

تأثیر راهبردهای مقابله با تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدین کودکان کم توان ذهنی

تمجید کریمی^{۱*}، فاطمه رنگریزان^۲، زینب مباشر امینی^۳

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۶/۰۵

چکیده:

زمینه و هدف: نگهداری کودک کم توان ذهنی برای خانواده بسیار تنش آور است و گاهی منجر به تعارضات زناشویی می شود. این پژوهش با هدف تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی بر روی رضایت زناشویی و تنیدگی والدین کودکان کم توان ذهنی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی والدین دانش آموزان کم توان ذهنی مقطع ابتدایی در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ شهر رشت بوده است. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰ زوج والدین کودکان کم توان ذهنی بودند که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. از مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی-۲۱ و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه راهبردهای مقابله با تنیدگی را به صورت هفتگی آموزش دیدند در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی به طور معناداری بر رضایت زناشویی و تنیدگی والدین مؤثر بوده و والدین در گروه آزمایش افزایش معناداری در رضایت زناشویی و کاهش معناداری در تنیدگی نشان دادند ($p < 0/05$). **نتیجه گیری:** با توجه به یافته‌های این پژوهش می توان آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی را به عنوان یک روش مؤثر در افزایش رضایت زناشویی و کاهش تنیدگی والدین کودکان کم توان ذهنی به کار برد.

کلیدواژه‌ها: مقابله با تنیدگی، تنیدگی، رضایت زناشویی، کودکان کم توان ذهنی

۱. *نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران (Tamjid.karimi@gmail.com)

۲. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد رشت، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن، ایران

مقدمه

خانواده سالم نظامی باز است که اعضای آن درحالی که از روابط عاطفی گرمی باهم برخوردارند هویت فردی خود را حفظ می‌کنند. خانواده جایگاهی امن برای ارضای نیازهای گوناگون جسمانی، عقلانی و عاطفی است؛ بنابراین آگاهی از نیازها و شناخت چگونگی ارضای آنها بسیار ضروری است (۱).

رضایتمندی زناشویی فرایندی پیچیده است که با توجه به میزان تعارض و سهیم شدن و رضایت‌هایی که با خرسندی و موفقیت در زندگی زناشویی همراه است توصیف می‌گردد. همچنین کاسترز رضایت زناشویی را به‌عنوان ظرفیت سازش‌یافتگی و توانایی حل مسئله تعریف می‌کند (۲). بلاچر و همکاران (۳) معتقدند که رضایتمندی زناشویی انطباق بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار است. آنها معیارهای هشنگانه‌ای را برای موفقیت زناشویی برشمرده‌اند. رضایتمندی زناشویی می‌تواند به‌طور کامل بر زندگی تأثیر گذارد. تحقیقات انجام‌شده اهمیت تأثیر آن را بر انواع نتایج بالینی مانند بهداشت روانی و جسمانی و حتی طول عمر تأیید نموده‌اند. با توجه به اهمیت رضایتمندی زناشویی در بهداشت و سلامت، بسیاری از متخصصان این سازه را همواره مورد سنجش قرار می‌دهند (به نقل از ۴).

اما داشتن یک کودک کم‌توان ذهنی بی‌شک بر تعاملات درونی آن خانواده مانند سازش‌یافتگی، رضایت زناشویی و تنیدگی والدین تأثیر می‌گذارد. کم‌توانی ذهنی مربوط می‌شود به عملکرد پایین‌تر از حد متوسط عمومی هوش که در دوران تحول ظاهر شده و همراه با نارسایی در رفتار سازشی است. منظور از درجه هوش پایین‌تر از حد متوسط این است که نمره فرد در یک آزمون تراز شده هوشی ۲ انحراف پایین‌تر از میانگین باشد و منظور از دوران تحول از زمان تشکیل نطفه تا ۱۸ سالگی است (۵).

خانواده‌ای که کودکش محدودیت دارد ممکن است کیفیت زندگی خود را بسیار متفاوت از خانواده‌های دارای

کودک سالم ارزیابی کند (۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که مسائل یک کودک کم‌توان، اغلب کارکرد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب وارد شدن تنیدگی به پدر و مادر می‌شود و تغییرات مهمی در زندگی خانواده‌ها ایجاد می‌کند (۷). این خانواده‌ها انواعی از فشارها را علاوه بر فشارهای زندگی مانند بیکاری یا بیمار شدن یکی از والدین و یا مسائل مالی تجربه می‌کنند. در بررسی‌های انجام‌شده نشان داده شد که تفکر والدین نسبت به کودکان و علت ناتوانایی آنها و همچنین دیدگاه اطرافیان تأثیر عمده‌ای بر روی این فشارها دارد. از آنجایی که خانواده نقش عمده‌ای در کمک به این کودکان دارند داشتن تفکری مثبت نسبت به این مسائل می‌تواند از فشار وارده کم کند (۸).

واضح است تنیدگی از نظر روانی و جسمانی تأثیرات عمده‌ای بر انسان می‌گذارد (۹). از آنجایی که نگهداری از کودک کم‌توان ذهنی برای خانواده کودک بسیار تنش‌آور است و گاهی منجر به تعارضات زناشویی می‌شود، این مسئله از اهمیت خاصی برخوردار است که بتوان از تنش‌های ناشی از نگهداری کودکان کم‌توان ذهنی کاست. مقابله با تنیدگی فرایندی است که در آن افراد از توانایی‌های شخصی خود به‌منظور چیره شدن به مشکل و رسیدن به راه‌حل منطقی از آن استفاده می‌کنند (۱۰). آموزش مقابله با تنیدگی یک فرآیند سه‌بخشی است: نخست نشانه‌ها و علت‌ها تشخیص داده می‌شود. سپس مهارت‌های مهار تنیدگی آموخته می‌شود و در مرحله سوم چگونگی کاربرد مهارت‌ها آموخته می‌شود.

