تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوهٔ شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنان

حکیمه خیری[۱]

دکتر ایرج صالحی[۲]

دکتر رضا سلطانی‌شال[۳]

چکیده

کیفیت زندگی مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری، کاهش معناداری می‌یابد و در نتیجه بهداشت روانی و کارکردهای ضروری فرزندان آنها تحت تاثیر منفی قرار می‌گیرد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان‌شان بوده است. در این مطالعه نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون –پیگیری با گروه کنترل، جامعه آماری همهٔ مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری مقطع پیش‌دبستانی مدارس دولتی ناحیه دو شهر رشت در سال ۱۳۹۵ بود که از طریق پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک (شهیم و یوسفی، ۱۳۷۸) ۳۰ مادر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل به‌طور تصادفی جایگزین شدند و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی،۱۹۹۶) را در دو زمان پیش و پس‌آزمون تکمیل کردند. گروه آزمایش، در ده جلسه تحت آموزش مدیریت استرس قرار گرفت و داده‌های حاصل با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و از طریق نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری تأثیری معنادار بر کیفیت زندگی مادر ($P<۰/۰۰۱$) دارد. با وجود تفاوت معنادار در میزان مشکلات رفتاری کودکان در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش ($P<۰/۰۰۱$)، میان دو گروه آزمایش و کنترل در میزان مشکلات رفتاری کودکان تفاوت معناداری به دست نیامد ($P>۰/۰۵$). بنابراین، می‌توان این مداخله را در زمینهٔ بهبود کیفیت زندگی مادران دارای کودک با مشکلات رفتاری به کار برد و در تدوین طرحهای رواندرمانی کودکان با مشکلات رفتاری، نظام خانواده و نقش بهداشت روان اعضای خانوده را مد نظر قرار داد.

کلیدواژگان: مدیریت استرس، کیفیت زندگی، مشکلات رفتاری

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۷ تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (نویسنده مسئول)
hakimekheiry@yahoo.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران irajsalehi76@yahoo.com

۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران reza.soltanishal@guilan.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

مقدمه

مشکلات رفتاری کودکان، مشکلاتی شایع و ناتوان کننده اند که برای خانواده و کودکان، دشواریهای بسیاری را ایجاد می‌کنند و سبب درماندگی یا کاهش میزان کارایی در عملکرد فردی و تحصیلی کودکان می‌شوند. این کودکان را اطرافیان طرد می‌کنند و در مدرسه مدام از آنها گله و شکایت دارند. این گونه رفتارها سبب افت تحصیلی یا بروز رفتارهای بزهکارانه می شوند (یونس، لیو، بیسِت، پنکالا[1]، ۲۰۱۵). کودکان دارای مشکلات رفتاری، رفتارهای کژکار و افراطی، مزمن و انحرافی دارند که گستره آن شامل اعمال تهاجمی یا برانگیختگی ناگهانی و حالات افسرده‌گونه و گوشه‌گیرانه است (لانژُوا ، هیبر، کوسِت[2]، ۲۰۱۵). با توجه به پژوهشهای موجود شمار کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری به طور چشمگیری در حال افزایش است و در طول ۲۵ سال گذشته مشکلات رفتاری از ۶/۸ به ۱۴/۹ درصد افزایش یافته است (بریوارت و باکر[3]، ۲۰۱۱). در ایران نیز میزان شیوع مشکلات رفتاری در کودکان دبستانی طی پژوهشی در شهر تهران ۲۰/۳ درصد (غباری بناب، پرند، حسین‌خان‌زاده فیروزجاه، موللی و نعمتی، ۱۳۸۸) برآورد شده است. در برخی از دوره‌ها مانند دوره پیش دبستانی که یک دوره بحرانی تحول است، مشکلات رفتاری بیشتر نمایان می‌شود. از نظر پژوهشگران، این دوره از رشد کودک، سالهای مناسبی برای تشخیص مشکلات رفتاری، مداخله بهنگام و پیشگیری از مشکلات عاطفی، اجتماعی و تحصیلی است. از این رو خانواده‌ها به دلیل تجربه سطوح بیشتر استرس و مشکلات رفتاری کودکانشان، مستعد آسیبهای روانشناختی می‌شوند (نیس، گرین، بیکر[4]، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه تعاملی در رشد کودک، تعامل دو جانبه ای میان ویژگیهای شخصیتی کودک و سبک فرزندپروری والدین وجود دارد؛ به این معنا که فرزندان با ویژگیهای شخصیتی، تحولی و رفتاری خود، تاثیراتی بر رفتار والدین‌شان می‌گذارند، ضمن آنکه والدین نیز ممکن است بر اساس استرسهای شغلی، خانوادگی، ارتباطی و اقتصادی بر ویژگیهای ناکارآمد رفتاری کودکان بیفزایند. درواقع هرگونه نابسامانی در محیط خانواده سبب احساس ناامنی، عزت‌نفس پایین و خودپنداره غیرمنطقی می‌شود و زندگی با کودک دارای مشکلات رفتاری، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای خانواده به شمار می‌آید (اشنایدر، والدفوگل، بروکس-گان[5]، ۲۰۱۵). مشکلات رفتاری از رایج‌ترین مسائل روان‌شناختی کودکان

1. Yunus, Liu, Bissett & Penkala
2. Langevin, Hébert & Cossette
3. Breevaart & Bakker
4. Neece, Green & Baker
5. Schneider, Waldfogel & Brooks-Gunn

