

Investigating the Relationship between Effective Communication Patterns, Resilience, and Emotional Intelligence with the Quality of Life of Parents of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)

Ali Asghari S¹, Sadeghi E^{2*}

1- MSc in General Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Sadeghi E, Assistant Professor of Psychology, Ayandegan Institute of Higher Education, Tonekabon, Iran

Email: elahehsadeghi49@yahoo.com

Abstract

Introduction: Parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) face various challenges that can affect their quality of life. Understanding the factors influencing these parents' quality of life can improve their psychological and social well-being.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted on all parents of hyperactive children aged 6 to 11 in Rasht during the academic year 2022. Sampling was done using convenience sampling, and data were collected using the Barton Communication Skills Questionnaire (1990), World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHO-QOL), and Connor-Davidson Resilience Scale (2003). Data analysis was performed using descriptive and inferential statistical methods (correlation analysis and multiple regression) with SPSS software.

Results: The results indicated a significant relationship between effective communication patterns, resilience, and emotional intelligence and the quality of life of parents of children with ADHD. These variables explained 38% of the variance in the quality of life of these parents.

Conclusions: The findings underscore the importance of enhancing communication skills, resilience, and emotional intelligence in improving the quality of life of parents of children with ADHD. Strengthening these skills can help reduce parental psychological burden, enhance family relationships, and better support for children with ADHD.

Keywords: Effective communication pattern; Resilience; Emotional intelligence; Quality of life; Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

بررسی رابطه الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی و نحوه پرستاری از آنها

سارا علی اصغری^۱، الهه صادقی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲- استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: الهه صادقی، استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی آیندگان، تنکابن، ایران.
ایمیل: elahehsadeghi49@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پرستاران به عنوان اعضای کلیدی تیم مراقبتی می‌توانند نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی (ADHD) داشته باشند. شناخت عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی این والدین می‌تواند به بهبود وضعیت روانی و اجتماعی آنان کمک کرده و عملکرد پرستاران را در ارائه مراقبت‌های جامع ارتقاء دهد. **روش کار:** این مطالعه توصیفی-همبستگی بوده و جامعه آماری آن شامل تمامی والدین کودکان بیش‌فعال ۶ تا ۱۱ سال شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱ است. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مهارت‌های ارتباطی بارتون، کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، و مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی (آزمون تحلیل همبستگی و رگرسیون چندمتغیره) و با نرم‌افزار SPSS صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها حاکی از وجود یک رابطه معنادار بین الگوی ارتباط مؤثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی بود. این متغیرها توانستند ۳۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی والدین را توضیح دهند.

نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت تقویت مهارت‌های ارتباطی، تاب‌آوری و هوش عاطفی در بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی تأکید می‌کنند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که تقویت این مهارت‌ها می‌تواند به کاهش بار روانی والدین و بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند، و در نتیجه بهبود روابط خانوادگی و پشتیبانی بهتر از کودکان مبتلا به ADHD منجر شود.

کلیدواژه‌ها: الگوی ارتباط مؤثر، تاب‌آوری، هوش عاطفی، کیفیت زندگی، مراقبت و پرستاری، نقص توجه و بیش‌فعالی.

مقدمه

شوند. حتی با کاهش علائم بیش‌فعالی و بهبود نسبی نقص توجه در طول زمان، ۷۰ تا ۸۰ درصد این کودکان همچنان تا دوران نوجوانی و جوانی علائم ثانویه را نشان می‌دهند (۳). علائم ADHD ممکن است تا بزرگسالی ادامه یابد و با اختلالات روانپزشکی مختلفی همراه شود. در بزرگسالان، این علائم به صورت بی‌قراری، تکانشگری و نارسایی توجه و تمرکز ظاهر می‌شوند که مشکلات اجتماعی زیادی ایجاد می‌کند توانایی روابط بین فردی به

اختلال نارسایی توجه-بیش‌فعالی (ADHD) یکی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی است که ۳ تا ۷ درصد کودکان دبستانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱،۲). این اختلال با مشکلاتی در زمینه نقص توجه، بیش‌فعالی و تکانشگری همراه است که موجب می‌شود کودکان مبتلا به آن با مسائل عاطفی، اجتماعی و رفتاری بیشتری مواجه

- بیش فعالی همراه با مشکلات متعددی است، لزوم پیشگیری اولیه و مداخلات درمانی زودرس و موثر مورد تأکید قرار گرفته است (۹).