بررسی‌های درازمدت بر روی والدینی که کودکان معلول داشتند نشان داد که شیوه‌های مقابله با تنیدگی در این خانواده بر روی سطح افسردگی و تنیدگی این خانواده تأثیر عمده‌ای به‌جای می‌گذارد (۱۱). تحقیقاتی که بر روی ۱۲۰ خانواده‌ای که کودک مبتلا به اوتیسم داشتند نشان داد که الگوی بررسی‌شده فوق بر روی این خانواده‌ها تأثیر عمده‌ای می‌گذارد؛ خصوصاً بر روی سطح خودکفایتی این افراد تأثیر مثبت گذاشته و از بازدهی منفی والدین کاسته است (۱۲).

در یک فراتحلیل و همچنین مطالعه تصادفی که جامعه پژوهش آن دربرگیرنده ۴ ایالت از ایالات متحده آمریکا بود نتیجه گرفته شد زوجینی که تحت آموزش قبل از ازدواج بودند، میزان طلاق و تعارضات زناشویی کمتر و رضایت زناشویی بیشتری داشتند (۱۶). نتایج پژوهش‌های لیونگ و لی تیسانگ (۱۷) نشان دادند بین کیفیت زندگی والدین و سطح معلولیت فرزندان رابطه مثبتی وجود دارد. والدینی که کودکان دارای معلولیت شدید دارند، ممکن است تنیدگی بیشتری را در هنگام مراقبت از آنها تجربه کنند. بر اساس گزارش‌های والدین، ناتوانی یادگیری کودکان بر کیفیت زندگی والدین تأثیر منفی دارد (۱۸). همچنین ژینیری کوکوسیس و همکاران (۱۹) در پژوهشی دریافتند کودکان با ناتوانی یادگیری در مقایسه با کودکان بهنجار از لحاظ سلامت عاطفی پایین‌ترند، اعتمادبه‌خود کمتری دارند و ارتباطشان با خانواده و دوستان ضعیف است. علاوه بر این، والدین کودکان با ناتوانی یادگیری، تجربه رضایت کمتری در حوزه روابط اجتماعی و محیط خانواده نشان دادند.

شورفن گائو و همکاران (۲۰) در پژوهش به این نتیجه رسیدند پدر و مادری که کودک مبتلابه اوتیسم دارند از آسیب روانی بیشتری نسبت به والدین کودکان بهنجار دارند؛ به طوری که مادران کودکان مبتلابه اوتیسم، احساس رضایت زناشویی، بیان محبت، سازش‌یافتگی و انسجام خانوادگی کمتری نسبت به مادران کودکان سالم داشتند. والش و آلیری (۲۱) نیز در پژوهشی دریافتند که داشتن کودک مبتلابه اوتیسم در روابط زناشویی والدین مشکلاتی ایجاد می‌کند اما بیشتر این زوج‌ها به زندگی زناشویی‌شان ادامه می‌دهند و حتی بیان می‌کنند که وجود کودک دارای ناتوانی در برخی موارد روابط آنها را تقویت کرده است؛ هرچند دشواری‌های خاصی نیز به همراه دارد.

امیری مجد و همکاران (۱۵) نتیجه گرفتند که سلامت جسمانی و روانی فرزندان در سطح کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین نقش دارد و نوع اختلال کودکان

علاوه بر این بررسی‌ها نشان داد که چگونگی کنار آمدن خانواده‌ها رابطه مستقیمی با سطح تنیدگی ایجادشده توسط کودکان معلول دارد. کودکانی که فشار عمده‌ای به خانواده وارد می‌کردند اما خانواده راه‌حل‌های مناسبی در جهت مقابله با تنیدگی ارائه می‌داد نسبت به والدینی که حتی کودکانشان فشار کمتری وارد می‌کردند ولی روش‌های مقابله را به‌درستی نمی‌دانستند، به‌راحتی می‌توانستند بر مشکلات غلبه کنند (۱۳). در بررسی محققان بر روی سطح تنیدگی و رضایتمندی زناشویی والدین کودکانی که مشکلات رفتاری داشتند در مقایسه با والدین دارای کودکان بهنجار ارزیابی گردید. نتایج این بررسی‌ها نشان داد که والدین کودکان با مشکلات رفتاری از سطح رضایت زناشویی کمتر و تنیدگی بیشتری برخوردار هستند. تحلیل داده‌ها نشان داد که والدین دارای کودک بهنجار نسبت به والدین دارای کودکان معلول، اگرچه از نظر اقتصادی ضعیف‌تر بودند اما رضایت زناشویی بیشتر و تنیدگی کمتری داشتند؛ یعنی تأثیر نابهنجاری کودک بر روند زندگی بیشتر از تأثیر اقتصادی و شغلی است و مقابله با تنیدگی بر رضایت زناشویی و تنیدگی آنها تأثیرگذار است (۱۴).

امیری مجد، حسینی و جعفری (۱۵) در یک مطالعه‌ای به مقایسه‌ی کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای نشانگان داون، والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری و والدین کودکان بهنجار پرداختند. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی والدین کودکان بهنجار به شکل معناداری بالاتر از والدین کودکان مبتلابه نشانگان داون و ناتوانی یادگیری بود و سطح کیفیت زندگی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری نیز به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان نشانگان داون بود و صمیمیت زناشویی والدین کودکان بهنجار به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان مبتلابه نشانگان داون و ناتوانی یادگیری بود. همچنین صمیمیت زناشویی والدین کودکان دارای ناتوانی یادگیری به‌طور معناداری بالاتر از والدین کودکان نشانگان داون بود.

