رفتارهای درون‌زا در کودکان زوج‌های نابارور افزایش نشان داد که با غربالگری می‌توان مشکلات را شناسایی و برنامه‌ریزی کرد.

**واژه‌های کلیدی:** مهارت‌های اجتماعی، باروری، کودکان.



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

**مقدمه**

طی دو دهه اخیر گام‌های بلندی در رابطه با تشخیص و درمان ناباروری برداشته‌شده است و حدود ٦٥ درصد از زوج‌های نابارور با استفاده از روش‌های درمانی ناباروری صاحب فرزند شده‌اند. بیش از یک‌میلیون کودک در سراسر دنیا با استفاده از تکنیک‌های کمک باروری به دنیا آمده‌اند. هم‌اکنون مراکز متعدد درمان ناباروری در ایران در حال فعالیت هستند و دسته‌ای از کودکان در کشور ما حاصل چنین روش‌های درمانی هستند (مظفری و همکاران، ۲۰۱۱). میزان موفقیت روش‌های کمک باروری در مرکز درمان ناباروری شهید بهشتی شهر اصفهان در ٦ ماهه اول سال ۱۳۹۲، ۲۳/۹٤ درصد گزارش گردید که در مقایسه با سایر آمارهای مشابه قابل‌قبول است (ابوترابی و همکاران، ۲۰۱٤). اکثر کودکان پس از روش‌های کمک باروری متولد می‌شوند سالم هستند و بدون عوارض رشد می‌کنند. بااین‌حال غربالگری منظم دوره‌ای و رشد کامل مراقبت پیگیری از فرزندان روش‌های کمک باروری توصیه می‌شود (اسکوئرز و کاپلان، ۲۰۰۷). تکنیک‌های کمک باروری[1] تمامی شیوه‌هایی را در برمی‌گیرد که شامل دست‌کاری مستقیم تخمک در خارج از بدن هستند و کاملاً پیشرفت حاصل کرده و گسترش‌یافته است و به میلیون‌ها مورد تولد در سراسر جهان منجر شده است و امروزه ۱ تا ۳ در صد کل تولدها را در ایالات‌متحده و اروپا را تشکیل می‌دهد؛ که شامل روش‌های زیر است، کمک به لقاح از طریق تزریق اسپرم به داخل سیتوپلاسم تخمک[2]، لقاح خارج آزمایشگاهی[3]، استفاده از اسپرم یا تخمک و جنین اهدایی و رحم اجاره‌ای، انتقال تخمک[4]، یا تخم لقاح یافته در داخل لوله رحم[5]، یا انتقال رویان چند سلولی از طریق لوله رحمی[6]، باوجودآنکه شیوه‌ها تهاجمی‌تر، زمانی برای برخی از زوج‌های نابارور دارای مزیت‌هایی نسبت به لقاح آزمایشگاهی سنتی بودند، ولی امروزه فقط کاربرد بسیار محدودی دارند (اسپروف و فریتز، ۲۰۱۱).

تعداد روزافزون کودکان در حال وارد شدن به مهدکودک بدون مهارت‌هایی هستند که آن‌ها را قادر می‌سازد تا در محیط‌های آموزشی آینده موفق نشوند. بااین‌حال، این مهارت‌های شناختی کودکان نیست که به مربیان مربوط باشد؛ این کمبود مهارت‌های اجتماعی و احساسی آن‌ها است که بیشتر ناراحت‌کننده هستند. به‌منظور موفقیت و پیشرفت تحصیلی، وجود دو مؤلفه هوش و مهارت اجتماعی در کنار یکدیگر ضروری به نظر می‌رسد متأسفانه امروزه توجه و تأکید بیشتر مدارس به افزایش سطح هوش دانش‌آموزان متمرکزشده و مهارت‌های اجتماعی ناچیز انگاشته می‌شوند؛ درحالی‌که تعداد زیادی از کودکان در حالی وارد مدرسه می‌شوند که باوجود داشتن بهره هوشی مناسب، فاقد مهارت‌های اجتماعی لازم برای پیشرفت تحصیلی هستند. معلمان گزارش می‌کنند که تنها و بزرگ‌ترین چالش آن‌ها این است که اکثریت یا همه کودکان فاقد همه یا بعضی از مهارت‌های اجتماعی هستند که برای پیشرفت تحصیلی لازم

[1]-Assisted Reproductive Techniques (ART)
[2]- IUI
[3]- IVF-ET
[4]- GIFT
[5]- ZIFT
[6] -TET