مطالعات متعدد نشان می‌دهند که روش‌های مختلف درمانی می‌توانند علائم اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی را کاهش دهند. رجبی و همکاران (۱۳۹۸) اثربخشی قصه‌درمانی در کاهش پرخاشگری و افزایش مهارت‌های ارتباطی را نشان دادند (۱۰). سهرابی و همکاران (۱۳۹۳) گزارش کردند که درمان ترکیبی برنامه فرزندپروری مثبت و دارو درمانی علائم اختلال و مهارت فرزندپروری مادران را بهبود می‌بخشد (۱۱). لورنزو و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که دانشجویان با نشانگان این اختلال در مهارت‌های اجتماعی و عزت نفس عملکرد پایین‌تری دارند (۱۲). دونگ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نیازهای خدماتی خانواده‌های کودکان مبتلا به این اختلال را بررسی کردند و تفاوت‌های فرهنگی و اقتصادی را شناسایی کردند. به طور کلی، مداخلات آموزشی و درمانی، به‌ویژه آموزش والدین، به طور معناداری مشکلات رفتاری و ارتباطی کودکان را کاهش داده و مهارت‌های اجتماعی و روانی آنها را بهبود می‌بخشد (۱۳). متأسفانه یک آزمون ساده و منحصر به فرد، مانند تست خون وجود ندارد که بتوان برای تشخیص این اختلال به کار برد. تشخیص این اختلال پیچیده است و باید اطلاعات گوناگون را توسط تیم تشخیص شامل روان‌شناس کودک، روان‌سنج، روان‌پزشک کودک و پزشک اطفال به دست آورد. هدف از انجام این پژوهش، بررسی رابطه بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی است. جامعه آماری این پژوهش تمامی والدین کودکان بیش فعال ۶ تا ۱۱ سال شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ می‌باشد. این تحقیق با شناسایی و تحلیل این روابط، به دنبال ارائه راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی والدین و در نتیجه بهبود شرایط زندگی کودکان مبتلا به این اختلال است. ضرورت این پژوهش از آنجاست که نقص توجه و بیش فعالی نه تنها زندگی کودکان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه فشارهای روانی و عاطفی زیادی بر والدین وارد می‌کند. شناخت و تقویت عوامل موثر بر کیفیت زندگی این والدین می‌تواند به کاهش استرس‌ها و بهبود سلامت روانی و عاطفی خانواده‌ها کمک کند، که در نهایت منجر به ارتقاء کیفیت زندگی کودکان نیز خواهد

میزان زیادی به مهارت‌های ارتباطی بستگی دارد؛ ارتباط مؤثر از بروز سوءتفاهم جلوگیری کرده و با انتقال احساسات، عقاید و افکار، رشد فرد و جامعه را تضمین می‌کند. علاوه بر مهارت‌های ارتباطی، تاب‌آوری نیز نقش مهمی در مدیریت و بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال دارد (۴).

تاب‌آوری، یک فرآیند پویا برای سازگاری مثبت با تجربیات آسیب‌زا در زندگی است که به عنوان «مقاومت در برابر استرس» یا «رشد پس از تروما» شناخته می‌شود (۵). هوش عاطفی نیز، دنیای تازه‌ای را در فهم هوش انسان گشوده است و توانایی برای ارزیابی هوش کلی یا عمومی را توسعه داده است (۶). این دو مفهوم، در چالش‌های روزانه و در مواجهه با مشکلات زندگی، نقش مهمی ایفا می‌کنند. کیفیت زندگی والدین تحت تأثیر بیش فعالی فرزندان قرار می‌گیرد. خانواده سالم، ساختار پویا و پیچیده‌ای است که اعضای آن به صورت مشترک و با داشتن مرزهای مشخص و انعطاف‌پذیر با یکدیگر در ارتباط هستند و دارای ارتباط سازنده با بسترهای اجتماعی هستند (۷). اختلال نارسایی توجه - بیش فعالی، مشکلات گسترده‌ای از جمله افت تحصیلی، اختلالات رفتاری و عاطفی، و مشکلات خانوادگی ایجاد می‌کند. بنابراین، پیشگیری اولیه و مداخلات درمانی زودرس و موثر برای مقابله با این اختلال جهت افزایش کیفیت زندگی والدین و فرزندان بسیار ضروری است.

