

Comparison of Social Skills of Primary School Children With and Without Parents With Mental Disorders

Farshid Shamsaei¹, Zahra Shookohi², Maryam Farhadiayn³, Efat Sadeghian^{4*}

1. Associate Professor, Department of Nursing, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical sciences, Hamadan, Iran
2. MSc. Student, Faculty of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
3. Assistant Professor, Department of Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
4. Assistant Professor, Department of Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Centre, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article Info

Received: 2018/06/10
Accepted: 2018/10/10
Published Online: 2019/05/22

DOI: 10.30699/sjnhmf.27.2.97

Original Article

Use your device to scan and read the article online



Abstract

Introduction: Social skills are considered to be one of the important factors in the success or failure of every individual in a society. The present study was designed to determine the social skills of primary school children with and without parents of mental disorders.

Methods: In this research 60 kids between 6-12 years were selected using available sampling method, who had parents with mental disorder in addition to 60 kids at the same age who didn't have parents with mental disorder. Research setting was Farshchian hospital in Hamadan city in 2017. Data was collected with demographic questionnaire and Gresham and Eliot with category scale of social skills that was completed by parents. Data was analyzed using SPSS 21 and descriptive statistics and inferential statistics including T test, covariance analysis and Chi-square test.

Result: The score of social skill in kids who had parents with mental disorder was 56.43 ± 10.8 and in kids who didn't have parents with mental disorder was 58.46 ± 8.70 . Comparing social skills in two groups showed that they are not significant difference in mean Score in social skills and its dimensions (cooperation, decisiveness, self-control and responsibility). Although there aren't significant difference between two groups, mean score in witness group was more than another group ($P=0.259$).

Conclusion: The social skills of children in both groups were at the medium range and were not of a desirable level. This calls for a review of family-based education and educational approaches, as well as training programs to promote social skills.

Keywords: Parents, Social Skills, Children in Primary School, Mental Disorders

Corresponding Information

Efat Sadeghian, Assistant Professor, Department of Nursing, Chronic Diseases (Home Care) Research Centre, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: sadeghianefat@gmail.com

Copyright © 2019, This is an original open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute of the material just in noncommercial usages with proper citation.

How to Cite This Article:

Shamsaei F, Shookohi Z, Farhadiayn M, Sadeghian E. Comparison of Social Skills of Primary School Children With and Without Parents With Mental Disorders. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2019; 27(2):97-106

مقایسه مهارت‌های اجتماعی کودکان سن دبستان با والدین مبتلا به اختلال روانی و بدون والدین مبتلا به اختلال روانی

فرشید شمسایی^۱، زهرا شکوهی^۲، مریم فرهادیان^۳، عفت صادقیان^{۴*}

۱. دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۳. استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۴. استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۰۳/۲۰	مقدمه: مهارت‌های اجتماعی عامل مهمی در موفقیت یا شکست هر فرد در اجتماع است. این پژوهش برای تعیین مهارت‌های اجتماعی کودکان سن دبستان با والدین مبتلا به اختلال روانی و بدون والدین مبتلا به اختلال روانی انجام شد.
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸	
انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۰۱	
نویسنده مسئول: عفت صادقیان	روش کار: در این پژوهش مورد شاهدهی ۶۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله با والد مبتلا به اختلال روانی با ۶۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله با والدین بدون اختلال روانی به روش دردسترس انتخاب شدند. محیط پژوهش مرکز آموزشی درمانی فرشچیان همدان در سال ۱۳۹۶ بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و فرم والدی پرسشنامه استاندارد مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی گرشام و الیوت بود که والدین آن‌ها را تکمیل کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی، شامل تی تست، آنالیز کوواریانس و آزمون کای دو، انجام شد.
استادیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات بیمارهای مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران	یافته‌ها: نتایج نشان داد نمره مهارت‌های اجتماعی کودکان در گروه مورد ۵۶/۴۳±۱۰/۸ و در گروه شاهد ۵۸/۴۶±۸/۷ بود. میانگین نمره مهارت‌های اجتماعی کودکان در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشت (P=۰/۲۵۹).
پست الکترونیک: sadeghianefat@gmail.com	نتیجه‌گیری: مهارت اجتماعی کودکان در هر دو گروه در محدوده متوسط قرار داشت و سطح مطلوبی نداشت. بنابراین بازنگری شیوه‌های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و نیز برنامه‌های آموزشی و پرورشی را برای ارتقا و تکامل مهارت‌های اجتماعی لازم است.
	کلیدواژه‌ها: والدین، مهارت‌های اجتماعی، کودکان سن دبستان، اختلالات روانی

مقدمه

به عرصه‌های مختلف اجتماع داشته باشند تا تعاملات پایدار ایجاد کنند و از لحاظ اجتماعی مستقل شوند [۴]. در واقع کسب مهارت‌های اجتماعی در کودکان بخشی از فرایند اجتماعی‌شدن آن‌هاست که طی آن هنجارها، مهارت‌ها، ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتار فرد شکل می‌گیرد [۵]. مهارت‌های اجتماعی کودکان تأثیر شگرفی در کارکردهای انطباقی، تحصیلی، کیفیت زندگی و توان بالقوه آن‌ها برای زندگی و آموزش در محیط با حداقل محدودیت دارد. متأسفانه تعداد مشهودی از افراد موفق به کسب مهارت‌های اجتماعی نشده و غالباً رفتارهای رشدنیافته و ضداجتماعی به همراه گوشه‌گیری از خود نشان می‌دهند [۶].