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

به نظر می‌رسند. این کودکان باوجود بهره هوشی مناسب، قادر به برآورده کردن انتظارات رفتاری و اجتماعی مدرسه نیستند و از طرف معلم و همسالان طردشده و دچار ناکامی می‌شوند در این صورت آموزش و یادگیری امکان‌پذیر نیست و منجر به شکست تحصیلی کودکان می‌شود (وحیدا و همکاران، ۱۳۹۱). مهارت‌های اجتماعی از عناصر و اجزای اصلی اجتماعی شدن افراد در همه جوامع انسانی و فرهنگ‌هاست. مهارت‌های اجتماعی مجموعه رفتارهای آموخته‌شده و موردپذیرشی است که فرد را توانا می‌سازد با دیگران رابطه مؤثر و مفید و داشته باشد و از رفتارهـای نـامعقول اجتمـاعی خودداری کند (ویتد، ۲۰۱۱). کودکی که مهارت اجتماعی دارد و شرایط و موقعیت محیطی را به‌خوبی احساس می‌کند، قادر است به‌گونه‌ای شایسته، نقش فرمان دهی و فرمان‌بری در گروه را ایفا می‌کند. در مقابل، کودکی که مهارت‌های اجتماعی لازم را کسب نکرده است، قادر به شرکت در تصمیم‌گیری گروهی یا پذیرش تصمیم گروهی نیست و به‌جای تأثیرگذاری بر دیگران، به رفتارهای پرخاشگرانه مبادرت می‌ورزند. درنتیجه تأثیرش بر گروه تنزل می‌یابد تا حدی که احساس بی‌کفایتی در او ایجاد شد (فریدلندر و همکاران، ۲۰۱٦).

**روش پژوهش**

این مطالعه یک مطالعه‌ی توصیفی-مقایسه‌ای بود؛ که به مقایسه‌ی مهارت‌های اجتماعی کودکان ۵ و ٦ ساله‌ی مقطع پیش‌دبستانی حاصل از روش‌های کمک باروری با باروری طبیعی در اصفهان سال ۱۳۹٦ پرداخت. کدشناسایی پایان‌نامه ۲۳۸۱۰٤۰۱۹٦۱ مجوز اجرا گرفت، آدرس و شماره تلفن افرادی که در نیمه اول ۱۳۹۰ تا نیمه دوم ۱۳۹۱ از روش کمک باروری استفاده کرده بودند، از پزشکان مرکز ناباروری گرفته شد و والدینی که از روش‌های کمک باروری، باردار و زایمان موفق داشتند، به تمام والدین تماس تلفنی برقرار شد. برای انجام این تحقیق از تاریخ ۹٦/۲/۱ الی ۹٦/٦/۳۱ به خانواده‌ها تماس گرفته و در موردتحقیق با خانواده‌ها صحبت می‌شد. سپس از ۱ آبان تا ۱۵ آذر یک قرار ملاقات با خانواده‌ها گذاشته شد و در مرحله اول ملاقات با رعایت ملاحظات اخلاقی و پر کردن مشخصات جمعیت‌شناسی پرسشنامه به مادران داده شد تا به مربی داده شود و از آن‌ها بخواهند که پرسش‌نامه را برای کودک تکمیل کنند. تعداد نمونه درگروه ٤۱ نفر (پسر و دختر) ۵ ساله و در مقطع پیش‌دبستانی بودند. در روش‌های کمک باروری ۲۱ کودک (۱۰ پسر،۱۱ دختر) در پیش‌دبستانی ۱ و ۲۱ کودک (۹ پسر،۱۲ دختر) در پیش‌دبستانی ۲ ثبت‌نام کرده بودند؛ و در روش بارداری طبیعی ۲۱ کودک (١٤ پسر،۷ دختر) در پیش‌دبستانی ۱ و ۲۱ کودک (۱۰ پسر،۱۱ دختر) در پیش‌دبستانی ۲ ثبت‌نام کرده بودند؛ و از نظر سطح تحصیلات والدین تفاوت معنی‌داری دیده نشد؛ که به روش در دسترس انتخاب گردید، محیط پژوهش پیش‌دبستانی‌های دولتی و غیرانتفاعی انتخاب گردید و مهارت اجتماعی گرشام والیوت و حاوی ٤۸ سوال بود که توسط مربی پیش‌دبستانی تکمیل می‌شد و قادر به اندازه‌گیری دو مقیاس مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری بود، هر یک از گویه‌ها دارای پاسخ‌های ۳ نمره‌ای با گزینه‌های هرگز، بعضی‌اوقات و اغلب اوقات؛ و گویه‌ها دربرگیرنده‌ی رفتارهای همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری بود. ضرایب آلفای کرونباخ برای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری، ۹٤ درصد و ۸٤ درصد بود، تجزیه‌وتحلیل در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام گرفت. در سطح توصیفی از جداول توزیع فراوانی، شاخص‌های میانگین انحراف معیار و



