

## تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر بهبود رابطه والد - کودک و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی

فاطمه رهبر کرباسدهی\*<sup>۱</sup>، عباس ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، ابراهیم رهبر کرباسدهی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۰۱

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۱۵

### چکیده

**زمینه و هدف:** تولد یک کودک کم توان ذهنی، به عنوان یک بحران می تواند تأثیرات نامطلوبی بر مادران داشته و آنها را تحت تنش های جسمی، روانی، و اجتماعی قرار دهد. هدف از پژوهش حاضر تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر بهبود رابطه والد - کودک و بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی بود.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مادران کودکان کم توان ذهنی شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ بوده است که از این تعداد نمونه ای به حجم ۲۸ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس ارزیابی رابطه مادر - کودک رابرت و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شد. برای گروه آزمایش، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای برگزار شد، در حالی که گروه گواه هیچ گونه مداخله ای را دریافت نکرد.

**یافته ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی توانسته مؤلفه های حمایت بیش از حد، سهل گیری بیش از حد، و طرد مربوط به رابطه مادر - کودک را کاهش، و مؤلفه پذیرش را افزایش دهد و همچنین بهزیستی روان شناختی را در مادران کودکان کم توان ذهنی افزایش دهد ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** با توجه به نتایج این پژوهش، آموزش مدیریت تنیدگی یکی از کارآمدترین روش های درمانگری است که در کاهش تنیدگی و بهبود بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی مؤثر است.

**کلیدواژه ها:** مدیریت تنیدگی، رابطه والد - کودک، بهزیستی روان شناختی

۱. \*نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (Fatemeh.Rahbar.Karbasdehi@gmail.com)

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

۳. دانشجوی کارشناسی روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

## مقدمه

کم توانی ذهنی<sup>۱</sup> بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلالی عصبی- تحولی با منشأ زیستی است که نارسایی‌هایی در توانایی‌های ذهنی، مانند استدلال، حل مسئله، برنامه‌ریزی، تفکر انتزاعی، قضاوت و یادگیری را شامل می‌شود (۱). در کشورهای در حال توسعه ۴/۶ درصد افراد زیر ۱۸ سال و در کشورهای پیشرفته ۲/۵ - ۰/۵ درصد این افراد دچار کم توانی ذهنی هستند (۲). این افراد به لحاظ ویژگی‌های خاص خود در برخورداری از تسهیلات و امکانات جامعه نیازمند به کمک دیگران هستند (۳). به عبارت دیگر، این گونه کودکان اغلب از نظر بدنی، عقلی یا روان‌شناختی ناتوان‌اند، و به مراقبت، درمان و آموزش ویژه‌ای نیازمندند (۴). تولد این کودکان در خانواده مشکلاتی را برای اعضای خانواده رقم می‌زند و باعث تنیدگی در اعضای خانواده به‌ویژه والدین می‌گردد (۶ و ۵) و کیفیت زندگی اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷).

حضور کودک کم توان ذهنی با کشاکش‌های ویژه‌ای که دارد کانون خانواده و نقش‌های والدین به‌ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۸) و مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با پدران به دلیل اینکه زمان بیشتری را برای مراقبت از فرزند ناتوان خود اختصاص می‌دهند، به علت شرایط و مسئولیت‌های مداومی که کودک کم توان ذهنی از لحاظ شناختی، اجتماعی، و هیجانی دارد، تنش بیشتری را متحمل می‌شوند و در مخاطره آسیب‌های روانی بسیاری قرار می‌گیرند (۹ و ۱۰).

شواهدی وجود دارد که آرزوهای ازدست‌رفته برای داشتن فرزند سالم منجر به بروز واکنش‌های روان‌شناختی از قبیل شوک، انکار، خشم، اندوه و اضطراب در والدین می‌شود (۱۱، ۱۲، ۱۳). در این میان بهبود روابط مادر-کودک می‌تواند به پذیرش کودک از سوی خانواده و به‌خصوص مادر کمک کند. کیفیت ارتباط‌های اولیه مادر-کودک با

ارتباط‌های بعدی کودک، سازش‌یافتگی، تنظیم هیجانی و پاسخ‌های تعارضی کودک با سایر همسالان و خواهر و برادرانش رابطه دارد (۱۴). وجود کودک مشکل‌دار و دارای تأخیر تحولی در خانواده، والدین را متحمل تنیدگی‌های جسمانی و روانی می‌نماید (۱۵ و ۷).

مشکل‌های رفتاری کودکان در سال‌های اولیه زندگی با رفتار و ارتباط منفی مادر و تنیدگی او در ارتباط است و از این طریق رفتار مشکل‌ساز کودک موجب کاهش اعتماد به خود مادر می‌شود (۱۶). در راستای توانبخشی خانواده و به‌منظور حل تعارض و مشکلات به وجود آمده در بین والدین، بهزیستی روان‌شناختی<sup>۲</sup>، یکی از متغیرهای مهم و جدید در حوزه روانشناسی است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که مادران کودکان کم توان ذهنی در مقایسه با مادران کودکان عادی، سطح سلامت عمومی پایین‌تر و اضطراب بیشتر (۱۷)، احساس شرم و خجالت بیشتر (۱۸) و سطح بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری (۱۹) دارند. ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی خود می‌داند (به نقل از ۲۰).

شواهد پژوهشی فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد حوادث نامطبوع زندگی همانند داشتن فرزند کم توان ذهنی که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی مادر-کودک را تحت تأثیر قرار داده و به ایجاد مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب منجر شود (۲۱، ۲۲، ۲۳). یکی از ویژگی‌های شخصیتی که در بروز تنش و آسیب به بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است و به نظر می‌رسد نقش میانجی را در درک شدت تنش و سازش با آن ایفا می‌کند، شیوه مقابله فرد با آن تنیدگی است (۲۴ و ۲۵) که در این میان مهارت‌های مدیریت تنیدگی می‌تواند در این مقابله یاریگر فرد باشد.

آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری یک شیوه چندوجهی است که طی آن تکنیک‌هایی

برخوردارند که این مسئله حاکی از وجود کودک کم‌توان ذهنی به‌عنوان عامل آسیب‌زننده به این متغیر است. پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه همگی بر ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی مادران در جهت افزایش سلامت روانی ایشان و اینکه این مسئله منجر به بهبود رابطه مادر- کودک می‌شود، اتفاق نظر دارند (۳۸-۴۵).

در پژوهشی که توسط ناظر و همکاران (۴۶) با عنوان تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر میزان تنیدگی و سلامت روانی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی انجام شد، نتایج نشان داد که این آموزش تأثیر مثبتی بر والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی داشته و توانسته شاخص سلامت روانی والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی را افزایش و علائم جسمانی، تنیدگی ادراک‌شده و افسردگی را در آن‌ها کاهش دهد.

حسین‌خانزاده و همکاران (۴۷) در پژوهشی تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری را بر کاهش اضطراب و افسردگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری به میزان قابل توجهی توانسته است اضطراب و افسردگی را در والدین این کودکان کاهش دهد.

در پژوهشی که توسط جناآبادی (۴۸) با موضوع بررسی اثربخشی مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر سلامت روانی مادران کودکان مبتلابه اختلال‌های تحولی و اختلال‌های رفتاری مخرب و فلج مغزی انجام شد، نتایج نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری توانسته تنیدگی، اضطراب و افسردگی را در مادران این کودکان به‌طور معنی‌داری کاهش دهد. قربانی و همکاران (۴۹) اثربخشی آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری را بر کاهش تنیدگی، اضطراب و افسردگی مادران دارای کودکان کم‌توان

برای آرامش‌آموزی<sup>۱</sup>، مدیریت خشم و ابرازگری<sup>۲</sup>، آموزش مقابله کارآمد، به افراد آموزش داده می‌شود تا افراد بتوانند تنیدگی‌های خود را مهار و با مشکلات پیش رو مبارزه و از این راه بهزیستی روان‌شناختی و سلامت جسمانی خود را بهبود دهند (۲۶).

بهبود وضعیت روان‌شناختی فرد به همان میزان منجر به بهبود رابطه فرد با اعضاء خانواده‌اش می‌گردد. ارتباط والد- کودک از مهم‌ترین مؤلفه‌های زندگی اجتماعی بوده و نقش مهمی در سلامت روانی والدین و فرزندان ایفا می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که در بین عوامل مختلفی که در پرورش شخصیت سالم کودکان مؤثرند، تعامل کودک و والدین از مهم‌ترین عوامل محسوب می‌شود (۲۷).

پژوهش‌های متعدد انجام‌شده در رابطه با بهبود روابط والد- کودک حاکی از این است که کیفیت رابطه والد- کودک اغلب می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مشکل‌های رفتاری کودکان باشد. روابطی که معمولاً همراه با خصومت متقابل، بدبینی، افراط در مهار کردن، و خشونت هستند، در بسیاری از آسیب‌شناسی‌های دوران کودکی نقش دارند. الزام توجه به روابط مادر- کودک می‌تواند بسیاری از اختلال‌های کودک را پیش‌بینی نماید (۲۸-۳۵).

در پژوهشی که توسط کلینگ و همکاران (۳۶) با عنوان مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی انجام شد، نتایج نشان داد که مادران کودکان عادی در مؤلفه‌های استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی و پذیرش خود نسبت به مادران کودکان کم‌توان ذهنی وضعیت بهتری دارند، اما در مؤلفه احساس داشتن هدف در زندگی، مادران کودکان کم‌توان ذهنی در سطوح بالاتری قرار دارند. در پژوهشی که میکائیلی منبع (۳۷) با عنوان مقایسه بهزیستی روان‌شناختی مادران با و بدون دانش‌آموزان ابتدایی کم‌توان ذهنی انجام داد، نتایج نشان داد که مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی از سطوح بهزیستی روان‌شناختی پایینی

شدند. لازم به ذکر است قبل از انتخاب افراد نمونه مجوزهای لازم از کمیته اخلاقی و فنی آموزش و پرورش استثنایی شهر رشت اخذ شد. از نظر شرایط ورود به پژوهش مادران این کودکان از لحاظ عدم معلولیت جسمانی و عدم مصرف دارو مورد بررسی قرار گرفته و دو گروه همتا شدند. ملاک خروج از پژوهش غیبت بیش از دو جلسه مادران در جلسات آموزشی است، البته ۲ نفر (۱ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه گواه) از روند اجرای آزمایش به دلایل شخصی خارج شدند.

### ب) ابزار

برای جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱. مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک: این مقیاس توسط رابرت در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است و به ارزیابی نظر مادران در خصوص چهار سبک تعامل با کودک مشتمل بر پذیرش، حمایت بیش از حد، سهل‌گیری بیش از حد و طرد<sup>۴</sup>-فرزند می‌پردازد. هر مقیاس دارای ۱۲ گویه است که در مجموع ۴۸ گویه با پنج درجه (کاملاً موافقم ۵، موافقم ۴، نمی‌توانم تصمیم بگیرم ۳، مخالفم ۲، کاملاً مخالفم ۱) نمره گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره خام هر خرده مقیاس، نمره تمام گویه‌ها با یکدیگر جمع می‌شود. این مقیاس یک ابزار مناسب برای تحقیق در حوزه‌هایی نظیر ارتباط بین بازخوردهای مادرانه و رفتار فرزندشان، خود ادراکی و بازخوردها، ارتباط بین بازخوردهای مادرانه و درک از خود است (۵۳). راس (۵۴) اعتبار این مقیاس را بین ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ و روایی آن را بین ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است. در ایران اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۳ (۵۵) و روایی آن برای پذیرش فرزند، حمایت بیش از حد، سهل‌گیری بیش از حد و طرد فرزند به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۱، ۰/۷۲ گزارش شده است (۵۶).