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

محسوب می‌شود که بر کارکردهای روانشناختی و اجتماعی همهٔ اعضای خانواده تاثیر می‌گذارد. در این میان مادر به منزلهٔ عضوی از این مجموعه که بیشترین تعامل و نزدیکی را با کودک دارد، بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرد (ون‌درگیست، ون‌دن هوول-آیبرینک، پاسخیر، ون‌دن هود-هیرشخوپ، پیترس، دارلینگتون[1]، ۲۰۱۴). استرس مادر به صورت پاسخ‌گویی کمتر، قدرت‌طلبی و سلطه‌طلبی بیشتر در فرایند فرزندپروری نمایان می‌شود و این در حالی است که برای کاهش مشکلات رفتاری کودک، بر توجه مثبت به رفتارهای مناسب کودک و کنترل‌گری کمتر کودک از سوی مادر و خودمختاری بیشتر کودک تاکید شده است (فورهند، جونز، پرنت[2]، ۲۰۱۳) در واقع استرس والدینی هم سازمان‌دهنده و هم پیامد مشکلات رفتاری کودکان است. با وجود این رابطه دوجانبه، استرس والدینی یک عامل ایجاد کنندهٔ مشکلات رفتاری کودک و به عکس در نظر گرفته می‌شود (نیس و همکاران، ۲۰۱۲). در مجموع، پژوهشها نشان می‌دهند که استرس والدینی با سطوحی از افسردگی و اضطراب و مشکلات رفتاری کودک در ارتباط است. در این زمینه راهبردهای مقابله‌ای و حمایتهای اجتماعی و مالی می‌تواند منجر به کاهش میزان نتایج منفی استرس شود (وانگ[3] و همکاران، ۲۰۱۳)؛ بنابراین انتظار می‌رود با کاهش استرس والدینی، مشکلات رفتاری کودک نیز کاهش یابد.

علاوه بر وجود رابطه دو جانبه میان استرس مادر و مشکلات رفتاری کودک، استرس با کیفیت زندگی و سلامت مادر نیز در رابطه است. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه استرس ناشی از حوادث زندگی، خطر ابتلا به مشکلات جسمی و روانی مزمن را افزایش می‌دهد و بر بهبود و کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (دو وایب، بیورندال، تیپتون، همرستروم، کوالسکی[4]، ۲۰۱۲). همچنین استرس ناشی از مشکلات رفتاری کودک منجر به کیفیت زندگی پایین‌تر در والدین می‌شود (فال، جیم، ویلیامز، لفتوس، جیکبسن[5]، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی والدین، جریانی فعال، پویا و چندوجهی از دریافتها، نگرشها و تغییرات رفتاری است که از مجموع تجربیات گوناگون زندگی فرد و از عملکرد کودک متاثر می‌شود (هربرت، کلری، اوون، مانه‌هن، آلوارز، استرایسند[6]، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزشهایی می‌داند که او در آنها زندگی می‌کند و با هدفها، انتظارات، استانداردها و نگرانیهای او

1. van der Geest, van den Heuvel-Eibrink, Passchier, van den Hoed-Heerschop, Pieters & Darlington
2. Forehand, Jones & Parent
3. Wang
4. De Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm & Kowalski
5. Faul, Jim, Williams, Loftus & Jacobsen
6. Herbert, Clary, Owen, Monaghan, Alvarez & Streisand

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

مرتبط است. مفهوم کیفیت زندگی دارای دو بعد عینی و ذهنی است. بعد ذهنی اشاره به مفهوم "خوب بودن"، "رضایت از زندگی" یا "شادی" دارد، درحالی‌که بعد عینی منوط به جنبه‌های عملکرد اجتماعی و محیط‌زیست فرد است (شاه، کولهارا ، گروور، کومار، مالهترا، تیاگی[1]، ۲۰۱۱). این تعریف دربرگیرندهٔ دامنه مفهومی وسیعی است که تحت تأثیر سلامت فیزیکی اشخاص، وضعیت روان‌شناختی، سطوح استقلال فردی، روابط اجتماعی، اعتقادات فردی و مفاهیم نهفته در زندگی شخصی افراد قرار می‌گیرد.

آموزش شناختی‌رفتاری مدیریت استرس بر آن است تا حس کنترل، خودکارآمدی، عزت نفس، مقابله کارآمد و حمایت اجتماعی را در فرد افزایش دهد. این امر تغییرات حالات خلق منفی و انزوای اجتماعی را کاهش می‌دهد و کیفیت زندگی را ارتقا می‌بخشد (گاولین، برکس‌بک، استن‌لوند، یاروهولم و نیلی[2]، ۲۰۱۵).

از نظر محققان زمانی که افراد استرس دارند، باید مهارتهای مقابله ای لازم را داشته باشند تا بتوانند اثر استرس را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود و مهارتهای مقابله ای موثر فراهم شود، فرد قادر خواهد بود تا به شیوه ای مناسب با نیازها و چالشهای زندگی خود کنارآید. همچنین، محققان معتقدند که روشهایی چون کنترل افکار غیرمنطقی، کاهش برانگیختگی و روشهای مبتنی بر مهارت حل مساله می‌توانند به افزایش عزت‌نفس و کاهش اضطراب و استرس بینجامند و افراد را برای بهتر کنار آمدن با نیازها و چالشهای زندگی آماده سازند (گاردینر[3] و همکاران، ۲۰۱۵). آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری، مرکب از عناصری مانند افزایش آگاهی در مورد استرس، آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، آموزش حل مسأله، آموزش مهارتهای ابراز وجود، مدیریت خشم، مدیریت خود و برنامه‌ریزی فعالیتهاست(کورسیکا، هود، کاترمن، کلاینمن، ایوان[4]، ۲۰۱۴). مدیریت استرس در واقع توانایی افراد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب با موقعیتهای استرس‌زا افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهشهایی مانند مولوی، میکائیلی، پرزور، پورجالو، علیزاده‌گورادل و قاسمی‌نظام (۲۰۱۵)، خدابخشی‌کولایی، فلسفی‌نژاد و اکبری، (۲۰۱۵)، شاهکرمی، زهراکار، مرادی‌زاده، داورنیا و شاکرمی (۱۳۹۴)، زارعی، اسدی و زارعی (۱۳۹۳)، پارسامنش، برجعلی و منصوبی‌فر (۱۳۹۰)، نادری،

1. Shah, Kulhara, Grover, Kumar, Malhotra & Tyagi
2. Gavelin, Boraxbekk, Stenlund, Järvholm & Neely
3. Gardiner
4. Corsica, Hood, Katterman, Kleinman & Ivan

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

برجعلی و منصوبی‌فر (۱۳۹۰)، فال و همکاران (۲۰۱۰)، آنتونی[1] و همکاران (۲۰۰۶)، مایکلسن[2] و همکاران (۲۰۰۵) و پنیدو[3] و همکاران (۲۰۰۴) نشان می‌دهد آموزش مدیریت استرس موجب افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