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

چندک‌ها و در سطح استنباطی از آزمون من‌ویتنی، کای دو، تی مستقل و آنالیز کوواریانس استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معنی‌داری در کلیه تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد

**یافته‌ها**

**جدول ۱. مقایسه وضعیت مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری در کودکان دو گروه بارداری با روش‌های کمک باروری با بارداری طبیعی**

| متغیر | سطح | روش طبیعی | | روش کمک باروری | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| مهارت اجتماعی | ضعیف | ۱ | ۲/٤ | ۱ | ۲/٤ |
| | متوسط | ۲۵ | ۵۹/۵ | ۲٦ | ٦۱/۹ |
| | قوی | ۱٦ | ۳۸/۱ | ۱۵ | ۳۵/۷ |
| مشکلات رفتاری | ضعیف | ۲۳ | ۵٤/۸ | ۲۰ | ٤۷/٦ |
| | متوسط | ۱۸ | ٤۲/۹ | ۱۹ | ٤۵/۲ |
| | شدید | ۱ | ۲/٤ | ۳ | ۷/۱ |
| | کل | ٤۲ | ۱۰۰/۰ | ٤۲ | ۱۰۰/۰ |

بر اساس نتایج جدول ۱، مهارت‌های اجتماعی در ۵۹/۵ درصد از کودکان در گروه طبیعی و ٦۱/۹ درصد از کودکان گروه کمک باروری در سطح متوسط مشاهده شد. همچنین مشکلات رفتاری در ۵٤/۸ درصد از کودکان در گروه طبیعی و ٤۷/٦ درصد از کودکان گروه کمک باروری در سطح ضعیف بوده است.

**جدول ۲. میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی و ابعاد آن در کودکان دو گروه بارداری با روش‌های کمک باروری با بارداری طبیعی**

| بعد | روش طبیعی | | روش کمک باروری | | آماره آزمون | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف‌معیار | میانگین | انحراف‌معیار | | |
| همکاری | ۲۳/۱۲ | ۳/۲٦ | ۲۲/٦۰ | ۳/۱٤ | ۰/٦۷۳ | ۰/٤۱٤ |
| قاطعیت | ۲۳/۰۲ | ٤/۰۹ | ۲۲/۷۹ | ۳/۸۰ | ۰/۰۷۲ | ۰/۷۸۹ |
| خویشتن‌داری | ۲۱/۵۲ | ۲/۸۸ | ۲۲/۰۵ | ۱/۹٤ | ۰/۹۰۷ | ۰/۳٤٤ |
| مهارت‌های اجتماعی | ٦۷/٦۷ | ۷/٤۸ | ٦۷/٤۳ | ٦/۵۰ | ۰/۰۳۵ | ۰/۸۵۲ |

*سطح معناداری بر اساس آزمون آنالیز کوواریانس با کنترل اثر جنس و سن کودکان

بر اساس نتایج جدول ۲: در بعد همکاری میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۲۳/۱۲±۳/۲٦ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۲۲/٦۰±۳/۱٤ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد همکاری دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در بعد قاطعیت میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۲۳/۰۲±٤/۰۹ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۲۲/۷۹±۳/۸۰ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد قاطعیت دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵).



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

در بعد خویشتن‌داری میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۲۱/۵۲±۲/۸۸ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۲۲/۰۵±۱/۹٤ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد خویشتن‌داری دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵). درمجموع امتیازات مهارت‌های اجتماعی میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ٦۷/٦۷±۷/٤۸ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ٦۷/٤۳±٦/۵۰ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵).

