Journal of Research in Psychological Health

June 2021, Volume 15, Issue 1

Predictors the quality of life and psychological well-being of mothers of students with intellectual disabilities mediated by the mother's mindfulness

Tayebe Taziki[1], Khoda Morad Momeni[2]*, Jahangir Karami[3], Gholamali Afrooz[4]

1. Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
2.(Corresponding Author) Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran. kh.momeni@razi.ac.ir.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.
4. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tehran University, Tehran, Iran.

Citation: Taziki T, Momeni K M, Karami J, Afroz G. Predictors the quality of life and psychological well-being of mothers of students with intellectual disabilities mediated by the mother's mindfulness. **J**ournal of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth.. 2021; 15 (1): 52-64. [Persian].

Keywords
Psychological well-being, Mindfulness, Quality of life, Mothers of students with intellectual disabilities

Highlights

- Social skills and mindfulness positively and significantly and behavioral problems negatively and significantly predict quality of life and psychological well-being.
- Mindfulness plays a mediating role in the relationship between social skills and behavioral problems with quality of life and psychological well-being.

Abstract
The aim of this study was to investigate the predictors of quality of life and psychological well-being of mothers of students with intellectual disabilities mediated by mothers' mindfulness. In this descriptive-correlational study, 298 students (out of 878 students) from primary schools with students with intellectual disability in Golestan province, in the academic year 2019-2020, were selected by multi-stage cluster sampling. The instruments used in the study were: The Rutter children's behavior questionnaire, Matson's social skills scale, Five Facet Mindfulness Questionnaire, World Health Organization Quality Of Life, and Ryff Psychological Wellbeing Scale. Data were analyzed by descriptive statistics, Pearson correlation test and structural equation modeling. The results showed that here is a significant positive correlation between social skills and mindfulness with quality of life and psychological well-being. There is a significant negative correlation between behavioral problems and quality of life and psychological well-being. The mediating role of mindfulness in relation to social skills and behavioral problems with quality of life and psychological well-being was also confirmed ($P < 0.01$). Based on the research findings, it can be concluded that increasing social skills and reducing students' behavioral problems in school improves the quality of life and psychological well-being of their mothers.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

پیش‌بین‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با میانجیگری ذهن‌آگاهی مادر

طیبه تازیکی[۱]، خدامراد مؤمنی[۲*]، جهانگیر کرمی[۳]، غلامعلی افروز[۴]

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۲. (نویسنده‌ی 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.

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت
۱۴۰۰/۰۱/۲۲

تاریخ پذیرش
۱۴۰۰/۱۱/۲۲

واژگان کلیدی
بهزیستی روانشناختی، ذهن-آگاهی، کیفیت زندگی، مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی

یافته‌های اصلی

- مهارت‌های اجتماعی و ذهن‌آگاهی به‌طور مثبت و معنادار و مشکلات رفتاری به‌طور منفی و معنادار کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی را پیش‌بینی می‌کنند.
- ذهن‌آگاهی در ارتباط بین مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی، نقش میانجی ایفا می‌کند.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بین‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با میانجیگری ذهن‌آگاهی مادر انجام شد. در این پژوهش توصیفی-همبستگی، با نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای ۲۹۸دانش‌آموز (از ۸۷۸دانش-آموز) از مدارس ابتدایی دانش‌آموز کم‌توانی ذهنی استان گلستان، در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸، انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارتنداز: پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان راتر، مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون، پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی، پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف. داده‌ها با آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد همبستگی مثبت معناداری بین مهارت‌های اجتماعی و ذهن-آگاهی با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی وجود دارد. همچنین همبستگی منفی معناداری بین مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی وجود دارد. بعلاوه نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مورد تأیید قرار گرفت ($P<۰/۰۱$). براساس یافته‌های پژوهش می-توان نتیجه گرفت افزایش مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان در مدرسه موجبات ارتقاء کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران آن‌ها را فراهم می-سازد.

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

کم‌توانی ذهنی که قبلاً عقب‌ماندگی ذهنی نامیده می‌شد، طبق تعریف به محدودیت اساسی در کارکرد ذهنی (هوشبهر حداقل دو انحراف معیار پایینتر از میانگین) و رفتار سازشی گفته می‌شود که قبل از ۱۸ سالگی بروز می‌کند (۱و۲). کم‌توانی ذهنی به‌علل مختلف ازجمله ناهنجاری‌های ژنتیکی یا عوامل محیطی ظاهر می‌شود (۳و۴). شیوع این وضعیت تقریباً ۱۰ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده می‌باشد (۵). باتوجه به شیوع بالای کم‌توانی ذهنی مطالعه در این زمینه از اهمیت خاصی برخوردار است.

همان‌طور که می‌دانیم کودکان کم‌توان ذهنی بیشتر در معرض خطر ابتلا به بیماری‌های مختلف قرار دارند (۶و۷) و از این لحاظ نیازمند هزینه‌های بالاتر و مراقبت بیشتر و خاص‌تر می‌باشند (۸). پژوهشگران دیگر نیز اذعان می‌دارند که مراقبت از کودک با کم‌توانی ذهنی در خانواده به بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادران آسیب می‌زند (۹). بنابراین اثرات منفی یاد شده در بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ازجمله مشکلات موجود است.

بهزیستی روانشناختی، مفهومی است که در سال ۱۹۸۹ ارائه شده و گسترش یافته است (۱۰). از دیدگاه متخصص مطرح‌کننده این مفهوم بهزیستی روانشناختی، مفهومی پویا و تلاش برای کمال، ارتقا و تحقق استعدادها و توانایی‌های بالقوه فرد است. که جزءِ روانشناختیِ کیفیت زندگی و انعکاس‌دهنده خلق مثبت و سرزندگی می‌باشد (۱۱و۱۲). بنابراین پرداختن به متغیر بهزیستی روانشناختی مهم و ضروری است. کیفیت زندگی نیز ساختاری چند بعدی و مفهومی فراگیر به معنی ادراک از زمینه فرهنگی بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علایق فردی است (۱۳و۱۴)، که نقش مهمی بر عملکرد روانی و جسمانی اشخاص ایفا می‌کند (۱۵). لذا پژوهش در زمینه کیفیت زندگی مهم و ضروری است. طبق مطالعات پژوهشی متغیرهای مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی ازجمله عوامل مرتبط با متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی می‌باشند (۱۸ـ۱۶). بنابراین بررسی و مطالعه متغیرهای نام برده ضروری و لازم است.