مقابله با تنیدگی به والدین دارای کودک کم توان ذهنی چه تأثیری بر رضایت زناشویی و میزان تنیدگی آنان دارد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: از آنجا که آزمودنی‌های این تحقیق در مرحله اول به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در شرایط مختلف آزمایشی جایدهی شده‌ند روش این تحقیق نیمه‌آزمایشی است و طرح این تحقیق به شکل پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری این پژوهش عبارت از تمامی والدین (۷۸ زوج) دانش‌آموزان کم توان ذهنی مقطع تحصیلی ابتدایی در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۲ شهر رشت بوده است. نمونه این تحقیق عبارت است از ۲۰ زوج والدین کودکان کم توان ذهنی متوسط که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شده‌اند. لازم به ذکر است قبل از انتخاب افراد نمونه مجوزهای لازم از کمیته فنی و اخلاقی سازمان آموزش و پرورش اخذ شد و همچنین هم در مرحله انتخاب نمونه و هم در مرحله آموزش برنامه مداخله‌ای، رضایت کامل شرکت کنندگان گرفته شد.

ب) ابزار

۱. *مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی-۲۱*: در این پژوهش جهت بررسی سطح تنیدگی از خرده‌مقیاس تنیدگی این مقیاس استفاده شده است. این پرسشنامه اولین بار توسط لویباند در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید و در یک نمونه بزرگ انسانی آزمایش شد و در انگلیس بر روی تعداد زیادی از افراد مورد استفاده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است (۲۴). در ایران صاحبی، سادات سالاری و اصغری (۲۵) ضرایب پایایی و روایی که به دست آوردند بسیار رضایت‌بخش و در سطح $p < 0/0001$ معنادار بودند. این پرسشنامه؛ افسردگی، تنیدگی و اضطراب را به‌طور همزمان

به‌طور متفاوتی بر ابعاد گوناگون زندگی والدین تأثیر دارد. ارجمندنیا، افروز و نامی (۲۲) نشان دادند که افزایش فشار روانی والدین، تحت تأثیر حضور کودک کم توان ذهنی آموزش‌پذیر، منجر به کاهش رضایت زناشویی در آنان شده است؛ به عبارتی رضایتمندی زناشویی را می‌توان تابعی از وجود کودک کم توان ذهنی در خانواده تلقی نمود؛ بنابراین با برگزاری جلسات آموزش و مشاوره جهت والدین کودکان آموزش‌پذیر، می‌توان راه‌های کاهش تنیدگی را به آنان آموزش داد.

بر اساس یافته‌های کارگر، اصغری ابراهیم‌آباد (۲۳) سازش‌یافتگی زناشویی و ابعاد آن مانند توافق، همبستگی، ابراز محبت و رضایت زناشویی در مادران کودکان استثنایی کمتر از مادران کودکان بهنجار است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از سبک‌های ناکارآمد حل مسئله در خانواده زمینه اختلاف بین اعضا را فراهم می‌کند و بر این اساس سازش‌یافتگی زناشویی نیز کاهش می‌یابد. نتیجه برگزاری دوره‌های ویژه آموزش خانواده و مشاوره فردی و گروهی برای والدین کودکان استثنایی در زمینه مهارت حل مسئله و راهبردهای مقابله با موضوعات فشارزای زندگی ضروری است تا بتوان موجبات بهبودی روابط خانوادگی زناشویی را فراهم کرد.

در راستای اهداف این پژوهش یعنی کاهش تنیدگی و مقابله با آن، با آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی، به آنها یاد داده می‌شود تا مسیر و رفتار درستی را در صورت مواجه شدن با عوامل فشار از خود بروز دهند. این مسئله باعث می‌شود که از فشارها و تعارضات زناشویی کاسته شود. در ادامه این تحقیقات و برای آشکار شدن کارایی روش‌های مقابله با تنیدگی در مورد خانواده‌های کودکان کم توان ذهنی که سطح بالایی از تنیدگی را تجربه می‌کنند تحقیق حاضر در پاسخ به این سؤال اساسی طراحی شده است که آموزش راهبردهای

۰/۹۲، سلیمانان (۲۶) روایی همزمان پرسشنامه ۴۷ ماده‌ای رضایت زناشویی را با فرم اصلی آن ۰/۹۵، و معتمدین برای ضرایب روایی پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ با پرسشنامه سازش‌یافتگی زناشویی ۰/۶۵ به دست آوردند (۲۹).

د) روش اجرا: پس از هماهنگی لازم با مدیریت مؤسسه توانبخشی کودکان استثنایی در وهله نخست از بین ۷۸ زوج والدین کودکان کم‌توان ذهنی متوسط ۳۵ زوج انتخاب شدند و از آنها در جلسه‌ای دعوت شد. در آن جلسه شیوه کار به همه آنها گفته شد. از بین آنها ۲۰ زوج، بریا شرکت در انجام این پژوهش اظهار تمایل و همکاری کرده‌اند. در وهله دوم محقق این ۲۰ زوج را به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایدهی کرد و میزان تنیدگی و رضایت زناشویی هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس آموزش شیوه‌های مقابله با تنیدگی در دوازده جلسه دوساعته به اعضای گروه آزمایش داده شد درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرد. در پایان میزان تنیدگی و رضایت زناشویی اعضای هر دو گروه مجدداً اندازه‌گیری شد.