**جدول ۳. میانگین امتیاز مشکلات رفتاری و ابعاد آن در دو گروه**

| بعد | روش طبیعی | | روش کمک باروری | | آماره آزمون | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | میانگین | انحراف‌معیار | میانگین | انحراف‌معیار | | |
| رفتارهای برون‌زا | ۱۰/٤۰ | ۲/۵۹ | ۱۰/٤۵ | ۲/۹٦ | ۰/۰۲۳ | ۰/۸۷۹ |
| رفتارهای درون‌زا | ۸/۸۸ | ۲/٤۲ | ۱۰/۱٤ | ۲/۹۳ | ٤/٤۹ | ۰/۰۳۷ |
| بیش فعالی | ۱۰/۹۸ | ۲/٤۳ | ۱۱/۳۱ | ۲/۷۸ | ۰/٤٤۷ | ۰/۵۰٦ |
| مشکلات رفتاری | ۳۰/۲٦ | ۵/۰۳ | ۳۱/۹۰ | ۵/۷۵ | ۲/۳۲ | ۰/۱۳۱ |

*سطح معناداری بر اساس آزمون آنالیز کوواریانس با کنترل اثر جنس و سن کودکان

بر اساس نتایج جدول ۳: در بعد رفتارهای برون‌زا میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۱۰/٤۰±۲/۵۹ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۱۰/٤۵±۲/۹٦ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد رفتارهای برون‌زا دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵). در بعد رفتارهای درون‌زا میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۸/۸۸±۲/٤۲ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۱۰/۱٤±۲/۹۳ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد رفتارهای درون‌زا دو گروه مشاهده شد (p>۰/۰۵)؛ و مشکلات رفتاری کودکان گروه کمک باروری در بعد رفتارهای درون‌زا به‌طور معناداری بیشتر از گروه بارداری طبیعی بوده است. در بعد بیش‌فعالی میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۱۰/۹۸±۲/٤۳ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۱۱/۳۱±۲/۷۸ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد بیش فعالی دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵). درمجموع امتیازات مشکلات رفتاری میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۳۰/۲٦±۵/۰۳ و در گروه بارداری با روش کمکی برابر ۳۱/۹۰±۵/۷۵ بوده است. بر اساس نتیجه‌ی آزمون آنالیز کوواریانس، با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز مشکلات رفتاری دو گروه مشاهده نشد (p>۰/۰۵).



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

## بحث و نتیجه‌گیری

به دنبال انجام این تحقیق، مقایسه مهارت اجتماعی سنین پیش‌دبستانی در دو گروه که بارداری از روش‌های کمک باروری و بارداری طبیعی داشتند به این نتیجه رسیدند که اختلاف معناداری بین این دو گروه مشاهده نشد و فقط در خرده مقیاس رفتارهای درونی تفاوت معنادار شد. اگرچه مطالعه در این مورد بسیار کم یافت شد. کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز مهارت‌های اجتماعی دو گروه مشاهده نشد. در مطالعه توانایی‌های شناختی و ارتباط اجتماعی در میان خردسالان حاصل از فن‌آوری‌های کمک باروری انجام‌شده بود، نتایج نشان داد که توانایی‌های شناختی و اجتماعی-ارتباطی کودکان حاصل از روش‌های کمک باروری، شبیه به فرزندان بارداری طبیعی است. ولی با توجه به گزارش‌های والدین، کودکان در گروه روش‌های کمک باروری دارای مهارت‌های ارتباطی بیشتری و توانایی‌های حرکتی بهتر نسبت به کودکانی که به روش طبیعی باردار شده بودند تصور می‌شد (فریدلندر و همکاران، ٢٠١٦). در مقایسه‌ای بین خانواده‌های که با روش IVF و ICSI دارای فرزند شده بودند با خانواده‌های که به‌طور طبیعی صاحب فرزند شده بودند در ٥ کشور اروپایی بلژیک، دانمارک، یونان، سوئد، انگلیس در کودکان ٥ ساله با شرکت ١٧٥ خانواده ازهر کشور در مطالعه به این نتیجه رسیدند که شخصیت و رشد هیجانی-اجتماعی فرزندان بین گروه‌ها اختلافی وجود نداشت (قربانی و شمس، ١٣٨٩). درمطالعه‌ای که به مقایسه مهارت‌های اجتماعی دختران و پسران پیش‌دبستانی ایران پرداخته شد، نتایج نشان داد که از دیدگاه معلمان تفاوت معنی‌داری بین مهارت‌های اجتماعی کودکان (پسر و دختر) وجود ندارد. درصورتی‌که از دیدگاه والدین مهارت‌های اجتماعی در دختران نسبت به پسران بالاتر بود (شیخ زکریایی و همکاران، ٢٠١٢). هم‌چنین در پژوهش به‌منظور مقایسه مهارت‌های اجتماعی کودکان چهارتا پنج سال پیش‌دبستانی شهرستان ایوان غرب (ایلام) میانگین نمرات دختران در مهارت‌های اجتماعی (١٤/٥٧) به‌صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین نمرات پسران (١٣/٨٧) است (یاسمی و همکاران، ٢٠١٥). در مطالعه مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتار کودکان پیش‌دبستانی ایران انجام داد و با استفاده از پرسشنامه گرشام و الیوت ١٩٩٠ در زیرمقیاس‌های مهارت اجتماعی (همیاری، خودمهارگری، مسئولیت‌پذیری) و مشکلات برونی‌سازی (غمگینی، افسردگی و تنهایی) دختران رتبه‌های بالاتر از پسران به دست آوردند. پسران در مقایسه با دختران، رتبه بالاتری در زیر مقیاس مشکلات برونی‌سازی شده (پرخاشگری، مهار ضعیف خلق، بحث با دیگران) کسب کردند. رتبه جرئت ورزی در دختران و پسران تفاوت معنی‌داری را نشان نداد (عبدی، ١٣٨٧). در مطالعه هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان پیش‌دبستانی در شهر شیراز بود. مهارت اجتماعی و سن کودک را دارای رابطه معنی‌دار گزارش نکرده و نمره‌های مهارت اجتماعی و مشکلات رفتاری را دارای تغییر ویژه‌ای در گروه سنی مختلف ندانسته‌اند (شهیم، ١٣٨٤). چنانچه دیده شد، مهارت اجتماعی دختران از دیدگاه والدین در تحقیق فریدلندرو همکاران و شیخ زکریایی و همکاران بالاتر بود و از دیدگاه‌های دیگر یکسان بود و در تحقیقات شهیم نیز مطالعه حاضر همسو است؛ و بامطالعه یاسمی وهمکاران و عبدی ناهمسو است. هرچند به نظر می‌رسد کودکان حاصل از روش‌های کمک باروری با حساسیت بیشتر خانواده‌ها، پرورش می‌یابند ولی گویا در جامعه‌ی فعلی ایران که نرخ باروری کاهش‌یافته است و



