DOI: 10.22122/rbs.v17i1.2397

مقایسه احساس اندوه مزمن و احساس گرفتاری مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی

سالار فرامرزی[۱]، سید حسین سیادتیان[۲]، اعظم رشیدی[۳]، زهرا کاردان[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: حضور کودک مبتلا به ناتوانی هوشی (Intellectual disabilities) در هر خانواده ساختار و سلامت روانی آن به‌ویژه مادران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ازاین‌رو هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای احساس اندوه مزمن (Chronic sorrow) و احساس گرفتاری (Entrapment) در مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی شهرستان کاشان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری آن متشکل از کلیه مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی و غیر مبتلا در مدارس استثنایی و عادی شهرستان کاشان بود. نمونه آماری شامل ۶۶ نفر از مادران (۳۱ نفر مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی و ۳۵ نفر مادران کودکان غیر مبتلا) بود. مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی به روش نمونه‌گیری در دسترس و مادران کودکان غیر مبتلا به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. جهت سنجش اطلاعات از پرسشنامه‌های احساس اندوه مزمن کندال (Kendall Chronic Sorrow Instrument یا KCSI) و احساس گرفتاری (Entrapment Questionnaire) استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره) تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که بین احساس اندوه مزمن و احساس گرفتاری در مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی شهرستان کاشان تفاوت معنادار وجود دارد (p=۰/۰۰۰۱)؛ به‌عبارت‌دیگر مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی احساس اندوه مزمن و گرفتاری بیشتری داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیرات منفی دو احساس اندوه مزمن و گرفتاری در سلامت روان افراد ارائه خدمات روان‌شناختی به مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی ضرورت دارد.

واژه‌های کلیدی: احساس گرفتاری، اندوه مزمن، ناتوانی هوشی.

ارجاع: فرامرزی سالار، سیادتیان سید حسین، رشیدی اعظم، کاردان زهرا. **مقایسه احساس اندوه مزمن و احساس گرفتاری مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۱۲۹-۱۲۰.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۱۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۶

۱- دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۲- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۳- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
۴- کارشناسی علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، آران و بیدگل، ایران.
نویسنده مسئول: سالار فرامرزی
Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

مقدمه

آمارهای جهانی نشان می‌دهد که در هر جامعه‌ای بیش از ۱۰ درصد از کودکان با ویژگی‌های متفاوت نسبت به سایر کودکان متولد می‌شوند که ازنظر جسمی و ذهنی با سایر کودکان عادی تفاوت دارند (۱). یکی از مهم‌ترین این گروه‌ها ناتوانی هوشی (Intellectual disability) است. تعریف‌های زیادی برای ناتوانی هوشی وجود دارد. در تعریف انجمن روان‌پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association یا APA)، ناتوانی هوشی اختلالی است که در دوره رشد شروع می‌شود و دربرگیرنده نقصان کارکرد انطباقی و هوشی فرد در حوزه‌های عملی، اجتماعی و مفهومی است. نمره مبتلایان به ناتوانی هوشی حداقل دو انحراف معیار از سطح میانگین جمعیت عادی پایین‌تر است. سن و ویژگی‌های زمان شروع اختلال‌ها بستگی به علت و شدت کژکاری مغز دارد. تأخیر در ظهور شاخص‌های حرکتی، زبانی و اجتماعی تکلم را می‌توان در دو سال نخست زندگی کودکان دچار ناتوانی هوشی شدیدتر مشاهده نمود ولی موارد خفیف آن ممکن است تا سن مدرسه یعنی زمانی که مشکلات یادگیری تحصیلی نمایان می‌شود، مخفی بماند. نکته مهم این است که ناتوانی هوشی چه در انواع خفیف و چه در انواع شدید در مردان شایع‌تر است. بااین‌حال نسبت‌های گزارش‌شده در مطالعات گوناگون اختلاف زیادی دارند. عوامل ژنتیک وابسته به جنس و آسیب‌پذیری مردان به آسیب‌های مغزی مسئول بخشی از تفاوت‌های جنسیتی هستند. همچنین بروز بیماری‌هایی جسمی، طبی، رشدی عصبی و روانی در ناتوانی هوشی شایع است و میزان برخی بیماری‌ها (مانند اختلال‌های روانی، فلج مغزی و صرع) سه تا چهار برابر بیشتر از جمعیت عادی است (۲). ناتوانی هوشی یک پدیده تک‌بعدی نیست، بلکه یک شرایط مرکب و پیچیده ذهنی است. به همین جهت بسیاری از متخصصین امور تربیتی، روان‌شناسی، روان‌پزشکی و پزشکی علاقه‌مند به بررسی ابعاد مختلف ناتوانی هوشی هستند (۳).