کمبود مهارت‌های اجتماعی کودکان را با مشکلات متعدد مواجه می‌کند و باعث ناسازگاری در روابط بین‌فردی و اختلالات رفتاری می‌شود. همچنین بر رشد شخصیت

انسان موجودی اجتماعی است و برای اینکه بتواند به حیات خود ادامه دهد باید با هم‌نوعان خود سازگاری و هم‌نواپی داشته باشد. داشتن ارتباط مناسب در سایه مهارت‌های اجتماعی^۱، موفقیت افراد در زندگی، محل کار و اجتماع سازنده و مؤثر است [۱]. مهارت اجتماعی عبارت است از: مجموعه‌ای از رفتارهای هدفمند، به هم مرتبط و متناسب با وضعیت که آموختنی بوده و تحت کنترل فرد است. این یادگیری اجتماعی از طریق مدل‌سازی و تقلید رفتار بزرگسالانی همچون والدین، معلمان، همسیران یا همسالان صورت می‌پذیرد [۲]. مهارت اجتماعی رفتارهایی مثل: همکاری، مسئولیت‌پذیری، همدلی، خویش‌داری و خوداتکایی است [۳].

کودکان باید خزانه‌ای از مهارت‌های اجتماعی برای ورود

1. Social Skills

به سلامتی آن‌ها بستگی دارد. بنابراین کودکان باید خزانه‌ای از مهارت‌های اجتماعی برای ورود به عرصه‌های مختلف اجتماع داشته باشند تا تعاملات پایدار ایجاد کنند و از لحاظ اجتماعی مستقل شوند. بررسی کودکانی که والدین مبتلا به اختلالات روانی دارند در مشخص کردن میزان توانایی مهارت اجتماعی این کودکان کمک بسیاری می‌کند؛ چون اختلال در برقراری ارتباطات اجتماعی و کمبود مهارت اجتماعی در سطح عملکرد کودک تأثیر بسزایی دارد و تشخیص زودهنگام اختلال در مهارت‌های اجتماعی، پیشگیری از پیامدهای منفی بعدی و بهبود سطح عملکرد این گروه اهمیت بسیاری دارد [۵].

پرستاران به عنوان یکی از مهم‌ترین اعضای تیم سلامت نقش‌های مختلفی در ارتقای سلامت کودکان و پیشگیری از ابتلای آنان به انواع اختلالات روانی در سنین بزرگسالی دارند. با توجه به اهمیت مقوله مهارت اجتماعی در سلامت افراد پژوهشی با هدف مقایسه مهارت‌های اجتماعی کودکان، در سن دبستان، با والدین مبتلا به اختلالات روانی و کودکانی با والدین سالم انجام گرفت.

روش بررسی

در این پژوهش مورد شاهدی ۱۲۰ کودک ۶ تا ۱۲ ساله (۶۰ کودک با والد مبتلا به اختلال روانی و ۶۰ کودک با والدین بدون اختلال روانی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تعیین حجم نمونه سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون نیز ۹۰ درصد در نظر گرفته و با استفاده از فرمول زیر محاسبه شده است.

$$n = \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) \left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta} \right)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

محیط پژوهش مرکز آموزشی درمانی فرشچیان همدان در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ بود. نمونه‌های گروه مورد از مراجعان به درمانگاه‌ها و بخش‌های روان‌پزشکی و نمونه‌های گروه شاهد از مراجعان به درمانگاه‌های جسمی مرکز آموزشی درمانی فرشچیان انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش در گروه مورد (کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی) عبارت بود از: داشتن کودک ۶ تا ۱۲ ساله، سابقه درمان و بستری شدن یک والد در بخش روان‌پزشکی با تشخیص (افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی یا بیماری دوقطبی نوع یک) بر اساس معیار تشخیصی DSM5²، مبتلانی بودن کودک به عقب‌ماندگی ذهنی،

کودک و سازگاری وی با محیط تأثیر منفی می‌گذارد که پیشایندهای بالقوه را برای اختلالات روان‌شناختی نشان می‌دهد [۷]. اهمیت مهارت‌های اجتماعی به عنوان مهم‌ترین عامل اجتماعی شدن و سازگاری اجتماعی را هیچ‌گاه نمی‌توان نادیده گرفت. مهارت‌های اجتماعی متأثر از سطوح مختلف بوم‌شناختی، شامل خانواده، مدرسه و جامعه است [۶]. والدین در کنار آمدن کودک با مسائل تنش‌زا و هم‌چنین کاهش مشکلات رفتاری وی نقش بسزایی دارند، زیرا میزان مهارت‌های اجتماعی فرد، به‌طور مستقیم، به تعداد و نوع اعمال اجتماعی مطلوبی مربوط می‌شود که دیگران نسبت به وی دارند [۸].