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

خانواده‌های بارور هم فرزندان کمی دارند، روی همین فرزندان توجه مناسب را معطوف می‌دارند و روش باروری در کسب مهارت‌های اجتماعی در کودکان تأثیری ندارد، در این زمینه مطالعه‌ای در ایران یافت نشد و حتماً الگوهای تربیتی در هر جامعه‌ای متفاوت است. بر اساس نتایج جدول ۳، در بعد رفتارهای برون‌زا میانگین امتیاز کودکان در گروه بارداری طبیعی برابر ۲/۵۹±۱۰/٤۰ و در گروه روش‌های کمک باروری برابر ۲/۹٦±۱۰/٤٥ بوده است. با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد رفتارهای برون‌زا دو گروه مشاهده نشد.

در بعد رفتارهای درون‌زا میانگین امتیاز کودکان در گروه کنترل برابر ۲/٤۲±۸/۸۸ و در گروه مورد برابر ۲/۹۳±۱۰/۱٤ بوده است. با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد رفتارهای درون‌زا دو گروه مشاهده شد و مشکلات رفتاری کودکان گروه مورد در بعد رفتارهای درون‌زا به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است. در بعد بیش‌فعالی میانگین امتیاز کودکان در گروه کنترل برابر ۲/٤۳±۱۰/۹۸ و در گروه بارداری با مورد برابر ۲/۷۸±۱۱/۳۱ بوده است. با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز بعد بیش فعالی دو گروه مشاهده نشد. درمجموع امتیازات مشکلات رفتاری میانگین امتیاز کودکان در گروه کنترل برابر ۵/۰۳±۳۰/۲٦ و در گروه مورد برابر ۵/۷۵±۳۱/۹۰ بوده است. با کنترل اثر جنس و سن کودکان، اختلاف معناداری بین میانگین امتیاز مشکلات رفتاری دو گروه مشاهده نشد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در بعد برون‌زا، می‌توان بیان داشت، در مطالعه سلامت روان و نتایج پیشرفت برای کودکان متولد شده بعد از روش‌های کمک باروری، یک مطالعه آینده‌نگر در مقایسه با جنسیت و نوع درمان که در فنلاند صورت گرفت، کودکان متولد شده با بارداری طبیعی و روش‌های کمک باروری، به‌طورکلی با توجه به علائم درونی و بیرونی خود و یا در تعداد مشکلات اجتماعی پسران متولد شده با روش‌های کمک باروری کمتر سطوح مشکلات شناختی را نسبت به پسرهای متولد شده با بارداری طبیعی را نشان دادند، درحالی‌که دختران متولد شده با روش‌های کمک باروری سطح بالای مشکلات شناختی را نسبت به دختران متولد شده با بارداری طبیعی را نشان داد (پوناماکی و همکاران، ۲۰۱٦)؛ که نتایج این تحقیق با تحقیق حاضر ناهمسو است. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در بعد درون‌زا بودن، می‌توان بیان کرد مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی سلامت روانی و عملکرد اجتماعی-احساسی کودکان ۹ تا ۱۸ ساله نوجوان حاصل از لقاح آزمایشگاهی در آمستردام انجام شد. عملکرد اجتماعی-احساسی توسط والدین و معلمان گزارش‌شده است. میانگین نمرات در حد نرمال بود. بیشتر کودکان حاصل از لقاح آزمایشگاهی که توسط معلمان ارزیابی‌شده بودند در محدوده مرزی افسردگی به دست آوردند (یاسمی و همکاران، ۲۰۱۵)؛ و همچنین مطالعاتی در فلسطین اشغالی تأثیر طولانی‌مدت لقاح آزمایشگاهی بر بچه‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت. ۵۱ نوجوان ۱۰-۹ ساله حاصل از لقاح آزمایشگاهی با ۵۱ نوجوان با بارداری طبیعی از نظر سن، جنس، رتبه، تولد و وضعیت اقتصادی -اجتماعی خانواده همسان شدند. بر اساس گزارش خود نسب به گروه بارداری طبیعی، مضطرب، افسرده و پرخاشگر بودند (مظفری، ۲۰۱۱). با توجه به معنی‌دار شدن مشکلات درونی در کودکان حاصل از روش‌های کمک باروری نسبت به کودکان حاصل از روش بارداری طبیعی می‌توان نتیجه‌گیری نمود که شاید بخشی از این مشکلات به دلیل استرس ناباروری



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

