

تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی مادران دارای کودک مبتلا به مشکلات رفتاری

حکیمه خیری*^۱، ایرج صالحی^۲، رضا سلطانی شال^۲

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۵/۲۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۸/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: شواهد پژوهشی حاکی از این است که تنیدگی عامل مهمی در تعارضات زناشویی است. در این راستا هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری بود. **روش:** این پژوهش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک پسر مبتلا به مشکلات رفتاری مقطع پیش‌دبستانی مدارس دولتی ناحیه دو شهر رشت در سال ۱۳۹۵ بود که با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی (شهیم و یوسفی، ۱۳۷۸)، ۳۰ مادر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه جایدهی شده‌اند. برای ارزیابی رضایت زناشویی و تنیدگی مادران به ترتیب از پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ (اولسون، ۱۹۸۹) و تنیدگی والدینی (آبیدین، ۱۹۹۰) استفاده شد. گروه آزمایش، در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت آموزش مدیریت تنیدگی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی تأثیر معناداری بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی ($P < ۰/۰۱$) داشت.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های پژوهش حاضر، در کنار معناداری آماری، می‌توان به معناداری بالینی اشاره کرد؛ به این صورت که آموزش مدیریت تنیدگی می‌تواند با تأثیر بر ابعاد هیجانی، شناختی، ارتباطی، انگیزشی و معناشناختی زندگی، رضایت از زندگی را افزایش دهد و در نتیجه سلامت روان مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری را افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: مدیریت تنیدگی، رضایت زناشویی، تنیدگی والدینی، مشکلات رفتاری

*نویسنده مسئول: حکیمه خیری، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

ایمیل: hakimekheiry@yahoo.com تلفن: ۰۱۳-۳۲۴۴۱۳۰۹

مقدمه

مادر به عنوان عضوی از خانواده که بیشترین تعامل و نزدیکی را با کودک دارد می‌تواند بیشتر در معرض خطر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی و بین فردی ناشی از مشکلات رفتاری کودک قرار گیرد (۱). مشکلات رفتاری کودکان، مشکلات ناتوان کننده‌ای هستند که برای خانواده و کودکان، دشواری‌های بسیاری را ایجاد می‌کنند و باعث کاهش میزان کارایی در عملکرد فردی و تحصیلی آنها می‌شوند. این کودکان از سوی اطرافیان طرد می‌شوند که نتیجه آن افت تحصیلی یا رفتارهای بزهکارانه خواهد بود (۲). میزان شیوع مشکلات رفتاری کودکان در حال افزایش است به گونه‌ای که در طول ۲۵ سال گذشته مشکلات رفتاری از ۶/۸ به ۱۴/۹ درصد افزایش یافته است (۳). میزان شیوع مشکلات رفتاری در ایران نیز در کودکان دبستانی در اختلال‌های فزون کنشی و پرخاشگری ۱۴/۲ درصد، اضطراب و افسردگی ۶/۴ درصد، سازش‌نا یافتگی اجتماعی ۴/۱۸ درصد، رفتار ضد اجتماعی ۰/۳ درصد، و نارسایی توجه ۶/۸ درصد گزارش شده است (۴).

بر اساس یافته‌های پژوهشگران، همبستگی بالایی بین مشکلات رفتاری کودک و اختلال روانی مادر وجود دارد (۵) و بین دلزدگی زناشویی والدین و مشکلات هیجانی- رفتاری کودک ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد؛ به طوری که با افزایش دلزدگی زناشویی، مشکلات هیجانی و رفتاری کودک افزایش می‌یابد (۶). از طرف دیگر، رضایت زناشویی از مؤلفه‌های مهم و اثرگذار بر سلامت روان کودک شناخته شده است (۷). یکی از عوامل پیش‌بینی کننده اصلی طلاق عدم رضایت زناشویی است به گونه‌ای که فرزندان خانواده‌هایی که در آن طلاق صورت می‌گیرد نسبت به فرزندان سایر خانواده‌ها عموماً مشکلات رفتاری بیشتر، خودپنداشت ضعیف‌تر، روابط اجتماعی و موفقیت‌های تحصیلی کمتری را تجربه می‌کنند (۸). رضایت زناشویی به عنوان نگرش فرد نسبت به رابطه زناشویی بیان می‌شود که یک ارزیابی کلی از رابطه عاشقانه کنونی فرد است و می‌تواند انعکاسی از میزان شادی افراد از