کیفیت زندگی، یک مفهوم جامع و چند بُعدی است که ابعاد متعددی از زندگی انسانی را در بر می‌گیرد، از جمله عناصر اجتماعی، فیزیکی، عاطفی و معنوی. این مفهوم به تقاضاهای فردی، تمایلات، آرزوها و استانداردهای فرهنگی و اجتماعی احترام می‌گذارد. در مراحل اولیه، شاخص‌های اجتماعی با فرض اینکه تأثیر معناداری بر کیفیت زندگی دارند، مورد قبول قرار گرفتند. با این حال، در نهایت مشخص شد که این شاخص‌ها برای سنجش کیفیت زندگی کافی نیستند و عوامل اصلی تأمین‌کننده کیفیت زندگی، بیشتر دارای جنبه‌های روان‌شناختی هستند تا اقتصادی و جمعیت‌شناختی (۸). وقایع زندگی شامل وقایع مثبت یا منفی و وقایع عمده زندگی مانند مرگ یکی از اعضای خانواده، ازدواج، یا پیشرفت حرفه‌ای است. پیامدهای زندگی شامل شیوه‌هایی است که افراد با کمک آن‌ها می‌توانند در مواجهه با رویدادهای زندگی سازگاری یابند. در نهایت، با توجه به اینکه مشکل اختلال نارسایی توجه

شد.

در مطالعه‌ای در ایران، این مقیاس به فارسی ترجمه و روایی و پایایی آن را گزارش شده است و ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است. برای بررسی پایایی مقیاس در مطالعه ذکر شده، از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته‌ای)، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده شد که هر سه مورد بیانگر مطلوبیت پایایی مقیاس بوده است. در تحقیق حاضر نیز، جهت تعیین پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضرایب ۰/۷۰ بعد سلامت جسمی، ۰/۷۷ بعد سلامت روان، ۰/۶۵ بعد روابط اجتماعی و ۰/۷۷ بعد محیط زندگی، بیانگر پایایی مطلوب مقیاس می باشد. در تحقیق حاضر، جهت تعیین روایی از ضریب همبستگی هر گویه با نمره بعد مربوط به خود استفاده گردید. تمام ضرایب معنادار بودند.

مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون

این پرسشنامه را کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب آوری تهیه کردند (۱۴). بررسی ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روانپزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده و می‌تواند در موقعیتهای پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. عبارات مربوط به هر زیرمقیاس به شکل جدول ۱ می‌باشد.

روش کار

در این مطالعه، رابطه بین الگوی ارتباطی موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدینی که دارای کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هستند، مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه والدین کودکان ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به بیش‌فعالی در شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ است. این مطالعه یک تحقیق توصیفی-همبستگی است و روش همبستگی این امکان را به پژوهشگر می‌دهد که احتمال وجود ارتباط بین چندین متغیر پیش‌بین و متغیر معیار را بررسی کند.

ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش مشتمل بر چهار پرسشنامه بود شامل کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه)، مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون، پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی، و پرسشنامه هوش عاطفی که در ادامه به شرح هر کدام از آنها پرداخته خواهد شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه)

این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، و محیط اجتماعی. این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می‌شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین‌فرهنگی می‌داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (۵).

جدول ۱. عبارات مربوط به زیرمقیاس‌های معیار تاب‌آوری کونور و دیویدسون

عنوان زیرمقیاس	عبارات مربوطه در پرسشنامه
تصور از شایستگی فردی	۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵
اعتماد به‌غرایز فردی تحمل عاطفه منفی	۶-۷-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۱-۲-۴-۵-۸
کنترل	۱۳-۲۱-۲۲
تأثیرات معنوی	۳-۹

را نشان دادند. در این پژوهش اعتبار و روایی بدست آمده ۰/۸۱ می‌باشد که از روایی مناسب برخوردار است.

پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی

این پرسشنامه ۱۹ سوال دارد که در درجه بندی لیکرت در ۵ مقیاس که از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) تدوین شده است. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه‌ای توسط حسین چاری و فداکار متشکل از ۷۳۳ دانش آموز و دانشجویی ایرانی با استفاده از آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن برای کل آزمون در نمونه دانشجویان به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. همچنین حسین چاری و همکاران با بکارگیری روش آماری تحلیل عاملی، روایی سازه پرسشنامه را نیز در این پژوهش مورد بررسی قرار دادند و به ۵ عامل مهارت‌های درک پیام‌های کلامی و غیر کلامی، مهارت‌های نظم‌دهی به هیجان‌ها، مهارت‌های گوش دادن، مهارت‌های بینش نسبت به فرایند ارتباط، و قاطعیت در ارتباط دست یافتند. در این پژوهش اعتبار و روایی بدست آمده ۰/۸۴ می‌باشد که از روایی مناسب برخوردار است.