مشکلات رفتاری به کلیه رفتارهای تکراری، غیرعادی و آزاردهنده گفته‌می‌شود. این رفتارهای آزاردهنده بر یادگیری، ارتباط و کارآیی اجتماعی تأثیر منفی گذاشته و منجر به اختلال در عملکرد فرد و خانواده می‌گردد (۱۹). تعدادی از مطالعات پژوهشی رابطه مشکلات رفتاری کودک بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی والدین را نشان داده‌اند (۲۰و۲۱). درنتیجه وجود مشکلات رفتاری مسأله بزرگ و مهمی است که باید مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. صاحب‌نظران مهارت‌های اجتماعی را رفتارهای تعاملی که به‌سوی دیگران هدایت می‌شود، مانند کمک، همکاری، گرفتن نوبت و نشان دادن همدلی تعریف می‌کنند. از دید آن‌ها مهارت‌های اجتماعی ساختاری چند بعدی است که صلاحیت‌های اجتماعی و روابط اجتماعی را در بر می‌گیرد (۲۱). نقص در مهارت‌های اجتماعی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی والدین اثر منفی می‌گذارد (۲۰). بنابراین پژوهش در زمینه متغیر فوق ضروری و مهم است و نقص در مهارت‌های اجتماعی و تأثیر آن بر والدین مسأله بزرگی است. علاوه بر این متخصصان از ذهن‌آگاهی به‌عنوان متغیر میانجی در روابط بین متغیرها خبر داده‌اند (۲۴ـ۲۲). پژوهشگرانی نیز دریافتند ازجمله متغیرهای میانجی در رابطه بین مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی، ذهن‌آگاهی است (۲۵). بنابراین بحث و بررسی این متغیر نیز لازم و ضروری است.

تعاریف متنوعی برای ذهن‌آگاهی در علم معاصر وجود دارد. به‌عنوان مثال ذهن‌آگاهی، توجه کردن به شیوه خاص؛ هدفمند، در لحظه اکنون و غیرقضاوتی تعریف شده است (۲۶). طبق نظریه خودتعیین‌گری، با ذهن‌آگاهی می‌توان تصمیم‌گیری آگاهانه را با استفاده از تنظیم رفتار خودتعیین شده انجام داد که مستقیماً به بهزیستی مربوط می‌شود (۲۷). براساس نظریه یادشده و خرده نظریه محتوای هدف، ذهن‌آگاهی به‌طور مستقیم، با تمایز میان اهداف و تجارب درونی و بیرونی و با انگیزش درونی، و بدون قضاوت بر انگیزش و بهزیستی تأثیر گذاشته، و حالت خوبی را در شخص ایجاد می‌کند (۳۰ـ۲۸).

علاوه بر پیشینه نظری یاد شده، پیشینه پژوهشی نیز رابطه ذهن‌آگاهی با متغیرهای گوناگون را نشان داده‌اند. ازجمله پژوهشی که در آن رابطه مثبت بین ذهن‌آگاهی و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

کیفیت زندگی را در دانش‌آموزان ایتالیایی گزارش کردند (۳۱). همچنین مطالعه‌ای دیگر رابطه مثبت بین ذهن-آگاهی و بهزیستی روانشناختی را نشان دادند (۳۲). علاوه بر این برخی مطالعات به نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه بین متغیرها اشاره کرده‌اند. به‌عنوان مثال در پژوهشی ضمن بررسی والدین اتیسم، رابطه بین مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با بهزیستی روانشناختی والدین نشان داده شد که رابطه فوق از طریق ذهن‌آگاهی میانجیگری می‌شد (۲۵). پژوهش‌های فوق، هیچ یک مادران کودکان کم‌توانی ذهنی را بررسی نکرده-اند، بنابراین خلأ پژوهشی کاملاً محسوس است. لذا در این پژوهش رابطه مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی از طریق میانجیگری ذهن‌آگاهی مورد بررسی قرار گرفت. سؤالات پژوهش بدین صورت است: ۱.آیا بین متغیرهای مستقل (مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری) با متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی)، و نیز بین متغیر میانجی (ذهن‌آگاهی) با متغیرهای وابسته رابطه معنادار وجود دارد؟ ۲.آیا مدل ساختاری با نقش میانجیگری ذهن‌آگاهی در رابطه مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر برازش مناسب دارد؟ ۳.آیا اثر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و ذهن‌آگاهی به متغیر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی، همچنین مسیر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری و مهارت-های اجتماعی به ذهن‌آگاهی معنادار است؟ ۴.آیا اثر غیرمستقیم متغیر ذهن‌آگاهی بین هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با دو متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر معنادار است؟

روش

الف) طرح پژوهش، شرکت‌کنندگان و روش اجرای پژوهش: براساس هدف پژوهش، مطالعه با روش توصیفی از نوع همبستگی، در قالب مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام گرفت. جامعه آماری دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی دوره دبستان، ساکن در استان گلستان و مادران آن‌ها، در سال تحصیلی ۱۳۹۸ـ۱۳۹۹ بودند، که طی مصاحبه تشخیصی و ارزیابی تخصصی توسط روان‌شناسان از طریق آموزش و پرورش استثنایی استان گلستان شناسایی شده بودند. از آنجایی‌که برای تعیین اندازه نمونه، لازم است به ازای هر متغیر ۲۰ نفر را در نظر گرفته و به این تعداد باید ۱۵٪ تعداد کل به‌دست آمده را افزود (۳۳). بنابراین از جامعه فوق ۲۹۸ نفر (از ۸۷۸دانش‌آموز) با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. علت استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای ناهمگن بودن گروه‌ها، عدم دسترسی به فهرست کل افراد جامعه، پراکندگی و گستردگی توزیع جغرافیایی افراد بود. نمونه-گیری بدین‌صورت بود که ابتدا دو ناحیه شرق و غرب برای استان در نظر گرفته شد. سپس از هر ناحیه به-تصادف، ۵ مدرسه (انتخاب ۱۰ مدرسه از ۲۰ مدرسه دارای دانش‌آموز با کم‌توانی ذهنی دوره ابتدایی) انتخاب شدند. سپس از هر یک از پایه‌های دوره ابتدایی به‌صورت تصادفی دانش‌آموزان انتخاب شدند. پس از آن به جمع-آوری داده‌ها اقدام کرده و سپس داده‌های حاصل با آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