زوج‌ها باشد، با توجه به مطالعات انجام‌شده بر روی زنان نابارور می‌توان قطعیت آن را بیشتر کرد. درمان ناباروری و مشکلات رفتاری در فرزندان که در دانمارک انجام شد. به این نتیجه رسیدن که الگوهای رفتاری در کودکان زوج‌های نابارور ممکن است تحت تأثیر عوامل اصلی ناباروری و استرس در زوج باشد (زو و همکاران، ۲۰۱۱). در بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان نتایج تحقیق نشان داد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور به میزان قابل‌توجهی از ناراحتی‌های روحی- روانی رنج می‌برند و این مسئله می‌تواند بر جنبه‌های دیگر زندگی آن‌ها ازجمله روابط اجتماعی و اختلافات خانوادگی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. عوارض مخرب نازایی علاوه بر روابط بین زوج‌ها بر سایر جنبه‌های زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و عملکرد فردی، اجتماعی و حرفه‌ای آن‌ها را مختل می‌کند (حقیقیتیان و همکاران، ۲۰۱٤). تبیین تأثیرات روانی نازایی در زنان نابارور نشان داد، ناباروری تأثیرات مخربی بر رفاه روانی افراد نابارور و زوجین دارد. یافته‌ها نشان داد یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی‌های روانی، متغیر فشار اجتماعی از طرف افراد جامعه است (تمنایی فر، ۱۳۹۰). در مطالعه مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آن‌ها، در این مطالعه به جنبه‌های یاز عملکرد زوجین یا اشخاص که تحت تأثیر ناباروری قرار می‌گیرد، ازجمله فعالیت جنسی، اعتمادبه‌نفس، ارتباطات، احساست نهائی و طردشدن، مواجه ه با درمان‌های پرزحمت، وسواس در مورد باردارشدن، احساس افسردگی، ناتوانی، ناامیدی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا درآمدن و احساس در هم شکست نمی‌پردازد. استرس، ناامیدی و احساس شرم از ناباروری می‌تواند برای سلامت روحی زوجین و همچنین روابط بین زوجین دردناک و مخرب باشد؛ اما بسیاری از افراد از آن رنج می‌برند و بدین ترتیب با آن هویت پیدا می‌کنند (محمدی و خلج آبادی، ۱۳۸۰). بخشی دیگر به دلیل حساسیت طبیعی این زوج‌ها برای پرورش و نگهداری و ترس از آسیب و از دست دادن این فرزندان باشد، این مشکلات ممکن است بعد از باردارشدن ادامه داشته باشد و یا به شکل درونی شده باشد و سپس والدین این مشکلات درونی را به فرزندان خود انتقال بدهند. سن بالای والدین و تفاوت سنی بین کودک و والدین نابارور می‌تواند از دلایل مشکلات درونی کودکان باشد. مشکلاتی که ممکن است در زوجین قبل از بارداری اتفاق افتاده باشد و تأثیری منفی را در کودکان نشان می‌دهد و ممکن است در سنین بالاتر این مشکلات برطرف شود و یا افزایش یابد. همان‌طور که در قسمت بالا در تحقیق لیوی و همکاران بیان شد هنوز کودکان سن مدرسه تا نوجوانی مشکلات درون‌زا بودن را داشتند. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در بعد بیش فعالی، می‌توان بیان داشت در مطالعه کودکان متولد شده از طریق ICSI در سن ۵ تا ۸ سالگی، رفتار، استرس والدین و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی موردبررسی قرارداد و شیوع اوتیسم و بیش فعالی را بیشتر گزارش نمود (نویستر، ۲۰۰۷؛ شریفی و همکاران، ۱۳۹٤) براساس تحقیقات انجام شد، تحقیق حاضر با طرح پژوهشی کمالی و علی زادگان همسو است و با تحقیق نویستر (۲۰۰۷) هم‌خوان نبود این ممکن است به دلیل این باشد که فقط یک روش از روش‌های کمک باروری را موردتحقیق قرار داده است و در تحقیق انجام‌شده بیشتر کودکان حاصل تلقیح داخل رحمی است و ممکن است به علت این باشد که رنج کودکان ۸-۵ ساله در نظر گرفته شد و از حجم نمونه بیشتری استفاده‌شده باشد. این مشکلات ممکن است بعد از باردارشدن ادامه داشته باشد و یا به شکل درونی شده باشد و سپس والدین این مشکلات