پرسشنامه هوش عاطفی

پرسشنامه هوش عاطفی توسط پترایدز و فانهام (۱۵) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می‌باشد، این پرسشنامه چهار بعد خوش بینی، درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت اجتماعی را می‌سنجد. این پرسشنامه توسط سعیدنیا (۱۳۹۳) اعتباریابی شده است. فرم اولیه این مقیاس دارای ۱۱۴ سوال و ۱۵ مقیاس است. این پرسشنامه یک فرم ۳۰ گویه‌ای نیز دارد. مولفه‌های این پرسشنامه مطابق جدول ۲ می‌باشد (۱۶).

در مورد پایایی این ابزار کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۷ بوده است. پایایی ایرانی این مقیاس در ایران توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۴) (۱۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کرده است. از نظر اعتبار نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا همبستگی مثبت معنادار و با نمرات مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس آسیب پذیری نسبت به استرس شیپهان همبستگی منفی معناداری داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. همچنین اعتبار افتراقی نشان داده نمرات مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون در هنگام شروع آزمایش و همچنین هنگام خاتمه با نمرات مقیاس تجربه جنسی آریزونا همبستگی معناداری نداشت. این مطلب حاکی از اعتبار افتراقی آزمون است. در ایران برای تعیین روایی این مقیاس نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰/۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی

جدول ۲. عبارات مربوط به مولفه‌های پرسشنامه هوش عاطفی

مولفه‌ها	عبارات مربوطه در پرسشنامه
خوش‌بینی	۳، ۵، ۱۲، ۱۳، ۲۰، ۲۴، ۲۷
درک عواطف خود و دیگران	۶، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۹، ۳۰
کنترل عواطف	۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۳، ۲۵
مهارت‌های اجتماعی	۱، ۲، ۸، ۱۶، ۲۶، ۲۸

طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (۱۷) شامل کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد که در جدول ۳ نشان داده شده است.

سوالات ۲، ۴، ۵، ۷، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸ پرسشنامه، به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. شیوه امتیازدهی

جدول ۳. طیف لیکرت ۵ درجه برای سنجش میزان موافقت با سوالات

گزینه انتخابی	کاملاً موافقم	موافقم	تا اندازه‌ای	مخالفم	کاملاً مخالفم
امتیاز گویه های مثبت	۵	۴	۳	۲	۱
امتیاز گویه های منفی	۱	۲	۳	۴	۵

نتیجه‌گیری از این تحلیل‌ها می‌تواند به شناخت بهتر از ساختار پرسشنامه و مولفه‌های مؤثر در آن کمک کند. در روش دوّم، نمره‌های به دست آمده از پرسشنامه‌ها جمع‌آوری می‌شوند. سپس از جدول ۴ جهت قضاوت استفاده می‌شود. این جدول معیاری است که برای تفسیر نمره‌ها و تعیین سطح مهارت یا وضعیت مورد مطالعه استفاده می‌شود (۱۶). در این روش، می‌توانید بر اساس نمره‌های به دست آمده، ارتباط میان متغیرها را بررسی کنید.

به دو طریق می‌توان از تحلیل این پرسشنامه استفاده کرد: (۱) تحلیل بر اساس مولفه‌های پرسشنامه و (۲) تحلیل بر اساس میزان نمره به دست آمده. در روش اول، ابتدا پرسشنامه‌ها بین جامعه مورد مطالعه توزیع می‌شوند و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان، داده‌ها جمع‌آوری می‌شوند. سپس از نرم‌افزارهای آماری مانند SPSS (نرم‌افزار آماری پردازش داده‌ها) استفاده می‌شود تا داده‌ها تحلیل شوند. این تحلیل می‌تواند شامل تحلیل عاملی، تحلیل اصولی، تحلیل مولفه‌های اصلی و ... باشد.