ملاک‌های ورود افراد برای شرکت در پژوهش، به‌جهت ایجاد شرایط متناسب پژوهش، براساس هدف پژوهش و نیز با الگوگیری از پژوهش‌های پیشین مدل‌یابی معادلات ساختاری در والدین کودکان با نیازهای ویژه (۱۶، ۲۵و۳۴) تعیین شدند. این ملاک‌ها شامل داشتن فرزند با تشخیص کم‌توانی ذهنی و شاغل در مدرسه در دوره ابتدایی، رده سنی ۲۰ـ ۶۵ سال برای مادران، تنی بودن مادر، رضایت مادران جهت شرکت در پژوهش بود.

ب) ابزارهای پژوهش

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان راتر: نسخه اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۶۷ طراحی شد. پرسشنامه 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) ساخته شده است. این پرسشنامه پنج خرده مقیاس پرخاشگری و بیش‌فعالی، اضطراب و افسردگی، ناسازگاری اجتماعی، رفتارهای ضداجتماعی، و کمبود توجه دارد. نمره‌گذاری به‌صورت «صفر: درست نیست»، «۱: تا حدی درست است»، و «۲:کاملاً درست است» انجام می‌شود. دامنه نمره‌ها بین

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

صفر تا ۳۶ است (۳۵). پژوهشگران پایایی بازآزمایی و پایایی درونی این پرسشنامه را با فاصله زمانی دو ماه ۰/۷۴ گزارش کردند و میزان توافق پرسشنامه ۷۶/۷٪ به‌دست آوردند (۳۶). در پژوهش حاضر پایایی و روایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون: متخصصان درسال ۱۹۸۳ برای ارزیابی مهارت‌های اجتماعی کوکان این مقیاس را در آمریکا، ساختند. مقیاس فوق پنج خرده مقیاس مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیر اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری‌طلبی و اطمینان زیاد به خود، و رابطه با همسالان) را در بر می-گیرد. سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز=۱، تا همیشه=۵) ارزیابی می‌شود. شیوه نمره-گذاری در سؤالات شماره ۱۹ تا ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۲، ۵۴، ۵۵ به‌صورت معکوس بوده و دامنه نمره‌ها از ۵۵ تا ۲۷۵ در نوسان است (۳۹ـ۳۷). در پژوهشی نتایج تحلیل عامل تأییدی، نشان‌دهنده مطلوب بودن روایی مقیاس بوده و پایایی آن با ضرایب آلفای کرونباخ و تصنیف برای کل مقیاس، یکسان و برابر ۰/۸۶ بود (۳۹). در پژوهش حاضر پایایی و روایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به‌دست آمد.

پرسشنامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی: در سال ۲۰۰۶ این پرسشنامه برای سنجش ذهن‌آگاهی ساخته شد (۴۰). پرسشنامه ۳۹ گویه دارد و دارای ۵ خرده‌مقیاس است که عبارت‌اند از مشاهده، توصیف، عملکرد آگاهانه، عدم قضاوت و ارزیابی رویدادها و عدم واکنش به تجارب درونی. سؤال‌های پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه-ای (از هرگز=۱، تا همیشه=۵) ارزیابی می‌شود. دامنه نمره‌ها از ۳۹ تا ۱۹۵ در نوسان است (۴۱). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس نشان داد که این ابزار برای سنجش ذهن‌آگاهی روا و پایاست. ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های مذکور به‌ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۷ (۴۰) و برای کل مقیاس ۰/۸۹ (۴۲) گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی و روایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: تعدادی از پژوهشگران زیر نظر سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۴ این پرسشنامه را برای ارزیابی کیفیت زندگی افراد ساختتند. این آزمون که یک مقیاس بین فرهنگی است و دو فرم کوتاه (۲۶ سؤال، استفاده شده در پژوهش حاضر) و بلند (۱۰۰ سؤال) دارد. فرم کوتاه آن به ارزیابی ۴ بعد از کیفیت زندگی شامل سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران می‌پردازد. سؤال‌های پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه-ای لیکرت ارزیابی می‌شود. از ۲۶ سؤال، دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به‌طور کلی می‌سنجند. بنابراین سئوالات ۱ و ۲ در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شوند. سئوالات ۳ و ۴ و۲۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می-شوند. و بقیه سئوالات طبق شماره پاسخ‌ها (یعنی از ۱ تا ۵) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات بین ۱۲۰ـ۲۴ است (۴۳). روایی و پایایی این ابزار با روش آلفای کرونباخ تأیید شده است (۴۴). همچنین یافته‌های یک مطالعه پژوهشی نشان داد پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ بود که مؤید تکرارپذیری این آزمون است (۴۳). در پژوهش حاضر پایایی و روایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۵ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف: در سال ۱۹۸۰ به-منظور ارزیابی و سنجش بهزیستی روانی بزرگسالان این مقیاس طراحی شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. فرم اصلی آن ۱۲۰ ماده داشت، اما در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر آن ۸۴، ۵۴ و ۱۸ ماده‌ای تهیه شده است که قابل استفاده برای همهٔ فرهنگ‌ها است. مقیاس ۱۸ ماده‌ای (استفاده شده در پژوهش حاضر) شش زیر مقیاس پذیرش خود، تسلط بر محیط، ارتباط مثبت با دیگران، رشد شخصی، هدفمندی در زندگی و خودمختاری دارد. نمره‌گذاری آن براساس لیکرت ۶ درجه‌ای انجام می‌شود. از کل سؤالات ۱۰ سؤال (۱-۲-۶-۷-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۵-۱۸) به‌طور مستقیم (کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۶) و ۸ سؤال (۳-۴-۵-۹-۱۰-۱۳ ـ ۱۶ ـ ۱۷) به‌طور معکوس (کاملاً مخالف=۶ و کاملاً موافق=۱) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۸ تا ۱۰۸ در نوسان است (۱۰). همبستگی نسخه کوتاه مقیاس با مقیاس اصلی بهزیستی روانشناختی ریف از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۴۵). پایایی آن نیز با