اختلال‌های روانی در پدر و مادر فرزندان را دچار مشکل می‌کند، زیرا استعداد اختلال‌های روانی را به فرزندان منتقل و ایفای نقش همسری و والدی را در خانواده دشوار می‌کند. فرزندان نیاز به نگهداری و پرورش دارند و بخش مهمی از این نیاز را والدین برآورده می‌کنند. بیماری‌های جسمی و روانی در پدر و مادر بر شیوه ایفای نقش آن‌ها در خانواده تأثیر می‌گذارد و فرزندی که با والدین بیمار زندگی می‌کند از تأثیرات این بیماری در خانواده مصون نیستند [۹]. کودکانی که والد مبتلا به اختلالات روانی شدید دارند عموماً با مشکلات عصبی و نامیدی‌های زیادی در زندگی مواجه هستند و تجربه‌های مختلفی از نگرانی و ترس تا ناکامی و خشم، به شیوه‌های مختلف، دارند [۴].

دستیابی به جامعه سالم در گروه سلامت خانواده و تحقق خانواده سالم مشروط به داشتن افرادی است که سلامت روان و ارتباط مطلوب با یکدیگر دارند [۵]. سن دبستان از حساس‌ترین دوره‌های رشد است. در این دوره که شخصیت و توانایی‌های ذهنی کودکان شکل می‌گیرد بیشترین نقش را الگوهای رفتاری دارند. در واقع ویژگی الگو که عمدتاً والدین و سپس همسالان هستند نقش مهمی در فرایند یادگیری دارد [۱۰]. بنابراین این سن بهترین زمانی است که کودکان مستقیماً تحت مداخله‌های آموزشی قرار می‌گیرند و در حقیقت به افزایش توانمندی و رشد مهارت‌های اجتماعی و در نتیجه ایجاد جامعه‌ای سالم‌تر منجر می‌شود [۵].

بررسی‌ها نشان می‌دهد عوامل متعددی، مانند: اشتغال و تحصیلات والدین، جنسیت کودکان، اعتیاد والدین، بیماری کودکان بر میزان مهارت اجتماعی کودکان تأثیرگذار است [۱۱-۱۳]. سلامت کودکان و نوجوانان از اولویت‌های اصلی سیستم بهداشتی در همه کشورهای است، زیرا آینده هر کشور

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

«بعضی اوقات» نمره یک و به گزینه «اغلب اوقات» نمره دو تعلق می‌گیرد. بخش مهارت‌های اجتماعی شامل رفتارهایی مثل: همکاری، قاطعیت و خویشتن‌داری است که این بخش‌ها به صورت خرده‌آزمون ارائه شده‌اند و از جمع نمرات این خرده‌آزمون‌ها نمره مهارت اجتماعی به دست می‌آید. در بخش مهارت‌های اجتماعی که ۴۰ سؤال دارد اگر نمره کل در مجموع بین صفر تا ۴۷ باشد مهارت اجتماعی در سطح پایین، اگر نمره بین ۴۸ تا ۶۶ باشد در حد متوسط و اگر بین ۶۷ تا ۸۰ باشد بالاترین میزان تعاملات اجتماعی کسب شده است. در هر حیطة که ۱۰ سؤال دارد بیشترین نمره ۲۰ و کمترین نمره صفر است. همچنین بخش مشکلات رفتاری ۱۲ سؤال دارد که صفر کمترین نمره و ۲۴ بیشترین نمره است. به طوری که کودکی که نمره صفر می‌گیرد فاقد مشکلات رفتاری و کودکی که نمره ۲۴ می‌گیرد بیشترین مشکل رفتاری را دارد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آمار استنباطی، شامل تی تست، آنالیز کوواریانس (برای تعدیل اثر سن پدر و مادر) و آزمون کای دو، استفاده شد. برای رعایت اخلاق در این پژوهش مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه به شماره 13950538IR.UHSHA.REC، اجازه کتبی و معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان کسب و پس از ارائه معرفی‌نامه به ریاست مرکز آموزشی درمانی فرشچیان مجوزهای لازم برای انجام پژوهش گرفته شد. پس از دادن توضیحات لازم رضایت آگاهانه از والدین گرفته و به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه است.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد که ۵۶/۷ درصد کودکان گروه مورد و ۵۵ درصد از کودکان گروه شاهد دختر بودند. ۵۵ درصد از والدین مبتلا به اختلال روانی در گروه مورد پدران بودند. همچنین از ۶۰ والد مبتلا به اختلال روانی در گروه مورد ۱۰ درصد به اسکیزوفرنی، ۳۳/۳ درصد به افسردگی اساسی و ۵۶/۷ درصد به بیماری دوقطبی نوع یک مبتلا بودند (جدول ۱). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار تعاملات اجتماعی در کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی $10/8 \pm 56/43$ و در کودکان با والدین بدون اختلال روانی $8/7 \pm 58/46$ است. بیشترین مقدار در هر دو گروه مربوط به بعد مسئولیت‌پذیری بود که به ترتیب میانگین و انحراف معیار $3/27 \pm 16/32$ و $2/55 \pm 16/83$ داشتند. میانگین نمره

مبتلانبودن کودک به بیماری مزمن جسمی، نداشتن سابقه بیماری روانی والد تکمیل‌کننده پرسشنامه، حضور هردو والد در خانواده و نداشتن سابقه جدایی یا طلاق، رضایت برای ورود به پژوهش و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن والدین. معیارهای ورود به پژوهش در گروه شاهد علاوه بر معیارهای ذکر شده نداشتن سابقه اختلال روان‌پزشکی و مصرف نکردن داروهای روانی توسط والدین و معیار خروج در هردو گروه تکمیل ناقص پرسشنامه بود.