ج) برنامه مداخله‌ای: برنامه آموزش گروهی شیوه‌های مقابله با تنیدگی به توجه به مبانی نظری دونالد مایکنبام و لازاروس (۳۰) به شرح زیر انجام شد:

جلسه اول: معرفی درمانگر، تعریف تنیدگی، شرح و توصیف یک کودک کم‌توان ذهنی، چگونگی اوضاع جسمی در زمان تنیدگی. **جلسه دوم:** توصیف ارتباط با دیگر افراد. **جلسه سوم:** تقویت فعالیت بخش تحتانی ریه (تنفس شکمی)، تقویت فعالیت بخش فوقانی ریه (تنفس سینه‌ای)، هماهنگ کردن فعالیت بخش فوقانی و تحتانی ریه. **جلسه چهارم:** آرام‌سازی. **جلسه پنجم:** دستیابی به آرامش گذشته، ایجاد یک تصویر آرام‌بخش، تهیه فهرست ذهنی، تحویل مشکلات به ذهن ناهشیار خود، ایجاد خلأ آرام‌کننده. **جلسه ششم:** آماده شدن برای خواب. **جلسه هفتم:** چگونگی رفتار با آدم‌های قلدر، بدگو و غیبت‌کننده، افرادی که از کار و مسئولیت فرار می‌کنند، آدمی‌هایی که مدام غر می‌زنند. **جلسه هشتم:** استفاده

با هم می‌سنجد و شامل ۲۱ سؤال است. ۷ سؤال افسردگی، ۷ سؤال تنیدگی و ۷ سؤال اضطراب را می‌سنجد. هر سؤال احساسی را در فرد نشان می‌دهد که آزمودنی بعد از خواندن سؤال‌ها باید یکی از گزینه‌ها را که شامل اصلاً، کم، زیاد، و خیلی زیاد است بر اساس احساس خود در هفته گذشته علامت بزند. اگر آزمودنی گزینه «اصلاً» را علامت بزند، صفر امتیاز، گزینه «کم» یک امتیاز، گزینه «زیاد» دو امتیاز و گزینه «خیلی زیاد» سه امتیاز دارد. بدین ترتیب دامنه نمرات از ۰ تا ۲۲ در نوسان است. با جمع نمرات برای هر معیار یک نمره خام به دست می‌آید. بعد از آن نمرات خام باید در دوضرب شود. نمره‌ی ۰-۲۱: تنیدگی ندارد، ۲۶-۲۲: تنیدگی خفیف، ۳۵-۲۷: تنیدگی متوسط و ۴۲-۳۶: تنیدگی شدید (۲۵). در این پژوهش از نمرات زیرمقیاس تنیدگی برای سنجش سازه موردنظر استفاده شده است.

۲. پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ: فرم اصلی پرسشنامه زوجی انریچ (۱۹۸۹) از ۱۱۵ سؤال بسته و ۱۲ مؤلفه تشکیل شده است که جز مؤلفه اول که ۵ سؤال دارد بقیه مؤلفه‌ها ۱۰ سؤال دارند. سؤالات ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف هستند. سلیمانان (۲۶) ضریب آلفای پرسشنامه را در فرم ۴۷ سؤالی ۰/۹۵ و روایی همزمان آن را از طریق محاسبه همبستگی آن با فرم ۱۱۵ گویه‌ای ۰/۹۴ به دست آورد. نمره محاسبه شده برای پرسشنامه انریچ از نوع مقیاس t است که در آن میانگین ۵۰ و انحراف استاندارد ۱۰ است. نمره‌های کمتر از ۳۰ نشانگر نارضایتی شدید همسران، نمره‌های بین ۳۰ تا ۴۰ نشانگر عدم رضایت همسران، نمره‌های بین ۴۰ تا ۶۰ نشانگر رضایت نسبی و متوسط همسران، نمره‌های بین ۶۰ تا ۷۰ نشانگر رضایت زیاد همسران، و نمره‌های بالاتر از ۷۰ نشانگر رضایت فوق‌العاده همسران از روابط زناشویی است (۲۶). پرسشنامه زوجی انریچ توسط یوید السون و امی السون (۲۷) روی ۲۵۵۰۱ زوج متأهل اجرا شد. ضریب آلفای پرسشنامه از ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ به دست آمد. شریف‌نیا (۲۸) روایی پرسشنامه رضایت زناشویی را با پرسشنامه سازش‌یافتگی زناشویی ابزار سنجش خانواده

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش-آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند. همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون کالموگروف-اسمیروف استفاده شد. نتایج غیرمعنی‌دار، نشانگر نرمال بودن توزیع متغیرها است.