با توجه به شیوع بالای مشکلات رفتاری کودک (بریوارت و باکر،۲۰۱۱) و اهمیت مداخله بهنگام (نیس و همکاران، ۲۰۱۲) و پیشگیری از افت تحصیلی و رفتارهای بزهکارانه (یونس و همکاران، ۲۰۱۵) و رابطه میان مشکلات رفتاری کودک با استرس والدینی (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳) و کیفیت زندگی (هربرت و همکاران، ۲۰۱۵) و همچنین عدم وجود پژوهشی در داخل کشور که تاثیر آموزش مدیریت استرس به مادر را در مشکلات رفتاری کودک مورد بررسی قرار دهد، پژوهش حاضر در پی آن است که اثر رویکرد درمانی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری را بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکشان مورد بررسی قرار دهد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل همۀ مادران دارای کودک پسر مبتلا به مشکلات رفتاری مقطع پیش‌دبستانی مدارس دولتی ناحیه دو شهرستان رشت در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آنها نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این ترتیب که ابتدا مجوزهای لازم از آموزش‌وپرورش گرفته شد و با مراجعه به ۹ مدرسه ابتدایی ناحیه دو رشت، پرسشنامه مشکلات رفتاری شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) برای تکمیل به مادران کودکان پیش‌دبستانی ارائه شد. پس از بررسی نتایج پرسشنامه‌های تکمیل‌شده ۳۰ مادر دارای کودک با مشکلات رفتاری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). گروه آزمایش طی ده جلسه هفتگی مداخله دریافت نمود و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و نهایتاً پس از یک ماه، مرحله پیگیری اجرا شد. محل انجام دادن پژوهش، سالن آموزشی وابسته به موسسه فرهنگی حضرت فاطمه زهرا (سلام‌الله علیها) در شهر رشت بود. ملاکهای ورود عبارت بودند از: مادر دارای کودک (پسر) مبتلا به مشکلات رفتاری با پایه تحصیلی پیش‌دبستانی، سطح تحصیلات حداقل ابتدایی، کسب نمره پایین درآزمون کیفیت زندگی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و

1. Antoni
2. Michalsen
3. Penedo

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

عدم درمانگیری روان‌شناختی همزمان و ملاکهای خروج عدم حضور بیش از دو جلسه و انجام ندادن تکالیف بود.

ابزار پژوهش

۱. **پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی**:[1] این مقیاس مشهورترین و پرکاربردترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی پرسشنامه است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس را در سال ۱۹۹۶ گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم صد سوالی این پرسشنامه ساخته اند. این پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاسها عبارت اند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران انجام گرفت. پایایی آزمون بازآزمون برای زیرمقیاسها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی ۰/۷۷، سلامت روانی ۰/۷۷، روابط اجتماعی ۰/۷۵ و سلامت محیط ۰/۸۴. روایی افتراقی این ابزار در تمیز گروههای سالم، بیمار مزمن و بیمار غیرمزمن بسیار مناسب به دست آمد (نجات، منتظری، هلاکویی‌نایینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵).

۲. **پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی**: پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی دارای ۲۴ ماده است. این پرسشنامه را شهیم و یوسفی (۱۳۷۸) طراحی و هنجاریابی کرده اند. پرسشنامه دارای چهار زیرمقیاس نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری است. شهیم و یوسفی(۱۳۷۸) به منظور بررسی روایی سازه این پرسشنامه از روش تحلیل عوامل استفاده کرده اند. تحلیل سازه حاکی از چهارعامل نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری است. همچنین آلفای کرونباخ برای گروههای سنی مختلف به ترتیب ۳ ساله ۰/۸۲، ۴ساله ۰/۷۸، ۵ ساله ۰/۸۰ و ۶ ساله ۰/۸۱ بوده که نشانگر پایایی درونی مطلوب پرسشنامه است. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع محتوای سوالات نیز برای روایی محتوایی مورد تایید اساتید روانشناسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ را نیز برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ برآورد کرده اند. هر اندازه نمره آزمودنی در این پرسشنامه بیشتر باشد، معرف آن است که از مشکلات رفتاری بیشتری برخوردار است.

1. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

شرح محتوای جلسات

طرح درمان، یک الگوی درمانی مدیریت استرس با شیوه شناختی رفتاری (آنتونی، ایرونسون و اشنایدرمن، ۲۰۰۷) بود. درمانگر در هر جلسه ابتدا موارد مورد بحث را مشخص می‌کند، مهارتهای جدید را به درمانجو می‌آموزد و تکالیفی برای اجرا در فاصله میان جلسات معین می‌کند. درمانجو موظف است که در فاصله میان دو جلسه تمرینهای عملی تعیین شده در خانه را به طور عملی انجام دهد و در هر جلسه گزارشی از روند انجام آن تکلیف را بیان کند.

این برنامه شامل دو بخش است: آموزش مهارتهای مدیریت استرس و تکنیکهای آرمیدگی که در ده جلسه دوساعته از سوی پژوهشگر روی گروه آزمایش اجرا شد. مهارتهای مدیریت استرس شامل بازسازی شناختی، راهبردهای مقابله‌ای، آموزش ابرازگری، مدیریت خشم و ایجاد شبکه اجتماعی مستحکم است. گروه آزمایش در بخش تکنیکهای آرمیدگی در هر جلسه یک روش جدید آرمیدگی مانند آرمیدگی عضلانی تدریجی، تصویرسازی ذهنی، تنفس دیافراگمی، مراقبه و آموزش خودزادها را فرا می‌گیرد. برای آموزش هر تکنیک به شرکت‌کنندگان یک تا سه جلسه در نظر گرفته می‌شود. در هر جلسه، هر یک از تکنیکها همراه با مثالهایی از استرس‌زاهای جاری در زندگی شخصی افراد ارائه می‌شود. هر جا امکان داشته باشد از بازی نقش و تشکیل زوجهای دوتایی استفاده می‌شود تا ماهیت تعاملی تجربه افزایش یابد. در پایان جلسه تکلیف خانگی برای تقویت تکنیکهای آموخته شده تعیین می‌شود.