پژوهشگر برای شروع نمونه‌گیری با مراجعه به درمانگاه و بخش‌های روان‌پزشکی مرکز درمانی آموزشی فرشچیان، بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، والدین با تشخیص اختلال دوقطبی نوع یک، اسکیزوفرنی یا افسردگی اساسی را، که بر اساس معیار تشخیص DSM-5 و نظر روان‌پزشک تحت درمان بودند، شناسایی کرده و اگر فرزند سن دبستان داشتند هماهنگی لازم را برای حضور والد بدون اختلال روانی، که توانایی ارزیابی مناسب و جامعی از کودک داشته، انجام داد. نمونه‌های گروه شاهد والدین بدون اختلال روانی مراجعه‌کننده به تمام درمانگاه‌های جسمی مرکز آموزشی درمانی فرشچیان بودند که فرزند سن دبستان داشته و سلامت روان آن‌ها را پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، نداشتن سابقه بیماری روان‌پزشکی، مصرف نکردن داروهای روانی تأیید کرد. پژوهشگر برای تکمیل پرسشنامه‌ها سؤالات را برای هر والد جداگانه توضیح داد و جواب سؤالات را خودش تکمیل کرد.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، که مشخصات فردی در فرزندان و والدین را بررسی می‌کند، و پرسشنامه نظام سنجش مهارت اجتماعی^۱، که گرشام و البوت تهیه کرده‌اند، استفاده شد. پرسشنامه نظام سنجش مهارت اجتماعی مقیاس درجه‌بندی هنجار مرجع است که برای سنجش کارکرد اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی تا پایه دوازدهم به کار می‌رود. سه نسخه از ابزار شامل فرم‌های معلم، والدین و دانش‌آموز وجود دارد. از آن‌جا که والدین در خصوص مهارت‌های اجتماعی فرزندان جامع‌ترین اطلاعات را دارند در این پژوهش از نسخه والدین استفاده و روایی و پایایی مقیاس درجه‌بندی مهارت‌های اجتماعی فرم والد در پژوهش‌های مختلف تأیید و ضریب پایایی آن بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۴، ۱۵].

گویه‌های هر مقیاس بر اساس فراوانی رفتار (هرگز، برخی اوقات و اغلب اوقات) درجه‌بندی می‌شود. برای نمره‌گذاری در این پرسشنامه به گزینه «هرگز» نمره صفر، به گزینه

مهارت‌های اجتماعی کودکان و همچنین ابعاد آن (همکاری، قاطعیت، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری) در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$). اگرچه نمره کل

مهارت‌های اجتماعی کودکان و همچنین ابعاد آن (همکاری، قاطعیت، خودکنترلی و مسئولیت‌پذیری) در دو گروه مورد و شاهد تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0.05$). اگرچه نمره کل

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات دموگرافیک گروه شاهد و مورد

نتیجه آزمون	شاهد		مورد		گروه	متغیر
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
$X^2=0.302$	۴۸/۳	۲۹	۴۵	۲۷	پسر	جنسیت
$P=0.58$	۵۶/۷	۳۱	۵۵	۳۳	دختر	
$X^2=8.476$ $P=0.076$ $df=4$	۱۰	۶	۱۰	۶	کارمند	وضعیت شغلی والدین
	۲۶/۶	۱۶	۱۶/۶	۱۰	شغل آزاد	
۶۳/۴	۳۸	۶۳/۴	۳۸	کارگر	پدر	
۰	۰	۱۰	۶	بیکار (خانه‌دار)		
$X^2=5.42$ $P=0.143$ $df=3$	۱۵	۹	۸/۳	۵	کارمند	مادر
	۱/۷	۱	۳/۳	۲	شغل آزاد	
۸۳/۳	۵۰	۸۸/۴	۵۳	بیکار (خانه‌دار)		
$X^2=7.22$ $P=0.27$ $df=2$	۵۲/۳۳	۳۲	۷۶/۶۷	۴۶	زیر دیپلم	پدر
	۲۸/۳۴	۱۷	۱۳/۳۳	۸	دیپلم	
	۱۸/۳۳	۱۱	۱۰	۶	عالی	
$X^2=18.59$ $P=0.000$ $df=2$	۵۰	۳۰	۸۵	۵۱	زیر دیپلم	مادر
	۳۶/۶۷	۲۲	۶/۶۷	۴	دیپلم	
	۱۳/۳۳	۸	۸/۳۳	۵	عالی	
$t=3.03$ $P=0.003$ $df=118$	۳۸/۴۵		۴۲/۳۵		میانگین	پدر
	۶/۷۲		۷/۲۹		انحراف معیار	
$t=4.62$ $P=0.000$ $df=118$	۳۲/۹۲		۳۷/۷۱		میانگین	مادر
	۵/۱۱		۶/۱۹		انحراف معیار	

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات مهارت‌های اجتماعی و ابعاد آن در دو گروه مورد و شاهد