ناتوانی هوشی ازجمله مواردی است که کودک را نیازمند بهره‌مندی از کمک‌های بیشتری می‌سازد. وجود کودک دچار ناتوانی هوشی در خانواده نوعی بحران به شمار می‌آید (۴). والدین پس از آگاهی از ناتوانی هوشی فرزندشان دچار شوک شده و این شوک موجب به وجود آمدن بحران‌هایی در والدین می‌شود. وجود کودک با ناتوانی هوشی می‌تواند مسائل گوناگونی را برای والدین به همراه داشته باشد. ایجاد و تشدید اختلافات خانوادگی، تحمل بار سنگین اقتصادی، تحمل صحبت‌های دیگران در رابطه با کودک و بسیاری از مسائل دیگر می‌تواند از تظاهرات خانواده‌هایی باشد که کودک مبتلا به ناتوانی هوشی دارند. والدین کودکان ناتوان هوشی در شرایط دشواری قرار دارند، زیرا ازلحاظ اجتماعی ممکن است به خاطر فرزندشان احساس شرم کنند و این احساس شرم ممکن است به‌طور آشکار یا پنهانی موجب طرد کودکان شود. بسیاری از خانواده‌ها به‌شدت روش زندگی خود را تغییر می‌دهند. زیرا وجود کودک با ناتوانی هوشی خانواده را درگیر کرده و فعالیت اجتماعی‌شان را تقریباً محدود می‌سازد (۵). وجود نوزادی با ناتوانی مستلزم توجه طولانی‌مدت برای تغذیه، امور درمانی و مراقبت‌های عمومی است که نقش تعیین‌کننده در زندگی کودک دارد. از این لحاظ وظیفه مادر که برقراری تعادل بین نقش مادر و همسر است، دچار آسیب بیشتر می‌شود (۶). در پژوهشی که در استرالیا انجام‌شده است مشخص شد که مادران کودکان ناتوان هوشی زمان اشتغال کمتری دارند و زمان کمتری برای پرداختن به فعالیت‌های لذت‌بخش و تفریحات دارند (۷). بررسی‌ها نشان داده است که مادران دارای فرزند ناتوان هوشی در مقایسه با مادران کودکان عادی سطح اضطراب و افسردگی بیشتری دارند (۸). بدون تردید نوع ارتباط مادر با کودک استثنایی از مهم‌ترین زمینه‌های پژوهش و مطالعه است، زیرا شخصیت فرد استثنایی بازتابی از شخصیت والدین، به‌ویژه مادر است.

در این راستا می‌توان به نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ایران همچون بهادری خسروشاهی (۹)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۰)، مریمی و همکاران (۱۱)، تقی پور جوان (۱۲)، سیادتیان و همکاران (۱۳) و فرامرزی و همکاران (۱۴) اشاره کرد. این پژوهش‌ها به ترتیب به بالا بودن اضطراب، استرس و عواطف منفی؛ فشار روانی و هیجانی (مانند خشم، غمگینی، گریه) در مادران دارای فرزند معلول ذهنی؛ تنیدگی و کاهش بهزیستی روان‌شناختی والدین دارای کودک کم‌توان؛ فقدان لذت‌جویی بیشتر مادران کودکان ناتوان هوشی اشاره دارند. همچنین یکی از درگیری‌های عمده خانواده کودکان ناتوان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

نگرانی آن‌ها نسبت به آینده کودک با توجه به وابستگی کامل آن‌ها به والدین است زیرا آنان نمی‌دانند در نبود یا در دوران کهولتشان چه کسی و به چه نحوی از کودک ناتوان ذهنی آن‌ها مراقبت می‌کند، چگونه تأمین می‌شود و بالاخره چه آینده‌ای در انتظارش است (۸).

هم‌چنین سوگ مزمن (Chronic grief) که مترادف با اندوه است برای اولین بار توسط Olshanscy و به‌عنوان نوعی سوگ پیش‌رونده، مداوم و پایان‌ناپذیر معرفی شد، توسط والدین و به‌خصوص مادران نوزادان مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی تجربه می‌شود (۱۵). به‌طورکلی، سوگ شامل مجموعه‌ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که افراد در مواجهه با فقدان یا تهدید فقدان تجربه می‌کنند. درحالی‌که پدیده سوگ در تمام جوامع انسانی طبیعی و فراگیر است، ابراز سوگ در افراد مختلف متفاوت است و افراد مختلف واقعیت فقدان و داغدیدگی و همچنین پیامدهای آن را به شیوه‌های متفاوتی می‌پذیرند (۱۶). روند سازگاری با فقدان می‌تواند زندگی آینده فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). مفهوم اندوه (غم و اندوه) مزمن برای توصیف واکنش پدر و مادر به آسیب‌های جاری مرتبط با مراقبت از کودک مبتلا به بیماری مزمن یا ناتوانی به‌عنوان نظریه غم و اندوه استفاده شده است. علاوه بر این خود اندوه می‌تواند به سوگ بیمارگون منجر شود. بیشتر پژوهشگران بیان کرده‌اند اندوه ممکن است به مشکلات جسمی و روانی ازجمله افسردگی منجر شود (۱۸). Isaksson و Ahlström پژوهشی با هدف مدیریت اندوه مزمن و تجربیات بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS) انجام دادند. آن‌ها دریافتند که اندوه مزمن منجر به مشکلات سازگاری در زندگی بیماران مبتلا به MS شده است و آموزش و آگاهی پرستاران علوم اعصاب (روان پرستاران) باید در برنامه‌های آموزشی آنان گنجانده شود. همچنین لازم است که مداخلات حمایتی برای بیماران مبتلا به اندوه مزمن برای فرد مبتلا و خانواده‌هایشان تدارک دیده شود (۱۹). Bordonada در یک مطالعه موردی با هدف بررسی اندوه مزمن در میان والدین یک کودک مبتلا به اختلال طیف اوتیسم به این نتیجه دست‌یافت که والدین کودکان مبتلا دارای احساس اندوه مزمن بوده و ازاین‌رو بایستی مشاوران با آگاهی بخشی به والدین این گروه از کودکان، آنان را در حمایت از فرزندشان یاری رسانند (۲۰). در ایران نیز تنها پژوهش انجام‌شده در حیطه اندوه مزمن والدین، پژوهش نیکفرد و همکاران (۲۱) بود که با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار اندوه مزمن Kendall در مادران کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است.