شرکت‌کنندگان در طول هفته، برگه‌های خود- نظارتی را تکمیل می‌کردند. پیشرفت و همچنین مشکلاتشان در تمرین آرمیدگی و تکنیکهای مدیریت استرس در هر جلسهٔ هفتگی مورد بحث قرار می‌گرفت. تا پایان برنامه، شرکت کنندگان به تکنیکهای متنوع و یک پارچه‌ای مجهز شدند که می‌توانستند از آنها به منظور کاهش استرس و ارتقای کیفیت زندگی استفاده کنند.

جدول ۱: جلسات درمانی به طور خلاصه

جلسه اول	معرفی برنامه؛ استرس‌زاها و پاسخهای استرس؛ آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای تکالیف: دو بار در روز انجام دادن تکنیک آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای و ثبت سطوح استرس در زمانهای مشخصی از روز
جلسه دوم	آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای؛ استرس و آگاهی تکالیف: دو بار در روز انجام دادن تکنیک آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای، ثبت سطوح استرس در زمانهای مشخصی از روز، آگاهی از نشانه‌های آشکار و پنهان استرس، همچنین ثبت افکار خودکار و پاسخهای هیجانی و جسمی برای وقایع پراسترس
جلسه سوم	تنفس؛ تصویرسازی؛ آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای؛ ارتباط افکار و هیجانات تکالیف: دو بار در روز انجام دادن تکنیک آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، ثبت سطوح استرس در زمانهای

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

	مشخصی از روز، تنفس دیافراگمی و تصویرسازی ذهنی حداقل یک بار در روز همراه با ثبت سطوح استرس قبل و بعد از هر تمرین
جلسه چهارم	تنفس؛ تصویرسازی؛ آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل؛ تفکر منفی و تحریفات شناختی تکالیف: دو بار در روز انجام دادن تکنیک آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، ثبت سطوح استرس در زمانهای مشخصی از روز، تنفس دیافراگمی و تصویرسازی ذهنی حداقل دوبار در روز همراه با ثبت سطوح استرس قبل و بعد از هر تمرین
جلسه پنجم	آموزش خودزاد برای سنگینی و گرما؛ جایگزینی افکار منطقی تکالیف: انجام دادن همه تکنیکهای آرمیدگی آموخته شده تا جلسه حاضر، شناسایی خودگویی منطقی و غیر منطقی و جایگزینی خودگویی منطقی به جای خودگویی غیر منطقی و ثبت سطوح استرس قبل و بعد از هر تمرین
جلسه ششم	آموزش خودزاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی؛ مقابلهٔ کارآمد تکالیف: انجام دادن همهٔ تکنیکهای آرمیدگی آموخته شده تا جلسه حاضر، ثبت سطوح استرس قبل و بعد از هر تمرین، شناسایی و ثبت سبکهای مقابله‌ای استرس
جلسه هفتم	آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی؛ اجرای پاسخهای مقابله‌ای مؤثر تکالیف: انجام دادن همهٔ تکنیکهای آرمیدگی آموخته شده تا جلسه حاضر، ثبت سطوح استرس قبل و بعد از هر تمرین، شناسایی و ثبت سبکهای مقابله‌ای استرس و اصلاح سبکهای مقابله‌ای نادرست
جلسه هشتم	مراقبهٔ مانترا؛ مدیریت خشم تکالیف: انجام مراقبهٔ مانترا دو بار در روز همراه با ثبت سطوح استرس قبل و بعد از آن، ثبت سطوح استرس در زمانهای مشخصی از روز و ثبت پاسخهای خشم در موقعیتهای استرس‌زا
جلسه نهم	مراقبهٔ شمارش تنفس؛ آموزش ابرازگری تکالیف: انجام دادن مراقبهٔ شمارش تنفس دو بار در روز همراه با ثبت سطوح استرس قبل و بعد از آن، ثبت سطوح استرس در زمانهای مشخصی از روز، ثبت موانع رفتار ابرازگرانه و ساختن عبارات ابرازگرانه و تمرین گوش‌دادن موثر
جلسه دهم	تصویرسازی و مراقبه؛ حمایت اجتماعی و مرور برنامه تکلیف: تدوین برنامه مدیریت استرس شخصی

جلسه پیگیری: اجرای آزمون پیگیری به فاصله یک ماه پس از اجرای پس آزمون (مدت زمان: ۹۰دقیقه) اجرا شد.

یافته‌ها

ابتدا توزیع نرمال متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت و پیش فرضهای آزمون اندازه‌گیری مکرر شامل همگنی واریانس متغیرهای پژوهش، تساوی ماتریسهای کوواریانس و کرویت ماچلی نیز بررسی شدند؛ سپس به تحلیل واریانس با روش اندازه‌گیری مکرر پرداخته شد. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۳/۲۰ و ۳/۷۵ و میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان درگروه کنترل به ترتیب ۳۳/۶۰ و ۵/۱۵ بود. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات آزمودنیها در متغیرهای مورد مطالعه آزمون کولموگروف اسمیرنوف به کار رفت. توزیع نمرات کلیه متغیرهای پژوهش با توجه به این آزمون بهنجار بود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. عامل گروه با دو سطح آزمایش (مدیریت استرس به شیوه گروهی) و کنترل و عامل زمان با سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های توصیفی به دست آمده از متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۲ آورده شده است.