سازنده از هیجان خشم خود، چند قانون زمینه‌ای برای استفاده‌ی سازنده از خشم. **جلسه نهم:** نه گفتن بدون احساس گناه، ساختن احساس اطمینان یا اعتماد به خود، ردیابی مشکلات. **جلسه دهم:** تقویت مثبت نگری در خود، دستیابی به یک آینده‌نگری مثبت، دوست داشتن خود، نقطه‌ی تمرکز فکری را تغییر دادن، از جملات مثبت استفاده کردن، استفاده نکردن از عبارات منفی. **جلسه یازدهم:** فکر کردن قبل از انجام هر کار، ورزش کردن، تمرین رکاب زدن، کشش، دویدن. **جلسه دوازدهم:** نتیجه‌گیری کلی از تمامی جلسات.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد: ۴۰۰)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	p
رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۳/۷۱	۷/۱۴	۰/۳
		کنترل	۱۲/۷۱	۵/۳۱	۰/۱۶
	پس‌آزمون	آزمایش	۸/۱۴	۶/۵۸	۰/۱۵
		کنترل	۱۲/۹۳	۵/۰۶	۰/۱۳
تنیدگی والدین	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۵/۹۰	۵/۲۳	۰/۳
		کنترل	۲۵/۸۷	۴/۹۶	۰/۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۷/۱۰	۸/۰۷	۰/۲
		کنترل	۲۴/۹۰	۴/۶۷	۰/۲

می‌توان نتیجه گرفت که رابطه پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای رضایت زناشویی ($F=۱۶/۴۱$ و $p>۰/۰۵$) و تنیدگی والدین ($F=۲۱/۱۹$ و $p>۰/۰۵$) خطی است. به منظور آزمون فرضیه اول از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده می‌شود. برای این کار مفروضه‌های استفاده از این روش بررسی می‌گردد. ابتدا همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد تعامل بین شرایط و پیش‌آزمون معنادار نیست ($F=۳/۲۵۶$, $p>۰/۰۹$) در نتیجه داده‌ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت می‌کند. سپس به منظور بررسی یکسانی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شد. بر این اساس فرض همگنی خطاهای هر دو گروه برای نمره رضایت زناشویی تأیید شد ($F=۰/۴۶$, $p>۰/۰۵$)؛ بنابراین، با توجه به

یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که میانگین گروه آزمایش رضایت زناشویی و همچنین تنیدگی والدین از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش یافته است. در حالی که این میانگین‌ها در گروه کنترل از پیش‌آزمون به پس‌آزمون تفاوت زیادی نداشته است. همچنین نتایج جدول ۱ نشان می‌دهند که آماره کالموگروف-اسمیروف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست. با توجه به این نتایج می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. نتایج بررسی خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای تحقیق در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد. یافته‌ها نشان داد که آماره F خطی بودن رابطه پیش‌آزمون با پس‌آزمون برای تمامی متغیرها در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار است. با توجه به این یافته‌های معنی‌دار

همگنی شیب رگرسیون و همین طور یکسانی واریانس متغیر وابسته برای بررسی فرضیه اول پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون رضایت زناشویی در دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آماره منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۱۴۵/۶۱	۱۲۵۳/۹۶	۱	۱۲۵۳/۹۶	گروه
		۸/۸۳	۳۸	۲۳۸/۲۷	خطا

می توان گفت که استفاده از شیوه های مقابله با تنیدگی باعث افزایش رضایت زناشویی می شود.

به منظور آزمون فرضیه دوم از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می شود. برای این کار مفروضه های استفاده از این روش بررسی می گردد. ابتدا همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد تعامل بین شرایط و پیش آزمون معنادار نیست ($F=۰/۰۸, p < ۰/۶۶$) در نتیجه داده ها از همگنی شیب رگرسیون حمایت می کند. سپس به منظور بررسی یکسانی واریانس متغیر وابسته از آزمون لوین استفاده شد. بر این اساس فرض همگنی خطاهای هر دو گروه برای نمره رضایت از زندگی تأیید شد ($F=۱/۶۶, p > ۰/۳۷$)؛ بنابراین، با توجه به همگنی شیب رگرسیون و همین طور یکسانی واریانس متغیر وابسته برای بررسی فرضیه دوم پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج مربوط به آن در جدول ۳ آمده است.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمره رضایت زناشویی پس از تعدیل پیش آزمون، نشان می دهد که با حذف اثر نمره پیش آزمون، اثر شیوه های مقابله با تنیدگی بر نمره پس آزمون معنادار است ($F=۱۲۵/۶۱, p < ۰/۰۰۰$). برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه ها در پس آزمون رضایت زناشویی بیشتر است در ادامه میانگین های تصحیح شده گزارش شده است. لازم به ذکر است که روش تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین ها استفاده شد.

میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در رضایت زناشویی (۳۷/۱۰) و میانگین گروه کنترل (۲۴/۹۰) است. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۱۲/۲۰) است که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار است؛ بنابراین می توان گفت که میانگین گروه آزمایش در رضایت زناشویی به صورت معنی داری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. با توجه به این یافته فرضیه اول تأیید می شود و

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره نمره پس آزمون تنیدگی والدین در دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آماره منبع تغییرات
۰/۰۰۰	۶۰/۳۱	۱۱۱۴/۳۶	۱	۱۱۱۴/۳۶	گروه
			۳۸	۴۲۴/۱۲	خطا

والدین معنادار است ($F=۶۰/۳۱, p < ۰/۰۰۰$). برای بررسی اینکه میانگین کدام یک از گروه ها در پس آزمون تنیدگی والدین بیشتر است از میانگین های تصحیح شده استفاده شد که در ادامه نتایج میانگین های تصحیح شده گزارش شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، تحلیل کوواریانس پس آزمون نمره تنیدگی والدین پس از تعدیل پیش آزمون، نشان می دهد که با حذف اثر نمره پیش آزمون، اثر شیوه های مقابله با تنیدگی بر نمره پس آزمون تنیدگی