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

استناد به ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ به‌دست آمده است (۴۶)، که نشان از همسانی درونی قابل قبول مقیاس دارد. در پژوهش حاضر پایایی و روایی پرسشنامه به‌ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۷۶ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر که به‌دنبال تعیین رابطه مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان دارای کم‌توانی ذهنی از طریق میانجیگری ذهن‌آگاهی بودیم، تعداد ۲۹۸ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. ۱۴۸ نفر از آزمودنی‌های گروه نمونه دارای فرزند پسر با کم‌توانی ذهنی و ۱۵۰ نفر دارای فرزند دختر با کم‌توانی ذهنی بودند. نمونه‌ی پژوهش از نظر تعداد فرزند متشکل از ۶۲ خانواده تک فرزند و تنها فرزند آن‌ها دارای کم‌توانی ذهنی (۲۰/۸ درصد) و ۲۳۶ خانواده دارای چند فرزند (۷۹/۲ درصد) بودند. نمونه‌ی پژوهش از نظر داشتن اختلال همراه در فرزند داری کم‌توانی ذهنی، متشکل از ۱۰۷ نفر دارای کم‌توانی ذهنی و بدون اختلال همراه (۳۵/۹ درصد) و ۱۹۱ نفر دارای کم‌توانی ذهنی با اختلال همراه (۶۴/۱ درصد) بودند. در نهایت نمونه‌ی پژوهش از نظر وضعیت اقتصادی متشکل از ۷۰ نفر دارای وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف (۲۳/۵ درصد)، ۸۵ نفر دارای وضعیت اقتصادی ضعیف (۲۸/۵ درصد)، ۹۲ نفر دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۳۰/۹ درصد) و ۵۱ نفر دارای وضعیت اقتصادی خوب (۱۷/۱ درصد) بوده و هیچ یک وضع اقتصادی بسیار خوب نداشتند.

پیش از تحلیل داده‌ها مفروضه‌های نرمال بودن و عدم هم‌خطی بررسی شد که نتایج آن در ادامه بیان می‌شود. شاخص‌های کجی و کشیدگی برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع پنج متغیر بهزیستی روانشناختی (KU= -۰/۸۳، SK= -۰/۳۸)، کیفیت زندگی (KU= -۰/۸۳، SK= -۰/۰۰۲)، ذهن‌آگاهی (KU= -۰/۹۷، SK= -۰/۰۴)، مشکلات رفتاری (KU= -۰/۷۰، SK= -۰/۱۶) و مهارت‌های اجتماعی (KU= ۰/۱۱، SK= -۰/۰۳) مورد بررسی قرار گرفت. آماردانان نقطه برش ۳ ± را برای مقدار چولگی مناسب می‌دانند (۴۷). برای شاخص کشیدگی نیز به‌طور کلی مقادیر بیش از ۱۰± در مدل‌یابی معادلات ساختاری مسئله آفرین است (۳۳). مقادیر به‌دست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن در متغیرهای پژوهش دارد. برای بررسی مفروضه‌ی عدم هم خطی از آماره‌های عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل نیز استفاده شد که با توجه به‌اینکه هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۰۱ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نمی‌باشد، بر این اساس می‌توان نسبت به مفروضه عدم هم‌خطی نیز اطمینان حاصل کرد. در جدول زیر شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و همچنین همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

همان‌طور که مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری، ذهن‌آگاهی و کیفیت زندگی با متغیر بهزیستی روانشناختی رابطهٔ معناداری دارند که میزان این روابط به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶-، ۰/۸۶ و ۰/۹۱ است. متغیرهای مهارت‌های اجتماعی، مشکلات رفتاری و ذهن‌آگاهی با متغیر کیفیت زندگی نیز رابطهٔ معناداری دارند که میزان این روابط به‌ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۸۲- و ۰/۹۰ است. متغیرهای مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری با ذهن‌آگاهی رابطهٔ معناداری دارند که میزان این روابط به‌ترتیب برابر با ۰/۸۳ و ۰/۷۸- است. متغیر مهارت‌های اجتماعی با مشکلات رفتاری نیز رابطهٔ معناداری دارند که میزان این رابط برابر با ۰/۸۲- است. به‌عبارتی رابطه بین متغیرهای مستقل (مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری) با یکدیگر، با متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی)، با متغیر میانجی (ذهن‌آگاهی) و نیز رابطه بین متغیرهای وابسته با یکدیگر، و با متغیر میانجی معنادار است و تمام این روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد. بنابراین در پاسخ به سؤال اول پژوهش می‌توان گفت آری بین متغیرهای مستقل (مهارت‌های اجتماعی و مشکلات رفتاری) با متغیرهای وابسته (بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی)، و نیز بین متغیر میانجی (ذهن‌آگاهی) با متغیرهای وابسته رابطه معنادار وجود دارد. علاوه بر این رابطه بین متغیرهای مستقل با یکدیگر و با متغیر میانجی و نیز رابطه بین متغیرهای وابسته با یکدیگر معنادار است و تمام این روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار می‌باشد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.

در شکل ۱ مسیرهای معنادار به‌صورت ممتد و مسیرهای غیرمعنادار به‌صورت خطوط غیرممتد نشان داده شده‌اند.

در ادامه شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهد شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش مناسب مدل است. تمام شاخص‌های مدل در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید می‌باشد. و در پاسخ به سؤال دوم پژوهش می‌توان گفت مدل ساختاری با نقش میانجیگری ذهن‌آگاهی در رابطه مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر برازش مناسب دارد.

در ادامه نتایج جدول ۳ و ۴ اثرات مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و براساس آن می‌توان به تأیید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش پرداخت.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تمام 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 تأثیر معناداری بر متغیر وابسته دارند. بنابراین مسیر مستقیم تمام متغیرهای مستقل در جدول با متغیرهای وابسته به‌جز متغیر مهارت‌های اجتماعی به کیفیت زندگی معنادار است. به‌عبارتی مسیر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری (T= -۷/۱۴۱، β = -۰/۳۸۰)، مهارت‌های اجتماعی (T=۵/۰۳۸، β =۰/۲۵۵) و ذهن‌آگاهی (T=۶/۵۸۸، β =۰/۳۶۳) به متغیر بهزیستی روانشناختی و نیز مسیر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری (T= -۳/۷۷۰، β =-۰/۲۶۹)، مهارت‌های اجتماعی (T=۱/۳۱۳، β =۰/۰۷۱) و ذهن‌آگاهی (T= ۱۰/۵۳۱، β = ۰/۶۹۰) به متغیر کیفیت زندگی همچنین مسیر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری (T= -۶/۳۴۶، β = -۰/۴۴۱) و مهارت‌های اجتماعی (T=۶/۹۴۱، β =۰/۴۷۱) به ذهن‌آگاهی معنادار است. بنابراین در پاسخ به سؤال سوم پژوهش می‌توان گفت اثر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و ذهن‌آگاهی به متغیر بهزیستی روانشناختی و اثر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری، و ذهن‌آگاهی به متغیر کیفیت زندگی، همچنین مسیر مستقیم بین متغیرهای مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی به ذهن‌آگاهی معنادار است.

در ادامه جدول ۴ اثر میانجی متغیر ذهن‌آگاهی در رابطه‌ی بین مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر، از طریق روش بوت استرپ با ۲۰۰۰ بار فرایند نمونه-گیری و با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد را گزارش می‌کند.

با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر ذهن‌آگاهی بین هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با دو متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر معنادار است. بنابراین در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش می‌توان گفت اثر غیرمستقیم متغیر ذهن‌آگاهی بین هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با دو متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بین‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان کم-توان ذهنی با میانجیگری ذهن‌آگاهی مادر انجام گرفت. یافته‌های حاصل بر اساس هدف فوق جمع‌آوری و تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها حاکی از رابطه معنادار بین متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و ذهن‌آگاهی با متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بود. یافته‌های پژوهشی متعددی همسو با نتایج فوق وجود دارد. بنابه‌باور پژوهشگران (۲۰) شدت نشانه-های اتیسم ازجمله شدت نقص در مهارت‌های اجتماعی و نیز شدت مشکلات رفتاری کودک با کیفیت زندگی مادران ارتباط دارد. سایر پژوهشگران نیز به چنین نتیجه‌ای دست یافتند (۱۶). پژوهشگران نشان دادند مهارت‌های اجتماعی با کیفیت زندگی و بهزیستی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

روانشناختی پدر و مادرهای کودکان اتیسم مرتبط است. همچنین برخی شواهد اخیر نیز حاکی از آن است که والدین کودکانی که رفتارهای اجتماعی بیشتری دارند، رابطه خود با فرزندشان را کمتر استرس‌زا می‌دانند (۱۸). علاوه بر این تعدادی از پژوهشگران (۱۷) طی مطالعه سیستماتیک چنین نتیجه گرفتند که پژوهش‌ها به‌طور مداوم رابطه مثبت بین ذهن‌آگاهی و سلامت روان را نشان داده‌اند. بررسی رابطه ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بر روی ۲۴۸ دانش‌آموز ایتالیایی نیز نشان داد بین ذهن‌آگاهی و علائم روانشناختی رابطه معنی‌دار منفی و بین ذهن‌آگاهی و گزارش‌های مربوط به کیفیت زندگی همبستگی مثبت وجود دارد (۳۱). همچنین در پژوهشی که با هدف بررسی رابطه ذهن-آگاهی با بهزیستی روانشناسی بر روی ۱۲۰ بزرگسال بین ۳۰ تا ۵۰ سال انجام گرفت، پژوهشگران دریافتند بین ویژگی‌های ذهن‌آگاهی و سطح بهزیستی روانشناختی رابطه خطی مثبت قوی وجود دارد (۳۲). پژوهش‌های یاد شده همگی همسو با این یافته پژوهش حاضر بود که رابطه معنادار بین متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارت-های اجتماعی و ذهن‌آگاهی با متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی وجود دارد.

در ادامه تبیین یافته فوق همچنین می‌توان گفت صرف وقت زیاد مادر برای کودک و مشکلات رفتاری او، تلاش مادر برای رفع این مشکلات و ناکامی حاصل از آن، باعث استرس و اضطراب، و احساس شکست شده و درنتیجه بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادر تأثیر منفی می‌گذارد (۴۸). بعلاوه نقص در مهارت‌های اجتماعی باعث نداشتن دوست و روابط دوستی، مشکلاتی در مهمانی‌ها، کاهش روابط بین فردی، انزوای اجتماعی و گاه حتی طرد اجتماعی شده که این تأثیری منفی بر بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادر می‌گذارد (۴۹-۵۰). از طرفی افرادی که از ذهن‌آگاهی بالایی برخوردارند، خود را پذیرفته‌اند و به‌صورت مستقل وخودمختار عمل می‌کنند. عامل عدم قضاوت در ذهن-آگاهی با بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بالا مرتبط است. چرا که افرادی که قضاوت کمتری می‌کنند، خود را پذیرفته و دیدگاهی غیر نقادانه و غیرقضاوتی به خود دارند (۴۰). لذا استنباط می‌شود که افراد ذهن‌آگاه با حفظ آگاهی و در لحظه اکنون بودن بر محیط تسلط دارند و با خصوصیت عدم واکنش بهتر قادر به برقراری ارتباط مثبت با دیگران هستند. توانایی توجه هدفمندی در زندگی و خودمختاری را تقویت کرده، از ابعاد جسمانی، روانشناختی و محیط خود باخبرترند. بنابراین با تبیین نظری و پژوهشی موجود می‌توان گفت متغیرهای مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی کودک و ذهن-آگاهی مادر با متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادر رابطه معنادار دارد.

یافته دیگر این پژوهش این است که اثر غیرمستقیم متغیر ذهن‌آگاهی بین هر دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان با دو متغیر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادر معنادار است. و شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش مناسب مدل است و تمام شاخص‌های مدل در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید می‌باشد. هم‌راستا با یافته‌های فوق تعدادی از پژوهشگران می‌نویسند تجزیه و تحلیل ما حمایت قوی از ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک میانجی مهم در روابط متغیرهای پژوهشی را یافت (۲۳). مطالعات بسیاری نیز نقش میانجیگری ذهن-آگاهی را تأیید می‌کند (۲۲، ۲۴و۳۲). همچنین متخصصان در مدل ارائه شده خود، با بررسی ۷۱ مادر و ۳۹ پدر از والدین کودکان مبتلا به اتیسم دریافتند ذهن-آگاهی و پذیرش روانشناختی به‌عنوان متغیر میانجی در ارتباط بین مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودک با اضطراب، افسردگی و استرس مادران و افسردگی پدر شناخته می‌شود (۲۵). در واقع براساس نظریه خودتعیین‌گری، با ذهن‌آگاهی می‌توان بر بهزیستی اثر گذاشت و مطابق این نظریه ذهن‌آگاهی بهزیستی را با فعالیت‌های خودتنظیم شده تسهیل می‌کند (۲۷). طبق این نظریه و خرده نظریه محتوای هدف، ذهن‌آگاهی به-طور مستقیم، با تمایز میان اهداف و تجارب درونی و بیرونی همچون تجربه مشکلات رفتاری (مرتب وول می-خورد خودش را تکان می‌دهد) و نقص در مهارت‌های اجتماعی (نگاه نکردن به دیگران هنگام صحبت کردن) فرزند و با انگیزش درونی، و بدون قضاوت (قصدش اذیت کردن و به‌هم ریختن اعصاب من است) باعث شفافیت ذهنی شده و بر انگیزش، بهزیستی روانشناختی و کیفیت

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

زندگی تأثیر می‌گذارد (۲۸، ۲۹و۳۰). موارد یادشده همگی حاکی از تأیید نتایج پژوهش با پیشینه پژوهشی و نظری قوی می‌باشد. بنابراین در مجموع به این رسیدیم که دو متغیر مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌بین کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران بوده و در این میان متغیر ذهن‌آگاهی نقش میانجی ایفا می‌کند. محدودیت پژوهش حاضر خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌های مورد استفاده و صحت و دقت در پاسخگویی به آن‌ها است.

یافته‌های این پژوهش کمک بزرگی به درک پیش‌بین‌ها و عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران می‌کند. با نتایج حاصله متصدیان می‌توانند مکانیزم‌های خاصی را برای ارتقای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی مادران دانش‌آموزان پیش‌بینی نمایند. چرا که با مشخص شدن پیشایندهای مرتبط و نقش میانجی ذهن‌آگاهی در رابطه مشکلات رفتاری و مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان با بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی مادران آن‌ها، انتخاب درمان مؤثر راحت‌تر صورت می‌گیرد و حتی پژوهشگران و درمـانگران را در راستای طراحی مداخلات پیشگیرانه متناسب یـاری می‌نمایـد.

منابع

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: Author. 2013.

Simms M. Intellectual and Developmental Disability. In: Nelson Pediatric Symptom-Based Diagnosis. 2018.

Pivalizza P, Seema L. Intellectual disability in children: Evaluation for a cause. In: Post, T, editor. UpToDate. Waltham, MA. 2016.

Toth K, DeLacy N, King BH. Intellectual disability. 2nd. In: Dulcan, MK, editor. Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. 2016

Cuello-Garcia C. Children with intellectual disabilities: taking care of our weak. J Pediatric. 2017; 188: 232-291.

Subach RM. Improving food choices and nutrient adequacy in adolescents/young adults with developmental disabilities. Disabil Health J. 2018; 11: 139-142.

Surtees A, Oliver C, Clin CJ, Evans D, Richards C. Sleep duration and sleep quality in people with and without intellectual disability: A meta-analysis. Sleep Med Rev. 2018; 40: 135-150.

Li H, Fujiura G, Magana V, Parish S. Health care expenditures of overweight and obese U.S. adults with intellectual and developmental disabilities. Res Dev Disabil. 2018; 75: 1-10.

Lima-Rodriguez JS, Baena-Ariza MT, Dominguez-Sanchez I, Lima-Serrano M. Intellectual disability in children and teenagers: Influence on family and family health. Systematic reviewDiscapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar. Enferm Clin. 2018; 28(2): 89-102.

Ryff C. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Personal Soc Psychol. 1989; 57(6): 1069-1081.

Ryff CD. Psychological well – being in adult life. *Cur Dir Psychol Sci*. 1995: 4: 99-104.

Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. J Personal Soc Psychol. 1995; 69: 719-727.

Piazza B, Hennrikus W, Schell R, Armstrong D, Fortuna K. The Factors Most Important for Quality of Life in Children and Adolescents with Cerebral Palsy. J Pediatr Neurol Med. 2016; 1(1): 1-4.

Cui J, Fang F, Shen F, Song L, Zhou L, Ma X, Zhao J. Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill Quality of Life Questionnaire: A survey in China. *J Pain Symptom Manag*. 2014; 48(5): 893-902.

Mohammadi R, Dowran B, Rabie M, Salimi SH.The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Quality of Life among Military Student. Journal of Police Medicine. 2017; 6(1): 21-30. [Persian].

Pozo P, Sarria E, Brioso A. Family quality of life and psychological well-being in parents of children with autism spectrum disorders: a double ABCX model. J Intellect Disabil Res. 2014; 58 (5): 442-458.

Tomlinson ER, Yousaf O, Vitters AD, Jones L. Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness*. 2018; *9(1):* 23-43.

Huang CY, Yen HC, Tseng MH, Tung LC, Chen YD, Chen KL. Impacts of autistic behaviors, emotional and behavioral problems on parenting

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

stress in caregivers of children with autism. J Autism Dev Disord. 2014; 44: 1383-1390.

Wong-Lo M. Females with emotional/behavioral disorders and delinquency. J Gang Res. 2015; 22(2): 39-51.

Ozgur BG, Aksu H, Eser E. Factor's affecting quality of life of caregivers of children diagnosed with autism spectrum disorder. Indian J psychiatry. 2018; 60(3): 278-285.

Totsika V, Hastings RP, Emerson E, Berridge DM, Lancaster GA. Prosocial skills in young children with autism, and their mothers' psychological well-being: Longitudinal relationships. Res Autism Spe Disord. 2015; 13: 25-31.

Schoormans D, Nyklicek I. Mindfulness and psychologic well-being: Are they related to type of meditation technique practiced? *J Altern Complementary Med*. 2011; 17: 629-634.

Benn R, Avika T, Arel S, Roeser RW. Mindfulness training effects for parents and educators of children with special needs. Dev Psychol. 2012; 48(5): 1476-1487.

Lu J, Mumba MN, Lynch S, Li C, Hua C, Allen RS. Nursing students' trait mindfulness and psychological stress: A correlation and mediation analysis. Nurse Educ Today. 2019; 75: 41-46.

Jones L, Hastings RP, Totsika V, Keane L, Ruhle N. Child behavior problems and parental well-being in families of children with Autism: the mediating role of mindfulness and acceptance. Am J Intellec Dev Disabil. 2014; 119 (2): 171-185.

Sisk DA. Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. Psychol Res. 2017; 7(10): 530-535.

Ryan RM, Deci EL. Living well: A self-determination theory perspective on eudemonia. J Happin Studi. 2006; 9: 139-170.

Brown KW, Ryan RM. The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. J Pers Soc Psychol. 2003; 84(4): 822-848.

Silva MN, Marques MM, Teixeira PJ. Testing theory in practice: The example of self-determination theory-based interventions. Eur Health Psychol. 2014: 16(5); 171-180.

Gagne M. The oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory. New York: Oxford University Press. 2014.

Pagnini F, Bercovitz KE, Phillips D. Langerian mindfulness, quality of life and psychological symptoms in a sample of Italian students. Health Qual Lif Out. 2018; 16(1): 1-7.

Khandelwal S, Koradia K. Meditators and Non-Meditators: Level of Mindfulness and Psychological Well-Being. Inter J Indian Psychol. 2017; 4(4): 156-163.

Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 4th Ed. New York: Guilford. 2016.

Werner S, Shulman C. Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: The role of affiliate stigma and psychosocial moderating variables. Res Dev Disabil. 2013; 34: 4103-4114.

Gowdini R, Pourmohamdreza-Tajrishi M, Tahmasebi S, Biglarian A. Effect of Emotion Management Training to Mothers on the Behavioral Problems of Offspring: Parents' View. Arc of Rehabilit, 2017; 18(1): 13-24. [Persian].

Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and Adjustment in Two Geographical Areas: I--The Prevalence of Psychiatric Disorder. The British Journal of Psychiatry. *The Bri J Psychiat*. 1975; 126: 493-509.

Jalilabkenar SS, Ashoori M, Afrooz GH. The Effect of Social Behaviors Training on Improvement of the Social Skills of Adolescents with Intellectual Disability. Journal Of Rehabilitation. 2013; 14(3): 31-40. [Persian].

Matson JL, Esveldt-Dawson K, Kazdin AE. Validation of methods for assessing social skills in children. J Clinic Chi Psychol. 1983; 12(2): 174-180.

Momayezi F, Abdi Zarrin S, Eglima M, Raheb Gh. Social Skills: The Role of this Skills in Prevention of Adolescents Abuse. The Journal of Toloo-e-behdasht. 2011; 10(1): 96-108. [Persian].

Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment. 2006; 13(1): 27-45.

Taylor NZ, Millear PMR. Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in an Australian, meditating, demographically diverse sample. Personal Ind Differ. 2016; 90: 73-77.

Giovannini C, Giromini L, Bonalume L, Tagini A, Lang M. Amadei G. The Italian five facet mindfulness questionnaire: a contribution to its validity and reliability. J Psychopath Behavi Assess. 2014; 36(3): 415-423.

Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. Sjsph. 2006; 4(4): 1-12. [Persian].

Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation of Relationship between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. The Iranian Journal of Obstetrics, Cynecology and Infertility. 2010; 13(3): 47-53. [Persian].

Ryff CD. Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Soc Sci Res*. 2006; 35(4): 1103-1119.

Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marrital conflicts. J of Gorgan University of Medical Sciences. 2018; 20(3): 1-10. [Persian].

Chou CP, Bentler PM. Estimates and tests in structural equation modeling. In R. H. Hoyle (Ed.), Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications (p. 37–55). Sage Publications, Inc. 1995.

Kimura M. Social determinants of self-rated health among Japanese mothers of children with disabilities. Prev Med Rep. 2018; 10: 129-135.

Martins AP, Freitas C, Cristina M, Pereira S, & Santos C. Social media platform for people with intellectual disability. Proc Comp Scie. 2021; 181: 716-721.

Barisnikov K, Straccia C. Social adaptive skills and psychopathology in adults with intellectual disabilities of non-specific origin and those with Down syndrome. Res Dev Disabil. 2019; 87: 31-42.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جدول۱. شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱. بهزیستی روانشناختی	۶۰/۶۵	۲۰/۵۶	۱				
۲. کیفیت زندگی	۶۲/۸۹	۲۰/۶۹	۰/۹۱۰**	۱			
۳. ذهن‌آگاهی	۹۲/۳۸	۲۷/۵۴	۰/۸۶۲**	۰/۹۰۲**	۱		
۴. مشکلات رفتاری	۲۲/۰۹	۷/۹۲	-۰/۸۶۱**	-۰/۸۱۷**	-۰/۷۸۳**	۱	
۵. مهارت‌های اجتماعی	۱۰۹/۵۵	۲۷/۴۷	۰/۸۷۱**	۰/۸۴۴**	۰/۸۳۴**	۰/۸۱۸**	۱

** P <۰/۰۱ * P <۰/۰۵

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل‌پذیرش	مقدار
خی‌دو(χ^2)	-	۶۷۵/۸۹۲
نسبت خی‌دو به درجه آزادی	کمتر از ۳	۲/۷۹۳
شاخص برازندگی تطبیقی(CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۶۰
شاخص برازندگی فزاینده(IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۶۰
شاخص توکر-لویس(TLI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵۵
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب(RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۷۸
ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده(SRMR)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۴۱
معیار اطلاعاتی آکایکه(AIC)	-	۷۹۱/۸۹۲

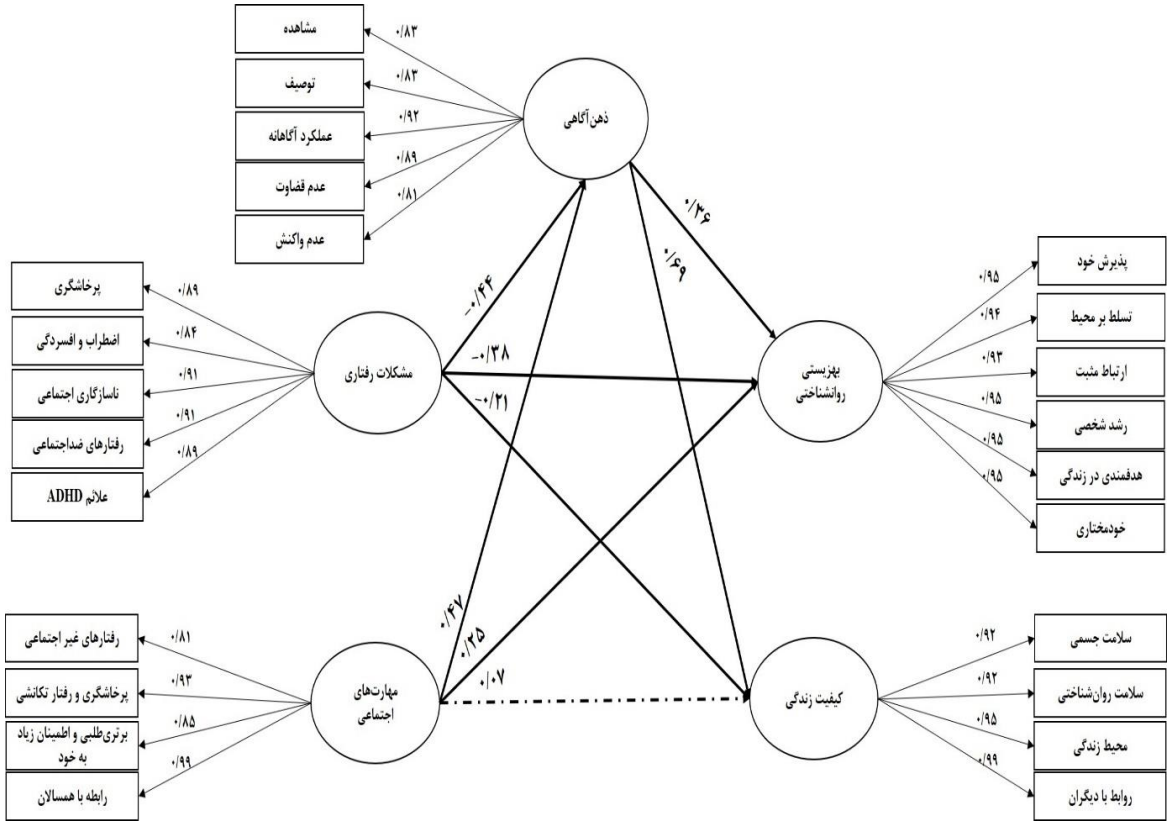
جدول ۳. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	T	P
مشکلات رفتاری	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۳۸۰	-۱/۰۱۵	۰/۱۴۲	-۷/۱۴۱	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۵۵	۰/۱۹۹	۰/۰۳۹	۵/۰۳۸	۰/۰۰۱
ذهن‌آگاهی	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۶۳	۰/۲۴۰	۰/۰۳۶	۶/۵۸۸	۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری	کیفیت زندگی	-۰/۲۱۱	-۰/۸۵۸	۰/۲۲۸	-۳/۷۷۰	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	کیفیت زندگی	۰/۰۷۱	۰/۰۸۵	۰/۰۶۴	۱/۳۱۳	۰/۱۸۹
ذهن‌آگاهی	کیفیت زندگی	۰/۶۹۰	۰/۶۹۴	۰/۰۶۶	۱۰/۵۳۱	۰/۰۰۱
مشکلات رفتاری	ذهن‌آگاهی	-۰/۴۴۱	-۱/۷۷۷	۰/۲۸۰	-۶/۳۴۶	۰/۰۰۱
مهارت‌های اجتماعی	ذهن‌آگاهی	۰/۴۷۱	۰/۵۵۵	۰/۰۸۰	۶/۹۴۱	۰/۰۰۱

جدول ۴. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	b	حد پایین	حد بالا	P
مشکلات رفتاری	ذهن‌آگاهی	بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۴۲۷	-۰/۸۲۳	-۰/۲۰۹	۰/۰۰۵
مشکلات رفتاری	ذهن‌آگاهی	کیفیت زندگی	-۱/۲۳۴	-۲/۰۰۴	-۰/۶۸۹	۰/۰۰۸
مهارت‌های اجتماعی	ذهن‌آگاهی	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۳۳	۰/۰۶۳	۰/۲۲۶	۰/۰۰۷
مهارت‌های اجتماعی	ذهن‌آگاهی	کیفیت زندگی	۰/۳۸۵	۰/۲۱۱	۰/۶۴۵	۰/۰۰۹

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش به همراه ضرایب مسیر استاندارد متغیرهای پژوهش در مدل اصلی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]