نوع آزمون ANCOVA	گروه		متغیر
	شاهد	مورد	
P	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	
۰/۷۴۵	۱۳/۶۵ \pm ۲/۸۵	۱۳/۲۲ \pm ۳/۷۹	بعد همکاری
۰/۹۸۹	۱۵/۳۲ \pm ۳/۰۷	۱۵/۱۸ \pm ۲/۷۳	بعد قاطعیت
۰/۴۱۰	۱۲/۶۷ \pm ۲/۵۵	۱۱/۷۳ \pm ۴/۴۵	بعد خویشتن‌داری
۰/۱۷۹	۱۶/۸۳ \pm ۲/۵۵	۱۶/۳۲ \pm ۳/۲۷	بعد مسئولیت
۰/۳۹۳	۵۸/۴۶ \pm ۸/۷۰	۵۶/۴۳ \pm ۱۰/۸۱	کل

نتایج آزمون آماری آنالیز کوواریانس نشان می‌دهد که اختلاف معنی‌داری در میانگین نمره ابعاد مهارت‌های اجتماعی بین کودکان بر اساس والد بیمار وجود ندارد ($P > 0/05$ ؛ جدول ۴).

با تقسیم‌بندی نمره کل مهارت‌های اجتماعی به سه سطح پایین (نمره بین ۰ تا ۴۷)، متوسط (۴۸ تا ۶۶) و بالا (۶۷ تا ۸۰) و مقایسه آن در دو گروه، با استفاده از آزمون کای دو، نتایج این آزمون نشان می‌دهد که دو گروه مورد و شاهد از نظر فراوانی سطوح مهارت‌های اجتماعی تفاوت آماری معنی‌داری ندارند. بیشتر افراد در دو گروه سطوح متوسطی از مهارت‌های اجتماعی دارند (جدول ۵).

نتایج نشان می‌دهد در گروه مورد میانگین و انحراف معیار تعاملات اجتماعی کودکان با والد مبتلا به افسردگی اساسی $11/01 \pm 55/75$ از دیگر کودکان کمتر است. مقایسه میانگین و انحراف معیار در ابعاد مختلف مهارت‌های اجتماعی در بیماری‌های مختلف نشان می‌دهد که بیشترین مقدار مربوط به کودکان با والد مبتلا به اسکیزوفرنی در بعد مسئولیت‌پذیری با مقدار $17/8 \pm 1/4$ و کمترین مقدار مربوط به کودکان با والد مبتلا به افسردگی اساسی در بعد خویشتن‌داری با مقدار $10/6 \pm 3/8$ است. آزمون آماری ANCOVA در ابعاد مختلف مهارت‌های اجتماعی در کودکان با والد مبتلا به اختلال روانی تفاوت معنی‌داری را نشان نداد ($P > 0/05$ ؛ جدول ۳).

جدول ۳. مقایسه مهارت‌های اجتماعی در کودکان گروه مورد بر حسب نوع بیماری والد در ابعاد مختلف

نوع تست ANCOVA	نوع تست one way		نوع بیماری	متغیر
	F	P		
۰/۷۱۶	۰/۴۹۳	۱/۷۵	۱۲/۳	اسکیزوفرنی
		۳/۵۶	۱۳/۵	دوقطبی نوع یک
		۴/۶	۱۲/۸	افسردگی اساسی
		۳/۷۹	۱۳/۲	کل
۰/۴۴۱	۰/۶۴۶	۲/۴۸	۱۵/۸۳	اسکیزوفرنی
		۲/۹۵	۱۴/۸	دوقطبی نوع یک
		۲/۴۶	۱۵/۵	افسردگی اساسی
		۲/۷۳	۱۵/۱۸	کل

ANCOVA نوع تست		one way نوع تست		نوع بیماری	متغیر
F	P	انحراف معیار	میانگین		
۱/۰۵۶	۰/۳۵۵	۴/۰۸	۱۱/۵	اسکیزوفرنی	خویشترداری
		۴/۸	۱۲/۴۱	دوقطبی نوع یک	
		۳/۸۵	۱۰/۶۵	افسردگی اساسی	
		۴/۴۴	۱۱/۷	کل	
۰/۹۸۶	۰/۳۸۰	۱/۴۷	۱۷/۸	اسکیزوفرنی	مسئولیت پذیری
		۳/۱۹	۱۵/۷	دوقطبی نوع یک	
		۳/۶۶	۱۶/۷	افسردگی	
		۳/۲۷	۱۶/۳۱	کل	
۰/۲۶۳	۰/۷۷۰	۵/۲۸	۵۷/۵	اسکیزوفرنی	مهارت اجتماعی
		۱۱/۶۸	۵۶/۶۴	دوقطبی نوع یک	
		۱۰/۹۷	۵۵/۱۶	افسردگی اساسی	
		۱۰/۸۰	۵۶/۲۵	کل	

جدول ۴. مقایسه مهارت‌های اجتماعی و ابعاد آن در گروه مورد بر حسب والد بیمار

نوع آزمون t-test		انحراف معیار	میانگین	فراوانی	والد	متغیر
P						
۰/۵۴۶	۳/۱۳	۱۲/۸۱	۳۳	پدر	همکاری	
۰/۸۶۲	۴/۴۸	۱۳/۶۶	۲۷	مادر		
۰/۴۵۳	۲/۶۰	۱۵/۲۱	۳۳	پدر	قاطعیت	
۰/۵۶۴	۲/۹۳	۱۵/۱۴	۲۷	مادر		
۰/۵۳۳	۳/۰۶	۱۶/۶۹	۳۳	پدر	مسئولیت پذیری	
۰/۶۷۴	۳/۵۰	۱۵/۸۵	۲۷	مادر		
۰/۸۰۲	۴/۶۰	۱۱/۶۰	۳۳	پدر	خویشترداری	
۰/۸۳۲	۴/۳۲	۱۱/۸	۲۷	مادر		

جدول ۵. مقایسه سطوح مهارت‌های اجتماعی در دو گروه مورد و شاهد

آزمون کای دو	شاهد		مورد		سطح مهارت‌های اجتماعی
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
$\chi^2=3/48$	۱۰	۶	۲۰	۱۲	کم
df=۲	۷۸/۳	۴۷	۶۳/۳	۳۸	متوسط
	۱۱/۷	۷	۱۶/۷	۱۰	زیاد
P=۰/۱۷۵	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	کل

بحث

رفتاری در کودکان ۳ تا ۶ ساله را نشان می‌دهد که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند [۲۱].

برخلاف نتایج این پژوهش نتایج پژوهش Bella و همکاران (۲۰۱۱)، در کانادا، با عنوان «عملکرد روانی اجتماعی کودکان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی» نشان می‌دهد که فرزندان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی در همه مقیاس‌ها، شامل حساسیت و سرگرمی، محل کار، مدرسه، روابط بین فردی، و به‌طور کلی عملکرد روانی اجتماعی، از نظر آماری پایین‌تر از فرزندان گروه کنترل بودند [۲۲]. نتایج پژوهش Derakhshanpour و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان «اختلالات روان‌پزشکی و سطح عملکرد در فرزندان مبتلایان به بیماری دوقطبی» نشان می‌دهد دو گروه از نظر ابتلا به اختلالات خلقی (از هر نوع)، اختلالات اضطرابی (از هر نوع)، اختلالات کم‌توجهی و بیش‌فعالی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر دارند. سطح عملکرد در گروه شاهد بالاتر بود. در واقع اختلالات روان‌پزشکی و افت عملکرد در فرزندان مبتلایان به اختلال دوقطبی بیشتر از کودکان گروه شاهد بود [۲۳]. نتایج پژوهش Masoomi و Shrazi (۲۰۰۳) در بررسی حالات روانی فرزندان والدین اسکیزوفرنیک نشان می‌دهد که اسکیزوفرنی در والدین بر حالات هیجانی و رفتاری فرزندان اثرگذار است [۲۴]. میانگین نمره‌های مقیاس فهرست رفتاری کودکان و ارزیابی عملکرد کودکان در دو گروه مورد و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری دارد که شاید مغایرت نتایج این پژوهش‌ها با پژوهش کنونی تفاوت در جمعیت مورد پژوهش، ابزار یا تفاوت‌های فرهنگی باشد [۲۴].

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مهارت اجتماعی کودکان بدون والدین مبتلا به اختلال روانی در حیطه همکاری از کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی بالاتر است و این عاملی برای برقراری بهتر تعاملات اجتماعی و رشد مهارت اجتماعی آنهاست. همکاری دربرگیرنده رفتارهایی مثل مشارکت با دیگران، پیروی از دستورالعمل‌ها و راهنمایی‌هاست. همچنین خرده‌مقیاس مسئولیت‌پذیری در کودکان گروه مورد از گروه شاهد پایین‌تر بود. به‌طوری‌که کودکان گروه شاهد از کودکان گروه مورد از نظر صحبت در مورد خود با کلمات مناسب، نشان‌دادن توجه و علاقه خود به دوستان و همسالان، بیان احساسات هنگام خطا و اشتباه، رعایت نوبت، اطلاع به خانواده قبل از خارج شدن از منزل، رعایت قوانین منزل، گزارش وقایع ناگوار به اشخاص مناسب، پاسخ‌دهی مناسب به تلفن و دوست‌داشتن توسط دیگران در مرتبه بالاتری قرار داشتند. بنابراین اهمیت حیطه

با استناد بر یافته‌های این پژوهش، تنها فرضیه این پژوهش مبنی بر تفاوت مهارت اجتماعی کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی و کودکان با والدین بدون اختلال روانی تأیید نمی‌شود؛ زیرا میانگین و انحراف معیار مهارت اجتماعی در کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی و کودکان با والدین بدون اختلال روانی اختلاف معنی‌داری نداشت. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد مهارت‌های اجتماعی کودکان سن دبستان با والدین مبتلا به اختلال روانی و والد بدون به اختلال روانی در حد متوسط است.

نتایج این پژوهش با پژوهش Pavlickova و همکاران (۲۰۱۴) در انگلستان با عنوان «شناخت اثرات منفی بیماری دوقطبی والدین بر فرزندان آنها» همخوانی دارد. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد کودکان با والدین دوقطبی در مقایسه با کودکان با والدین سالم تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند [۱۶]. همچنین نتایج پژوهش Narayan و همکاران (۲۰۱۳) با عنوان «اختلال در آزمایش و تست واقعیت به‌عنوان یک شاخص در کودکان با والدین مبتلا به اختلال دوقطبی» نشان می‌دهد که تقریباً هیچ مدرک مشهودی از نظر تفاوت DRT بین کودکان با والدین دوقطبی و گروه‌های مقایسه دیده نمی‌شود [۱۷]. نتایج یافته‌ها در پژوهش Soltanifar و همکاران برای ارزیابی کفایت اجتماعی در کودکان پیش‌دبستانی ۳ تا ۷ ساله مبتلا به اختلال صرع در مقایسه با گروه شاهد نشان می‌دهد، بر اساس معیار بلوغ اجتماعی واینلند، کودکان مبتلا به صرع در مقایسه با کودکان سالم نمرات کمتری کسب می‌کنند، اما این تفاوت از آماری معنی‌دار نبود [۱۸]. همچنین نتایج پژوهش Linen و همکاران (۲۰۰۹) در کانادا با عنوان «عملکردهای بین‌فردی در نوجوانان با والدین مبتلا به بیماری دوقطبی» نشان می‌دهد که بین گروه‌ها، در هیچ‌یک از مقیاس‌ها، تفاوت وجود ندارد [۱۹].