جدول ۲: یافته های توصیفی به‌دست آمده از کیفیت زندگی، ابعاد آن و مشکلات رفتاری کودک

		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
متغیر	گروه	میانگین(SD)	میانگین (SD)	میانگین(SD)
کیفیت زندگی	آزمایش	۲۰۱/۱۹(۳۶/۱۸)	۲۶۷/۵۵(۴۳/۹۳)	۳۰۲/۰۱(۲۵/۲۵)
	کنترل	۲۰۲/۱۹ (۳۶/۱۸)	۲۰۵/۲۱(۳۲/۳۸)	۲۱۵/۵۶(۲۶/۳۵)
سلامت جسمانی	آزمایش	۵۶/۱۹(۱۱/۸۸)	۷۲/۶۲(۱۲/۱۲)	۸۱/۱۷(۹/۲۱)
	کنترل	۵۵/۶۵(۱۳/۷۷)	۵۴/۱۳(۱۲/۵۵)	۵۶(۱۱/۱۸)
سلامت روانی	آزمایش	۴۸/۳۳(۹/۹۴)	۶۶/۹۴(۱۲/۸۴)	۷۴/۵۴(۶/۵۲)
	کنترل	۴۸/۸۶(۱۰/۱۰)	۵۳/۲۰(۹/۱۴)	۵۶/۴۰(۴/۴۳)
سلامت محیط	آزمایش	۴۱/۶۷(۱۱/۰۵)	۵۵/۲۱(۱۵/۸۸)	۶۶/۹۰(۷/۶۳)
	کنترل	۴۲/۳۴(۱۱/۸۷)	۴۲/۳۶(۱۱/۹۰)	۴۴/۵۶(۱۰/۳۲)
سلامت اجتماعی	آزمایش	۵۵(۱۳/۲۹)	۷۲/۷۸(۱۰/۱۹)	۷۹/۴۱(۱۱/۱۶)
	کنترل	۵۵/۳۳(۱۳/۴۱)	۵۵/۵۲(۱۲/۹۶)	۵۸/۶۱(۱۳/۵۸)
مشکلات رفتاری	آزمایش	۱۹/۷۶(۷/۶۴)	۱۵/۷۳(۶/۳۲)	۱۱/۳۸(۵/۹۷)
	کنترل	۱۹/۷۲(۷/۶۳)	۱۷/۱۲(۵/۰۶)	۱۵/۹۴(۴/۴۰)

با توجه به جدول ۲ در گروه آزمایش و کنترل، میانگین کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. برای تحلیل این فرضیه از تحلیل واریانس به روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شده است. عامل گروه با دو سطح آزمایش (مدیریت استرس به شیوه گروهی) و کنترل و عامل زمان با سه سطح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمره کیفیت زندگی بررسی شده است. در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون- گروهی اندازه‌گیری نمره کیفیت زندگی در سه زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$). همچنین میان نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در کیفیت زندگی تعامل معنادار مشاهده شد ($P<۰/۰۰۱$). بنابراین نمرات کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به طور معناداری تغییر کرده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیر کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۵۴۶۰۷/۶۷	۱	۵۴۶۰۷/۶۷	۲۶/۰۳	۰/۰۰۰	۰/۴۸۲
زمان	۴۹۶۵۳/۵۴	۲	۲۴۸۲۶/۷۷	۳۶/۳۵	۰/۰۰۰	۰/۵۶۵
زمان*گروه	۳۰۶۰۲/۹۰	۲	۱۵۳۰۱/۴۵	۲۲/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۴۴

با توجه به جدول ۳، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زمینه کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوتی معنادار نشان می‌دهند (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل مؤثر است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیرسلامت جسمی

عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۴۸۸۱/۱۵	۱	۴۸۸۱/۱۵	۱۶/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۳۷۴
زمان	۲۴۲۸/۸۴	۱	۲۴۲۸/۸۴	۱۸/۶۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰۰
زمان*گروه	۲۴۳۴/۳۶	۱	۲۴۳۴/۳۶	۱۸/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۴۰۰

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون -گروهی نمره سلامت جسمانی در سه بار متوالی و عامل میان- موردی گروه انجام شد که نتایج آن نشان داد که نمرات سلامت جسمانی در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوتی معنادار با یکدیگر دارند (P<۰/۰۰۱). همچنین میان نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در سلامت جسمانی تعامل معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). با توجه به جدول شماره ۴، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زمینه سلامت جسمانی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین میان دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه سلامت جسمانی تفاوت معنادار به دست آمده است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر اثربخشی آموزش مهارت مقابله با استرس بر افزایش نمرات سلامت جسمانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیر سلامت روان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۲۴۵۷/۶۸	۱	۲۴۵۷/۶۸	۲۱/۶۶	۰/۰۰۰	۰/۴۳۶
زمان	۴۴۵۳/۸۴	۲	۲۲۲۶/۹۲	۳۱/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۵۲۸
زمان*گروه	۱۴۲۹/۹۰	۲	۷۱۴/۹۵	۱۰/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۲۶۴

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون- گروهی نمره سلامت روانی در سه بار متوالی و عامل میان- گروهی انجام شد و نتایج آن نشان داد که نمرات سلامت روانی در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری باهم دارند (P<۰/۰۰۱). همچنین میان نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در سلامت روانی تعامل معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). با توجه به جدول شماره ۵، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زمینه سلامت روانی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین میان دو گروه آزمایش و کنترل در زمینه سلامت روانی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). تعامل زمان و گروه نیز معنادار است (P<۰/۰۰۱). به عبارت دیگر آموزش مهارت مقابله با استرس بر افزایش نمرات سلامت روانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار است.

جدول ۶: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیر سلامت محیط

عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۲۹۸۱/۱۵	۱	۲۹۸۱/۱۵	۱۰/۲۸	۰/۰۰۳	۰/۲۶۹
زمان	۲۸۲۶/۸۷	۲	۱۴۱۳/۴۳	۲۳/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۵۵
زمان*گروه	۲۰۰۶/۰۱	۲	۱۰۰۳/۰۰	۱۶/۶۰	۰/۰۰۰	۰/۳۷۲

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون- گروهی نمره سلامت محیط در سه بار متوالی و عامل میان- موردی گروه انجام شد و نتایج آن نشان داد که نمره سلامت محیط در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار با هم دارند (P<۰/۰۰۱). همچنین میان نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در سلامت محیط تعامل معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). با توجه به جدول شماره ۶ ، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زمینه سلامت محیط تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). همچنین میان دو گروه آزمایش و کنترل در سلامت محیط تفاوت معنادار

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

به دست آمد (P<۰/۰۰۵). یعنی آموزش مدیریت استرس بر افزایش نمرات پس‌آزمون و پیگیری سلامت محیط در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل تاثیر معنادار داشته است.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیر سلامت اجتماعی

عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۳۵۵۷/۲۵	۱	۳۵۵۷/۲۵	۹/۵۴	۰/۰۰۵	۰/۲۵۴
زمان	۲۹۵۷/۸۲	۲	۱۴۷۸/۹۱	۳۰/۸۶	۰/۰۰۰	۰/۵۲۴
زمان*گروه	۱۹۲۱/۲۱	۲	۹۶۰/۶۰	۲۰/۰۵	۰/۰۰۰	۰/۴۱۷

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون -گروهی نمره سلامت اجتماعی در سه بار متوالی و عامل میان-موردی گروه انجام شد که نتایج آن نشان داد که سلامت اجتماعی در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار با هم دارند(P<۰/۰۰۱). همچنین میان نمرات عامل(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در سلامت اجتماعی تعامل معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱). بنابراین نمرات سلامت اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون به طور معناداری تغییر کرده است. با توجه به جدول شماره ۷، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در زمینه سلامت اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱). دو گروه آزمایش و کنترل نیز تفاوت معنادار را نشان می‌دهند (P<۰/۰۰۵). به عبارت دیگر آموزش مهارت مقابله با استرس بر افزایش سلامت اجتماعی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار است.

جدول ۸: نتایج آزمون تحلیل واریانس میان- آزمودنی و درون- آزمودنی با اندازه‌گیری مکرر در متغیر مشکلات رفتاری کودک

عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذوراتا
گروه	۸۶/۱۶	۱	۸۶/۱۶	۰/۹۵	۰/۳۳۸	۰/۰۳۳
زمان	۵۵۸/۴۶	۱	۵۵۸/۴۶	۱۹/۸۲	۰/۰۰۰	۰/۴۱۴
زمان*گروه	۸۳/۶۵	۱	۸۳/۶۵	۲/۹۷	۰/۰۹۶	۰/۰۹۶

با توجه به جدول شماره ۸، در گروه آزمایش و گروه کنترل، میانگین مشکلات رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عامل درون- گروهی نمره مشکلات رفتاری در سه بار متوالی و عامل میان- موردی گروه انجام شد و نتایج آن نشان داد که مشکلات رفتاری در

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) تفاوت معنادار باهم دارند (P<۰/۰۰۱). همچنین میان نمرات عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروهها در مشکلات رفتاری تعامل معنادار مشاهده شد (P<۰/۰۵). بنابراین نمرات مشکلات رفتاری کودکان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش آزمون به طور معناداری تغییر کرده است. با توجه به جدول شماره ۸، میان نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری) در زمینه مشکلات رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد (P<۰/۰۰۱)، اما میان دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار به دست نیامده است (P>۰/۰۵). به عبارت دیگر آموزش مدیریت استرس بر بهبود مشکلات رفتاری کودکان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تاثیر معنادار نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی مادران و مشکلات رفتاری کودکان آنها بود. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدیریت استرس موجب بهبود کیفیت زندگی در مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری شده است. یافته‌ها نشان دادند که پس از اجرای آموزش، میزان کیفیت زندگی و ابعاد آن در گروه آزمایش در مرحله ارزیابی پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار با گروه کنترل داشته است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج برخی تحقیقات مانند مولوی و همکاران (۲۰۱۵)، خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۵)، شاهکرمی و همکاران (۱۳۹۴)، زارعی و همکاران (۱۳۹۳)، پارسامنش و همکاران (۱۳۹۰)، نادری و همکاران (۱۳۹۰)، فال و همکاران (۲۰۱۰)، آنتونی و همکاران (۲۰۰۶)، مایکلسن و همکاران (۲۰۰۵) و پنیدو و همکاران (۲۰۰۴) همسو بوده است. همچنین نتایج یافته‌های پژوهش مولوی و همکاران (۲۰۱۵) نشان داده است که آموزش مدیریت استرس موجب ارتقای کیفیت زندگی در زنان می‌شود. خدابخشی‌کولایی و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داده اند که آموزش مدیریت استرس کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه را افزایش می‌دهد. شاهکرمی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به این نتیجه دست یافته اند که آموزش مدیریت استرس می‌تواند به‌عنوان درمانی انتخابی در ارتقای کیفیت زندگی همسران افراد معتاد به کار گرفته شود. زارعی و همکاران (۱۳۹۳) با آموزش مدیریت استرس به معتادان تحت درمان متادون موجب افزایش کیفیت زندگی در این افراد شده اند. فال و همکاران (۲۰۱۰) با آموزش مدیریت استرس به بیماران تحت شیمی درمانی موجب افزایش کیفیت زندگی در این بیماران گردیده اند. همچنین آنتونی و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان داده اند که آموزش مدیریت استرس موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه می‌شود. مایکلسن و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده اند که با کاهش استرس و برنامه‌های اصلاح زندگی می‌توان موجب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال عروق کرونری شد. پنیدو و همکاران (۲۰۰۴) با آموزش مدیریت استرس به مردان مبتلا به سرطان پروستات منجر به افزایش کیفیت زندگی در این بیماران شدند. در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت برنامهٔ مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند از طریق افزایش حس کنترل[1]، خودکارآمدی[2]، عزت‌نفس[3]، مقابله سازگارانه[4] و حمایت اجتماعی موجب کاهش حالات خلقی منفی و انزوای اجتماعی شود که این تغییرات سبب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. پژوهشهای انجام شده ارتباط معناداری را میان استرس‌زاها و تغییر در سطوح هورمونی و عملکرد ایمنی نشان داده اند. استرس می‌تواند عملکرد ایمنی را، که یکی از عوامل اساسی در سلامت جسمی است، کاهش دهد. در واقع کاهش استرس، سبب کاهش سطح کورتیزول می‌شود که می‌تواند در طول عمر بیشتر سلولهای بدن و تغییر میزان بهینه ترشح هورمونهای بدن نقش داشته باشد و از این طریق سیستم ایمنی را فعال‌تر نگهدارد. یافته‌ها نشان می‌دهند که استرس بر میزان فشار خون، متابولیسم مناسب قند خون، واکنش تحریکی و التهابی، آزادسازی هورمون انسولین برای حفظ سطح مناسب قند خون و آزادسازی آدرنالین تاثیری معنادار دارد. در این میان، مطالعات متعدد نشان داده اند که با کاهش میزان استرس از طریق مداخلات روانشناختی، می‌توان انرژی بدن را به منظور مداخله اثربخش افزایش داد، فعالیتهای حافظه را بهبود بخشید، حس درد را کاهش داد و به حفظ تعادل حیاتی بدن کمک کرد. برخی پژوهشها نشان داده اند که علاوه بر این، استرس سبب تنش جسمی و گرفتگی ماهیچه می‌شود که تکنیکهای مدیریت استرس و تمرینهای آرمیدگی می‌توانند با کاهش سطح استرس فرد، به کاهش تأثیر استرس‌زاها کمک کنند. نخستین تکنیکی که هنگام رویارویی با استرس می‌توان انجام داد، تنفس عمیق شکمی است که یک تکنیک قدرتمند و اثربخش در کاهش استرس است، زیرا واکنشهای مثبت بدن را فعال می‌سازد و واکنشهای عصبی ناشی از نگرانیهای گوناگون را متوقف می‌کند و این امر سبب افزایش سلامت جسمی می‌شود. آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری با تغییر فکر و رفتار ناکارآمد، سلامت روان را بهبود می‌بخشد. بر اساس رویکرد شناختی‌رفتاری، وجه مشترک همهٔ آشفتگیهای روان‌شناختی تفکر تحریف شده و ناکارآمد است و با توجه به ارتباط میان