رضایت از زندگی کمتری دارند و ممکن است نیاز به حمایت و خدمات بیشتر به منظور بهبود رفتار و مهارت‌های مدیریتی برای رفاه روانی خود و فرزندشان داشته باشند (۲۹). بر اساس این یافته باید همواره پشتیبانی بهتر و مداخلات مشخص‌تر برای مراقبت‌کنندگان از افراد مبتلا به ناتوانی‌های مختلف ارائه شود و به رفاه روانی والدین توجه بیشتری شود. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت والدین کودکان کم‌توان ذهنی در مقایسه با والدین کودکان بهنجار به جای این که فکر خود را معطوف به مسائلی که باعث بهبودی زندگی آن‌ها می‌شود متمرکز کنند دائماً در ذهن خود درگیر مشکل فرزند خود و مشکلات حاصل از حضور وی در زندگی‌شان هستند و از بسیاری از مسائل همچون سلامتی جسمانی و روانی خود غافل شده و چه بسا ممکن است دچار بیماری‌های مختلف به‌ویژه بیماری‌های روانی شوند. از سوی دیگر عده‌ای از والدین از داشتن چنین فرزندانی احساس شرمندگی کرده و یا ارتباطات خود را با خویشاوندان و دوستان کمتر می‌کنند. هر یک از این موارد در والدین منجر به یک خشم پنهان می‌شود. عده‌ای از والدین این کودکان اغلب مجبور به صرف هزینه‌هایی اضافی جهت درمان کودکانشان می‌شوند. با توجه به موارد فوق محیطی که والدین در آن زندگی می‌کنند از تنش، اضطراب و فکر مشغولی‌های خاص خود برخوردار است که به طور کلی کیفیت و رضایت از زندگی این والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری در رضایت زناشویی والدین کودکان کم‌توان ذهنی و والدین کودکان بهنجار وجود دارد؛ یعنی والدین کودکان بهنجار صمیمیت زناشویی بالاتری داشتند. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های شورفن گائو (۲۰)، چشایر، بارلو، پوئل (۳۸)، و دورماز و همکاران (۳۹) همسو است. در والدینی که دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند، این شرایط تا حدودی فراهم نیست. هر یک از والدین به‌نوبه خود (هرچند هم که حضور فرزند دارای اختلالشان را پذیرفته باشند) دارای اندوهی خاص

لازم به ذکر است که روش تصحیح بنفرونی برای برآورد میانگین‌ها استفاده شد. میانگین تصحیح‌شده گروه آزمایش در تنیدگی والدین (۸/۱۴) و میانگین گروه کنترل (۱۲/۹۳) است. تفاوت میانگین بین این دو گروه (۴/۷۹) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است؛ بنابراین می‌توان گفت که میانگین گروه آزمایش در تنیدگی والدین به‌صورت معنی‌داری بیشتر از میانگین گروه کنترل است. با توجه به این یافته فرضیه دوم تأیید می‌شود و می‌توان گفت که استفاده از شیوه‌ی مقابله با تنیدگی باعث کاهش تنیدگی والدین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شیوه‌های مقابله با تنیدگی بر روی رضایت زناشویی و تنیدگی والدین کودکان کم‌توان ذهنی متوسط بود. نتایج پژوهش حاضر بیان می‌کند که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون رضایت زناشویی و تنیدگی والدین تفاوت معنادار به لحاظ آماری وجود دارد و استفاده از روش مقابله با تنیدگی باعث افزایش معنی‌دار رضایت زناشویی و کاهش معنی‌دار تنیدگی والدین در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های موگنو و همکاران (۳۱)، رومئو و همکاران (۳۲)، بورک و همکاران (۳۳)، هیمان و برگر (۳۴)، ژینیری کوکوسیس و همکاران (۱۹)، دابروسکا و پیسولا (۳۵)، شان‌لیونگ و لی‌تسانگ (۱۷)، بایلی و همکاران (۳۶)، دیویس و همکاران (۳۷) همخوانی دارد.

از آنجائی که این روش درمانی بر روی تقویت افکار مثبت کار می‌کند پس به بهبودی تفکر رضایت از زندگی افراد کمک شایانی می‌کند. مونگو در پژوهشی دریافت که پدر و مادر کودک مبتلا به کم‌توانی ذهنی یا تحولی، تنیدگی مزمن نسبت به بیماری فرزند خود دارند. یکی از عواملی که روی کیفیت زندگی اثر می‌گذارد، وجود بیماری است. کیفیت زندگی در افراد بیمار نسبت به افراد سالم کمتر است (۲۷). مادران کودکان کم‌توان ذهنی به نظر می‌رسد تنیدگی بیشتر و

وضعیت روانی و زناشویی آنها، به عنوان کسانی که نقش مهمی در تحول هیجانی و اجتماعی فرزند خود دارند، باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که از جمله‌ی آنها می‌توان به این موارد اشاره کرد: این پژوهش بر روی والدین کودکان کم‌توان ذهنی انجام شده است، بنابراین، تعمیم نتایج به والدین دارای کودکان با سایر ناتوانی‌ها باید با احتیاط انجام شود. همچنین در این پژوهش سطح اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی خانواده‌ها به دقت مورد کنترل قرار نگرفته است که لازم است در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود اجرای برنامه‌های مداخله‌گرانه و برگزاری دوره‌های آموزش خانواده به‌ویژه در زمینه‌های مهارت‌های زندگی، روش‌های فرزندپروری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله با تنیدگی، و اصلاح رفتار کودک برای والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی برگزار شود تا تنیدگی و رضایت از زندگی زناشویی والدین بهبود یابد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی والدین شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین از همکاری سازمان آموزش و پرورش شهر رشت در تمامی مراحل اجرایی این مطالعه قدردانی می‌شود.