نتایج پژوهش Reichart و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان «عملکرد اجتماعی فرزندان والدین دوقطبی» نشان می‌دهد در معیارها و مقیاس‌های مهارت اجتماعی کودکان ۱۱ تا ۱۸ ساله تفاوت وجود ندارد. همچنین کودکان با یک والد مبتلا به اختلال روانی در مقایسه با افراد هم‌سن‌وسال در کل جمعیت سطح کمتری از مهارت اجتماعی را دارند [۲۰]. نتایج پژوهش Sajedi و همکاران (۲۰۱۰)، که مشکلات رفتاری کودکان را بررسی کردند، شیوع بالایی از مشکلات

در تبیین یافته‌های این پژوهش خویشنداری به معنی کنترل رفتار، احساسات و غرایز است. خویشنداری شامل رفتارهایی مثل: مصالحه در مجادله یا نشان دادن رفتار معقول هنگام مسخره شدن از سوی دیگران است که در موقعیت‌های دشوار ضروری است. خویشنداری مهارت مهمی برای همه کودکان است که باید آن را یاد بگیرند. این اصطلاح به داشتن قدرت یا کنترل بر اعمال شخصی اشاره دارد. همچنین به این معنی است که افراد درست را از غلط تشخیص می‌دهند. کودکانی که برای رفتارهای خودشان تصمیم‌گیری نمی‌کنند، به کودکان دیگر، والدین، معلمان یا بزرگسالان تکیه می‌کنند تا برای آن‌ها تصمیم بگیرند و خویشنداری را یاد نمی‌گیرند [۲۲].

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه میزان نمره مهارت اجتماعی در کودکان با والدین مبتلا به اختلال روانی و بدون والدین مبتلا به اختلال روانی در این پژوهش در حد متوسط بود. بازنگری شیوه‌های آموزشی و تربیتی در سطح خانواده و نیز برنامه‌های آموزشی و پرورشی برای ارتقا و تکامل مهارت‌های اجتماعی لازم است. بنابراین یکی از راهکارهای مؤثر در این راستا آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌عنوان مداخله‌ای پرستاری است.

سپاسگزاری

این پژوهش نتیجه پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌پرستاری است. پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، کارکنان محترم بخش‌های روان‌پزشکی زنان، مردان ۱ و ۲ و روان اطفال بیمارستان فرشچیان (سینا) تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

مسئولیت‌پذیری با اهداف پیشگیرانه و ارتقای سطح سلامت به‌حدی است که فقدان این امر باعث می‌شود فرد در برابر فشارها و استرس‌ها به رفتارهای غیرمؤثر و پرخاشگرانه روی آورد. مسئولیت‌پذیری شامل اعمالی است که فرد در قبال عضویت در یک جامعه باید برای آن جامعه انجام دهد. به‌طور کلی مسئولیت‌پذیری یعنی قابلیت پذیرش و به‌عهده‌گرفتن کاری که از کسی خواسته شده است.

در ارتباط با خرده‌مقیاس قاطعیت کودکان گروه مورد از گروه شاهد در سطح پایین‌تری بودند. به‌طوری‌که کودکان گروه شاهد از کودکان گروه مورد از نظر پیش‌قدم‌شدن برای صحبت با دیگران، شرکت در فعالیت‌های گروهی مثل ورزش، معرفی خود در حضور مهمان ناآشنا بدون تذکر، دعوت دوستان به خانه، دوست‌شدن با دیگران، قدردانی از دوستان، پیوستن به فعالیت‌های جمعی خانواده، اعتمادبه‌نفس بالا در مهمانی‌ها، در برخورد با جنس مخالف و علاقه‌مندبودن به موارد متنوع مرتبه بالاتری داشتند.

قاطعیت به این مفهوم که فرد احساسات مثبت و منفی خود را بدون تجاوز به حقوق دیگران بیان کند. این ویژگی درحقیقت شیوه‌ای برای حفظ ارزش و احترام به شخصیت خود و دیگران است. افراد قاطع برای خود و دیگران احترام قائل‌اند، منفعل نیستند و اجازه سوءاستفاده نمی‌دهند. از سوی دیگر آن‌ها به خواسته‌ها و نیازهای دیگران احترام می‌گذارند و به شیوه‌های مدرانه با آن‌ها ارتباط برقرار می‌کنند [۱۰].