یکی از جدیدترین رویکردها در تبیین اختلال افسردگی نظریه احساس گرفتاری (Entrapment) است. گرفتاری یا احساس به تله افتادن نوع خاصی از تفکر و احساس است که به تله یا دام افتادن انسان در موقعیتی که تمایل به دوری از آن دارد، اطلاق می‌شود (۲۲). همچنین احساس گرفتاری به‌عنوان توقف اجبارگونه فعالیت انسان که همواره روبه افزایش است (۲۳) و ناتوانی فرد در فرار و گریز از موقعیت، تعریف می‌شود (۲۴). فردی که احساس گرفتاری را تجربه می‌کند تصور می‌کند رفتارهای دفاعی وی فاقد کار آیی بوده (۲۵)، لذا تمایل به گریز از موقعیت جاری دارد. درعین‌حال فکر می‌کند تمام راه‌های ممکن برای فائق آمدن وی بر این موقعیت مسدود شده است (۲۲، ۲۶). در پژوهشی که با عنوان رابطه احساس گرفتاری و فقدان لذت‌جویی مادران کودکان پیش‌دبستانی دختر مبتلا به مشکلات رفتاری انجام شده است دریافتند بین احساس گرفتاری و فقدان لذت‌جویی مادران کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری رابطه مثبت وجود دارد (۲۷). با توجه به این‌که دو سازه احساس اندوه مزمن و گرفتاری از جدیدترین سازه‌ها در حیطه سلامت روان بوده و تاکنون در مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی مورد بررسی قرار نگرفته است، پژوهش حاضر با هدف مقایسه احساس اندوه مزمن و گرفتاری در مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی شهرستان کاشان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع علی-مقایسه ای بود. جامعه آماری آن را کلیه مادران با و بدون کودکان ناتوان هوشی شهرستان کاشان در سال ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل دادند. بدین منظور ۶۶ نفر از مادران (شامل ۳۱ نفر مادران کودکان مبتلا به ناتوان هوشی و ۳۵ نفر مادران کودکان غیر مبتلا) انتخاب شدند. مادران کودکان مبتلا به این بیماری با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از اخذ مجوزهای لازم برای ورود به مدارس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

استثنایی و عادی شهرستان کاشان و با حضور در جلسه آموزش خانواده مدارس استثنایی ضمن توضیح هدف پژوهش از مادران شرکت‌کننده خواسته شد تا بدون قید نام و در صورت رضایت کامل به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. مادران غیر مبتلا از بین مدارس ابتدایی و به روش تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا فهرستی از مدارس مقطع ابتدایی تهیه گردید. سپس به‌تصادف پنج مدرسه انتخاب و با مراجعه به مدارس به‌صورت تصادفی دانش آموزان مورد نیاز انتخاب شدند. لازم به ذکر است با هماهنگی‌های انجام‌شده با مسئولین مدرسه از مادران خواسته‌شده بود تا بدون ذکر نام و در صورت تمایل، به سؤال‌ها پاسخ دهند. ملاک‌های ورود مادران به پژوهش عدم ابتلا به اختلال‌های روانی و مصرف دارو، حضور فرزند معلول دیگر و عدم سابقه طلاق بوده است. حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های علی-مقایسه ای ۳۰ نفر است (۳۰)، اما با توجه به‌احتمال ریزش در تکمیل پرسشنامه‌ها حجم نمونه ۶۶ نفر تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس چند متغیره) و همچنین نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تحلیل شد. در ادامه به بررسی پرسشنامه‌های استفاده شده پرداخته می‌شود.