روابط زناشویی و یا خشنود بودن باشد؛ یک موقعیت روان‌شناختی که مستلزم تلاش هر دو زوج بوده و متأثر از ارتباط کودک والد نیز است (۹). برخی پژوهشگران بر این باورند که رضایت زناشویی با گذشت زمان دچار افت کلی می‌شود و برخی دیگر نیز از یک کاهش رضایت در مراحل اولیه که بعدها به تدریج افزایش می‌یابد خبر می‌دهند. عده‌ای نیز معتقدند که هیچ تغییر مهمی در زمینه رضایت زناشویی در طول زمان ایجاد نخواهد شد. در هر صورت برخی مهارت‌ها می‌توانند بر افزایش و بهبود رضایت زناشویی اثر معناداری داشته باشند. در همین راستا، پژوهشگران معتقدند مهارت‌های گفتگو تأثیر عمده‌ای بر رضایت زناشویی زوجین دارد. زوج‌هایی که به طور معمول به حفظ و نگهداری رابطه‌شان می‌پردازند شادتر، راضی‌تر و متعهدتر به رابطه زناشویی‌شان هستند (۱۰). مطالعات نشان می‌دهد که ریشه بسیاری از تنش‌ها، سوء تفاهم‌ها و مشکلات زناشویی، ناتوانایی زوج‌ها در برقراری ارتباط سالم و گوش دادن صادقانه به یکدیگر، افتادن در دام تحریف‌های شناختی و افکار منفی، ناتوانی در مذاکره و گفت‌وگوی سازنده برای حل مسائل زناشویی و درگیر شدن در فرایند حمله و حمله متقابل است که موجب برانگیخته شدن خشم و پرخاشگری متقابل می‌شود (۱۱). البته تعارض زناشویی که نقطه مقابل رضایت زناشویی است اجتناب‌ناپذیر است و در عین حال تا حدودی برای حفظ عشق بین زن و شوهر ضروری است. هنگامی که تعارض‌های زناشویی به درستی اداره نشود به خصوص در زنان، منجر به آسیب‌های روان‌شناختی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، تنیدگی، بی‌خوابی، خستگی، وسواس و در برخی موارد سوءظن و شک و تردید، ترک خانه به قصد طلاق و حتی خودکشی می‌شود (۱۲). همچنین رضایت زناشویی ارتباط معناداری با تنیدگی والدین و مشکلات رفتاری کودکان دارد. والدین با رضایت زناشویی پایین‌تر، تنیدگی والدینی و مشکلات رفتاری بیشتری را در کودکان گزارش می‌کنند (۱۳). تنیدگی با درجات مختلف، بخشی از زندگی روزانه ماست و سطح تنیدگی در

همکاران (۲۱) و سلطانی و دوکانه‌ای فرد (۲۲) در دریافتند که آموزش مدیریت تنیدگی موجب کاهش تعارضات زناشویی و افزایش رضایت زناشویی می‌گردد. در پژوهشی که توسط مهری‌نژاد و همکاران (۲۳) صورت گرفت آموزش مدیریت تنیدگی سازش‌یافتگی زناشویی را افزایش داد. در پژوهش ناظر و همکاران (۲۴) آموزش مدیریت تنیدگی به سبک شناختی- رفتاری شاخص سلامت روان والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی را افزایش و علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش داد.

با نظر به اینکه با افزایش تنیدگی والدینی سلامت روانی و رضایت زناشویی مادر به عنوان شخصی که بار عمده مراقبت از کودک بر دوش اوست، تحت تأثیر منفی قرار می‌گیرد (۲۵) و همچنین درباره تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی پژوهش‌های محدودی در ایران صورت گرفته است و با توجه به افزایش میزان شیوع مشکلات رفتاری کودک و رابطه آن با تنیدگی والدینی و عدم رضایت زناشویی هدف پژوهش حاضر بررسی اثر آموزش مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی مادران دارای کودک مبتلا به مشکلات رفتاری است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودک پسر مبتلا به مشکلات رفتاری مقطع پیش‌دبستانی مدارس دولتی ناحیه دو شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ بود که از بین آنها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند؛ به این ترتیب که ابتدا مجوزهای لازم از آموزش و پرورش گرفته شد و با مراجع به ۹ مدرسه ابتدایی ناحیه دو رشت و با دادن پرسشنامه مشکلات رفتاری شهیم و یوسفی به مادران کودکان پیش‌دبستانی و پس از بررسی نتایج

سه دهه گذشته افزایش یافته و در این میان سطح تنیدگی زنان بالاتر گزارش شده است (۱۴) و انتظار می‌رود تنیدگی دومین علت اصلی بیماری‌های روانی تا سال ۲۰۲۰ باشد (۱۵). در اصطلاح روان‌شناختی، تنیدگی ممکن است به منزله یک محرک محیطی، یک واکنش در مقابل محرک محیطی و یا تعامل بین محرک و واکنش قلمداد شود. در این میان تنیدگی والدینی، اصطلاحی است که مشخص‌کننده ادراک تنیدگی در نظام والد-کودک است. این موضوع هم ویژگی‌های تنش‌آور کودک و هم تجربه تنیدگی و پاسخ‌های والدین به این ویژگی‌ها را در برمی‌گیرد (۱۶). تنیدگی مادر به پاسخ‌گویی کمتر، قدرت‌طلبی و سلطه‌طلبی بیشتر در امر والدگری پیوند خورده است (۱۷). سطح بالای تنیدگی والدین با رابطه والد-کودک ناکارآمد در ارتباط است و مطلوب این است که تنیدگی والدین در محدوده طبیعی حفظ شود (۱۸).

دوره پیش‌دبستانی یک دوره بحرانی تحول است که خانواده‌ها با تجربه سطوح بالایی از تنیدگی و مشکلات رفتاری کودک آسیب‌پذیر می‌گردند. زندگی با کودک دارای مشکلات رفتاری، اغلب به صورت عاملی تشنگر برای خانواده درک می‌شود (۱۷). از نظر پژوهشگران زمانی که افراد تحت تنیدگی هستند، باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم را داشته باشند تا بتوانند اثر تنیدگی را کاهش دهند. چنانچه تنیدگی، مدیریت شود و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی خود به شیوه بهتری کنار آید (۱۹).