۲. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (فرم کوتاه): این مقیاس را ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار داده است. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی

ذهنی مورد بررسی قرار داده‌اند که نتایج نشان داد آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری، تنیدگی، اضطراب و افسردگی را در مادران این کودکان به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد.

لی و همکارانش (۵۰) تأثیر برنامه آموزشی را بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش تنیدگی‌های والدگری مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد که این آموزش توانسته رابطه والد-کودک را بهبود بخشد و از تنیدگی‌های والدگری به‌طور قابل توجهی بکاهد.

با توجه مطالعات انجام‌شده، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری می‌تواند تنیدگی‌های مادران کودکان با نیازهای ویژه را کاهش و بهزیستی روان‌شناختی را افزایش و باعث بهبود مهارت‌های مقابله با تنیدگی فرد می‌شود. بنابراین با توجه به شیوع روزافزون کودکان کم‌توان ذهنی و تأثیرات بلندمدت آن بر سلامت روانی مادران و اهمیت توجه به بهبود هرچه بهتر روابط والد-کودک (۵۱ و ۵۲)، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد. لذا هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر بهبود رابطه والد-کودک و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی است.

### روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه مورد مطالعه را تمامی مادران کودکان کم‌توان ذهنی شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ تشکیل دادند که از آن میان حدود ۳۰ نفر از مادران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و برحسب حضور و آموزش کودک آنها در مدرسه کودکان با نیازهای ویژه انتخاب و سپس در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایدهی

3. Over indulgence  
4. Rejection

1. Acceptance  
2. Overprotection

**ج) برنامه مداخله‌ای**

بعد از بیان اهداف پژوهش و با رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در این پژوهش به‌طور کامل جلب شد. قبل از شروع آموزش هر دو گروه مورد مطالعه، تحت پیش‌آزمون قرار گرفتند و گروه آزمایش تحت مداخله آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری قرار گرفت. این پژوهش مشتمل بر ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود و به‌صورت گروهی و در هفته دو بار اجرا می‌گردید که بر گرفته از آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری آنتونی و همکاران (۲۶) بود.

است که در یک پیوستار ۶ درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» (یک تاشش) پاسخ داده می‌شود و از بین سؤالات، ۱۰ سؤال به‌صورت مستقیم و ۸ سؤال به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس ۶ عامل استقلال<sup>۱</sup>، تسلط بر محیط<sup>۲</sup>، رشد شخصی<sup>۳</sup>، ارتباط مثبت با دیگران<sup>۴</sup>، هدفمندی در زندگی<sup>۵</sup> و پذیرش خود<sup>۶</sup> را می‌سنجد، ضمن اینکه مجموع نمرات این ۶ عامل به‌عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود (۳۷). آکین (۵۷) اعتبار این مقیاس را به روش بازآزمایی بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۷ و روایی آن را بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۶ گزارش کرده است.

در ایران اعتبار این مقیاس به روش بازآزمایی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۲ بود و روایی آن از طریق همبستگی با پرسشنامه شادکامی آکسفورد ۰/۵۸ گزارش شده است (۵۸).

جدول ۱: برنامه آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری

جلسات	برنامه مداخله‌ای
اول	اهداف دوره، مفهوم‌سازی مشکل (تعریف تنیدگی)، آشنایی با علائم جسمانی، روانی، رفتاری تنیدگی و اضطراب، تقویت رابطه مبتنی بر همکاری
دوم	بحث و بررسی مشکلات ناشی از تنیدگی و اضطراب در زندگی روزمره، آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی
سوم	بحث و بررسی در مورد شیوه‌های مقابله با تنیدگی، آموزش و تمرین فن آرام بخشی عضلات
چهارم	شناسایی افکار خودآیند منفی، خطاهای شناختی و مرور تکالیف جلسه قبل
پنجم	بحث و بررسی در مورد افکار خودآیند منفی و آموزش چگونگی توقف فکر و جایگزین کردن افکار خودآیند مثبت به جای افکار منفی
ششم	بحث و بررسی در مورد فن توقف فکر (ولپی) و به خود دستور دادن (مایکنام)، آموزش بازسازی شناختی
هفتم	بحث و بررسی در مورد مطالب بازسازی شناختی، آموزش مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیت‌ها
هشتم	آموزش شیوه‌های حل مسئله
نهم	مرور آموزش‌های شیوه‌های حل مسئله، آموزش مدیریت خشم و بحث و نتیجه‌گیری مطالب ارائه شده
دهم	آموزش مهارت ابراز وجود و قاطعیت به‌صورت نظری و عملی و جمع‌بندی مطالب مربوط به جلسات آموزشی

جمع‌آوری شده با روش آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در طی این جلسات گروه گواه تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. پس از اتمام دوره آموزش از گروه تحت درمان و گروه گواه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های

4. Positive relations with others
5. Purpose in life
6. Self-acceptance

1. Autonomy
2. Environmental mastery
3. Personal growth

**(د) روش اجرا**

برای انجام پژوهش ابتدا با کسب نامه از دانشگاه گیلان و مراجعه به سازمان آموزش و پرورش، مجوز اجرای پژوهش کسب شد و پس از مراجعه به مدرسه و طی تعاملی که با آنها صورت گرفت، رضایت والدین برای همکاری در روند اجرای پژوهش کسب و یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری برای گروه آزمایش شروع شد و یک هفته پس از اجرای آموزش، پس‌آزمون برای هر دو گروه (آزمایش و گواه) انجام شد.