پرسشنامه اندوه مزمن کندال (Kendall's Chronic Sorrow Instrument یا KCSI): این پرسشنامه توسط Kendall در سال ۲۰۰۵ به‌منظور اندازه‌گیری غم، اندوه و سوگ والدین دارای کودکان مبتلا به نارسایی‌های جسمانی و ذهنی مادرزادی طراحی شده است. این پرسشنامه ۱۸ سؤال دارد و بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در این ابزار، نمره ۳۸ یا کمتر عدم اندوه مزمن، نمره بین ۳۹ تا ۸۱ احتمال اندوه مزمن و نمره ۸۳ به بالا وجود اندوه مزمن را مطرح می‌سازد. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس تحت عنوان تناقض (سؤال‌های ۱ تا ۸)، اندوه (سؤال‌های ۹ تا ۱۵) و کنار آمدن (سؤال‌های ۱۶ تا ۱۸) است. روایی سازه نسخه اصلی از راه اجرای همزمان با مقیاس افسردگی مرکز مطالعات همه‌گیرشناسی (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) و پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire) ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۹۱ گزارش شده است (۲۹). نسخه ایرانی این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحلیل عاملی وجود سه عامل را تائید کرده است که ۴۹/۹ درصد واریانس نمره ابزار را تعیین می‌کردند. برای بررسی اعتبار از روش‌های همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) و آزمون مجدد (۲۰ شرکت‌کننده بافاصله ۲ هفته) استفاده شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۴ و ضریب همبستگی پیرسون بین دو بار اجرای ابزار ۰/۸۶ بوده است (۲۳).

پرسشنامه‌های احساس گرفتاری (Entrapment Questionnaire): این پرسشنامه توسط Gilbert و Allan در سال ۱۹۹۸ طراحی‌شده است و ۱۲ سؤال دارد. این پرسشنامه دارای دو عامل گرفتاری بیرونی (External Entrapment) و گرفتاری درونی (Internal Entrapment) است. سؤال‌های این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و از صفر (نه! این‌طور نیست) تا چهار (خیلی زیاد به وضعیت من شباهت دارد) نمره‌گذاری می‌شود. در نسخه اصلی Gilbert و Allan با استفاده از دو گروه از دانشجویان و افراد مبتلا به اختلال افسردگی، روایی و اعتبار این مقیاس را مطلوب ارزیابی کردند. همسانی درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و روایی همزمان آن از طریق اجرای همزمان با مقیاس افسردگی بک ($p<0/001$، $r=0/58$)، مطلوب گزارش شده است (۲۵). در نسخه ایرانی آن ضرایب همبستگی گویه‌ها با نمره کل در تمام موارد معنی‌دار و بین ۰/۴۴ تا ۰/۷۶ قرار داشته است. ضریب همبستگی خرده مقیاس‌ها با نمره کل برای خرده مقیاس گرفتاری بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۰ برآورد شده است و در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بوده‌اند. تحلیل عوامل حکایت از وجود دو عامل عمومی داشته است. علاوه بر این، اعتبار درونی مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و خرده مقیاس‌های گرفتاری بیرونی و درونی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۷ و ۰/۸۸ گزارش شده است. همچنین ضریب اعتبار تنصیفی مقیاس ۰/۸۸ به‌دست‌آمده است (۲۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۳۱ نفر از مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی (۴۷ درصد) و ۳۵ نفر از مادران کودکان غیر مبتلا (۵۳ درصد) بود. میزان تحصیلات مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی ۱۲ نفر سیکل (۱۸/۲ درصد)، ۱۴ نفر دیپلم (۲۱/۲ درصد)، ۳ نفر فوق‌دیپلم (۴/۶ درصد) و ۲ نفر لیسانس (۳ درصد) بوده است. میزان تحصیلات مادران کودکان غیر مبتلا ۵ نفر سیکل (۷/۶ درصد)، ۱۲ نفر دیپلم (۱۸/۱ درصد)، ۵ نفر فوق‌دیپلم (۷/۶ درصد) و ۱۳ لیسانس (۱۹/۷ درصد) بود. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است. به‌منظور مقایسه احساس اندوه مزمن و احساس گرفتاری مادران کودکان عادی و مبتلا به ناتوانی هوشی تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. لذا لازم است پیش‌فرض‌های آماری تحلیل واریانس مورد ارزیابی قرار گیرد. به‌منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو–ویلک (Shapiro-Wilk test) استفاده شد. نتایج حاکی از آن بود که فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمره دو گروه در متغیرهای پژوهش تائید می‌گردد. همچنین به‌منظور بررسی همسانی واریانس‌ها از آزمون لوین (Levene's test) استفاده شد. نتایج نشان داد فرض صفر برای تساوی واریانس نمره متغیرهای پژوهش رد نمی‌شود. بااین‌وجود هنگامی‌که حجم نمونه در هر دو گروه تقریباً یکسان باشد، تحلیل واریانس حساسیت زیادی به مخدوش شدن فرض همسانی واریانس‌ها ندارد. همچنین به‌منظور بررسی پیش‌فرض همسانی کوواریانس‌های دو گروه از آزمون ام باکس (Box's M test) استفاده شد (جدول ۲).