در ارتباط با خرده‌مقیاس خویشنداری کودکان گروه شاهد از گروه مورد بهتر بودند. به‌طوری‌که کودکان گروه شاهد از کودکان گروه مورد از نظر پذیرش انتقادها، رد مؤدبانه درخواست نامعقول دیگران، پاسخ مناسب به آزار و اذیت و رفتارهای قلدرانه دیگران، دوری از دردسر، کنترل خشم هنگام بحث، اختلاف نظر و توافق نکردن با دیگران، صحبت با تن صدای مناسب و تغییر نظرات برای ایجاد توافق در سطح بالاتری بودند.

References

1. Stewart TC, West R, Coplan RJ. Multi-agent models of social dynamics in children. *Cognitive Systems Research*. 2007; 8(1):1-14.
2. Fyrs j, Trawl T. *Clinical Psychology: Concepts, Methods and Professional* [M Fyrvzbkht, Persian trans.]. Tehran: Roshd; 1393.
3. Shahim S. A study of the social skills in educable mentallyretarded children using The Social Skills Rating System. *Journal of Psychology and Education*. 1999; 4:18-37.
4. Fallahi Khesht MasjediM, Pasandideh MM. Psychometric properties of satisfaction with life scale in psychiatric patients. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2016; 22(2):147-158.
5. Shamsaei F, Zolfagharjo R, Cheraghi F, Zamani G. Effects of Social Skills Training on Social Interactions of Children with Epilepsy. *Iran J*

- Psychiatry Behav Sci. 2017; 11(4):e9300.
6. Häyrynen E, Määttä K, Äärelä T, Uusiautti S. There are not enough hours in a day to do everything": Parents' descriptions of everyday life with a child with severe physical disability. *International Journal of Research Studies in Education*. 2018; 8:1.
 7. Liu J, Liu S, Yan J, Lee Mayes L. The impact of life skills training on behavior problems in left-behind children in rural China: A pilot study. *School Psychology International*. 2015; 37(1):73-84.
 8. Ashtari N, Pourebrahim T, Khodabakhshi Koolae A, Khosh Konesh A, Khatiban M. The efficacy of group awareness training of premenstrual syndrome on psychological resilience and quality of life in female high school students. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2015; 23(1):63-73.
 9. Babakhanian M, Sayar S, Babakhanian M, Mohammadi G. Iranian children with ADHD and mental health of their mothers: The role of stress. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016; 10(1):e2026:1-4.
 10. Shamsaei F, Cheraghi F, Dehghani M, Jahangard L. Comparing Mental Health of School-Age Children of Parents With/Without Bipolar Disorders: A Case Control Study. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology*. 2015; 2(2):44-48.
 11. Eskandari Shahraki Z, Effatpanah M, Gray S, Radfar M, Rezaei M, Hekmat H, et al. A Comparative Study of Psychiatric Disorders among Mothers of Children with Chronic Diseases and Mothers of Healthy Children. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. 2017; 7(12):116-120.
 12. Amin A, Mojtaba A, Jamali S, Sarban MT. The effect of parental addiction on children's behavior. *Tolu Health*. 2009; 8(3-4):31-40.
 13. Hosseinkhazadeh AA. Specific methods of assessment and teaching social skills in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Exceptional Education*. 2013; 8(121):23-41.
 14. Elliott SN, Malecki CK, Demaray MK. New directions in social skills assessment and intervention for elementary and middle school students. *Exceptionality*. 2001; 9(1-2):19-32.
 15. Gresham FM. Teaching Social Skills to High-Risk Children and Youth: Preventive and Remedial Strategies. 2002.
 16. Pavlickova H, Turnbull O, Bentall RP. Cognitive vulnerability to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014; 53(4):386-401. doi: 10.1111/bjc.12051
 17. Narayan AJ, Allen TA, Cullen KR, Klimes Dougan B. Disturbances in reality testing as markers of risk in offspring of parents with bipolar disorder: a systematic review from a developmental psychopathology perspective. *Bipolar Disorder*. 2013; 15:723-740.
 18. Soltanifar M, Moharreri F, Ashrafzadeh F, Yavari F. Social competence of preschool Children with Epilepsy Compared to Control Group. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*. 2013; 56(1):7-14.
 19. Ellenbogen MA, Santo JB, Linnen AM, Walker CD, Hodgins S. High cortisol levels in the offspring of parents with bipolar disorder during two weeks of daily sampling. *Bipolar Disorders*. 2010; 12(1):77-86.
 20. Reichart CG. Being a child of a bipolar parent. Psychopathology, social functioning and family functioning Erasmus Universiteit, Rotterdam. Altrecht Institute for Mental Health Care in Utrecht, Netherlands; 2005.
 21. Sajedi Z, Zarabian M, Sadeghian E. Prevalence Behavior Disorders in 3 to 6 Years Children in Hamadan City. *Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty*. 2010; 18(1):11-21.
 22. Bella T, Ibziako P, Omigbodun O. Child psychiatric emergencies. *Emergencies in Psychiatry in Low-And Middle-Income Countries*. 2013; 108.
 23. Derahkshampour F, Arabgol F, Panaghi L, Mazhabdar H. Psychiatric disorders and behavioral functions in offsprings of bipolar parents. *Hormozagan Medical Journal*. 2010; 13(4):246-252.
 24. Masoomi A, Shrazi E. Psychiatric Status in Offspring of Schizophrenic Parents: A Comparative Study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2006; 11(4):388-95.