**یافته‌ها**

در پژوهش حاضر ۲۸ مادر کودک کم‌توان ذهنی شرکت داشتند که میانگین (و انحراف معیار) سنی آنها ۳۶/۴۶ (۶/۰۹)

سال بوده و شغل ۴۲/۹ درصد (۱۲ نفر) از آنها خانه‌دار، ۳۵/۷ درصد (۱۰ نفر) کارمند و ۲۱/۴ درصد (۶ نفر) آزاد بوده و تحصیلاتشان، ۱۴/۳ درصد (۴ نفر) زیر دیپلم، ۱۷/۹ درصد (۵ نفر) دیپلم، ۳۲/۱ درصد (۹ نفر) لیسانس، ۱۷/۹ درصد (۵ نفر) فوق لیسانس و ۱۷/۹ درصد (۵ نفر) دکتری بودند و ۴۲/۹ درصد (۱۲ نفر) از این کودکان کم‌توان ذهنی فرزند اول، ۳۵/۷ درصد (۱۰ نفر) فرزند دوم، ۱۰/۷ درصد (۳ نفر) فرزند سوم و ۱۰/۷ درصد (۳ نفر) فرزند چهارم خانواده بودند.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. با توجه به این جدول، آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. لذا توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۲۸)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
پذیرش	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۰	۲/۰۶	۰/۹۹	۰/۲۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۹۲	۱/۶۸		
حمایت بیش‌ازحد	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۵/۵۷	۱/۷۴	۱/۵۸	۰/۱۳
	پس‌آزمون	گواه	۱۸/۴۲	۱/۶۰		
سهل‌گیری بیش‌ازحد	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۴/۹۲	۱/۴۹	۰/۹۴	۰/۳۳
	پس‌آزمون	گواه	۵۵/۰۷	۱/۶۹		
طرد	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۵۰	۱/۸۲	۱/۵۳	۰/۱۸
	پس‌آزمون	گواه	۵۵/۴۲	۱/۳۹		
	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۳/۱۴	۲/۴۱	۱/۱۰	۰/۱۷
	پس‌آزمون	گواه	۵۳/۲۸	۲/۱۶		
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸	۱/۸۳	۱/۵۴	۰/۱۹
	پس‌آزمون	گواه	۵۳/۵۷	۲/۴۴		
	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۳/۰۷	۳/۲۶	۰/۹۸	۰/۲۸
	پس‌آزمون	گواه	۵۳/۳۵	۲/۸۱		
	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۹۷	۱/۵۳	۰/۱۸
	پس‌آزمون	گواه	۵۴/۷۱	۲/۲۳		

پیش‌آزمون و پس‌آزمون مؤلفه‌های رابطه والد- کودک در گروه آزمایش و گواه نشان داد که مفروض شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس مؤلفه‌ها در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری

برای بررسی آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر بهبود مؤلفه‌های رابطه والد- کودک (حمایت بیش‌ازحد، سهل‌گیری بیش‌ازحد و طرد) مادران کودکان کم‌توان ذهنی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون

چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های رابطه والد-کودک تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $Wilk's\ Lambda = 0/002, F=9/31, p<0/001$ ). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدامیک از مؤلفه‌های رابطه والد-کودک با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $Box\ M= 178/97, F=1/86, p<0/06$ ). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین مؤلفه‌های رابطه والد-کودک نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی‌دار است ( $p<0/001, df=9, X^2=12/94$ ). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نمرات رابطه والد-کودک در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	p	Eta
پذیرش	۸۶۸۸/۲۲	۱	۸۶۸۸/۲۲	۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹
حمایت بیش‌ازحد	۹۲۴۲/۸۰	۱	۹۲۴۲/۸۰	۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۹۹
سهل‌گیری بیش‌ازحد	۸۰۳۵/۵۰	۱	۸۰۳۵/۵۰	۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۹
طرد	۸۸۹۹/۳۲	۱	۸۸۹۹/۳۲	۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹

والد-کودک معنی‌دار است ( $p<0/001$ )، به عبارت دیگر، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی-رفتاری بر بهبود رابطه والد-کودک مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر داشته است.

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در مؤلفه‌های رابطه والد-کودک تفاوت وجود دارد ( $p<0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که تفاضل میانگین تعدیل‌شده گروه‌های آزمایش و گواه برای مؤلفه‌های رابطه

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۲۸)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p																																																								
استقلال	پیش‌آزمون	آزمایش	۶/۹۲	۰/۹۱	۱/۴۶	۰/۲۷																																																								
		گواه	۷/۲۱	۰/۸۹			تسلط بر محیط	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۳۵	۱/۳۳	۱/۴۱	۰/۳۶	گواه	۵/۳۵	۰/۶۳	رشد شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲۱	۰/۸۰	۱/۴۲	۰/۳۴	گواه	۱۲/۲۸	۰/۷۲	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۸	۰/۸۹	۱/۵۷	۰/۱۴	گواه	۵/۲۸	۱/۲۰	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۸۵	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۳۴	گواه	۸/۶۴	۰/۷۴	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳	گواه	۴/۸۴	۱/۰۲	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷
تسلط بر محیط	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۳۵	۱/۳۳	۱/۴۱	۰/۳۶																																																								
		گواه	۵/۳۵	۰/۶۳			رشد شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲۱	۰/۸۰	۱/۴۲	۰/۳۴	گواه	۱۲/۲۸	۰/۷۲	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۸	۰/۸۹	۱/۵۷	۰/۱۴	گواه	۵/۲۸	۱/۲۰	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۸۵	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۳۴	گواه	۸/۶۴	۰/۷۴	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳	گواه	۴/۸۴	۱/۰۲	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱	گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹						
رشد شخصی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۲۱	۰/۸۰	۱/۴۲	۰/۳۴																																																								
		گواه	۱۲/۲۸	۰/۷۲			ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۸	۰/۸۹	۱/۵۷	۰/۱۴	گواه	۵/۲۸	۱/۲۰	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۸۵	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۳۴	گواه	۸/۶۴	۰/۷۴	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳	گواه	۴/۸۴	۱/۰۲	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱	گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹																
ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۸	۰/۸۹	۱/۵۷	۰/۱۴																																																								
		گواه	۵/۲۸	۱/۲۰			ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۸۵	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۳۴	گواه	۸/۶۴	۰/۷۴	ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳	گواه	۴/۸۴	۱/۰۲	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱	گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹																										
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۸/۸۵	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۳۴																																																								
		گواه	۸/۶۴	۰/۷۴			ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳	گواه	۴/۸۴	۱/۰۲	ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱	گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹																																				
ارتباط مثبت با دیگران	پس‌آزمون	آزمایش	۱۶/۷۱	۱/۰۶	۱/۳۴	۰/۵۳																																																								
		گواه	۴/۸۴	۱/۰۲			ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱	گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹																																														
ارتباط مثبت با دیگران	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۱/۵۷	۰/۵۱	۲/۰۷	۰/۱																																																								
		گواه	۱۱/۶۴	۰/۴۹																																																										