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

درونی را به فرزندان خود انتقال بدهند. سن بالای والدین و تفاوت سنی بین کودک و والدین می‌تواند از دلایل مشکلات درونی کودکان باشد. مشکلاتی که ممکن است در زوجین قبل از بارداری اتفاق افتاده باشد و تأثیری منفی را در کودکان نشان می‌دهد و ممکن است در سنین بالاتر این مشکلات برطرف شود.

بر اساس نتایج یافته‌ها مهارت اجتماعی کودکان بی‌ارتباط با روش باروری است و پرستار کودکان بااطلاع رسانی نتایج این پژوهش می‌تواند مانع نگرانی در زوج‌های نابارور درباره مهارت اجتماعی کودک حاصل از روش‌های کمک باروری شود، رفتارهای درون‌زا در کودکان زوج‌های نابارور افزایش نشان داد که با غربالگری می‌توان مشکلات را شناسایی و برنامه‌ریزی کرد.

**تقدیر و تشکر**

محقق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان ( خوراسگان)، مسئولین محترم مدارس، معلمان، کلیه والدین و کودکان عزیز که در اجرای این پژوهش نقش داشته‌اند، به خاطر مساعدت‌ها و همکاری‌شان کمال قدردانی را دارد.

**منابع**

- تمنایی فر، محمدرضا (۱۳۹۰). بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی، سازگاری زناشویی و پاسخ‌های مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲(٤): ٥١-٦٠.
- شریفی درآمدی، پرویز؛ بگیان کوله مرز، محمدجواد؛ ویسی، نصرالله. بختی، مجتبی و پادروند، حافظ (۱۳۹٤). ارتباط ابعاد سرشت و منش با بازداری پاسخ در دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های اختلال سلوک. دو فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۲): ۲۳-٤۲.
- شهیم، سیما (۱۳۸٤). هنجاریابی مقیاس روش درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی برای کودکان پیش‌دبستانی اندیشه و رفتار،۱۱(۲):۱۸٦-۱۷٦
- عبدی، بهشته (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتار کودکان پیش‌دبستانی ایرانی. فصل‌نامه روانشناسی تحولی ایرانی، ٤(۱٦):۳٤۲ -٦ ۳۳۳.
- قربانی، بهزاد و شمس، جواد (۱۳۸۹). تجارب روانی- اجتماعی قابل مشاوره در زنان مواجه با مشکلات باروری. مجموعه مقالات اهدایی گامت و جنین در درمان ناباروری. چاپ سوم، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی، جهاد دانشگاهی؛ پژوهشکده ابن‌سینا.
- محمدی، محمدرضا و خلج آبادی فراهانی فریده (۱۳۸۰). مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آن‌ها. باروری و ناباروری، شماره ۲ دوره ٤، صص ۳۳ تا ۳۹.