درمان شناختی- رفتاری شاخه‌ای از روان‌شناسی است که به ارتباط بین افکار و احساسات می‌پردازد و نظریه پردازان شناختی استدلال می‌کنند که رویدادها به خودی خود باعث احساسات و واکنش‌های رفتاری نمی‌شوند، بلکه این افکار هستند که آنها را ایجاد می‌کنند. مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی- رفتاری از پشتوانه پژوهشی پرباری برخوردار است. حبیبی (۲۰) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی موجب کاهش تنیدگی تحصیلی می‌گردد. کریمی و

است. همسانی درونی ۰/۹۵ و روایی همزمان آن از طریق محاسبه همبستگی با نسخه ۱۱۵ گویه‌ای ۰/۹۴ گزارش شده است. تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه انریچ زوج‌های راضی و ناراضی را متمایز می‌کنند و این نشان می‌دهد که این پرسشنامه از روایی ملاک خوبی برخوردار است. پاسخ به سؤالات در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است.

۳. پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی: این پرسشنامه که در پژوهشی توسط شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) طراحی و هنجاریابی شده دارای ۲۴ گویه است که ۴ خرده‌مقیاس نارسایی توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری را می‌سنجد و در طیف لیکرت ۳ درجه‌ای (هرگز، بعضی اوقات، بیشتر اوقات) پاسخ داده می‌شود. شهیم و یوسفی (۲۸) به منظور بررسی روایی سازه این پرسشنامه از روش تحلیل عوامل استفاده نمودند و آلفای کرونباخ را برای گروه‌های سنی مختلف به ترتیب: ۳ ساله ۰/۸۲، ۴ ساله ۰/۷۸، ۵ ساله ۰/۸۰، ۶ ساله ۰/۸۱ گزارش کردند که نشانگر اعتبار درونی مطلوب پرسشنامه است. ضریب آلفای کرونباخ نیز برای کل پرسشنامه را ۰/۸۰ برآورد نمودند. هر قدر نمره آزمودنی در این پرسشنامه بیشتر باشد، معرف آن است که از مشکلات رفتاری بیشتری برخوردار است.

۴. پرسشنامه شاخص تنیدگی والدینی: این شاخص توسط آبی‌دین ساخته شده است و پرسشنامه‌ای است که بر اساس آن می‌توان اهمیت تنیدگی در نظام والدین و کودک را ارزشیابی کرد و بر این اصل مبتنی است که تنیدگی والدینی می‌تواند از پاره‌ای ویژگی‌های کودک، برخی خصیصه‌های والدین و یا موقعیت‌های متنوعی که با ایفای نقش والدینی به طور مستقیم مرتبط هستند، ناشی شود. این شاخص شامل ۱۲۰ گویه است که دو قلمرو کودکی (۴۷ گویه) و والدینی (۵۴ گویه) به اضافه یک مقیاس اختیاری تحت عنوان تنیدگی زندگی (۱۹ گویه) را دربرمی‌گیرد. شیوه نمره‌گذاری نیز به روش لیکرت

پرسشنامه‌های تکمیل شده ۳۰ مادر دارای کودک با مشکلات رفتاری به انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایدهی شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش طی ده جلسه هفتگی مداخله دریافت کرد و گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نهایتاً بعد از ۱ ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. میانگین سن گروه آزمایش ۳۳/۳ و گروه گواه ۳۳/۶۰ بود. ۲۶/۷ درصد گروه آزمایش تحصیلات زیر دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم و ۴۰ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. گروه گواه ۱۳/۴ درصد تحصیلات زیر دیپلم، ۳۳/۳ درصد دیپلم و ۵۳/۳ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. گروه آزمایش ۱۰۰ درصد خانه‌دار و گروه گواه ۷۳/۳ درصد خانه‌دار و ۲۶/۷ درصد شاغل بودند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: مادر دارای کودک (پسر) مبتلا به مشکلات رفتاری با پایه تحصیلی پیش‌دبستانی، سطح تحصیلات حداقل ابتدایی، کسب نمره پایین در آزمون رضایت زناشویی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم درمان‌گیری روان‌شناختی همزمان و ملاک‌های خروج عدم حضور بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف بود.

(ب) ابزار

۱. سیاهه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این مقیاس شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزندان، شغل و ... است.
۲. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ^۱ نسخه کوتاه: پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون و همکاران (۱۹۸۹) طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۱۵ گویه و به منظور ارزیابی زمینه‌های بالقوه مشکل‌زا و شناسایی زمینه‌های قدرت و پربارسازی روابط زناشویی به کار می‌رود. این پرسشنامه ویژگی‌های روان‌سنجی قوی دارد. همسانی درونی آن در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ تخمین زده شده است (۲۶). در ایران نسخه ۴۷ سؤالی این پرسشنامه به علت طولانی بودن نسخه اصلی آن توسط سلیمانیان (۲۷) طراحی شده

فاطمه زهرا (سلام‌الله‌علیها) در شهر رشت ارائه شد. درمانگر (نویسنده مسئول) در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌کرد، مهارت‌های جدید را به درمانجویان می‌آموخت و تکالیفی برای اجرا در فاصله بین جلسات معین می‌کرد. درمانجویان موظف بودند که در فاصله بین دو جلسه، تمرین‌های عملی تعیین شده در خانه به‌طور عملی انجام داده و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کنند. و آزمون پیگیری به فاصله ۱ ماه پس از اجرای پس‌آزمون اجرا شد.

در جدول زیر محتوای جلسات درمانی به‌اختصار ارائه شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمانی به‌طور خلاصه

جلسه	محتوای برنامه درمانی	جلسه	محتوای برنامه درمانی
۱	معرفی برنامه/ تشکر و پاسخ‌های تنیدگی / آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای	۶	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی/ مقابله کارآمد
۲	آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای / تنیدگی و آگاهی	۷	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقای/ اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر
۳	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای/ ارتباط افکار و هیجان‌ها	۸	مراقبه ماترا / مدیریت خشم
۴	تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل/ تفکر منفی و تحریفات شناختی	۹	مراقبه شمارش تنفس/ آموزش ابرازگری
۵	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما/ جایگزینی افکار منطقی	۱۰	تصویرسازی و مراقبه/ حمایت اجتماعی و مرور برنامه

(د) روش اجرا: جهت انتخاب افراد نمونه، ابتدا مجوزهای لازم از آموزش و پرورش گرفته شد و برای سنجش کودک مبتلابه مشکلات رفتاری پرسشنامه مشکلات رفتاری شهیم و یوسفی توسط مادران کودکان پیش‌دبستانی تکمیل شد. سپس مادرانی که دارای کودک مبتلابه مشکلات رفتاری بودند و به شرکت در کلاس‌های آموزش مدیریت تنیدگی رضایت داشتند، پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ و تنیدگی والدینی آبی‌دین نیز توسط این مادران تکمیل شد و به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی- رفتاری را به شیوه گروهی دریافت نمودند. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، پرسشنامه‌های آنها

کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

ابتدا توزیع نرمال متغیرهای پژوهش موردبررسی قرار گرفت. پیش‌فرض‌های آزمون اندازه‌گیری مکرر شامل همگنی واریانس متغیرهای پژوهش، تساوی ماتریس‌های کوواریانس، کرویت ماچلی نیز موردبررسی قرار گرفت و سپس به تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر پرداخته شد. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۳/۲۰ و ۳/۷۵ و میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه گواه به ترتیب ۳۳/۶۰ و ۵/۱۵ بود.

آزمایش (مدیریت تنیدگی به شیوه گروهی) و گواه، عامل زمان با سه سطح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های توصیفی به‌دست آمده از متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

آزمون کالموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای مورد مطالعه استفاده شد. توزیع نمرات تمامی متغیرهای پژوهش با توجه به این آزمون بهنجار بود. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. عامل گروه با دو سطح

جدول ۲: یافته‌های توصیفی به‌دست آمده از رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین (SD)	پس‌آزمون میانگین (SD)	پیگیری میانگین (SD)
رضایت زناشویی	آزمایش	۱۰۰/۸۱ (۱۴/۴۳)	۱۲۱/۱۱ (۲۳/۳۶)	۱۳۹/۱۶ (۱۲/۸۱)
	گواه	۱۰۳/۹۵ (۱۰/۵۵)	۱۰۵/۵۵ (۱۰/۸۴)	۱۰۹/۱۸ (۱۰/۰۲)
تنیدگی والدینی	آزمایش	۲۹۰/۷۶ (۳۸/۰۱)	۲۵۹/۲۹ (۴۰/۳۱)	۲۴۳/۶۷ (۳۱/۲۷)
	گواه	۲۸۷/۴۸ (۳۶/۲۸)	۲۸۲/۷۵ (۳۸/۳۱)	۲۷۹/۶۸ (۴۳/۷۵)

مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در گروه آزمایش و گواه، کاهش یافته است. پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد (جدول ۳).

با توجه به جدول ۲ در گروه آزمایش و گواه، میانگین رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است و میانگین تنیدگی والدینی در

جدول ۳: نتایج همگنی کوواریانس، کرویت موجلی، همگنی واریانس‌های مشکلات رفتاری در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	ام باکس (f)	کرویت موجلی		لوین	
		(خی دو)	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
رضایت زناشویی	۲۶/۸۷ (۳/۹۵)	۰/۹۲ (۲/۱۵)	۰/۳۶ (۴/۸۶)	۰/۳۳ (۲/۳۹)	۰/۰۵
	P=۰/۰۰۱	P=۰/۳۴۱	P=۰/۰۳۶	P=۰/۱۳۳	P=۰/۸۲۵
تنیدگی والدینی	۱۸/۲۸ (۲/۶۹)	۰/۸۶ (۳/۹۶)	۰/۰۰	۰/۰۲	۳/۱۲
	P=۰/۰۱۳	P=۰/۱۳۸	P=۰/۹۹۶	P=۰/۸۹۳	P=۰/۰۸۸

مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به سطح معناداری کرویت موجلی ($p > ۰/۰۵$) مفروضه کرویت موجلی برای هر دو متغیر برقرار است. نتایج آزمون لوین نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطای رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون ($p > ۰/۰۵$)، پس‌آزمون ($p > ۰/۰۵$) و پیگیری ($p > ۰/۰۵$) برقرار است.

بررسی نتایج آزمون ام باکس متغیر رضایت زناشویی نشان می‌دهد که آزمون معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$) اما با توجه به برابری تعداد دو گروه می‌توانیم از این مفروضه عبور نماییم. بررسی نتایج آزمون ام باکس متغیر تنیدگی والدینی ($p > ۰/۰۱$) در مورد تساوی ماتریس‌های کوواریانس نیز حاکی از آن است که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس برقرار است. پیش‌فرض آزمون کرویت موجلی هر دو متغیر

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه گیری مکرر برای اثرات درون گروهی و تعامل (لامبدای ویلکز)

متغیر	عامل	مقدار	F	سطح معناداری	مجذوراتا
رضایت زناشویی	زمان	۰/۲۹	۳۳/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
	تعامل گروه و زمان	۰/۴۲	۱۸/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
تنیدگی والدینی	زمان	۰/۴۱	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۰
	تعامل گروه و زمان	۰/۵۷	۱۰/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۲۸

مشاهده شد ($P < ۰/۰۰۱$) بنابراین نمرات رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون به طور معناداری تغییر کرده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با عامل درون گروهی نمره رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی در ۳ بار متوالی و عامل بین موردی گروه انجام شد و نتایج آن نشان داد که نمره رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری باهم دارند ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین بین نمرات عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی تعامل معناداری

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی و درون آزمودنی با اندازه گیری مکرر

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	مجذوراتا
	گروه	۴۴۴۹/۷۴	۱	۴۴۴۹/۷۴	۱۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۹
رضایت زناشویی	زمان	۷۱۱۹/۹۰	۲	۳۵۵۹/۹۵	۲۵/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۵
	زمان * گروه	۴۱۳۴/۵۲	۲	۲۰۶۷/۲۶	۱۴/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۴
	گروه	۷۸۹۱/۳۳	۱	۷۸۹۱/۳۳	۲/۲۸	۰/۱۴۲	۰/۰۷۵
تنیدگی والدینی	زمان	۱۱۶۷۹/۷۹	۲	۵۸۳۹/۹۰	۱۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
	زمان * گروه	۶۰۳۹/۹۱	۲	۳۰۱۹/۹۶	۶/۶۶	۰/۰۰۳	۰/۱۹۲

$p <$ ؛ اما بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری به دست نیامد ($P > ۰/۰۵$). به عبارت دیگر آموزش مدیریت تنیدگی بر میزان تنیدگی والدینی مادران در گروه آزمایش نسبت به گواه تأثیر معناداری داشت. در جدول ۶ نتایج مقایسه میانگین رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گزارش شده است.

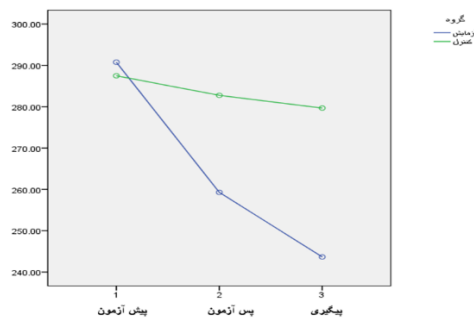
با توجه به جدول ۵، بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در زمینه رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). همچنین میان دو گروه آزمایش و گواه نیز تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر آموزش مدیریت تنیدگی بر افزایش رضایت زناشویی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه معنادار است. بین نمره‌های عامل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در زمینه تنیدگی والدینی تفاوت معناداری وجود دارد ($۰/۰۰۱$)

جدول ۶: نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی

متغیر	مرحله	میانگین آزمایش	میانگین کنترل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
رضایت زناشویی	پیش آزمون	۱۰۰/۸۱	۱۰۳/۹۵	-۳/۱۳	۴/۶۱	۰/۵۰۳
	پس آزمون	۱۲۱/۱۱	۱۰۵/۵۵	۱۵/۵۵	۶/۶۵	۰/۰۳۰
تنیدگی والدینی	پیگیری	۱۳۹/۱۶	۱۰۹/۱۸	۲۹/۹۸	۴/۲۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۲۹۰/۷۶	۲۸۷/۴۸	۳/۲۸	۱۳/۵۷	۰/۸۱۱
	پس آزمون	۲۵۹/۲۹	۲۸۲/۷۵	-۲۳/۴۶	۱۴/۳۶	۰/۱۱۳
	پیگیری	۲۴۳/۶۷	۲۷۹/۶۸	-۳۶	۱۳/۸۸	۰/۰۱۵

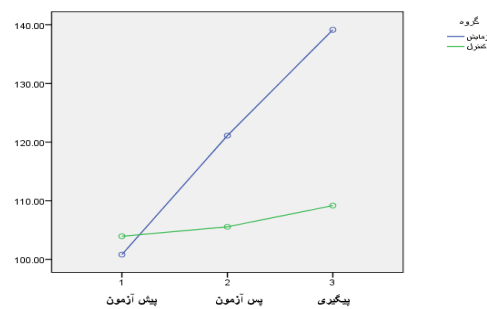
بود. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در پیگیری به طور معناداری بیشتر از گروه گواه بود. در نمودار ۱، نحوه روند تغییر میانگین نمرات رضایت زناشویی در دو گروه طی سه مرحله اندازه گیری ارائه شده است و در دو نمودار ۲، نحوه روند تغییر میانگین تنیدگی والدینی در دو گروه طی سه مرحله اندازه گیری ارائه شده است.

همان طور که ملاحظه می شود، در متغیر رضایت زناشویی گروه آزمایش با گواه در مرحله پس آزمون ($p < ۰/۰۵$) و پیگیری ($p < ۰/۰۰۱$) معنی دار است. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری به طور معناداری بیشتر از گروه گواه است. در متغیر تنیدگی والدینی، تفاوت میانگین گروه آزمایش و گواه در مرحله پیگیری ($p < ۰/۰۵$) معنی دار



نمودار ۲: نحوه روند تغییر میانگین تنیدگی والدینی در دو گروه طی سه مرحله اندازه گیری

رفتاری مدیریت تنیدگی منجر به افزایش رضایت زناشویی و کاهش تنیدگی والدینی مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری گردید. این یافته پژوهش حاضر با نتایج برخی پژوهش‌های قبلی همسو است. حبیبی (۲۰)، در پژوهش خود به این نتیجه رسید که آموزش مدیریت تنیدگی موجب کاهش تنیدگی تحصیلی در دانش آموزان دبیرستانی می گردد. مهری‌نژاد و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که می توان سازش یافتگی زناشویی را در همسران جانبازان دارای اختلال تنیدگی پس از سانحه با آموزش مدیریت تنیدگی افزایش داد (۲۳). در پژوهش کریمی و همکاران (۲۱) یافته‌ها حاکی از افزایش رضایت زناشویی در اثر آموزش در این والدین بود.



نمودار ۱: نحوه روند تغییر میانگین نمرات رضایت زناشویی در دو گروه طی سه مرحله اندازه گیری

با توجه به نمودار ۱، میزان رضایت زناشویی در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش بهبودی معناداری نشان داده است که این روند بهبودی در گروه گواه دیده نمی شود. همچنین بر اساس نمودار ۲، میزان تنیدگی والدینی در پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش کاهش و تعدیل معناداری نشان داده است که این روند تعدیل در گروه گواه دیده نمی شود.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدینی مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری بود. یافته‌ها نشان داد که مداخله شناختی-

در پژوهش ناظر و همکاران (۲۴) آموزش مدیریت تنیدگی به سبک شناختی-رفتاری شاخص سلامت روان والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی را افزایش و علائم جسمانی و افسردگی مادران را کاهش داد و خواب و کارکرد اجتماعی آنها را بهبود بخشید. سلطانی و دوکانه‌ای فرد (۲۲) با آموزش مدیریت تنیدگی موجب کاهش فرسودگی شغلی و افزایش رضایت زناشویی در کارکنان هلال‌احمر شدند. تعدادی از پژوهش‌هایی که از برنامه مدیریت تنیدگی که بر روی بانوان صورت گرفته شامل پژوهش سیلاکسیمی و للیتا (۳۱) تأثیر یک برنامه مدیریت تنیدگی را بر درک تنیدگی پرستاران شاغل در بخش روانی بیمارستان را در سه مرحله قبل، بعد و ۴ هفته پس از مداخله بررسی کردند و کاهش تدریجی تنیدگی را در پرستاران گزارش کردند. دره‌شوری محمدی و همکاران (۳۲) نشان دادند که آموزش شناختی-رفتاری مدیریت تنیدگی، منجر به ارتقای سلامت روان و کاهش اضطراب دوران بارداری می‌گردد. دوست‌زاده و همکاران (۳۳) در پژوهشی نشان دادند که مداخله به هنگام خانواده‌محور نشانگان تنیدگی و خرده‌مقیاس‌های آن (نشانه‌های جسمی، نشانه‌های عاطفی، نشانه‌های شناختی و نشانه‌های رفتاری) را در گروه آزمایش به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. همچنین آموزش مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی-رفتاری تأثیر معناداری در کاهش اضطراب، تنیدگی و افسردگی زنان سرپرست خانوار داشت (۳۴). پژوهش هاشمی و همکاران (۳۵) نشان داد که برنامه آموزش مدیریت تنیدگی به روش شناختی-رفتاری موجب افزایش میزان شادزیستی زنان نابارور می‌شود. متأسفانه پژوهشگران پژوهشی در راستا با متغیر تنیدگی والدینی پیدا نکرد.

در تبیین نتایج حاضر می‌توان چنین بیان کرد که مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی-رفتاری با آموزش فرایند به چالش کشیدن فعالانه تحریف‌های شناختی سبب ارتقای روابط بین زوجین و کاهش تنیدگی والدینی می‌شود. در واقع افکار خودآیند منفی، فرایندهای پردازش اطلاعات ناکارآمد و

تبیین‌های شناختی منفی از مهم‌ترین مؤلفه‌هایی هستند که بر اساس روی‌آورد شناختی-رفتاری سبب رفتارهای ناکارآمد و روابط بین‌فردی ناکارآمد می‌شوند. در مداخله حاضر با آگاهی دادن افراد از فرایندهای پردازش اطلاعات منفی و تغییر دادن آنها به مثبت، آگاهی و تعدیل تبیین‌های شناختی منفی و تبدیل آنها با جایگزین‌های مثبت و اثربخش و تعدیل میزان افکار خودآیند منفی بر رضایت زناشویی‌شان افزوده شد و میزان تنیدگی‌شان تعدیل گردید چراکه رضایت زناشویی و تنیدگی بر اساس رویکرد جامع‌نگر، دارای ابعاد شناختی-هیجانی-رفتاری-انگیزشی-اجتماعی-معناشناختی هستند و با تغییر یک بُعد، سایر ابعاد نیز تحت تأثیر واقع می‌شوند، بنابراین، با تغییر بُعد شناختی، سایر ابعاد آنها در جهت کارآمد شدن و مثبت بودن تغییر می‌یابند. علاوه بر این آموزش استفاده از حل مسئله برای تعارض‌ها نیز به افزایش رضایت زناشویی کمک کرده است. همچنین علاوه بر موارد گفته‌شده گوش دادن مؤثر، ابراز احساسات و بیان خواسته‌ها و ارزیابی و تغییر راهبردهای ناکارآمد که در روش مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی-رفتاری آموزش داده می‌شود نیز باعث کاهش تعارض‌ها و افزایش رضایت زوجین می‌گردد (۱۱). از طرفی سطوح بالای تنیدگی والدین باعث می‌شود که آنها گرایش بیشتری به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر، تهدیدآمیز و پرخاشگرانه والدگری داشته باشند و کمتر از برنامه‌های درمانی و خدمات ارائه‌شده برای کودکان بهره‌برند؛ بنابراین در تصمیم‌گیری درباره استفاده از مناسب‌ترین راهبردهای درمانی کودک ممکن است با شکست مواجه شوند (۱۷) اما پس از آموزش مدیریت تنیدگی به مادر، موقعیت مناسبی برای آموزش شیوه‌های برخورد صحیح با مشکلات رفتاری کودک برای مادر فراهم می‌شود.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم وجود پژوهش‌های کافی در ارتباط با متغیرهای وابسته پژوهش حاضر و همچنین محدودیت‌هایی نظیر محدودیت در کنترل عوامل تأثیرگذار (مثل وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان)،

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم حکیمه خیری در رشته روان‌شناسی دانشگاه گیلان با کد ۹۱۲۳ است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی سازمان آموزش و پرورش استان گیلان با شماره مجوز ۹۴۱/۱۵۴۴۱/۷۳۰۲ صادر شد. بدین وسیله از تمامی مادرانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند و همچنین استاد راهنما و مشاور این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: این پژوهش برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع به دنبال نداشته است.

محدودیت جغرافیایی (فقط شهر رشت) و محدودیت در گروه سنی و جنسیت (پیش‌دستانی، پسر) را بیان کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر بر اساس محدودیت‌های ذکر شده در گروه‌های سنی دیگر، در دختران، منطقه جغرافیایی متنوع‌تر و کنترل عوامل تأثیرگذار انجام شود و همچنین برای اثربخشی بیشتر مدیریت تنیدگی به شیوه شناختی- رفتاری بر تنیدگی والدینی پیشنهاد می‌شود سبک‌های والدگری و فنون اصلاح رفتار نیز به مادران در پژوهش‌های بعدی آموزش داده شود و برای کاهش تعارض‌های زناشویی آموزش مدیریت تنیدگی به مادران نیز پیشنهاد می‌شود.

References

1. Geest IM, Heuvel-Eibrink MM, Passchier J, Hoed-Heerschop C, Pieters R, Darlington AS E. Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psychooncology*. 2014; 23(7): 758–765.
2. Wan Yunus F, Liu KP, Bissett M, Penkala S. Sensory-based intervention for children with behavioral problems: a systematic review. *J Autism Dev Disord*. 2015; 45(11): 3565–3579.
3. Breevaart K, Bakker AB. Working parents of children with behavioral problems: a study on the family-work interface. *Anxiety Stress Coping*. 2011; 24(3): 239–253.
4. Nejat V. Prevalence of behavioral problems in elementary school students in Tehran province. *Journal of Medical Council of Iran*. 2012; 30(2): 162-167. [Persian]
5. Riahi F, Amini F, Salehi Veisi M. The children's behavioral problems and their relationship with maternal mental health. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2012; 10(1): 46-52.
6. Ghanbari S, Esmaili Z, Porebrahim T, Kholghi H. The role of marital boredom with the mediation of the quality of maternal care in anticipation of externalizing and internalizing problems of children. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2017; 7(26): 55-72. [Persian]
7. Oprisan E, Cristea DA. Few variables of influence in the concept of marital satisfaction. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2012; 33: 468–472.
8. DeLongis A, Zwicker A. Marital satisfaction and divorce in couples in stepfamilies. *Curr Opin Psychol*. 2016; 13:158–161.
9. Kwok SYCL, Leung CL K, Wong DFK. Marital satisfaction of Chinese mothers of children with autism and intellectual disabilities in Hong Kong. *J Intellect Disabil Res*. 2014; 58(12):1156–1171.
10. King ME. Marital Satisfaction. *Encyclopedia of Family Studies*: John Wiley & Sons, Inc; 2016.
11. McKay M, Fanning P, Palg k. Couple Skill. Mohammad Khani Sh, Abedi Gh. (Persian translator). Tehran: Varay Danesh; 2006, pp: 14.
12. Robinson M, Neece CL. Marital Satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. *J Ment Health Res Intellect Disabil*. 2015; 8(1): 23–46.
13. Moussavi Moghadam Z, Ahmadipour L, Yosefi G, Binandeh H, Ranjbari A. Effectiveness of resiliency skills education on quality of life and reduce couples conflicts. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*. 2015; 5(6):398-403.
14. Cohen BE, Marmar CR, Neylan TC, Schiller NB, Ali S, Whooley MA. Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(11): 1214–1220.

15. Lucassen PJ, Pruessner J, Sousa N, Almeida OF, Van Dam AM, Rajkowska G, et al. Neuropathology of stress. *Acta Neuropathol.* 2014; 127(1): 109-135.
16. Tvrdik T, Mason D, Dent KM, Thornton L, Hornton SN, Viskochil DH, et al. Stress and coping in parents of children with Prader-Willi syndrome: Assessment of the impact of a structured plan of care. *Am J Med Genet A.* 2015; 167 (5): 974-982.
17. Neece CL, Green SA, Baker BL. Parenting stress and child behavior problems: a transactional relationship across time. *Am J Intellect Dev Disabil.* 2012; 117(1): 48-66.
18. Dirks E, Uilenburg N, Rieffe C. Parental stress among parents of toddlers with moderate hearing loss. *Res Dev Disabil.* 2016; 55: 27-36.
19. Gardiner P, Sadikova E, Filippelli AC, Mitchell S, White LF, Saper R, et al. Stress management and relaxation techniques use among underserved inpatients in an inner city hospital. *Complementary Therapies in Medicine.* 2015; 23(3): 405-412.
20. Habibi M. The effect of cognitive-behavioral stress management on decreasing academic expectation stress of parents: A case of first grade high school students. *Journal of School Psychology.* 2015; 4(2): 22-38. [Persian].
21. Karimi T, Rangrazian F, Mobasher Amini Z. The effect of coping strategies with stress on marital satisfaction and stress in parents of children with mental retardation quarterly. *Journal of Child Mental Health.* 2016; 3(3): 107-117. [Persian].
22. Soltani S, Dokaneheei F. The effectiveness of stress management training by cognitive behavioral method on burnout and marital satisfaction in Red Crescent staff. *Journal of Rescue & Relief.* 2016; 7(3): 84-95. [Persian].
23. Mehrinejad A, Mokarrami M, Ostovar Z. Effect of stress management training with cognitive-behavioral therapy on marital adjustment in the wives of war veterans suffering from post-traumatic stress disorder. *Shefaye Khatam.* 2015; 3(3): 71-80. [Persian].
24. Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree M. The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Rehabilitation.* 2016; 17(1): 32-41. [Persian].
25. Chung W, Kim R. Are married men healthier than single women? A gender comparison of the health effects of marriage and marital satisfaction in East Asia. *Plos one.* 2015; 10(7): 1-16.
26. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther.* 2000, 22: 144 – 167.
27. Soleimani AA. Study of Irrational thoughts based on the cognitive approach the discontents couples. Master's Thesis. Tarbiat Moallem University. 1993. [Persian].
28. Shahim S, Yousefi F. Preschool behavior problems- parent form. *Human and Social Sciences Journal of Shiraz University.* 1999; 29 (1). 19- 32. [Persian].
29. Stora JB. Le stress. Dadsetan P. (Persian translator). Tehran: Roshd; 2004, pp: 189-244.
30. Antoni M, Ironson G, Schneiderman, N. Cognitive-behavioral stress management. Almohammad, SJ, Jokar S, Taher Neshat Doost H. (Persian translator). Isfahan: Jahad daneshgahi; 2007, pp: 32-229.
31. Sailaxmi G, Lalitha K. Impact of a stress management program on stress perception of nurses working with psychiatric patients. *Asian J Psychiatr.* 2015; 14, 42-45.
32. Dareshouri Mohammadi Z, Bosaknejad S, Sarvghad S. A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, *Jundishapur journal of health research.* 2013; 3(4): 495-504. [Persian].
33. Doostzade M, Hemmati Alamdarloo G, Shojaee S. The effectiveness of family-centered early intervention on stress symptoms of mothers of children with hearing impairment. *Journal of child mental health.* 2016; 3(1): 81-93. [Persian].
34. Habibi M, Ghanbari N, Khodaei E, Ghanbari P. Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families' women. *Journal of Research Behavioural Sciences.* 2013; 11(3): 166-175. [Persian].
35. Hashemi F, Alipour A, Feili A. The effectiveness of cognitive behavioral stress management therapy on happiness among infertile women. *Armaghane Danesh Journal.* 2013; 18(9): 678-686. [Persian].

The Effectiveness of Stress Management Training on Marital Satisfaction and Parental Stress in Mothers with Children with Behavioral Problems

Hakimeh Kheiry^{*1}, Iraj Salehi², Reza Soltani Shal²

1. M.A. of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: August 13, 2017

Accepted: October 24, 2017

Abstract

Background and Purpose: Research evidences suggest that stress is a major contributor in marital conflicts. The purpose of this study was to investigate the effect of stress management training on marital satisfaction and parental stress of mothers with child with behavioral problems.

Method: This semi-experimental research was a pre-test post-test-follow-up with the control group. The statistical population in this research was all mothers with preschool children with behavioral problems in Rasht city. Through *preschool children's behavioral problems questionnaire* (Shahim and Yousefy, 1999), 30 mothers were selected using convenient sampling method and randomly assigned into two groups of experimental and control (n = 15). *Enrich marital satisfaction scale* (Olson, 1989) and *Abidin parental stress scale* (Abidin, 1990) had been used for data collecting. The experimental group received stress management training in ten sessions. For data analysis, repeated measure ANOVA was used.

Results: Findings showed that stress management training had a significant effect on marital satisfaction and parental stress ($P < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of the present study, along with statistical significance, we can point to clinical significance. It means that stress management training can increase the life satisfaction by affecting the emotional, cognitive, communicative, motivational and semantic dimensions of life, and consequently mental health of mothers with children with behavioral problems.

Keywords: Stress management, marital satisfaction, parental stress, behavioral problems

Citation: Kheiry H, Salehi I, Soltani Shal R. The effectiveness of stress management training on marital satisfaction and parental stress in mothers with children with behavioral problems. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2018; 4(4): 3-13.

***Corresponding author:** Hakimeh Kheiry, M.A. of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Email: hakimekheiry@yahoo.com Tel: (+98) 013-32341309