۰/۲۳	۱/۴۹	۰/۷۷	۱۷/۱۴	آزمایش	پس آزمون	
		۱/۲۸	۵/۴۲	گواه		
۰/۷۸	۱/۲۷	۱/۵۵	۸/۵۰	آزمایش	پیش آزمون	هدفمندی در زندگی
		۱/۴۶	۸/۱۴	گواه		
۰/۴۳	۱/۳۸	۰/۹۴	۱۶/۵۰	آزمایش	پس آزمون	
		۱/۱۲	۵/۲۱	گواه		
۰/۱۲	۲/۱۷	۰/۵۱	۷/۴۲	آزمایش	پیش آزمون	پذیرش خود
		۰/۴۶	۷/۲۸	گواه		
۰/۶۶	۱/۳۰	۱/۰۹	۱۶/۸۵	آزمایش	پس آزمون	
		۱/۴۰	۴/۸۶	گواه		
۰/۲	۱/۸۶	۰/۷۵	۵۵/۵۰	آزمایش	پیش آزمون	بهزیستی روان شناختی
		۰/۸۹	۵۵/۲۱	گواه		
۰/۸	۱/۶۶	۴/۳۷	۱۰۰/۳۵	آزمایش	پس آزمون	
		۲/۰۳	۳۱	گواه		

نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ( $\text{Box } M = 94/75, F = 3/37, p < 0/09$ ). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است ( $X^2 = 27/91, df = 20, p < 0/001$ ). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/001$ ). برای بررسی این که گروه آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های بهزیستی روان شناختی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری گزارش شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به این جدول، آماره  $Z$  آزمون کالموگروف - اسمیرنوف برای تمامی متغیرها معنی دار نیست. لذا توزیع این متغیرها نرمال است. برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر بهزیستی روان شناختی مادران کودکان کم توان ذهنی از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون بهزیستی روان شناختی در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ( $F = 1/33, p < 0/53$ ). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس بهزیستی روان شناختی در گروه‌ها برابر است ( $p < 0/09, F = 8/09$ ).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) نمرات بهزیستی روان شناختی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	p	Eta
استقلال	۷۶۸/۷۴	۱	۷۶۸/۷۴	۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹
تسلط بر محیط	۷۷۹/۳۸	۱	۷۷۹/۳۸	۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸



۰/۹۸	۰/۰۰۱	۱/۱۰	۸۹۲/۲۲	۱	۸۹۲/۲۲	رشد شخصی
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۷۰۷/۷۰	۸۲۴/۰۷	۱	۸۲۴/۰۷	ارتباط مثبت با دیگران
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۸۴۶/۲۲	۷۸۴/۴۸	۱	۷۸۴/۴۸	هدفمندی در زندگی
۰/۹۷	۰/۰۰۱	۶۷۴/۹۲	۸۶۶/۲۷	۱	۸۶۶/۲۷	پذیرش خود
۰/۹۹	۰/۰۰۱	۲/۷۰	۳۲۵۱۵/۹۶	۱	۳۲۵۱۵/۹۶	کل بهزیستی روان‌شناختی

در جدول ۵ نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد ( $p < 0/001$ ). همچنین نتایج نشان داد که تفاضل میانگین تعدیل شده گروه‌های آزمایش و گواه برای بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن معنی‌دار است ( $p < 0/001$ ). به عبارت دیگر، آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مادران کودکان کم‌توان ذهنی تأثیر داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری بر بهبود رابطه والد- کودک و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی بود، نتایج نشان داد آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی- رفتاری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، پذیرش فرزند را در آنها افزایش و دیگر مؤلفه‌های رابطه والد- کودک (حمایت بیش از حد، سهل‌گیری بیش از حد و طرد) را کاهش می‌دهد.

شکوهی‌یکتا و زمانی (۵۹) اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر رابطه مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی و دیرآموز را مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد این چنین آموزش‌هایی می‌تواند منجر به بهبود رابطه والد- کودک گردد و همچنین نتایج پژوهش لی و همکاران (۵۰) با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تحول روانی و اجتماعی کودک، روابط والدین و کودک است، به طوری که کیفیت این روابط در سال‌های اولیه کودکی، اساس تحول شناختی،