هستند و با دیدی متفاوت به مسائل و مشکلات فرزند خود نگاه کرده و درباره آن فکر می‌کند و در برآوردن نیازهای عاطفی طرف مقابل، خود را ناتوان دیده و فاصله‌ها بیشتر می‌شود. گاهی نیز والدین برای رهایی از مسؤولیت داشتن چنین فرزندی، دیگری را مقصر دانسته و اقدام به سرزنش وی می‌کنند که همین امر نیز یکی از عوامل کاهش رضایت از زندگی زوجین دارای فرزندان کم‌توان ذهنی است. هرچند ممکن است عوامل مختلفی در کاهش و افزایش رضایت از زندگی نقش داشته باشد باین حال خانواده‌های دارای فرزند بهنجار از شرایط بهتری نسبت به والدین دارای کودک معلول هستند؛ مثلاً والدین دارای فرزند بهنجار فاقد بسیاری از مسائل و مشکلات والدین دارای فرزندان کم‌توان ذهنی هستند و در نتیجه در زمانی که روابط آنها دچار چالش می‌شود با فکر بازتری می‌توانند آن را بررسی کنند. پس می‌توان بنا بر نتایج حاصل از یافته‌های پژوهشی ابراز داشت که والدین دارای فرزند سالم از رضایت بیشتری نسبت به والدین دارای فرزند کم‌توان ذهنی برخوردارند. طیف وسیعی از مشکلات در کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان دارای ناتوانی یادگیری، کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی والدین آنها را از جنبه‌های مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد. این گروه از والدین برای مقابله با مشکلات خانوادگی و قبول مشکلات فرزندانشان و مقابله با مشکلات ایجاد شده در این زمینه به کمک نیاز دارند و

References

1. Edalati A, Redzuan M. Perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American science*. 2010; 6 (4): 132-137.
2. Badaghi M. *Healthcare Job Stress Questionnaire*. Tehran: Azmoon yar Pooya institute; 2010. [Persian].
3. Blacher J, Begum GF, Marcoulides GA, Baker B L. Longitudinal Perspectives of Child Positive Impact on Families: Relationship to Disability and Culture. *Am J Intellect Dev Disabil*. 2013; 118(2): 141-155.
4. Ebrahimi P, Sanei Zaker B, Nazari AM. Assessment the effect of education program enhancement communication on increase intimate employment couples. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2011; 16: 37-43. [Persian].
5. Shahi A, Ghaffari I, Ghasemi K. Relationship between mental health and marital satisfaction. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2011; 15(2): 119-126. [Persian].
6. Payot A, Barrington K J. The Quality of Life of Young Children and Infants with Chronic Medical Problems: Review of the Literature. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2011; 41: 91-101.
7. Larcán R, Cuzzocrea F. Funzionamento della famiglia e sviluppo psico-sociale dei fratelli di individui con disabilità intellettive. *Psicologia Clinica dello Sviluppo*. 2011; 15 (1): 123-153.
8. Eleni M, Fotini A, Maria M, Ioannis ZE, Constantina K, Theodoros CK. Research in occupational stress among nursing staff: a comparative study in capital and regional hospitals. *Hellenic Journal of Nursing Science*. 2010; 3(3): 79- 84.
9. Hossini SE, Hossini M. Relationship between job stress, catecholamine and physical diseases in nurses. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences*. 2012; 16(3): 189-196. [Persian].
10. Jafari I, Kamarzin H, Kordmirza E, Seyfizad V. The role of spiritual well-being and coping strategies in predicting job satisfaction of nurses. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* .2014; 4(1): 50-58. [Persian].
11. Lee HH, Lung FW, Lee PR, Kao WT, Lee YL. The relationship between sex life satisfaction and job stress of married nurses. *BMC Res Notes*. 2012; 5: 2 - 5.
12. Rogers KR, Herlien K, Rogers D, Chad LC. Guided visualization interventions on perceived stress, dyadic satisfaction and psychological symptoms in highly stressed couples. *Complement Ther Clin Pract*. 2012; 18: 106-113.
13. Peiman-Pak F, Mansur L, Sadeghi M, Purebrahim T. The relationship of job stress with marital satisfaction and mental health in nurses of Tehran Hospitals. *Quarterly Journal of Career and Organizational Counseling*. 2012; 4(13): 27-54.
14. Rajabi Gh, Sotodeh Navrodi SO. A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2011; 20: 83-91. [Persian].
15. Amiri M M, Hoseyni SF, Jafari A. Comparison of quality of life and marital intimacy parents of children with Down syndrome, parents of children with learning disabilities and parents of normal children. *J Learn Disabil*. 2013; 4(1): 38-55. [Persian].
16. Bradburi T, Lavner JA. How can we improve preventive and educational interventions for intimate relationship? *Behavior Therapy*. 2012; 43:113-122.
17. Shan Leung, CY, Li-Tsang CWP. Quality of Life of Parents who have Children with Disabilities. *Hong kong Journal of Occupational Therapy*. 2003; 13(1): 19-24.
18. Karande S, Venkataraman R. Impact of co-morbid attention deficit/ hyperactivity disorder on self-perceived health-related quality-of-life of children with specific learning disability. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(1): 52–58.
19. Ginieri-Coccosis, M., Rotsika, V., Skevington, S., Papaevangelou, S., Malliori, M., Tomaras, V. & Kokkevi, A. Quality of life in newly diagnosed children with specific learning disabilities (SLD) and differences from typically developing children: a study of child and parent reports. *Child Care Health Dev*. 2012. 39: 581–591.
20. Shur-Fen G S, Chou M, Chiang H, Lee J, Wong C, Chou W, & Wu Y. Parental adjustment, marital relationship, and family function in families of children with autism. *Res Autism Spectr Disord*. 2012; 6(1): 263–270.