1. Sense of control
2. Self-efficacy
3. Self-esteem
4. Adaptive coping

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

افکار با هیجانات، رفتار و سلامت جسم و روان، آموزش مدیریت استرس با ایجاد ارزشیابی واقع‌بینانه و تغییر واقع‌گرایانه تفکر به بهبود خلق و رفتار می‌انجامد و بهبود پایدار با تغییر باورهای ناکارآمد زیربنایی بیمار حاصل خواهد شد. زمانی که افراد از سلامت جسمی، روانی و روابط اجتماعی مناسب برخوردارند، در محیط زندگی خود که متشکل از ادراک خانواده و اطرافیان است، بهتر عمل می‌کنند، توانایی لازم را برای پیشبرد کارها به دست می آورند و موفقیت بیشتری کسب می‌کنند که همه این موارد در ادراک سلامت محیط تاثیرگذارند. شیوه‌های رفتاری که برای افزایش روابط اجتماعی به کار برده می‌شوند (مانند تکنیک ابراز وجود، آموزش مهارتهای ارتباطی، درک حمایت اجتماعی، گوش‌دادن مؤثر[1] و استفاده از حل مسئله برای تعارض)، فرصتی برای فرد فراهم می‌آورند تا دریابد که چگونه در روابط اجتماعی، جرأت‌ورزانه (نه منفعلانه و نه پرخاشگرانه) با دیگران ارتباط برقرار کند. علاوه بر این گوش‌دادن مؤثر، احتمال سوء تعبیر پیام را از سوی شنونده کاهش می‌دهد. همچنین به کارگیری روش حل مسئله برای تعارضها روش دیگری است که سبب بهبود ارتباطات اجتماعی می‌شود. بررسی نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که آموزش مدیریت استرس به مادران دارای کودکان با مشکلات رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان آنها نمی‌شود. متاسفانه پژوهشگر پژوهشی همسو یا غیرهسو با پژوهش حاضر پیدا نکرد. در تبیین نتیجه حاضر می‌توان چنین بیان کرد با وجود اینکه رابطه میان مشکلات رفتاری و استرسهای فرزندپروری کاملاً دو طرفه است، به این معنا که مشکلات رفتاری کودکان منجر به افزایش استرسهای فرزندپروری می‌شوند و استرس زیاد فرزندپروری نیز منجر به افزایش مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود (نیس و همکاران، ۲۰۱۲)، اما آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی‌رفتاری به مادران، روشی اثربخش برای کاهش مشکلات رفتاری بچه‌ها نبوده است. البته ممکن است عوامل دیگری در مشکلات رفتاری کودک تاثیرگذار باشد مانند عدم آموزش مدیریت استرس به پدران. اگر والدین در تربیت کودک با هم اتفاق نظر نداشته باشند مشکلات رفتاری کودک بیشتر می‌شود. در این پژوهش فقط مادران تحت آموزش مدیریت استرس قرار گرفتند و این کار ممکن است سبب عدم هماهنگی والدین در تربیت کودک شود. عامل دیگری که می‌تواند تاثیرگذار باشد عدم آگاهی مادران از تکنیکهای اصلاح رفتار است. شاید اگر در کنار آموزش مدیریت استرس، مهارتهای فرزندپروری و تکنیکهای اصلاح رفتار آموزش داده می‌شد تفاوت معنادار میان مشکلات رفتاری در گروه آزمایش و کنترل ایجاد می‌شد. همچنین می‌توان به این نکته

1. Effective listening

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

اشاره کرد که با گذشت زمان و کسب مهارت در تکنیکهای آموخته شده، مادران می‌توانند تاثیر بیشتری در کاهش مشکلات رفتاری کودک در گروه آزمایش داشته باشند. از محدودیتهای پژوهش، می‌توان به محدودیت در کنترل عوامل تأثیرگذار (مانند وضعیت اقتصادی و شمار فرزندان)، محدودیت جغرافیایی (فقط شهر رشت) و محدودیت در گروه سنی و جنسیت (پیش‌دبستانی، پسر) اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود با توجه به محدودیتهای ذکرشده، پژوهشی مشابه در گروههای سنی دیگر، در دختران، مناطق جغرافیایی دیگر و با کنترل عوامل تأثیرگذار انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در پژوهشهای آتی برای اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر مشکلات رفتاری کودکان، سبکهای فرزندپروری و تکنیکهای اصلاح رفتار نیز به مادران آموزش داده شود. برای ارتقای سطح کیفیت زندگی خانواده‌ها آموزش مدیریت استرس به پدران نیز پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

منابع

آنتونی، مایکل؛ ایرونسون، گیل و اشنایدرمن، نیل. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری*، ترجمه سید جواد آل محمد، سولماز جوکار و حمیدطاهر نشاط‌دوست. اصفهان: جهاد دانشگاهی.(تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۷).