اجتماعی، و هیجانی آینده را پایه‌گذاری می‌کند (۶۰). میزان پذیرش و علاقه دوطرفه بین مادر و کودک، توانایی او را برای یادگیری مطالب جدید افزایش می‌دهد، درحالی‌که بدرفتاری با کودک و عدم توجه به نیازهای او می‌تواند باعث ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی همانند پرخاشگری در بزرگسالی شود (۶۱). پژوهش‌های انجام شده در زمینه رابطه والد- کودک نشان می‌دهد که در تعارض والد و کودک کم‌توان ذهنی، والدین نقش مهمی دارند و حتی عدم آگاهی والدین منجر به تشدید این تعارض‌ها می‌شود (۶۲). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد مادران کودکان کم‌توان ذهنی بار عاطفی منفی بیشتری نسبت به سایر مادران بر دوش دارند و پذیرش فرزند در آنها کمتر و طرد فرزند در آنها بیشتر اتفاق می‌افتد (۵۵). بنابراین مداخله‌های مبتنی بر مدیریت تنیدگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی، تأثیر مثبتی بر والدگری (۱۵)، والدگری رضایت‌بخش‌تر (۶۳) و بهبود تعامل‌ها و رفتارهای آنها به دنبال دارد (۶۴). این شرایط می‌تواند بر رفتارهای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر مثبتی گذاشته (۱۵) و کاهش تفکرها و رفتارهای افسرده‌وار، افزایش رضایت از زندگی و امید را در مادران آنها، به دنبال داشته باشد. بنابراین به نظر می‌رسد بهبود وضعیت روانی مادر (افزایش بهزیستی روان‌شناختی) و بهبود رفتارهای کودک کم‌توان ذهنی تأثیر متقابلی بر یکدیگر دارند.

کودکان به تأثیرگذاری متقابل بین والدین خود نیاز دارند، از این رو به رفتارهای آنها توجه می‌کنند و از طریق تعامل با والدین ساختار اجتماعی دنیای اطراف خود را می‌شناسند. کودک برای تحول، نیاز به فراهم شدن محیط مساعد دارد، محیطی که کلید اصلی آن مراقبت والدین است، مراقبت یعنی

در نهایت به افسردگی در سطوح مختلف می‌انجامد (۶۷). در واقع وضعیت خاص کودک کم‌توان ذهنی موجب می‌شود مادران آنها بسیار بیشتر از کودکان عادی برایشان وقت اختصاص دهند و به همین دلیل کمتر فرصت پرداختن به علائق شخصی، فعالیت‌های اجتماعی و افزایش مهارت‌ها را دارند، بنابراین وضعیت روان‌شناختی آنها پایین‌تر از مادران کودکان عادی است (۳۷) که این امر بر لزوم اجرای برنامه‌های مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری تأکید می‌کند تا به کمک این آموزش‌ها وضعیت روان‌شناختی این مادران به‌طور قابل توجهی بهبود یابد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نمونه مورد بررسی است که مادران کودکان کم‌توان ذهنی بودند که قابلیت تعمیم نتایج آن به والدین کودکان با سایر نیازهای ویژه محدود است. شیوه نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان پیگیری نتایج، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در مورد تأثیر این متغیرها در والدین سایر گروه‌های با نیازهای ویژه با سایر نیازهای ویژه نیز انجام شود.

**تشکر و قدردانی:** از تمامی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر همکاری صادقانه‌شان تشکر می‌گردد.

درک کردن، پذیرفتن، دوست داشتن و تأمین نیازهای کودک در برابر بیماری‌ها و در یک کلام داشتن انتظار متناسب با توانایی‌های کودک است (۶۵).

همچنین نتایج نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی منجر به بهبود و افزایش بهزیستی روان‌شناختی مادران این کودکان می‌گردد.

در پژوهشی که توسط خدابخشی کلایی و مقیمی (۶۶) با عنوان اثربخشی آموزش مدیریت تنیدگی بر مهارگری عاطفی و پریشانی مادران کودکان با ناتوانی انجام شد، نتایج نشان داد که آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری می‌تواند پریشانی، تنیدگی، اضطراب را در مادران این کودکان کاهش دهد و همچنین نتایج پژوهش‌های کلینگ و همکاران (۳۶)، میکائیلی منبع (۳۷)، ناظر و همکاران (۴۶)، حسین‌خانزاده و همکاران (۴۷)، جناآبادی (۴۸) و قربانی و همکاران (۴۹) با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

در حقیقت حضور کودک کم‌توان ذهنی در خانواده، برای مادران منبع تنیدگی است که عملکرد روان‌شناختی مثبت آنها را کاهش می‌دهد و از جمله عواملی است که می‌تواند حرمت خود، احساس خودبستگی و بهزیستی روان‌شناختی را کاهش دهد و نوامیدی و درماندگی را در آنها ایجاد کند که

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013, pp: 103-106.
2. Soltani R, Parsai S. Maternal and child health. Tehran: Sanjesh; 2015, pp: 10-12. [Persian].
3. Marlow DR, Redding BA. Text book of pediatric nursing. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Saunders Co; 2005, pp: 35-40.
4. Park K. Park's textbook of preventive and social medicine. 22<sup>th</sup> ed. Jabalpur India: Banarsidas Banot Publishers; 2013, pp: 71-78.
5. Meadan H, Halle JW, Ebata AT. Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *J Except Child*. 2010; 77(1): 7-36.
6. Selda K, Ulku T. Impact of autistic children on the lives of mothers. *Procedia Soc Behav Sci*. 2009; 1: 2374-2540.
7. Schieve LA, Blumberg SJ, Rice C, Visser SN, Boyle C. The relationship between autism and parenting stress. *pediatric*. 2007; 119 (1): 114 ° 121.
8. Kandel I, Morad M, Vardi G, Merrick J. Intellectual disability and parenthood. *The Scientific World Journal*. 2005; 5: 50-57.
9. Gupta RK, Kaur H. Stress among parents of children with intellectual disability. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*. 2010; 21 (2): 118° 126.
10. Heller T, Hsieh K, Rowitz L. Maternal and paternal caregiving of persons with mental retardation across the lifespan. *Family Relations*. 1997; 46 (4): 407° 415.
11. Watson SL. Families and deferential of diagnosis disability. *J Dev Disabl*. 2008; 14 (3): 51-60.
12. Kandel I, Merrick J. The child with a disability: Parental acceptance, management and coping. *The Scientific World Journal*. 2007; 7: 1799° 1809.
13. Rosenthal ET, Biesecker LG, Biesecker BB. Parental attitudes toward a diagnosis in children with unidentified multiple congenital anomaly syndromes. *Am J Med Genet A*. 2001; 103 (2):106° 114.
14. Huang KY, Teti DM, Caughy MOB, Feldstein S, Genevro J. Mother- child conflict interaction in the toddler years: Behavior patterns and correlates. *J Child Fam Stud*. 2007; 16 (2): 219-241.
15. Hastings RP. Parental stress and behavior problems of children with developmental disability. *J Intellect Dev Disabil*. 2002; 27 (3): 149-160.
16. Hayes L, Matthews J, Copely A, Welsh D. A randomized controlled trial of a mother infant or toddler parenting program: Demonstrating effectiveness in practice. *J Pediatr Psychol*. 2008; 33 (5): 473-486.
17. Dumas JE, Wolf LC, Fisman SN, Culligan A. Parenting stress, child behavior problems, and dysphoria in parents of children with autism, Down syndrome, behavior disorders, and normal development. *Exceptionality: A Special Education Journal*. 1991; 2 (2): 97-110.
18. Ahmad Panah M. Effects mental retardation children on mental health families. *Research Exceptional Children*. 2000; 1 (1): 52-68. [Persian].
19. Eisenhower AS, Baker BL, Blacher J. Preschool children with intellectual disability: Syndrome specificity, behavior problems, and maternal well-being. *J Intellect Disabil Res*. 2005; 49 (9): 657-671.
20. Compton WC. Toward a tripartite factor structure of mental health: Subjective well-being, personal growth, and religiosity. *Int J Psychol*. 2001; 135 (5): 486-500.
21. Khamis V. Psychological distress among parents of children with mental retardation in the United Arab Emirates. *Soc Sci Med*. 2007; 64 (4): 850-857.
22. Baker BL, Blacher J, Olsson MB. Preschool children with and without developmental delay: Behavior problems, parents optimism and well-being. *J Intellect Disabil Res*. 2005; 49 (8): 575-590.
23. Segerstrom S, Miller G. Psychological stress and the human immune system: A met analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull*. 2004; 130 (4): 610-630.
24. Jacques R. Family issues. *Psychiatry*. 2006; 5 (10): 337-340.
25. Kim HW, Greenberg JS, Seltzer MM, Krauss MW. The role of coping in maintaining the psychological well-being of mothers of adults with intellectual disability and mental illness. *J Intellect Disabil Res*. 2003; 47 (4): 313-327.

26. Antoni Mh, Ironson G, Schneiderman N. Cognitive behavioral stress management: Workbook (treatment that work). 1<sup>st</sup> ed. Masochist: Oxford University Press; 2007, pp: 31-47.
27. Barber JS, Axinn WG, Thornton A. Unwanted childbearing, health, and mother- child relationships. *J Health Soc Behav.* 1999; 40(3): 231-257.
28. Pratley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med.* 2016; 169: 119-131.
29. Hansson LM, et al. Associations between Swedish mothers' and 3- and 5- year- old children's food intake. *J Nutr Educ Behav.* 2016; 48 (8): 520-529.
30. Kimura M, Yamazaki Y. Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. *Res Dev Disabil.* 2016; 59: 43-54.
31. Swartz HA, et al. Brief psychotherapy for maternal depression: Impact on mothers and children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 55 (6): 495-503.
32. Dubois- Comtois K, et al. Behavior problems of children in foster care: Associations with foster mothers representations, commitment, and the quality of mother° child interaction. *Child Abuse Negl.* 2015; 48: 119-130.
33. Peltonen K, Ellonen N, Poso T, Lucas S. Mothers self- reported violence toward their children: A multifaceted risk analysis. *Child Abuse Negl.* 2014; 38 (12): 1923-1933.
34. Hollestein T. Rigidity in parent- child interaction and the developmental of externalizing and internalizing early childhood. *J Abnorm Child Psychol.* 2004; 32 (4): 595-607.
35. Khodapanahi M, Ghanbari S, Nadali H, Seyed Mousavi P. Quality of mother° child relationships and anxiety syndrome in preschoolers. *Developmental Psychology.* 2012; 9(33): 5-13. [Persian].
36. Kling KC, Seltzer MM, Ryff CD. Distinctive late life challenges: Implications for coping and well-being. *Psychol Aging.* 1997; 12(2): 288-295.
37. Mikaeili Mani F. A comparative study on psychological well-being in mothers of elementary students with and without intellectual disabilities. *Research Exceptional Children.* 2008; 8(1): 53-68. [Persian].
38. Chung KS, Kim M. Anger factors impacting on life satisfaction of mothers with young children in Korea: Does mother's age matter?. *Pers Individ Dif.* 2017; 104: 190-194.
39. Yan N. Children's resilience in the presence of mothers' depressive symptoms: Examining regulatory processes related to active agency. *Child Youth Serv Rev.* 2016; 61: 90-100.
40. Jonas W, Woodside B. Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young. *Horm Behav.* 2016; 77: 167-181.
41. Yamaoka Y, Tamiya N, Izumida N, Kawamura A, Takahashi H, Noguchi H. The relationship between raising a child with a disability and the mental health of mothers compared to raising a child without disability in japan. *SSM Popul Health.* 2016; 2: 542-548.
42. Ekas NV, Pruitt MM, McKay E. Hope, social relations, and depressive symptoms in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Autism Spectr Disord.* 2016; 29: 8-18.
43. Totsika V, et al. Prosocial skills in young children with autism, and their mothers psychological well-being: Longitudinal relationships. *Res Autism Spectr Disord.* 2015; 13: 25-31.
44. Cox CR, Eaton S, Ekas NV, Van Enkevort EA. Death concerns and psychological well- being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil.* 2015; 45: 229-238.
45. Lee J. Maternal stress, well- being, and impaired sleep in mothers of children with developmental disabilities: A literature review. *Res Dev Disabil.* 2013; 34 (11): 4255-4273.
46. 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.
47. Hossein khazadeh AA, Yeganeh T, Rashidi N, Zareimanesh G, Fayeghi N. Effects of stress management training by using cognitive- behavioral method on reducing anxiety and depression among parents of children with mental retardation. *Sociology Mind.* 2013; 3 (1): 62-66.