21. Walsh, Caitlin E. & O'Leary Daniel, K. A comparative study of the marital relationship between parents with children with autism and those with children without autism. *Good autism practice (GAP)*. 2013; 14(1): 28-33.
22. Arjomandnia AA, Afruz GH, Nami MS. Compare the stress and marital satisfaction and perceived social support parents of mentally retarded children and normal children in Golestan province. *Exceptional education*. 2013; 13(3): 5-15. [Persian].
23. Kargar M. Asghari Ebrahimabad MJ. Compare problem solving style and marital adjustment in mothers of disabled and normal children. *Exceptional Education*. 2014; 2: 44-50. [Persian].
24. Crawford JR, Henry JD. The depression anxiety stress scales (DASS). Normative data and latent structure in a large non clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2003; 42: 111-31.
25. Sahebi A, Asghari, MJ, Sadat Salari R. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. *Journal of Iranian Psychologists*. 2007; 1(4): 299-312 [Persian].
26. Soleimanian AA. Study of Irrational thoughts based on the cognitive approach the discontents couples. Master's Thesis. Tarbiat moallem university. 1993. [Persian].
27. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *J Fam Ther*. 2000, 22: 144 - 167.
28. Sharifnia F. The effect of coping with irrational beliefs based on cognitive approach believes and well-being, marital satisfaction of couples referred to Ahvaz family counseling. Master's Thesis of family counseling. Shahid Chamran University. 2000. [Persian].
29. Motamedin M. The relationship between maternal depression and marital satisfaction and These variables are associated with individual adjustment – social and The academic performance of their children in middle school girl in Ahvaz city. Master's Thesis, Shahid chamran university, Faculty of Psychology and Educational Sciences. 2003[Persian].
30. Meichenbaum D. Stress inoculation training: a preventative and treatment approach. *Trans. Mobini S*. Tehran: Roshd Publ; 2007: 10-230. [Persian].
31. Mugno D, Ruta L, D'Arrigo VG, Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of children and adolescents with pervasive developmental disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2007; 5(1): 22-41.
32. Romeo D M, Cioni M, Distefano A, Battaglia L R, Costanzo L, Ricci D, De Sanctis R, Romeo MG, Mazzone D, Mercuri E. Quality of life in parents of children with cerebral palsy: is it influenced by the child's behaviour? *Neuropediatrics*. 2010; 41(3): 121-126.
33. Bourke J, Ricciardo B, Bebbington A, Aiberti K, Jacoby P, Dyke P, Msall M, Bower C, Leonard H. Physical and Mental Health in Mothers of Children with Down Syndrome. *J pediatr*. 2008; 153(3): 320-326.
34. Heiman T, Berger O. Parents of children with Asperger syndrome or with learning disabilities: Family environment and social support. *Res Dev Disabil*. 2008; 29(4): 289–300.
35. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and Down syndrome. *J Intellect Disabil Res*. 2010; 54(3): 266-80.
36. Bailey Jr DB, Golden RN, Roberts J, Ford A. maternal depression and developmental disability: Research critique. *Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13 (4): 321-329.
37. Davis E, Shelly A, Waters E, Boyd R, Cook K, Davern M, Reddihough D. The impact of caring for a child with cerebral palsy: quality of life for mothers and fathers. *Child Care Health Dev*. 2010; 36(1): 63-73.
38. Cheshire A, Barlow JH, Powell LA. The psychosocial well-being of parents of children with cerebral palsy: a comparison study. *Disabil Rehabil*. 2010; 32 (20):1673-7
39. Durmaz A, Cankaya T, Durmaz B, Vahabi A, Gunduz C, Cogulu O, Ozkinay F. Interview with parents of children with Down syndrome: Their perceptions and feelings. *Indian J Pediatr*. 2010; 78 (6): 698-702.

The Effect of Coping Strategies with Stress on Marital Satisfaction and Stress in Parents of Children with Mental Retardation

Tamjid karimi^{1*}, Fatemeh Rangrazian², Zeynab Mobasher Amini³

Received: February 09, 2016

Accepted: August 26, 2016

Abstract

Background and Purpose: Raising a mentally retarded child for the family is a stressful and sometimes lead to marital conflicts. This study was conducted to evaluate the effects of coping strategies on marital satisfaction and stress of parents of mentally retarded children.

Method: The present research was quasi-experimental with pretest- posttest control group. The statistical population consisted of all parents of mentally retarded students in Rasht (Iran) that 20 couples of them were selected by convenience sampling method and assigned in experimental and control group randomly. The Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) and ENRICH Marital Satisfaction Scale were used to gather of data. For experimental group, coping strategies training executed at 12 weekly sessions whereas control group did not have any training. Data were analyzed using analysis of covariance.

Results: The results showed that teaching coping strategies was effective on marital satisfaction and parenting stress. Parents in the experimental group showed a significant increase in marital satisfaction and showed significant decrease in stress ($p < 0.05$).

Conclusion: Based of the findings can be conclude coping strategies is one of the most effective methods for marital satisfaction and reduce stress in parents of mentally retarded children.

Keywords: Deal with stress, stress, marital satisfaction, mentally retarded children

1. ***Corresponding author:** M.A. in general psychology, Faculty of psychology, University of Guilan, Rasht, Iran (Tamjid.karimi@gmail.com)

2. M.A. in general psychology, Islamic Azad University, Rasht Branch, Iran

3. M.A. clinical psychology, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran