رابطه مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان آهسته‌گام با کیفیت زندگی مادران آنها: نقش میانجی هشیاری در لحظه‌ها*

◈ طیبه تازیکی[۱] ◈ دکتر خدامراد مؤمنی[۲] ◈ دکتر جهانگیر کرمی[۳] ◈ دکتر غلامعلی افروز[۴]

چکیده: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان آهسته‌گام با کیفیت زندگی مادران آنها از طریق نقش میانجی هشیاری در لحظه‌ها انجام گرفته است. روش پژوهش از نوع توصیفی ـ همبستگی در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل همهٔ دانش‌آموزان آهسته‌گام دوره ابتدایی ساکن استان گلستان و مادران آنها در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که به‌شیوه نمونه‌گیری خوشه‌ای ۲۹۸ دانش‌آموز (از ۸۷۸ دانش‌آموز) مورد بررسی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان راتر (۱۹۶۷)، مقیاس مهارتهای اجتماعی ماتسون و همکاران (۱۹۸۳)، پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی بائر و همکاران (۲۰۰۶) و پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸). داده‌ها با آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که همبستگی مثبت معناداری میان مهارتهای اجتماعی و هشیاری در لحظه‌ها با کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین همبستگی منفی معناداری میان مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی وجود دارد. همچنین نقش میانجی هشیاری در لحظه‌ها در رابطه مهارتهای اجتماعی و مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی مورد تأیید قرار گرفت ($P<۰/۰۱$). براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که افزایش مهارتهای اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان و ارتقای هشیاری در لحظه‌های مادران دانش‌آموزان آهسته‌گام می‌تواند سبب بهبود کیفیت زندگی مادران شود.

کلید واژگان: کیفیت زندگی، مادران دانش‌آموزان آهسته‌گام (کم‌توان ذهنی)، مشکلات رفتاری، مهارتهای اجتماعی، هشیاری در لحظه‌ها (ذهن‌آگاهی)

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۲۷ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۱۱

* *این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.*

۱. دانش‌آموخته دوره دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. Ta.hanie@yahoo.com

۲. **نویسنده مسئول:** دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران. Kh.momeni@razi.ac.ir

۳. دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران J.karami@razi.ac.ir

۴. استاد ممتاز گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. afrooz@ut.ac.ir

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

مقدمه

خانواده نظامی اجتماعی است که اختلال در هر یک از اعضای آن، کل نظام را مختل می‌سازد. این نظام درگیر اختلال نیز اختلالات مربوط به اعضا را تشـــدید و مشکلات جدیدی ایجاد می‌کند (آمیاما[1] و همکاران، ۲۰۱۷؛ مک‌گارتی و ملویل[2]، ۲۰۱۸). آهســـته‌گامی[3] (کم‌توانی ذهنی یا کاستی شناختی[4]) ازجمله اختلالهای مؤثر بر خانواده اســـت. آهســـته‌گامی اختلالی رشدی است. کنش عمومی هوش فرد آهسته‌گام حداقل دو انحراف معیار پایین‌تر از میانگین بوده و با کاستیهایی در رفتارهای انطباقی همراه اســـت (افروز، ۱۳۹۸ب). نرخهای گزارش‌شـــده از میزان شیوع آهسته‌گامی به سبب تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، معیارهای تشخیصی، سن فرد در زمان ارزیابی، ابزار ارزیابی، تفاوت در تعریف و سایر عوامل متفاوت است (سیمپسن[5] و همکاران، ۲۰۱۶، ۲۰۲۰؛ سیمز[6]، ۲۰۱۸). در مطالعات کشورهای گوناگون، شـــیوع این وضعیت تقریباً ده در هر هزار تولد زنده است (کوئلو-گارسیا[7]، ۲۰۱۷). صاحبنظران اذعان می‌دارند که علل آهسته‌گامی عبارت‌اند از: ناهنجاریهای ژنتیکی و عوامل محیطی پیش از زایمان، حین زایمان و پس از تولد (پیوالیتزا و سیما[8]، ۲۰۱۶؛ تاث[9] و همکاران، ۲۰۱۶).

مهارتهای ارتباطی کودکان آهسته‌گام با همسالانشـــان متفاوت است و آنها محدودیتهایی در زبان درکـــی و زبان بیانی دارند (آکمیشـــه و کیهان[10]، ۲۰۱۶). همچنین کودکان آهســـته‌گام بی‌برنامه‌اند و رفتارهای بی‌ثمر بسیار دارند (هریس[11] و همکاران، ۲۰۱۷). افزون بر این، آنها توانایی هدایت بازی را ندارند (فریرا[12] و همکاران، ۲۰۱۶). پژوهشـــگران تأکید کرده‌اند که کودکان آهسته‌گام در بسیاری از مهارتهای اجتماعی[13] و عملی روزمره با مشکلات بسیار روبه‌رویند (آمیاما و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسبیورن[14] و همکاران، ۲۰۱۸؛ اســـکئویرر[15]، ۲۰۱۷). پژوهشـــگران همچنین به نقش مهارتهای اجتماعی فرزند در پیش‌بینی کیفیت زندگی والدین اشـــاره کرده‌اند (زابلوتســـکی[16] و همکاران، ۲۰۱۳). پـــوزو[17] و همکاران (۲۰۱۴)

1. Amiama
2. McGarty & Melville
3. Slow-pace
4. Intellectual disability (ID)
5. Simpson
6. Simms
7. Cuello-García
8. Pivalizza & Seema
9. Toth
10. Akmeşe & Kayhan
11. Harris
12. Ferreira
13. Social skills
14. Esbjørn
15. Skwerer
16. Zablotsky
17. Pozo

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

نیز در مطالعه پژوهشـــی خود دریافتند که نقص در مهارتهای اجتماعی با کیفیت زندگی مادران رابطه منفی دارد. در واقع در پژوهش آنها مادران کودکانی که در مهارتهای اجتماعی ضعیف‌تر بودند، از کیفیت زندگی ناراضی‌تر بودند (پوزو و همکاران، ۲۰۱۴).

افزون بر این، مشـــکلات رفتاری[1] از دیگر مســـائل و مشکلات مهم و شایع در افراد آهسته‌گام است (مولر[2] و همکاران، ۲۰۲۱؛ ویجمیکر[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ هولسمانس[4] و همکاران، ۲۰۲۱). شیوع مشکلات رفتاری در کودکان آهسته‌گام از ۵/۵ درصد (رادیک[5] و همکاران، ۲۰۱۵) تا ۲۵ درصد (هریس، ۲۰۱۰) گزارش شده است. تعدادی از مطالعات پژوهشی رابطه مشکلات رفتاری کودک با کیفیت زندگی والدین را بررسی کرده‌اند (احمدی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۵؛ دهقانی‌تل‌گردویی و ایمانی، ۱۳۹۶). پوزو و همکاران (۲۰۱۴) اظهار داشـــته‌اند که تأثیر خاص مشـــکلات رفتاری در مدلها بر کیفیت زندگی مادران کودکان با نارسایی رشدی ازجمله کودکان آهسته‌گام احتمالاً مربوط به میزان مسئولیت برای والدگری و انتظارات پیرامون رشـــد کودک اســـت. از این رو، نقص در مهارتهای اجتماعی و وجود مشکلات رفتاری در فرزند با کیفیت زندگی مادران مرتبط است و پژوهش در این زمینه اهمیت و ضرورت بسیار دارد.

کیفیت زندگی به‌عنوان یک موضوع مرتبط با ســـلامت شناخته شده است. تعریف سازمان بهداشت جهانی از ســـلامت نه تنها عدم وجود بیماری بلکه ســـلامت کامل روحی، اجتماعی و جسمی را شامل می‌شـــود. کیفیت زندگی عبارت اســـت از درک افراد از موقعیت خود در زندگـــی، در زمینه فرهنگ و نظامهای ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانیهای خود (ســـازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۵؛ به‌نقل از مدویدف و لاندهاوس[6]، ۲۰۱۸). مراقبت از فرزند آهسته‌گام (با مشـــکلاتی چون نقص در مهارتهای اجتماعی) چالش‌برانگیز است و فرسودگی را بر خانواده تحمیل می‌کند و بر کیفیت زندگی مادران تأثیر منفی می‌گذارد (آکان[7]، ۲۰۱۶). از این رو انجام دادن مطالعات پژوهشی در زمینه این متغیر بسیار ضروری و دارای اهمیت است.

پژوهشگران بسیاری دریافتند که متغیرهای بسیاری بر کیفیت زندگی مؤثرند. هشیاری در لحظه‌ها (ذهن‌آگاهی)[8] از جمله این متغیرهاســـت. هشیاری در لحظه‌ها یعنی توان برخورداری از هشیاری کامل و تمرکز دقیق ذهنی در لحظه‌ها و موقعیتها. این قابلیت می‌تواند از طریق تمرینات شـــناختی، حســـی و حرکتی و آموزشـــهای معنوی محقق گردد (افروز، ۱۳۹۸الف). در واقع هشیاری در لحظه‌ها از طریق

1. Behavioral problems
2. Müller
3. Wagemaker
4. Hulsmans
5. Ruddick
6. Medvedev & Landhuis
7. Akhan
8. Mindfulness

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

تقویت بینش درونی، توجه و آگاهی (سیسک[1]، ۲۰۱۷)، تغییرات توجه و کاهش تکرار افکار منفی (هارتمن[2] و همکاران، ۲۰۱۲) و همچنین از طریق تمرکز بر حسهای بدن (سوند[3] و همکاران، ۲۰۱۷) و طبق نظریه خودتعیین‌گری[4]، از طریق تصمیم‌گیری آگاهانه و فعالیتهای خودتنظیم شده (رایان و دسی[5]، ۲۰۰۰) سبب بهبود کیفیت زندگی افراد می‌شود.

بررسی رابطه هشیاری در لحظه‌ها با کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان سینه پس از درمان نشان داد که میان دو متغیر فوق رابطه مثبت معنادار وجود دارد، به‌طوری‌که هشیاری در لحظه‌های بیشتر با کیفیت زندگی بالاتر همراه است (فورتی[6] و همکاران، ۲۰۱۶). مطالعه کندلوال و کورادیا[7] (۲۰۱۷) نقش میانجیگری هشیاری در لحظه‌ها را تأیید می‌کند. همچنین پژوهشگران دیگر نقش هشیاری در لحظه‌ها را به‌عنوان متغیر میانجی در رابطه میان مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی کودک با کیفیت زندگی در هر یک نفر از ده والد کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم نشان دادند (جونز[8] و همکاران، ۲۰۱۴). پژوهشهای اندکی رابطه متغیرهای کودک با متغیرهای مادر را بررسی کرده‌اند (پوزو و همکاران، ۲۰۱۴). با بررسیهای کنونی مطالعه‌ای یافت نشد که نقش هشیاری در لحظه‌ها را به‌عنوان میانجی میان مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزند با کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان آهسته‌گام بررسی کند. بنابراین خلأ پژوهشی کاملاً محسوس است. از سویی هم مشاهده و تحمل مکرر مشکلات رفتاری فرزند و احساس ناتوانی در مدیریت آنها (اتست[9] و همکاران، ۲۰۱۳؛ جونز و همکاران، ۲۰۱۴؛ زابلوتسکی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کراسبی و اوسالیوان[10]، ۲۰۱۵؛ ویتلاف[11] و همکاران، ۲۰۱۴)، همچنین ضعف در مهارتهای اجتماعی، ناهمخوانی رشد کودک با انتظارات مادر (شوئنگل[12] و همکاران، ۲۰۱۷؛ باریسنیکوف و استراچا[13]، ۲۰۱۹؛ بوینوفسکا[14] و همکاران، ۲۰۱۹؛ مارتینز[15] و همکاران، ۲۰۲۱؛ هالووی[16] و همکاران، ۲۰۲۰؛ یونگ و کوریتساس[17]، ۲۰۱۲) سبب احساس شرم، درماندگی و بروز

1. Sisk
2. Hartmann
3. Sundh
4. Self-determination theory
5. Ryan & Deci
6. Forti
7. Khandelwal & Koradia
8. Jones
9. Etset
10. Crosbie & O'Sullivan
11. Weitlauf
12. Schuengel
13. Barisnikov & Straccia
14. Bujnowska
15. Martins
16. Holloway
17. Yoong & Koritsas

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

پاســـخهای هیجانی می‌شود و اثر منفی بر سلامت روان و کیفیت زندگی مادر می‌گذارد. چون هشیاری در لحظه‌ها با تمرکز بر اکنون و کاهش تکرار افکار منفی سبب کاهش پاسخهای هیجانی و بهبود کیفیت زندگی می‌شـــود (سوند و همکاران، ۲۰۱۷؛ هارتمن و همکاران، ۲۰۱۲)، بنابراین در این پژوهش رابطه مشـــکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزند با کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان آهسته‌گام از طریق میانجیگری هشیاری در لحظه‌ها مورد بررسی قرار گرفته و به سؤالات ذیل پاسخ داده شده است:

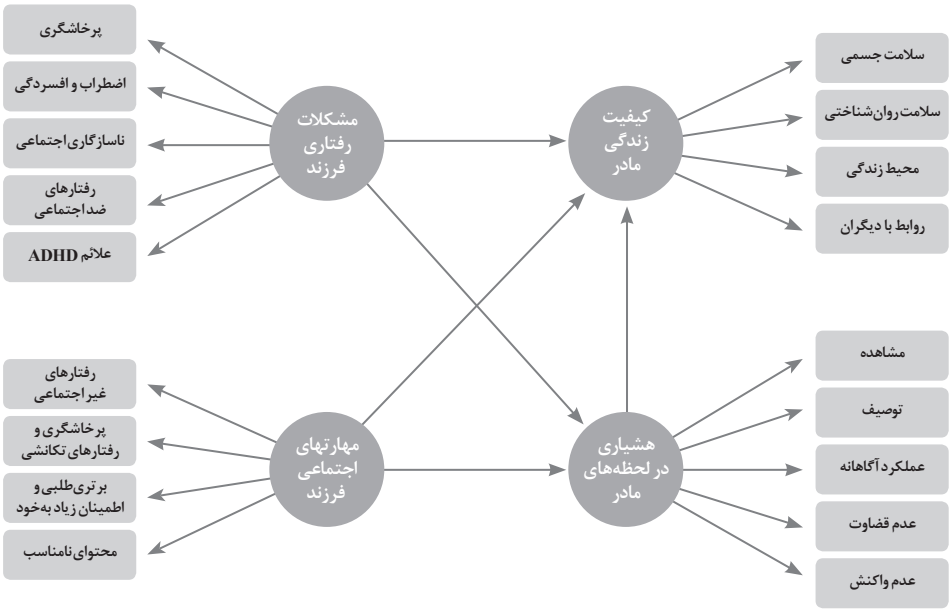
۱. آیا بین متغیرهای مســـتقل (مهارتهای اجتماعی و مشـــکلات رفتاری) با متغیر وابسته (کیفیت زندگی) و نیز بین متغیر میانجی (هشیاری در لحظه‌ها) با متغیر وابسته رابطه معنادار وجود دارد؟

۲. آیا مدل ساختاری با نقش میانجیگری هشیاری در لحظه‌ها در رابطه مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزند با کیفیت زندگی مادر برازش مناسب دارد؟

۳. آیا اثر مستقیم بین متغیرهای مشـــکلات رفتاری، مهارتهای اجتماعی و هشیاری در لحظه‌ها به متغیر کیفیت زندگی، همچنین مســـیر مستقیم بین متغیرهای مشـــکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی به هشیاری در لحظه‌ها معنادار است؟

۴. آیا اثر غیرمســـتقیم متغیر هشـــیاری در لحظه‌ها بین هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزندان با متغیر کیفیت زندگی مادر معنادار است؟

مدل مفهومی پژوهش در شکل شماره ۱ آمده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

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

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع توصیفی ـ همبستگی، در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل همهٔ دانش‌آموزان آهسته‌گام دوره ابتدایی ساکن استان گلستان و مادران آنها بود که در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ مشغول به تحصیل بودند. این دانش‌آموزان با مصاحبه تشخیصی و ارزیابی تخصصیِ روانشناسان از طریق آموزش و پرورش استثنایی استان گلستان شناسایی شدند و ۸۷۸ نفر بودند. برای تعیین اندازه نمونه، با توجه به پیشنهاد کلاین[1] (۲۰۱۶) که به ازای هر متغیر ۲۰ نفر را در نظر گرفته و به این تعداد باید ۱۵٪ تعداد کل به‌دست آمده را افزود، تعداد ۲۹۸ نفر، به‌دلیل ناهمگن بودن گروهها، عدم دسترسی به فهرست کل افراد جامعه و پراکندگی و گستردگی توزیع جغرافیایی افراد، با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. به‌منظور انجام نمونه‌گیری، ابتدا استان به دو ناحیه شرق و غرب تقسیم شد، سپس از هر ناحیه به‌صورت تصادفی ساده، پنج شهرستان و از هر شهرستان یک مدرسه انتخاب شد. پس از آن، از هر پایهٔ دوره ابتدایی، دانش‌آموزان به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس به گردآوری داده‌ها اقدام شد و در نهایت داده‌های حاصل با آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

۱. **پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان راتر[2]**: این پرسشنامه را راتر در سال ۱۹۶۷ برای سنجش مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان در قالب دو فرم والدین (شامل ۱۸ عبارت، استفاده شده در پژوهش حاضر) و معلم (شامل ۳۰ عبارت) طراحی کرده است. پرسشنامه شامل پنج خرده‌مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی و کمبود توجه است. نمره‌گذاری آن به‌صورت «صفر: درست نیست»، «۱: تا حدی درست است»، و «۲:کاملاً درست است» انجام می‌شود. دامنه نمره‌ها، صفر تا ۳۶ است (گودینی و همکاران، ۱۳۹۶). عاشوری و دلال‌زاده‌بیدگلی (۱۳۹۷) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه مشکلات رفتاری راتر را ۰/۷۰ به‌دست آوردند که نشان‌دهندهٔ پایایی مناسب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ به‌دست آمد که نشان از همسانی درونی قابل‌قبول پرسشنامه دارد.

۲. **مقیاس مهارتهای اجتماعی ماتسون[3]**: این مقیاس را ماتسون و همکاران در سال ۱۹۸۳ برای ارزیابی مهارتهای اجتماعی کودکان طراحی کرده‌اند. مقیاس فوق شامل پنج خرده‌مقیاس مهارتهای اجتماعی مناسب، رفتارهای غیراجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری‌طلبی

1. Kline
2. The Rutter Children's Behavior Questionnaire
3. Matson's Social Skills Scale

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

و اطمینان زیاد به خود و رابطه با همسالان است. سؤالهای پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج-درجه‌ای از هرگز = ۱، تا همیشه = ۵ و سؤالات ۱۹ تا ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۲، ۵۴ و ۵۵ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند و دامنه نمره‌ها از ۵۵ تا ۲۷۵ در نوسان است (جلیل‌آبکنار و همکاران، ۱۳۹۲؛ ممیزی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش ممیزی و همکاران (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ (برای بررسی پایایی) برای کل مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده که نشان‌دهنده پایابودن مقیاس است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به‌دست آمده که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی عالی مقیاس است.

۳. **پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی**[1]: این پرسشنامه را بائر[2] و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای سنجش هشیاری در لحظه‌ها طراحی کرده‌اند. پرسشنامه ۳۹ گویه دارد و دارای ۵ خرده‌مقیاس است که عبارت‌اند از: مشاهده، توصیف، عملکرد آگاهانه، عدم قضاوت و ارزیابی رویدادها و عدم‌واکنش به تجارب درونی. سؤالهای پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از هرگز = ۱، تا همیشه = ۵) ارزیابی می‌شوند. دامنه نمره‌ها از ۳۹ تا ۱۹۵ در نوسان است (تیلور و میلیر[3]، ۲۰۱۶). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حسین‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) ۰/۷۶ محاسبه شده است که حاکی از پایایی مناسب پرسشنامه است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ به‌دست آمده که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی قابل‌قبول پرسشنامه است.

۴. **پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی**[4]: این پرسشنامه را شماری از پژوهشگران زیر نظر سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برای ارزیابی کیفیت زندگی افراد طراحی کرده‌اند. این آزمون یک مقیاس میان- فرهنگی است و دو فرم کوتاه (۲۶ سؤال، استفاده شده در پژوهش حاضر) و بلند (۱۰۰ سؤال) دارد. فرم کوتاه آن به ارزیابی چهار بعد از کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران می‌پردازد. سؤالهای پرسشنامه براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت ارزیابی می‌شوند. از ۲۶ سؤال، دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌طورکلی می‌سنجند. بنابراین سؤالات ۱ و ۲ در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شوند. سؤالات ۳ و ۴ و۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و بقیه سؤالات با توجه به شماره پاسخها (یعنی از ۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات از ۲۴ تا ۱۲۰ در نوسان است (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). یافته‌های پژوهش نجات و همکاران (۱۳۸۵) نشان داد که پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ است که مؤید تکرارپذیری این آزمون است. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه به روش

1. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)
2. Baer
3. Taylor & Millear
4. World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

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

آلفای کرونباخ برای کل پرسشـــنامه ۰/۸۸ به‌دســـت آمده که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی خوب پرسشنامه است.

یافته‌ها

نمونه مورد بررسی در پژوهش حاضر ۲۹۸ نفر بود. نمونه پژوهش حاضر از نظر جنس دانش‌آموزان متشکل از ۱۴۸ پسر (۴۹/۷ درصد) و ۱۵۰ دختر (۵۰/۳ درصد) بود. نمونه پژوهش از نظر شمار فرزندان استثنایی متشـــکل از ۲۵۹ خانواده دارای یک فرزند (۸۶/۹ درصد) و ۳۹ خانواده دارای چند فرزند (۱۳/۱ درصد) بود. نمونه پژوهش از نظر داشتن اختلال همراه در فرزند آهسته‌گام، متشکل از ۱۰۷نفر آهسته‌گام بدون اختلال همراه (۳۵/۹ درصد) و ۱۹۱ نفر آهســـته‌گام با اختـــلال همراه (۶۴/۱ درصد) بود. مفروضه‌های نرمال بودن و عدم‌همخطی، پیش از تحلیل داده‌ها بررســـی شـــدند. شاخصهای کجی و کشیدگی برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرهای کیفیت زندگی (KU= -۰/۸۴، SK =-۰/۰۰۲)، هشیاری در لحظه‌ها (KU= -۰/۹۶، SK= -۰/۰۴)، مشکلات رفتاری (KU= -۰/۷۲، SK =-۰/۱۶) و مهارتهای اجتماعی (KU=۰/۱۲، SK= -۰/۰۴) مورد بررسی قرار گرفتند. آماردانان نقطه برش ۳± را برای مقدار چولگی مناســـب می‌دانند (چو و بنتلر[1]، ۱۹۹۵). برای شاخص کشیدگی نیز به‌طور کلی مقادیر بیش از ۱۰± در مدل‌یابی معادلات ســـاختاری مسئله‌آفرین اســـت (کلاین، ۲۰۱۶). مقادیر به‌دست آمده برای چولگی و کشـــیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش‌فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش است. برای بررسی مفروضه عدم همخطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل نیز استفاده شده که با توجه به‌اینکه هیچ‌یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۰۱ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشـــتر از ۱۰ نیست، بر این اساس می‌توان نسبت به مفروضه عدم همخطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول شماره ۱ شاخصهای گرایش مرکزی و پراکندگی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخصهای توصیفی و ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

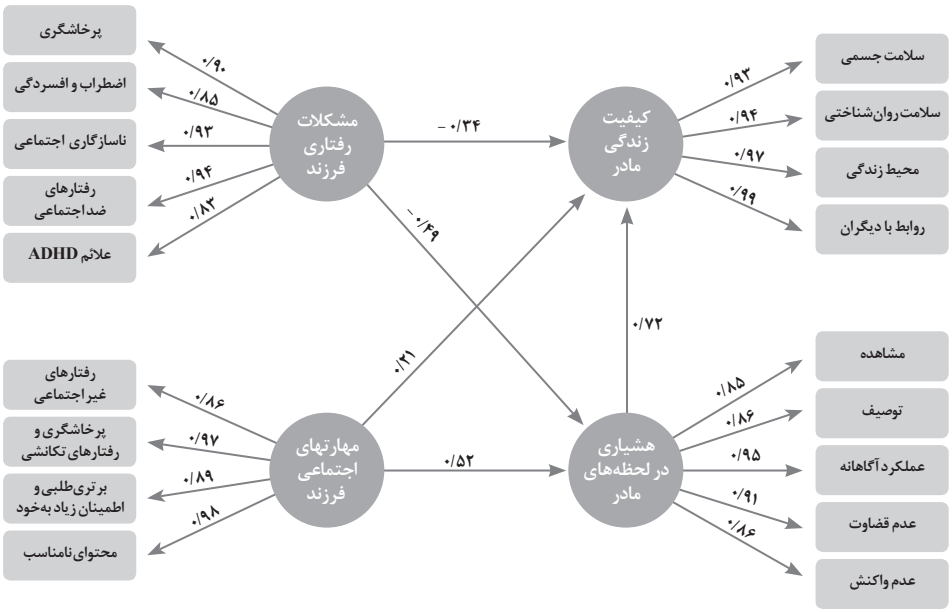
	متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱.	کیفیت زندگی	۶۲/۸۹	۲۰/۶۹	۱			
۲.	هشیاری در لحظه‌ها	۹۲/۳۸	۲۷/۵۴	۰/۹۰**	۱		
۳.	مشکلات رفتاری	۲۲/۰۹	۷/۹۲	-۰/۸۲**	-۰/۷۸**	۱	
۴.	مهارتهای اجتماعی	۱۰۹/۵۵	۲۷/۴۷	۰/۸۴**	۰/۸۳**	۰/۸۲**	۱

**P <۰/۰۱ *P <۰/۰۵

1. Chou & Bentler

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

براســـاس جدول شماره ۱، رابطه میان متغیرهای مستقل (مهارتهای اجتماعی و مشکلات رفتاری) با یکدیگر، با متغیر وابســـته (کیفیت زندگی)، با متغیر میانجی (هشیاری در لحظه‌ها) و نیز رابطه میان متغیر وابسته با متغیر میانجی معنادار است و همهٔ این روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار است (به‌عنوان مثال رابطـــه میان مهارتهـــای اجتماعی با متغیر کیفیـــت زندگی به میزان ۰/۸۴ و معنادار اســـت). بنابراین در پاسخ به سؤال اول پژوهش می‌توان گفت که میان متغیرهای مستقل با متغیر وابسته و نیز میان متغیر میانجی با متغیر وابسته رابطه معنادار وجود دارد. علاوه بر این رابطه میان متغیرهای مستقل با یکدیگر و با متغیر میانجی معنادار است و همهٔ این روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار است. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شده که نتایج آن در شکل شمارهٔ ۲ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه شده است.



شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش به‌همراه ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

در شکل شمارهٔ ۲ همهٔ مسیرها معنادار و به‌صورت ممتد نشان داده شده‌اند.

در ادامه شـــاخصهای برازش مدل ســـاختاری در جدول شمارهٔ ۲ نشـــان داده شده است. بر اساس مندرجات این جدول، شاخصهای برازش مدل ساختاری نشانگر برازش مناسب مدل است. همهٔ شاخصهای مدل در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید است. در پاسخ به سؤال دوم پژوهش می‌توان گفت که مدل ساختاری با نقش میانجیگری هشیاری در لحظه‌ها در رابطه مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی کودک با کیفیت زندگی مادر برازش مناسب دارد.

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

جدول ۲. شاخصهای برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل‌پذیرش	مقدار
خی‌دو (χ^2)	-	۵۸۹/۷۹۰
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کمتر از ۳	۲/۲۲۰
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۹۲
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۹۴
شاخص تاکر- لوئیس (TLI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۶۶
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۶۹
ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده (SRMR)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۵۱
معیار اطلاعاتی آکائیکه (AIC)	-	۷۸۵/۸۸۴

در ادامه نتایج جداول شمارۀ ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهند و براساس آنها می‌توان به تأیید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش پرداخت.

جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد β	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	T	P
مشکلات رفتاری	کیفیت زندگی	-۰/۳۴	-۰/۸۶	۰/۲۲۸	-۳/۷۷۰	۰/۰۰۱
مهارتهای اجتماعی	کیفیت زندگی	۰/۲۱	۰/۱۷	۰/۰۶	۲/۸۸	۰/۰۰۱
هشیاری در لحظه‌ها	کیفیت زندگی	۰/۷۲	۰/۷۰	۰/۰۶۶	۱۰/۵۳۱	۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری	هشیاری در لحظه‌ها	-۰/۴۹	-۱/۷۸	۰/۲۸۰	-۶/۳۴۶	۰/۰۰۱
مهارتهای اجتماعی	هشیاری در لحظه‌ها	۰/۵۲	۰/۵۶	۰/۰۸۰	۶/۹۴۱	۰/۰۰۱

بر اســـاس مندرجات جدول شماره ۳، همۀ متغیرهایی که مسیرهای مستقیم آنها به متغیر وابسته دارای مقدار T بزرگ‌تر یا کوچک‌تر از ۱/۹۶± است یا سطح معناداری آنها کمتر از ۰/۰۵ است، تأثیری

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

معنادار بر متغیر وابسته دارند. بنابراین مسیر مستقیم همهٔ متغیرهای مستقل در جدول با متغیر وابسته یعنی کیفیت زندگی معنادار است. به‌عنوان مثال مسیر مستقیم میان متغیر مشکلات رفتاری (β=-۰/۳۴،T=-۳/۷۷۰) به متغیر کیفیت زندگی معنادار است. بنابراین در پاسخ به سؤال سوم پژوهش می‌توان گفت که اثر مستقیم میان متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارتهای اجتماعی و هشیاری در لحظه‌ها به متغیر کیفیت زندگی، همچنین مسیر مستقیم میان متغیرهای مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی به هشیاری در لحظه‌ها معنادار است.

در ادامه جدول شمارهٔ ۴ اثر میانجی متغیر هشیاری در لحظه‌ها را در رابطه میان مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی کودکان با کیفیت زندگی، از طریق روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه‌گیری و با فاصلهٔ اطمینان ۵۹ درصد گزارش می‌کند.

جدول ۴. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	b	حد پایین	حد بالا	P
مشکلات رفتاری	هشیاری در لحظه‌ها	کیفیت زندگی	-۱/۱۲	-۲/۰۰	-۰/۶۹	۰/۰۰۳
مهارتهای اجتماعی	هشیاری در لحظه‌ها	کیفیت زندگی	۰/۳۵	۰/۲۱	۰/۶۵	۰/۰۰۸

براساس مندرجات جدول شمارهٔ ۴ می‌توان دریافت که اثر غیرمستقیم متغیر هشیاری در لحظه‌ها میان هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزند با متغیر کیفیت زندگی مادر معنادار است. بنابراین در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش می‌توان گفت که اثر غیرمستقیم متغیر هشیاری در لحظه‌ها میان هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزند با متغیر کیفیت زندگی مادر معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی دانش‌آموزان آهسته‌گام با کیفیت زندگی مادران آنها از طریق نقش میانجی هشیاری در لحظه‌ها انجام گرفته است. یافته‌های حاصل بر اساس هدف فوق گردآوری و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها حاکی از رابطه معنادار و اثر مستقیم مشکلات رفتاری فرزندان بر کیفیت زندگی مادران بود. همسو با یافته فوق برخی پژوهشها رابطه همبستگی میان مشکلات رفتاری کودک و کیفیت زندگی والدین را نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال یافته‌های پژوهشی در جنوب ایران حاکی از رابطه میان اختلالات رفتاری دانش‌آموزان دبستانی با سلامت روانی والدین بود (دهقانی‌تل‌گردویی و ایمانی، ۱۳۹۶). برخی

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

مطالعات پژوهشی نیز نشـــان دادند که مشکلات رفتاری کودک، پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی والدین اســـت (احمدی‌زاده و همکاران، ۲۰۱۵) و مشـــکلات رفتاری کودکان با نارســـایی رشدی ازجمله کودکان آهســـته‌گام بر کیفیت زندگی مادرانشان مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت چنین رفتارهایی (مانند پرخاشگری و بیش‌فعالی) که کودکان از خود نشان می‌دهند موجب تأثیر منفی بر مادران می‌شود و واکنشهای ناخوشایند مادران در پاسخ به رفتار آنها نیز به خودشان بازمی‌گردد، زندگی روزمره مادران را مختل می‌کند و برای مادران به‌صورت مشـــکل منحصربه‌فرد و عامل ایجاد تنش و اضطراب مطرح می‌شود، از این رو بر کیفیت زندگی آنها اثر منفی می‌گذارد. همچنین مادران طی روز و به‌صورت مکرر شاهد و ناظر بروز و تکرار رفتارهای مشکل‌زا و مشکلات رفتاری فرزندشـــان هستند و مشـــاهده و تحمل چنین رفتارهایی بر سلامت جسم و روان مادران اثر می‌گذارد (اتســـت و همکاران، ۲۰۱۳؛ جونز و همکاران، ۲۰۱۴؛ کراســـبی و اوسالیوان، ۲۰۱۵؛ ویتـــلاف و همکاران، ۲۰۱۴). افزون بر این ناتوانی در مدیریت و کاهش مشـــکلات رفتاری فرزند سبب احساس ضعف، ناتوانی و درماندگی می‌شود و از کیفیت زندگی آنها می‌کاهد (زابلوتسکی و همکاران، ۲۰۱۳؛ ویتلاف و همکاران، ۲۰۱۴).

یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از رابطه معنادار و اثر مســـتقیم مهارتهای اجتماعی فرزندان بر متغیر کیفیت زندگی بود. همسو با یافته فوق تعدادی از پژوهشها رابطه میان مهارتهای اجتماعی کودک با کیفیت زندگی والدین را به اثبات رســـانده‌اند. ازجمله زابلوتســـکی و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که هرچه شـــدت نقص در مهارتهای اجتماعی کودک دارای اختلال اوتیسم بیشتر باشد، کیفیت زندگی مادران آنها پایین‌تر اســـت. پوزو و همکاران (۲۰۱۴) نیز در مطالعه خود به رابطه منفی میان نقص در مهارتهای اجتماعی فرزندان با کیفیت زندگی مادران پی بردند. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که چون این کودکان در مهارتهای اجتماعی نقص دارند، بنابراین در دوستیابی و برقراری ارتباط با دیگران و بسیاری مسائل از این قبیل دچار ضعف‌اند (باریسنیکوف و استراچا، ۲۰۱۹؛ مارتینز و همکاران، ۲۰۲۱؛ هالووی و همکاران، ۲۰۲۰). درنتیجه در مهمانیها، خود و مادرانشـــان را با مشـــکلات بســـیار مواجه می‌کنند. لذا مادران روابط‌شان با دیگران را محدود یا قطع می‌کنند و کیفیت زندگـــی آنها کاهش می‌یابد (یونگ و کوریتســـاس، ۲۰۱۲). همچنین ناهمخوان بودن انتظارات مادران پیرامون رشـــد کودک با مهارتهای اجتماعی فرزندشان و شدت این نقص، سبب احســـاس شرم و شکست می‌شود، بر سلامت روانشناختی و جسمانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد و در نتیجه ســـبب کاهش کیفیت زندگی مادران می‌شود (شوئنگل و همکاران، ۲۰۱۷؛ بوینوفسکا و همکاران، ۲۰۱۹).

نتایج پژوهش کنونی همچنین، رابطه معنادار و اثر مستقیم هشیاری در لحظه‌های مادران بر کیفیت زندگی مادران را نشان داد. همسو با این یافته پژوهشی، پژوهشگران دیگر نیز نشان دادند

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

که هشـــیاری در لحظه‌ها پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی اســـت (پاگنینی[1] و همکاران، ۲۰۱۸؛ تاملینســـون[2] و همکاران، ۲۰۱۸؛ جیدل[3] و همکاران، ۲۰۱۳؛ فورتی و همکاران، ۲۰۱۶). به‌عنوان مثال فورتی و همکاران (۲۰۱۶) نشـــان دادند که هشـــیاری در لحظه‌ها اثری مستقیم بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به ســـرطان سینه دارد. در تبیین این یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت فرد هشیار در لحظه‌ها (ذهن‌آگاه) تمرکزی بیشتر و بهتر بر حسهای بدنی و محیط خود دارد. این تمرکز می‌تواند سبب کاهش پاسخهای هیجانی شود. لذا فرد هشیار در لحظه‌ها توانایی بهتری برای تحمل هیجان منفی دارد و قادر به مقابله مؤثرتر اســـت و چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بهبود بخشد (ســـوند و همکاران، ۲۰۱۷). در واقع این فرد با تمرکز بر اکنون و کاهش تکرار افکار منفی موجب ارتقای کیفیت زندگی خود می‌شود (هارتمن و همکاران، ۲۰۱۲). در ضمن بر اساس نظریه خودتعیین‌گری، چنین فردی با انجام دادن فعالیتهای خودتنظیم‌شده و تصمیم‌گیری آگاهانه سبب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (رایان و دسی، ۲۰۰۰). بنابراین فرد هشیار در لحظه‌ها می‌تواند کیفیت زندگی بهتری داشته باشد.

یافته دیگر این پژوهش این اســـت که اثر غیرمســـتقیم متغیر هشـــیاری در لحظه‌ها میان دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارتهای اجتماعی فرزندان با متغیر کیفیت زندگی مادران معنادار است و شاخصهای برازش مدل ســـاختاری نشانگر برازش مناسب مدل است و همهٔ شاخصهای مدل در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید است. همســـو با یافته فوق بن[4] و همکاران (۲۰۱۲) که می‌نویســـند تجزیـــه و تحلیل ما حمایت قوی از هشیاری در لحظه‌ها را به‌عنوان یک میانجی مهم در روابط مشکلات کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی به دست داد. سایر پژوهشگران نیز نقش میانجیگر هشیاری در لحظه‌ها را بر پیامدهای ســـلامت روان در یک بررســـی نظام‌مند و مطالعه فراتحلیلی به اثبات رســـاندند (گـــو[5] و همـــکاران، ۲۰۱۵). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت هشـــیاری در لحظه‌ها ســـبب تغییرات تطابقی توجه می‌شود. همچنین افراد هشیار در لحظه‌ها افکار منفی را تکرار نمی‌کنند (فرزندم خرابکار اســـت و او بـــا خرابکاری زندگی را ناامن می‌کند/ فرزندم با همســـالانش بازی نمی‌کند، همســـالانش او را مســـخره می‌کنند) و مهارتهای لازم در عـــدم تمرکز بر افکار را یاد گرفته‌اند و ترســـهای مرتبط با ســـلامتی (من در آینده افســـرده می‌شـــوم) در آنها کمتر است (هارتمن و همکاران، ۲۰۱۲). درنتیجه هشـــیاری در لحظه‌ها میان دو متغیر مشکلات رفتاری و

1. Pagnini
2. Tomlinson
3. Jedel
4. Benn
5. Gu

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

مهارتهای اجتماعی فرزندان با متغیر کیفیت زندگی مادران نقش میانجی را ایفا می‌کند.

در مجموع با تبیین نظری و پژوهشـــی موجود این نتیجه حاصل شـــد که دو متغیر مشکلات رفتـــاری و مهارتهـــای اجتماعی فرزندان پیش‌بیـــن کیفیت زندگی مادران اســـت و در این میان متغیر هشـــیاری در لحظه‌ها نقش میانجی را ایفا می‌کند. بنابراین پیشـــنهاد می‌شود که افزایش مهارتهای اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان و بهبود هشیاری در لحظه‌های مادران مورد توجه مشـــاوران و روانشناسان مدارس قرار گیرد تا با بهره‌گیری از روشهای روان‌شناختی از جمله مداخله‌های مبتنی بر هوشـــیاری در لحظه، موجبات ارتقای کیفیت زندگی را فراهم کنند. این پژوهش محدود به مادران دارای فرزند آهســـته‌گام است. لذا در تعمیم نتایج به مادران دارای فرزند مبتلا به ســـایر گروههای با نیازهای ویژه باید با احتیاط برخورد شود. لذا پیشنهاد می‌شود مدل بررسی‌شده در این پژوهش در والدین گروههای متفاوت دانش‌آموزی (به‌ویژه سایر گروههای با نیازهای ویژه)، مورد مطالعه قرار گیرد.

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

منابع

REFERENCES

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۸الف). *مبانی روان‌شناختی هوش و خلاقیت: تاریخچه، نظریه‌ها و رویکردها*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

_____. (۱۳۹۸ب). *مقدمه‌ای بر روانشناسی و آموزش و پرورش کودکان استثنایی*. چاپ ۳۱. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

جلیل‌آبکنار، سیده سمیه؛ عاشوری، محمد و افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). *اثربخشی آموزش رفتارهای اجتماعی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی نوجوانان کم‌توان ذهنی*. *توانبخشی*، ۱۴ (۳)، ۳۱-۴۰.

حسین‌زاده، زهره؛ کاکاوند، علیرضا و احمدی، عبدالجواد. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی مادر و تاب‌آوری خانواده در رابطه بین مشکلات رفتاری کودک دارای اختلال‌های طیف اوتیسم و بهزیستی روان‌شناختی مادر. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۶ (۲۳)، ۱۵۱-۱۷۸.

دهقانی‌تل‌گردویی، فاطمه و ایمانی، جواد. (۱۳۹۶). بررسی رابطه اختلالات رفتاری کودکان با بهداشت روانی والدین در بین دانش‌آموزان مقطع دبستان شهر بندرعباس در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶. *همایش ملی رویکردهای نوین آموزشی و پژوهشی در تعلیم و تربیت*، بندرعباس، آموزش و پرورش ناحیه دو بندرعباس.

عاشوری، محمد و دلال‌زاده‌بیدگلی، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری بر مشکلات و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی با اختلال نارسایی توجه - بیش‌فعالی. *توانبخشی*، ۱۹ (۲)، ۱۰۳-۱۱۵.

گودینی، رحمان؛ پورمحمدرضای تجریشی، معصومه؛ طهماسبی، سیامک و بیگلریان، اکبر. (۱۳۹۶). تأثیر آموزش مدیریت هیجان به مادران بر مشکلات رفتاری فرزندان از دیدگاه والدین. *فصلنامه توانبخشی*، ۱۸ (۱)، ۱۳-۲۴.

ممیزی، فاطمه؛ عبدی‌زرین، سهراب؛ اقلیما، مصطفی و راهب، غنچه. (۱۳۹۰). مهارت‌های اجتماعی: نقش آن در پیشگیری از مورد آزار قرارگرفتن نوجوانان. *دوماهنامه طلوع بهداشت*، ۱۰(۱)، ۹۶-۱۰۸.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکوئی‌نائینی، کوروش؛ محمد، کاظم و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴ (۴)، ۱-۱۲.

Ahmadizadeh, Z., Rassafiani, M., Amozadeh Khalili, M., & Mirmohammadkhani, M. (2015). Factors associated with quality of life in mothers of children with cerebral palsy in Iran. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy, 25,* 15-22.

Akhan, L. U. (2016). Family burden and quality of life of mothers of children and adolescents with mental retardation or borderline mental capacity. *European Psychiatry, 33*, S192.

Akmeşe, P. P., & Kayhan, N. (2016). An investigation of the effect of the communication skills of the children with intellectual disability to the anxiety level of their mothers. *Universal Journal of Educational Research, 4*(10), 2423-2431.

Amiama, J. F., Monzón, J., & Ballesta, J. (2017). The project of «Cap Collection»: A PBL in the school and an opportunity of social inclusion for students and adults with intellectual disability. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 237,* 255-260.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.

Barisnikov, K., & Straccia, C. (2019). Social adaptive skills and psychopathology in adults with intellectual disabilities of non-specific origin and those with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities, 87,* 31-42.

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

Benn, R., Avika, T., Arel, S., & Roeser, R.W. (2012). Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. *Developmental Psychology*, *48*(5), 1476-1487.

Bujnowska, A. M., Rodriguez, C., Garcia, T., Areces, D., & Marsh, N. V. (2019). Parenting and future anxiety: The impact of having a child with developmental disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(4), 668-691.

Chou, C. P., & Bentler, P. M. (1995). Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 37-55). Sage Publications, Inc.

Crosbie, S., & O'Sullivan, C. (2015). Attitudes and beliefs of parents/carers of children with physical and intellectual disabilities in Western Ghana. *Physiotherapy, 101*(Sup. 1), E277-E278.

Cuello-García, C. (2017). Children with intellectual disabilities: Taking care of our weak. *The Journal of Pediatrics, 188,* 2.

Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders, 53,* 16-21.

Etset, A., Olson, E., Sullivan, K., Greenson, J., Winter, J., Dawson, G., & Munson, J. (2013). Parenting-related stress and psychological distress in mothers of toddlers with autism spectrum disorders. *Brain & Development*, *35*(2), 133-138.

Ferreira, J. M., Mäkinen, M., & Amorim, K. S. (2016). Intellectual disability in kindergarten: Possibilities of development through pretend play. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 217,* 487-500.

Forti, A., Cashwell, C. S., & Henson, R. (*2016*). Mindfulness and quality of life in cancer survivors: The mediating role of self-kindness and alexithymia. *Journal of Mental Health Counseling, 38*(4), 346-359.

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review, 37*, 1-12.

Harris, J. C. (2010). *Intellectual disability: A guide for families and professionals*. New York, New York: Oxford University Press.

Harris, L., McGarty, A. M., Hilgenkamp, T., Mitchell, F., & Melville, C.A. (2017). Correlates of objectively measured sedentary time in adults with intellectual disabilities. *Preventive Medicine Reports, 9,* 12-17.

Hartmann, M., Kopf, S., Kircher, C., Faude-Lang, V., Djuric, Z., Augstein, F., … Nawroth, P.P. (2012). Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: Design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberger Diabetes and Stress-study). *Diabetes Care, 35*(5), 945-947.

Holloway, J., Lydon, H., & Walsh, E. (2020). PREP4Work: A social skills intervention to prepare adults with autism spectrum disorder and intellectual disabilities to access the workplace. In D. W. Nangle, C. A. Erdley, & R. A. Schwartz-Mette (Eds.), *Social skills across the life span: Theory, assessment, and intervention* (pp. 311-327). Elsevier Academic Press.

Hulsmans, D. H. G., Otten, R., Schijven, E. P., & Poelen, E. A. P. (2021). Exploring the role of emotional and behavioral problems in a personality-targeted prevention program for substance use in adolescents and young adults with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities, 109,* 103832.

Khandelwal, S., & Koradia, K. (2017). Meditators and non-meditators: Level of mindfulness and psychological well-being. *The International Journal of Indian Psychology, 4*(4), 156-163.

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

Kline, R.B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.) New York: Guilford Publications.

Jedel, S., Merriman, P., Hoffman, A., Swanson, B., Fogg, L.F., & Keshavarzian, A. (2013). Relationship of mindfulness, quality of life, and psychiatric symptoms among patients with ulcerative colitis. *Mindfulness, 4*(*4)*, 296-300.

Jones, L., Hastings, R. P., Totsika, V., Keane, L., & Rhule, N. (2014). Child behavior problems and parental well-being in families of children with autism: The mediating role of mindfulness and acceptance. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 119*(2), 171-185.

Martins, A. P., Freitas, C., Cristina, M., Pereira, S., & Santos, C. (2021). «amik@» Social media platform for people with intellectual disability. *Procedia Computer Science, 181,* 716-721.

Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy, 21*(4), 335-340.

McGarty, A. M., & Melville, C. A. (2018). Parental perceptions of facilitators and barriers to physical activity for children with intellectual disabilities: A mixed methods systematic review. *Research in Developmental Disabilities, 73,* 40-57.

Medvedev, O. N., & Landhuis, C. E. (2018). Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. *PeerJ, 6,* e4903.

Müller, C. M., Cillessen, A. H. N., Egger, S., & Hofmann, V. (2021). Peer influence on problem behaviors among students with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 114,* 103994.

Pagnini, F., Bercovitz, K. E., & Phillips, D. (2018). Langerian mindfulness, quality of life and psychological symptoms in a sample of Italian students. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 29.

Pivalizza, P., & Seema, L. (2016). Intellectual disability in children: Evaluation for a cause. In T. Post (Ed.), *UpToDate.* Waltham, MA.

Pozo, P., Sarriá, E., & Brioso, A. (2014). Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research, 58*(5), 442-458.

Ruddick, L., Davies, L., Bacarese-Hamilton, M., & Oliver, C. (2015). Self-injurious, aggressive and destructive behaviour in children with severe intellectual disability: Prevalence, service need and service receipt in the UK. *Research in Developmental Disabilities, 45-46*, 307-315.

Rutter, M. (1967). A children's behaviour questionnaire for completion by teachers: Preliminary findings. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 8*(1), 1-11.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist, 55*(1)*,* 68-78.

Schuengel, C., Kef, S., Hodes, M. W., & Meppelder, M. (2017). Parents with intellectual disability. *Current Opinion in Psychology, 15,* 50-54.

Simms, M. (2018). Intellectual and developmental disability. In R. Kliegman, P. S. Lye, B. J. Bordini, H. Toth, & D. Basel (Eds.), *Nelson pediatric symptom-based diagnosis* (pp. 367-392). Elsevier.

Simpson, N., Mizen, L., & Cooper, S.A. (2016). Intellectual disabilities. *Medicine, 44*(11), 679-682.

_____. (2020). Intellectual disabilities. *Medicine, 48*(11), 732-736.

Sisk, D. A. (2017). Mindfulness and its role in psychological well-being. *Psychology Research, 7*(10), 530-535.

Skwerer, D. P. (2017). Social cognition in individuals with intellectual and developmental

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

disabilities: Recent advances and trends in research. In R. M. Hodapp, & D. J. Fidler (Eds.), *International Review of Research in Developmental Disabilities (Vol. 53*, pp. 91-161). Amsterdam: Elsevier.

Sundh, J., Wireklint, P., Hasselgren, M., Montgomery, S., Ställberg, B., Lisspers, K., & Janson, C. (2017). Health-related quality of life in asthma patients-A comparison of two cohorts from 2005 and 2015. *Respiratory Medicine, 132,* 154-160.

Taylor, N. Z., & Millear, P. M. R. (2016). Validity of the five facet mindfulness questionnaire in an Australian, meditating, demographically diverse sample. *Personality and Individual Differences, 90,* 73-77.

The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine, 28*(3), 551-558.

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness, 9*(1), 23-43.

Toth, K., De Lacy, N., & King, B. H. (2016). Intellectual disability. In M. K. Dulcan (Ed.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (2nd ed., pp. 105-133). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Wagemaker, E., Huizenga, H. M., Dekkers, T. J., Collot d'Escury-Koenigs, A. L., Salemink, E., & Bexkens, A. (2020). When do those «risk-taking adolescents» take risks? The combined effects of risk encouragement by peers, mild-to-borderline intellectual disability and sex. *Journal of Abnormal Child Psychology, 48*(4), 573-587.

Weitlauf, A. S. Vehorn, A. C. Taylor, J. L. & Warren, Z. E. (2014). Relationship satisfaction, parenting stress, and depression in mothers of children with autism. *Autism*, *18*(2), 194-198.

Yoong, A., & Koritsas, S. (2012). The impact of caring for adults with intellectual disability on the quality of life of parents. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(6)*,* 609-619.

Zablotsky, B., Anderson, C., & Law, P. (2013). The association between child autism symptomatology, maternal quality of life, and risk for depression. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 43*(8), 1946-1955.

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