[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

- وحیدا، فریدون؛ جهانبخش، اسماعیل و فرنیا، زهرا (١٣٩١). بررسی عوامل مؤثر برکسب مهارت‌های اجتماعی دانش آموزان دختر مقطع متوسطه در شهر اصفهان. فصل‌نامه تخصصی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر، ٦(١٦): ٢٦-٥١.
- Abutorabi, R., Razavi, V., Baghazade, S., Sharegh, L., Mostafavi, F.S. (2014). Evaluation of the Success Rate of Assisted Reproductive Techniques (ART) in Shahid Beheshti Infertility Center, Isfahan, Iran. Isfahan Med Sch: 32 (306), 1767-81.
- Friedlander, E., Mankuta, D.M., Yaari, M., Harel, A., Ebstein, R. (2016). Cognitive and social-communication abilities among young children conceived by assisted reproductive technologies. European Journal of Developmental Psychology, 13(5), 515-28.
- Haghighatian, M., Haghighat, F., Rostami, Z. (2014). Studying Social Consequences of Infertility on the Family in the city of Isfahan. Health Syst Res, 10(2), 354-61.
- Knoester, M. (2007). [dissertation] Development and health of 5 - 8-year-old singletons born after intracytoplasmic sperm injection. Leiden: Leiden University Medical Center .
- Mozafari Kermani, R., Zoljalali, S., Kouhpayezadeh, J., Nateghi, MR., Shahzadehfazeli, A., Nedaifard, L. (2011). Evaluation of the Growth Process of Infants Conceived by Assisted Reproductive Techniques at Royan Institute from Birth to 9 Months. Iran J Pediatr, 21(4), 449–454.
- Punamaki, R.L., Tiitinen, A., L.J., Unkila-Kallio, L., Flykt, M., Vänska, M., Poikkeus, P. (2016). Mental Health and Developmental Outcomes for Children Born After Art: A Comparative Prospective Study on Child Gender and Treatment Type. Human Reproduction, 31(1), 100-7.
- Sheikhzakaryaie, N., Nikpour, S., DaneshvarAmeri, Z., Haghani, H. (2012). Gender differences in social skill of Iranian pre-school children. Archives Des Sciences, 65(7): 382-92.
- Speroff, L., Fritz, M. (2011). Assisted reproductive technology. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 11th. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Squires, J., Kaplan, P. (2007). Developmental Outcomes of Children Born After Assisted Reproductive Technologies. Lippincott Williams & Wilkins, 20(1), 2-10
- Whitted, KS (2011). Understanding how social and emotional skill deficits contribute to school failure. Preventing School Failure. Num 55 Vol 1: pp. 6-10.
- Yasemi, S., Kiyan, M., Pourm, G. (2015). Comparison of social skills of preschool children aged 4 to 5 years old in Evan West. Journal of Pre-school and Primary Studies, 1, 103-20 .
- Zhu, JL., Obel, C., Basso, O., Henriksen, T.B., Bech, BH. (2011). Infertility, infertility treatment and behavioural problems in the offspring. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 25, 466-77.




[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]

## Comparison of social skills in 5-year-old children from fertility with natural fertility in preschool children in Isfahan, 2017.

**Abstract**

*Several centers of infertility treatment are in operation in Iran, and a number of children in our country derive from these therapies. The aim of this project is comparison of social skills in 5-year-old children from fertility with natural fertility. This study was a descriptive-comparative study. Boys and girls children aged 5 and 6 were preschoolers, 42 of which were children with fertility and 42 children in normal pregnancy. Social skills were done through the Gersham and Elliott Instructor's Inventory. The results of this study showed that the social skills of children born using fertility assisted methods did not show a significant difference with normal pregnant children. Only behavioral problems in the children of the reproductive group in the dimension of the internal behaviors were significantly higher in both sexes than in the normal fertility group. Nurse of the children by informing the results of this research can prevent the infertile couples' concerns about the social skills of the child resulting from the methods of assisted reproduction Inner-blind behaviors in infertile couples showed that screening could identify and plan problems.*

***Keywords:*** *Social Skills, Fertility, Children.*

[ Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-08 ]