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
مادران کودکان مبتلا به ناتوان هوشی	اندوه کل	۸۳/۴۴۸	۲۵/۲۴
	تناقض	۳۴/۳۲۲	۱۳/۰۲
	اندوه	۳۴/۳۶۶	۱۳/۱۰
	کنار آمدن	۱۵/۶۶۶	۴/۳۰
	احساس گرفتاری کل	۲۵/۱۰	۱۳/۶۳
	احساس گرفتاری بیرونی	۱۴/۶۲	۷/۸۷
	احساس گرفتاری درونی	۱۰/۵۸۰	۶/۲۳
مادران دارای فرزند عادی	اندوه کل	۵۱/۴۲۸	۲۷/۰۲
	تناقض	۱۷/۶۵۷	۱۱/۰۶
	اندوه	۲۰/۲۰	۱۴/۱۳
	کنار آمدن	۱۳/۵۷	۶/۵۱
	احساس گرفتاری کل	۱۷/۴۵	۹/۶۸
	احساس گرفتاری بیرونی	۱۰/۴۸	۶/۴۵
	احساس گرفتاری درونی	۶/۹۷	۳/۷۶

جدول ۲. نتایج آزمون ام باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های کوواریانس

M باکس	۱۴/۱۰۴
F	۲/۰۶۷
df1	۶
df2	۴۶۳۱/۷۹۶
P	۰/۰۶۴

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

با توجه به رعایت پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و همسانی کوواریانس متغیرهای پژوهش امکان اجرای تحلیل واریانس بلامانع است. ازاین‌رو در ادامه به‌منظور بررسی تفاوت معنادار بین دو متغیر احساس اندوه مزمن و گرفتاری از آزمون لامبدای ویلکز (Wilks' Lambda) استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین نمره‌های احساس اندوه مزمن و گرفتاری تفاوت معنی‌دار وجود دارد (p<۰/۰۰۰۱). این تفاوت معنی‌دار به‌وسیله آزمون لامبدای ویلکز تائید شده است. در ادامه نیز از تحلیل واریانس برای بررسی عملکرد دو گروه در احساس اندوه مزمن و گرفتاری استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (لامبدای ویلکز) جهت بررسی تفاوت نمرات اندوه مزمن و گرفتاری

منبع تغییرات	اثر	آماره	F	df	*P*	حجم اثر	توان آماری
عضویت گروهی	لامبدای ویلکز	۰/۶۶۵	۷/۶۹۶	۴	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۹۶

جـــدول ٤. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره داده‌های مربوط به عملکرد دو گروه در احساس اندوه مزمن و گرفتاری

منبع تغییرات	متغیر	SS	df	MS	F	*P*	حجم اثر	توان آماری
گروه	اندوه کل	۱۴۴۸۷/۹۳۷	۱	۱۴۴۸۷/۹۳۷	۲۰/۶۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۶	۰/۹۹۴
	تناقض	۳۶۷۵/۱۳۷	۱	۳۶۷۵/۱۳۷	۲۴/۶۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۹۱	۰/۹۹۸
	اندوه	۲۵۹۹/۴۲۴	۱	۲۵۹۹/۴۲۴	۱۳/۶۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸۵	۰/۹۵۳
	کنار آمدن	۷۶/۷۰۹	۱	۷۶/۷۰۹	۲/۳۷۹	۰/۱۲۸	۰/۰۳۸	۰/۳۲۹
	احساس گرفتاری کل	۸۵۰/۲۳۷	۱	۸۵۰/۲۳۷	۶/۰۸۹	۰/۰۱۶	۰/۰۹۲	۰/۶۸۰
	احساس گرفتاری بیرونی	۲۶۶/۴۳۵	۱	۲۶۶/۴۳۵	۵/۰۷۱	۰/۰۲۸	۰/۰۷۸	۰/۶۰۱
	احساس گرفتاری درونی	۱۶۴/۷۶۳	۱	۱۶۴/۷۶۳	۶/۴۸۶	۰/۰۱۳	۰/۰۹۸	۰/۷۰۷

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی و مادران دارای فرزند عادی در مؤلفه کنار آمدن در سطح ۰/۱۲۸ معنی‌دار نیست، اما تفاوت دو گروه در مؤلفه اندوه، تناقض و اندوه در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است. همچنین تفاوت دو گروه در متغیر احساس گرفتاری، احساس گرفتاری بیرونی و درونی به ترتیب در سطح ۰/۰۱۶، ۰/۰۲۸ و ۰/۰۱۳ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که بین مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی و مادران کودکان عادی در سازه‌های احساس اندوه مزمن و احساس گرفتاری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. به‌عبارت‌دیگر میزان احساس اندوه مزمن و گرفتاری در مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی هوشی بیشتر از مادران بدون کودک مبتلا به ناتوانی هوشی بود. بخش اول یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت معنادار احساس اندوه مزمن در مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی است. این یافته اگرچه با نتایج پژوهش‌های Coughlin و Sethares (۳۰)، خسروشاهی (۹)، تقی پور جوان (۱۲)، سیادتیان و همکاران (۱۳)، مستقیماً همخوانی ندارد ولی تا حدودی ارتباط داشته و این نتایج را تأیید می‌نماید. در تبیین بالا بودن نمره میانگین احساس اندوه مزمن مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی در مقایسه با مادران کودکان غیر ناتوان می‌توان چنین استدلال نمود که این گروه از مادران پس از مواجهه با مشکلات فرزند خود با دو پدیده شایع تحت عنوان تناقض و اندوه مواجه می‌گردند (۲۸). تناقض به درک فرد از اختلاف واقعیت زندگی خود با آنچه انتظارش را داشته اشاره دارد. بررسی‌ها حاکی از آن است که تعداد بسیاری از مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی احساس ناعادلانه بودن زندگی و تصور خیال‌پردازانه از زندگی بدون وجود بیماری در خانواده را در سر می‌پرورانند. داشتن احساس تنهایی، عدم تحقق آرزوهای خود و خانواده، احساس

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

کهن‌سالی و اهمیت به مسائل ناچیز همه منجر به شکل‌گیری احساس تناقض و درنهایت اندوه مزمن در این گروه از مادران می‌شود (۳۱).

اندوه پدیده دیگری است که در مادران دارای کودک مبتلا به ناتوانی هوشی گزارش شده است. این اندوه که برآمده از فقدان مداوم و پایان‌ناپذیر در زندگی است به‌صورت بیرونی و درونی برای مادران قابل‌درک بوده است و احساس غمگینی ناشی از بیماری فرزند را ابراز می‌کنند. این گروه از مادران تمام زمینه‌های غم و اندوه در خانواده را در گرو ابتلا فرزندشان به بیماری دانسته و حتی هر وقت به یاد بیماری فرزند خود می‌افتند تمایل به گریه دارند (۳۰). بعلاوه مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی همواره دارای استرس‌ها و معضلات چندجانبه زیادی از قبیل احساس کهتری ناشی از ناتوانی در به دنیا آوردن کودک سالم، نگرانی ناشی از تغییر عقاید اطرافیان به‌خصوص همسر و اعضای خانواده آن‌ها، استرس بسیار زیاد ناشی از شک در داشتن توانایی مراقبت از یک کودک خاص، فشار روانی ناشی از برخورد جامعه با پدیده معلولیت و آینده نامشخص کودک، خود و سایر فرزندان هستند؛ عواملی که می‌توانند زمینه‌ساز احساس اندوه مزمن در آنان باشند (۳۱).

همان‌طور که پیش‌ازاین ذکر شد مفهوم سوگ مزمن که مترادف با اندوه مزمن است، ابتدا توسط Olshanscy برای والدین دارای فرزند با مشکل ناتوانی هوشی مطرح گردید. بر اساس نظر وی شدت سوگ مزمن تحت تأثیر عوامل بسیاری است و از زمانی به زمان دیگر متفاوت است. بعلاوه یک پاسخ طبیعی و قابل‌درک به واقعیتی غم‌انگیز است. Olshanscy به متخصصین بهداشت توصیه کرده تا ایده پذیرش معلولیت کودک توسط والدین را رها کنند و این ایده را پذیرفت که اندوه مزمن یک واکنش طبیعی نه آسیب‌شناختی است. والدین باید یک دوره طولانی برای تنظیم و سازمان‌دهی منابع و همچنین فرصتی برای تهیه و روشن کردن احساسات خود داشته باشند. هدف نهایی افزایش راحتی والدین در زندگی با کودک ناتوان هوشی است. از طرفی اکثر پژوهش‌های موجود در زمینه کاهش احساس اندوه مزمن، در خارج از کشور انجام شده است. در این راستا Isaksson و Ahlström (۱۹) در پژوهشی با هدف بررسی نحوه مدیریت اندوه مزمن در افراد مبتلا به بیماری MS دریافتند که تلاش خودانگیخته بیماران برای مدیریت احساس اندوه باز می‌تواند منجر به گزارش نگرانی‌هایی در آنان گردد؛ ازاین‌رو ضروری است تا منابع مدیریت خارجی اعم از تلاش و حمایت اعضای خانواده، دوستان و نیز کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در کنار آنان قرار گیرد. بعلاوه آنچه منجر به کاهش نسبی احساس اندوه مزمن در این بیماران می‌گردد بیشتر تحت تأثیر بهره‌گیری از منابع مدیریت خارجی ازجمله تلاش‌های خانواده و دوستان و همچنین تلاش‌های پرستاران علوم اعصاب قرار دارد.

بخش دیگری از یافته پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت معنی‌دار احساس گرفتاری در مادران با و بدون کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی بود. این یافته نیز اگرچه با نتایج پژوهش‌های Masulani-Mwale و همکاران (۳۱)، شیخ‌الاسلامی و همکاران (۱۰)، مریمی و همکاران (۱۱)، فرامرزی و همکاران (۱۴) مستقیماً همخوانی ندارد ولی تا حدودی ارتباط داشته و این نتایج را تأیید می‌نماید. نگاهی کوتاه به سبک زندگی این گروه از مادران می‌تواند در تبیین احساس گرفتاری آنان کمک‌کننده باشد. صرف مدت‌زمان زیاد برای مراقبت، غذا دادن، رسیدگی به امور بهداشتی و نظافت کودک، ارائه تمرینات درمانی، کنار آمدن با مشکلات رفتاری کودک، بردن کودک به مراکز درمانی مختلف و غافل شدن از سایر ابعاد زندگی مانند تفریحات و تعاملات اجتماعی زمینه‌ساز آن باشد (۱۲). همچنین افراط‌وتفریط این گروه از مادران این احساس را در آنان شکل می‌دهد که نه‌تنها زمینه‌ای برای تغییر در سبک زندگی ندارند بلکه خود را در بند دیده و خود را درگیر روابط و تعهداتی می‌بینند که نمی‌تواند از شر آن خلاصی یابند. این گروه از مادران شرایط فعلی زندگی خود را با اصطلاحاتی همچون دام تعهدات، گودالی عمیق، در حال فرار از خود و ناتوان به تغییر در زندگی توصیف کرده‌اند. شاید نکته اساسی که می‌تواند در کاهش این احساس در مادران کمک‌کننده باشد برخورداری از حمایت‌های درون و برون خانوادگی است که قابلیت تحرک و تغییر را در سبک زندگی این گروه از مادران بهبود می‌بخشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به جامعه آماری این پژوهش که تنها متشکل از مادران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی بود، اشاره کرد. همچنین استفاده از فرم مداد-کاغذی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

منجر به آن شد تا تعدادی از مادران بی‌سواد از پژوهش کنار گذاشته شوند. ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن بررسی میزان اندوه مزمن و احساس گرفتاری پدران کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی، این دو متغیر در والدین سایر گروه‌های کودکان با نیازهای ویژه بررسی گردد. با توجه به طبیعی بودن برخی واکنش‌های روانی در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی توصیه می‌شود تا متخصصین تشخیص و ارزیابی سلامت کودکان به‌محض شناسایی بیماری، جلساتی تحت عنوان آموزش خانواده بهنگام را برای آشنایی با بیماری فرزند، افکار و هیجاناتی که در طول زمان ممکن است تجربه کنند را تدارک ببینند. با توجه به اینکه اجرای هر چه بیشتر قوانین حمایت از خانواده کودکان مبتلا به ناتوانی هوشی سهم بسیار مهمی در کاهش احساسات منفی و بهبود کیفیت مراقبت از آنان را فراهم می‌آورد، لذا سهم سازمان‌های حمایتی بیش‌ازپیش می‌تواند تأثیرگذار باشد.

تقدیر و تشکر

از مادران محترمی که با صبر و صداقت ما را در انجام هرچه بهتر پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است تعارض منافع یافت نشد.

References

1. Dini-Torki N, Bahrami H, Davarmanesh A, Biglarian A. The relationship between stress and marital satisfaction of parents with mental retarded children. Archives of Rehabilitation. 2007; 7(4):41-6. [In Persian].
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Afrooz Gh. Psychology and rehabilitation of children slow walking: Retarded mind. Tehran: Tehran University, Publishing Institute; 2009. [In Persian].
4. FindlerL, Jacoby AK, Gabis L. Subjective happiness among mothers of children with disabilities: The role of stress, attachment, guilt and social support. Research in Developmental Disabilities. 2016; 55:44-54.
5. Beckman PJ. Compression of mothers and fathers perceptions of the effect of young children with and without disabilities. American Journal of Mental Retardation. 1991; 95(5):585-95.
6. Seif Naraghi M, Naderi E. Learning-specific disabilities. Tehran: Arasbaran Publications; 2010. [In Persian].
7. Komeyjani M. Exceptional children and their mothers' challenges. Exceptional Education. 2012; 2(110):38-44. [In Persian].
8. Floyd FJ, Olsen DL. Family-peer linkages for children with intellectual disability and children with learning disabilities. Journal of Applied Developmental Psychology. 2017; 52(1):203-11.
9. Bahadori Khosroshahi J. Communication parenting self-efficacy and self forgiveness with mother-child interaction in mothers of children with mental retardation. Journal of Empowering Exceptional Children. 2017; 8(22):26-36. [In Persian].
10. Sheykholeslami AN, Mohammadi N, Ghomi S. Comparing the parenting stress, happiness and cognitive flexibility of mothers with intellectually disable and learning disable children. Journal of Learning Disabilities. 2016; 5(4):141-47. [In Persian].
11. Maryami N, Ahmadian, H. The effectiveness of resilient education on the happiness of mothers with mental disabilities in Ghorveh city. Quarterly Journal of Psychology and Educational Sciences 2015; 1(1):32-42. [In Persian].
12. Taghipour JF, Nattaj H, Shooshtari M. Comparison of dimensions of psychological well-being of mothers of mentally handicapped, gifted and normal children. Behavior Research in Cognitive Science. 2015; 4(2):73-88. [In Persian].
13. Siadatian SH, Ghamarani AA. The Investigation of Validity and Reliability of Snaith–Hamilton

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

Anhedonia Scale (Shaps) in the Students of Isfahan University. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2013; 12 (10):807-18. [In Persian].
14. Faramarzi S, Karami Manes VA, Mahmoudi M. Meta-analysis of effectiveness of psychological interventions in mental health of families with children with mental disabilities (2012-2013). Clinical Psychology Studies. 2013; 4(13):89-106. [In Persian].
15. Masterson MK. Chronic sorrow in mothers of adult children with cerebral palsy: An exploratory study. Doctoral dissertation. Kansas State University; 2010.
16. Morris S. Overcoming grief: A self-help guide using cognitive behavioral techniques. London: Constable and Robinson; 2008.
17. Didaran S. Death, grief, loss: Guidelines for the transition from bereavement. Tehran: Ghatreh publications; 2010. [In Persian].
18. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2009.
19. Isaksson AK, Ahlström G. Managing chronic sorrow: Experiences of patients with multiple sclerosis. Journal of Neuroscience Nursing. 2008; 40(3):180-91.
20. Bordonada TM. Examining chronic sorrow among parents of a child with autism spectrum disorder (ASD). Doctoral dissertation. University of South Carolina; 2017.
21. Nikfarid L, Rasuli M, Borimneghad L, Alavimajd H. Psychometric characteristics of Persian Version of Kendall Chronic Sorrow Instrument (KCSI) in mothers of children with cancer. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2014; 20(2):144-52. [In Persian].
22. Ghamarani A, Siadatian SH, Pishdad R. An investigation of validity and reliability of entrapment scale in the students of Isfahan University of Medical Sciences, Iran. Qom University of Medical Sciences Journal. 2014; 7(6):54-61. [In Persian].
23. Arnold WD, Elsheikh BH. Entrapment neuropathies. Neurologic Clinics. 2013; 31(2):405-24.
24. Trachsel M, Krieger T, Gilbert P, Grosse Holtforth M. Testing a German adaption of the entrapment scale and assessing the relation to depression. Depression Research and Treatment. 2010; 20(10):501782.
25. Gilbert P. Depression and stress: A biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. Stress. 2001:4(2):121-35.
26. Brown GW, Harris TO, Hepworth C. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. Psychological Medicine. 1995; 25(1):7-21.
27. Saadat E, Qamrany A. Study of the relationship between entrapment and anhedonia of mothers, behavioral disorders of preschool girl children. Journal of Pediatric Nursing. 2016; 2(3):56-63. [In Persian].
28. Delavar A. Probability and applied statistics in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd publication; 2005. [In Persian].
29. Kendall LC. The experience of living with ongoing loss: Testing the Kendall chronic sorrow instrument. Doctoral dissertation. Virginia Commonwealth University; 2005.
30. Coughlin MB, Kristen A, Sethare S. Chronic sorrow in parents of children with a chronic illness or disability: An integrative literature review. Journal of Pediatric Nursing. 2017; 37(1):108-16.
31. Masulani-Mwale D, Mathanga F, KauyeM. Gladstone C. Psychosocial interventions for parents of children with intellectual disabilities–A narrative review and implications for low income settings. Mental Health & Prevention. 2018; 11(1):24-32.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]

The Comparative Study of Chronic Sorrow and Feelings of Entrapment in Mothers that have Children with Intellectual Disabilities and without

Salar Faramarzi[1], **Sayed Hossein Siadatian**[2], **Azam Rashidi**[3], **Zahra Kardan**[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The attendances a child with intellectual disabilities in each family impress their structure and mental health, particularly mothers. Thus, the aim of this study was to compare the effect of chronic sorrow and feelings of entrapment in mothers that have children with intellectual disabilities and without, in Kashan 2017-2018.

Methods and Materials: This study was a causal-comparative study, and its statistical population include all mothers of disabled and non-disabled children, in exceptional and normal schools in Kashan. The sample consist 66 mothers (31 mothers of children with intellectual disabilities and 35 mothers of non-disabled children), which were selected mothers of children with intellectual disability, by available sampling method and mothers of non-disabled children by multistage random sampling. To measure information, were used Kendall's Chronic Sorrow Instrument (KCSI) and entrapment questionnaire. The method of analysis was descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of variance).

Findings: The results showed the significance difference between the feeling of chronic sorrow and feelings of entrapment in mothers of children with intellectual disabilities and without, in Kashan (p=.0001) and mothers of children with intellectual disabilities have chronicle chronic sorrow and feelings of entrapment more.

Conclusions: Regarding the negative effects of two chronic sorrow and feelings of entrapment in mental health, it is necessary to provide psychological services to mothers of mentally disabled children.

Keywords: Chronic Sorrow, Feelings of entrapment, Intellectual disability.

Citation: Faramarzi S, Siadatian SH, Rashidi A, Kardan Z. **The Comparative Study of Chronic Sorrow and Feelings of Entrapment in Mothers that have Children with Intellectual Disabilities and without.** J Res Behav Sci 2019; 17(1): 120-129.

Received: 2019.02.01 Accepted: 2019.06.16

1- Associated Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
2- PhD student, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3- PhD Student, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4- B.S in Educational Sciences, Payame Noor University, Aran and Bidgol, Iran.
Corresponding Author: Salar Faramarzi, Email: s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.1.12.5]
[DOI: 10.52547/rbs.17.1.120]