48. Jennabadi H. Survey on effectiveness of cognitive- behavioral stress management on mental health on the mother of children with developmental disorders, disruptive behavior disorders and cerebral palsy. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016; 23 (148): 80-88. [Persian].
49. Ghorbani A, Teymory S, Byazy M, Ghanaat S. Effectiveness of cognitive- behavioral stress management to reduce stress, anxiety and depression in mothers of children with intellectual disability. *The National Conference on Research and Treatment in Clinical Psychology*. 2014; 1-12. [Persian].
50. Li HCW, Chan SS, Mak YW, Lam TH. Effectiveness of a parental training program in enhancing the parent-child relationship and reducing harsh parenting practices and parental stress. *BMC Public Health*. 2013; 13(1): 1-12.
51. Moeenizadeh M, Salagame KKK. Well- being therapy (WBT) for depression. *Int J Psychol Stud*. 2010; 2(1): 107-115.
52. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well- being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Ir J Psychol Med*. 1998; 28 (2): 475-480.
53. Robert MR. *Manual of the mother- child relationship evaluation*. NewYork: Manson Western Corporation; 1961, pp: 42-55.
54. Roth RM. *The mother- child relationship evaluation manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 1980, pp: 25-29.
55. Khodabakhshi Koolae AK, Khazan S, Tagvae D. Mother- child relationship and burden in families of children with mental retardation. *Middle East Journal of family medicine*. 2014; 7 (10): 32-36.
56. Khanjani Z. Development and pathology of attachment from infancy through adolescence. *Tabriz: frouzesh*; 2009, pp: 40-68. [Persian].
57. Akin A. The scales of psychological well- being: A study of validity and reliability. *Educational sciences: Theory and practice*. 2008; 8 (3): 741-750.
58. Bayani A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008; 14 (2): 146-151. [Persian].
59. Shokohi Yekta M, Zamani N. Efficacy of anger management training on relationship between mothers and their mildly mentally retarded and slow learner children. *Journal of Family Research*. 2008; 4 (3): 231-246. [Persian].
60. Mantymaa M. *Early mother infant interaction [master's thesis]*. The Faculty of Medicion, University of Tampere; 2006.
61. Aghabiklooei A, Rasoul Zadeh Tabatabaie K, Mousavi Chelak H. *Child abuse and neglect*. Tehran: Avand Danesh; 2001, pp: 17-21. [Persian].
62. Huang KY, Teti DM, Caughy MOB, Feldstein S, Genevro J. Mother- child conflict interaction in the toddler years: Behavior patterns and correlates. *J Child Fam Stud*. 2007; 16 (2): 219-241.
63. Lambert M, Naber D. Current issues in schizophrenia: Overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *Recent Pat CNS Drug Discov*. 2004; 18(2): 5-17.
64. MacDonald EE, Hastings RP. Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *J Child Fam Stud*. 2010; 19 (2): 236-240.
65. Taheri M, Yaghoubi H, abdi R, Mohammadzadeh A. The effectiveness of the mother- child relationship education program on changing mother's authoritarian and permissive parenting styles. *Applied Research in Educational Psychology*. 2015; 2 (2): 39-49. [Persian].
66. Khodabakhshi koolae A, Moghimi Nargh S. Effectiveness of group stress management training on affective control and distress tolerance of mothers of children with sensory- motor disabilities. *Caspian Journal of Pediatrics*. 2016; 2(1): 100-106.
67. Mikaeili Mani F. Structural relations of psychological well- being with perceived emotional intelligence, depression and negative thought control abilities in mothers having children with intellectual disabilities. *Research Exceptional Children*. 2009; 9 (2): 103-120. [Persian].

# Effect of Stress Management Training Based on Cognitive-Behavioral Approach on Improving Parent- Child Relationship and Psychological Well- Being in Mothers of Children with Intellectual Disability

Fatemeh Rahbar Karbasdehi<sup>\*1</sup>, Abbas Abolghasemi<sup>2</sup>, Ebrahim Rahbar Karbasdehi<sup>3</sup>

Received: June 21, 2016

Accepted: September 05, 2016

## Abstract

**Background and Purpose:** Birth of a child with intellectual disability could have a negative impact on mothers, to physical, psychological and social tensions. The purpose of the present research was to determine the effect of stress management training based on cognitive-behavioral approach on improving parent- child relationship and psychological well- being in mothers of children with intellectual disability.

**Method:** This study is a experimental with pre- test/ post- test and a control group. The population comprised of all mothers of children with intellectual disability of Rasht city in 2016 that 28 participants were selected by available sampling method and assigned to two experimental and control groups (14 mothers in each). To collect the data, Robert mother- child relationship assessment questionnaire (1961) and Ryff scales of psychological well- being (2002) were used. For experimental group, stress management training based on cognitive- behavioral approach was executed at 10 weekly sessions in 45 minutes whereas control group did not have any training.

**Results:** The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed, this training were improve acceptance and reduce other components of mother- child relationship (overprotection, overindulgence, rejection) and also were improve the psychological well- being of mothers of children with intellectual disability ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** According to the findings of the research, stress management training based on cognitive- behavioral approach is one of the most effective treatments to reduce stress, aggression and improve psychological well- being in mothers of children with intellectual disability.

**Keywords:** Stress management, parent- child relationship, psychological well- being

1. \*Corresponding author: M.A. student of psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran (Email:Fatemeh.rahbar.karbasdehi@gmail.com)

2. Professor, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran

3. B.A. student of psychology, Department of Psychology, University of Guilan, Rasht, Iran