پارسامنش، فریبا؛ برج‌علی، احمد و منصوبی‌فر، محسن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان شاغل. *فصلنامه تازه‌های روانشناسی صنعتی/سازمانی، ۷*(۲)، ۴۳-۵۲.

زارعی، سلمان؛ اسدی، زهرا و زارعی، خدیجه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش برنامه مدیریت استرس بر کیفیت زندگی معتادان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۸*(۲۹)، ۹-۱۹.

شاهکرمی، محمد؛ زهراکار، کیانوش؛ مرادی‌زاده، سیروس؛ داورنیا، رضا و شاکرمی، محمد. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس به شیوۀ گروهی بر بهبود کیفیت زندگی همسران افراد تحت درمان با متادون. *مجله تحقیقات سلامت در جامعه، ۱*(۲)،۱۲-۲۱.

شهیم، سیما و یوسفی، فریده. (۱۳۷۸). پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی (ویژه والدین). *مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز،۱*(۲۹)، ۱۹-۳۲.

غباری بناب، باقر؛ پرند، اکرم؛ حسین‌خانزاده فیروزجاه، عباسعلی؛ موللی، گیتا و نعمتی، شهروز. (۱۳۸۸). میزان شروع مشکلات رفتاری دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر تهران. *کودکان استثنایی،۹*(۳)، ۲۲۳-۲۳۸.

نادری وجیه؛ برجعلی، احمد و منصوبی‌فر، محسن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مهارت استرس بر کیفیت زندگی. *سلامت و روان شناسی، ۱*(۲)،۱۳-۳۰.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی‌نایینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سید رضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت(WHOQOL-BREF) : ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴)،۱-۱۲.

Antoni, M. H., Lechner, S. C., Kazi, A., Wimberly, S. R., Sifre, T., Urcuyo, K. R., … Carver, C. S. (2006). How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(6), 1143-1152.

Breevaart, K., & Bakker, A. B. (2011). Working parents of children with behavioral problems: A study on the family-work interface. *Anxiety, Stress, and Coping*, *24*(3), 239-253.

Corsica, J., Hood, M. M., Katterman, S., Kleinman, B., & Ivan, I. (2014). Development of a novel mindfulness and cognitive behavioral intervention for stress-eating: A comparative pilot study. *Eating Behaviors*, *15*(4), 694-699.

De Vibe, M. Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, *3*. DOI: 10.4073/csr.2012.3

Faul, L. A., Jim, H. S., Williams, C., Loftus, L., & Jacobsen, P. B. (2010). Relationship of stress management skill to psychological distress and quality of life in adults with cancer. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 102-109.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

Forehand, R., Jones, D. J., & Parent, J. (2013). Behavioral parenting interventions for child disruptive behaviors and anxiety: What's different and what's the same. *Clinical Psychology Review*, *33*(1), 133-145.

Gardiner, P., Sadikova, E., Filippelli, A. C., Mitchell, S., White, L. F., Saper, R., … Fredman, L. (2015). Stress management and relaxation techniques use among underserved inpatients in an inner city hospital. *Complementary Therapies in Medicine*, *23*(3), 405-412.

Gavelin, H. M., Boraxbekk, C.J., Stenlund, T., Järvholm, L. S., & Neely, A. S. (2015). Effects of a process-based cognitive training intervention for patients with stress-related exhaustion. *Stress*, *18*(5), 578-588.

Herbert, L. J., Clary, L., Owen, V., Monaghan, M., Alvarez, V., & Streisand, R. (2015). Relations among school/daycare functioning, fear of hypoglycaemia and quality of life in parents of young children with type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(9-10), 1199-1209.

Khodabakhshi Koolaee, A. K., Falsafinejad, M. R., & Akbari, M. E. (2015). The effect of stress management model in quality of life in breast cancer women. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, *8*(4), e3435.

Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 16-26.

Michalsen, A., Grossman, P., Lehmann, N., Knoblauch, N. T. M., Paul, A., Moebus, S., … Dobos, G. J. (2005). Psychological and quality-of-life outcomes from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: Results of a randomized trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *74*(6), 344-352.

Molavi, P., Mikaeili, N., Porzoor, P., Poorjaloo, A., Alizadeh Goradel, J., & Ghasemi Nezam, N. (2015). A comparison of the effectiveness of transactional analysis and cognitive-behavioral stress management on marital satisfaction and quality of life of women. *Trends in Life Sciences*, *4*(1), 2319-5037.

Neece, C. L., Green, S. A., & Baker, B. L. (2012). Parenting stress and child behavior problems: A transactional relationship across time. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, *117*(1), 48-66.

Penedo, F., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J.S., Kinsinger, D., Roos, B.A., … Antoni, M.H. (2004). Cognitive-behavioral stress management improves stress management skills and quality of life in men recovering from prostate carcinoma. *Cancer*,*100*(1), 192-200.

Schneider, W., Waldfogel, J., & Brooks-Gunn, J. (2015). The great recession and behavior problems in 9-year old children. *Developmental Psychology*, *51*(11), 1615-1629.

Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, *190*(2-3), 200-205.

van der Geest, I. M., van den Heuvel-Eibrink, M. M., Passchier, J., van den Hoed-Heerschop, C., Pieters, R., & Darlington, A. S. E. (2014). Parenting stress as a

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*, *23*(7), 758-765.

Wang, J., Hu, Y., Wang, Y., Qin, X., Xia, W., Sun, C., … Wang, J. (2013). Parenting stress in Chinese mothers of children with autism spectrum disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(4), 575-582.

Yunus, F.W., Liu, K. P. Y., Bissett, M., & Penkala, S. (2015). Sensory-based intervention for children with behavioral problems: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(11), 3565-3579. http://doi.org/10.1007/s10803-015-2503-9

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-01-29]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1397.15.4.1.5]