جدول ۴. پرسشنامه هوش عاطفی و تحلیل بر اساس میزان نمره پرسشنامه

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۳۰	۹۰	۱۵۰

والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی به عنوان متغیر ملاک مورد بررسی قرار گرفت. در این مدل همه متغیرها یکجا وارد مدل تجزیه و تحلیل شده و سپس مقدار واریانس تبیین شده توسط آنان تعیین می‌شود و هر متغیر پیش بین بر اساس توان پیش بینی خودش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

بررسی توصیفی نتایج

جدول ۵ جامعه آماری شرکت کننده در پژوهش را نشان می‌دهد. مطابق این جدول، بیشترین حجم والدینی که در این پژوهش شرکت داشتند، مرد (۶۰٪) بودند. در مورد پارامتر تحصیلات، اکثریت شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم بودند.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی نظیر میانگین و انحراف استاندارد و برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های استنباطی تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان و همبستگی با نرم افزار آماری SPSS (ورژن ۱۶) استفاده شد.

نتایج و بحث

داده‌های به دست آمده از اجرای پژوهش با استفاده از آمار استنباطی (رگرسیون چندگانه، ضریب همبستگی پیرسون) و با استفاده از نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در این پژوهش الگوی ارتباط مؤثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی به عنوان متغیرهای پیش بین و کیفیت زندگی

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی والدین مورد مطالعه

پارامتر	متغیر	فروانی	درصد فراوانی (%)
جنسیت	مرد	۳۶	۴۰
	زن	۵۴	۶۰
تحصیلات	کم‌تر از دیپلم	۳۱	۳۴,۴
	دیپلم	۴۳	۴۷,۸
ازدواج	تحصیلات دانشگاهی	۱۶	۱۷,۸
	طلاق	۲۴	۲۶,۷
اشتغال	مشترک	۶۶	۷۳,۳
	دولتی - نیمه دولتی	۳۸	۴۲,۲
	آزاد	۵۲	۵۷,۸

شرکت کننده در این پژوهش ۷۷/۲۵ با انحراف استاندارد ۸/۶۹ می باشد و در بین متغیرهای پیش بینی، بالاترین میانگین را هوش عاطفی (۱۱۰/۳۸) با انحراف استاندارد (۸/۷۷) دارد.

در مورد وضعیت ازدواج، به لحاظ زندگی مشترک و یا مطلقه بودن، بیشتر از ۷۰ درصد شرکت کنندگان دارای ازدواج پایدار بودند. در ارتباط با اشتغال نیز، ۵۷٫۸٪ از شرکت کنندگان دارای مشاغل آزاد بودند. همچنین در جدول ۶ مشاهده می شود که میانگین کیفیت زندگی (متغیر ملاک) والدین

جدول ۶. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۷۷٫۲۵	۸٫۶۹
الگوی ارتباط موثر	۶۶٫۵۶	۵٫۶۵
تاب آوری بیانگر	۶۴٫۹۸	۹٫۷۹
هوش عاطفی	۱۱۰٫۳۸	۸٫۷۷

تحلیل را با اطمینان بیشتری تفسیر کرد. این امر اهمیت ویژه‌ای دارد زیرا تأثیر هر یک از متغیرهای پیش‌بین بر کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی به‌طور مستقل و بدون تأثیر همبستگی‌های نامطلوب بررسی می‌شود (۲۰).

تفسیر داده‌های پرت

داده‌های پرت می‌توانند تحلیل رگرسیون را تحت تأثیر قرار دهند. این داده‌ها از طریق پس‌ماند استاندارد شده بررسی می‌شوند. اگر فاصله آنها از میانگین استاندارد شده در محدوده ۳٫۳ تا ۳٫۳- باشد، به عنوان داده‌های پرت تلقی نمی‌شوند. در این مطالعه، فاصله داده‌ها در محدوده‌ای بین ۲٫۲۱ تا ۲٫۷۸- است، که نشان‌دهنده عدم وجود داده‌های پرت با تأثیر قابل توجه در تحلیل می‌باشد (۲۱).

خطی بودن

در تحلیل رگرسیون، ارتباط بین متغیرها از طریق بررسی نمودار رابطه‌ی آنها مشخص می‌شود. ارتباط خطی بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی می‌تواند از طریق نمودار خطی بررسی شود. در شکل ۱، شیب خط نشان‌دهنده قوت و جهت ارتباط خطی بین متغیرها است. به عنوان مثال، اگر می‌خواهیم ارتباط بین هوش عاطفی و کیفیت زندگی را بررسی کنیم، می‌توانیم داده‌های مربوط به هوش عاطفی و کیفیت زندگی را جمع‌آوری کنیم. سپس با رسم نمودار خطی همبستگی، می‌توانیم مشاهده کنیم که آیا افزایش هوش عاطفی باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود یا خیر. در نمودار خطی همبستگی، اگر خط به سمت بالا برود، این نشان‌دهنده ارتباط مثبت است، به این معنا که با افزایش یک متغیر،

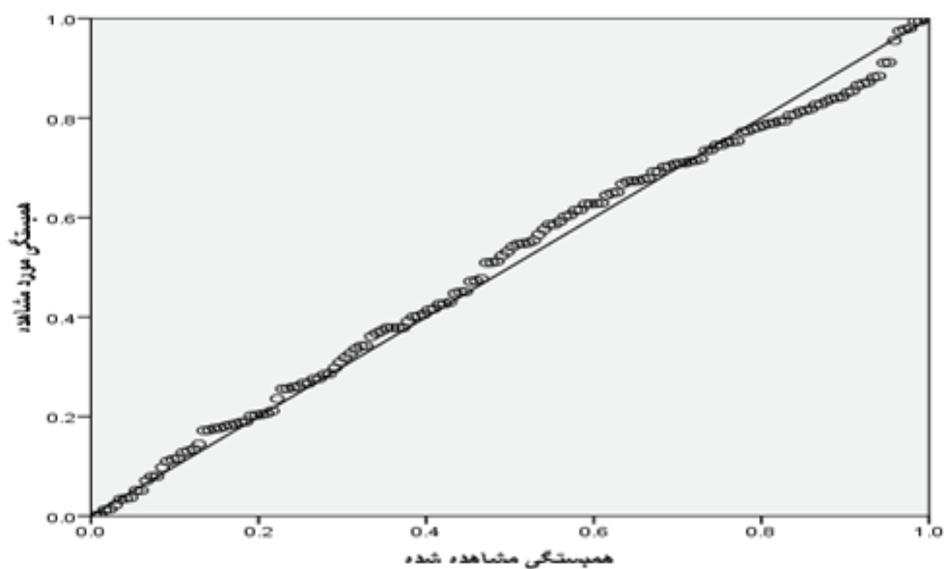
بررسی مفروضه‌های رگرسیون

در این پژوهش الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی به عنوان مورد بررسی قرار گرفت. یک روش آماری که به ما این امکان را می‌دهد تا نمره یک فرد در یک متغیر را براساس نمره‌های او در متغیر دیگر یا در چندین متغیر دیگر در صورت همبسته بودن پیش‌بینی کنیم رگرسیون است (۱۸). هرچقدر میزان همبستگی بیشتر باشد نمرات به‌خط رگرسیون نزدیک‌تر و در نتیجه پیش‌بینی دقیق‌تر است. زمانی که هدف پیش‌بینی یک متغیر ملاک از چند متغیر پیش‌بینی باشد، از مدل رگرسیون چندگانه استفاده می‌گردد. روش همزمان یکی از مدل‌های انجام رگرسیون چندگانه است. در این مدل همه متغیرها یکجا وارد مدل تجزیه و تحلیل شده و سپس مقدار واریانس تبیین شده توسط آنان تعیین می‌شود و هر متغیر پیش‌بین بر اساس توان پیش‌بینی خودش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد (۱۹). برای اطمینان از صحت تحلیل رگرسیون، سه جنبه مهم بررسی می‌شوند: چند هم‌خطی بودن، داده‌های پرت و خطی بودن.

چند هم‌خطی بودن یکی از مسائل مهم در تحلیل رگرسیون است که از طریق مقدار تحمل (تاب‌آوری) و ضریب تورم واریانس بررسی می‌شود. در پژوهش حاضر، مقدار تحمل برای متغیرهای پیش‌بین (الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی) بالاتر از ۰٫۱ و مقدار ضریب تورم واریانس کمتر از ۱۰ است. این نتایج نشان می‌دهد که چند هم‌خطی بودن در مدل رگرسیون وجود ندارد و مفروضه عدم چند هم‌خطی بودن برقرار است. بنابراین، می‌توان به دقت و پایداری ضرایب رگرسیون اطمینان داشت و نتایج

با افزایش یک متغیر، متغیر دیگر کاهش می‌یابد.

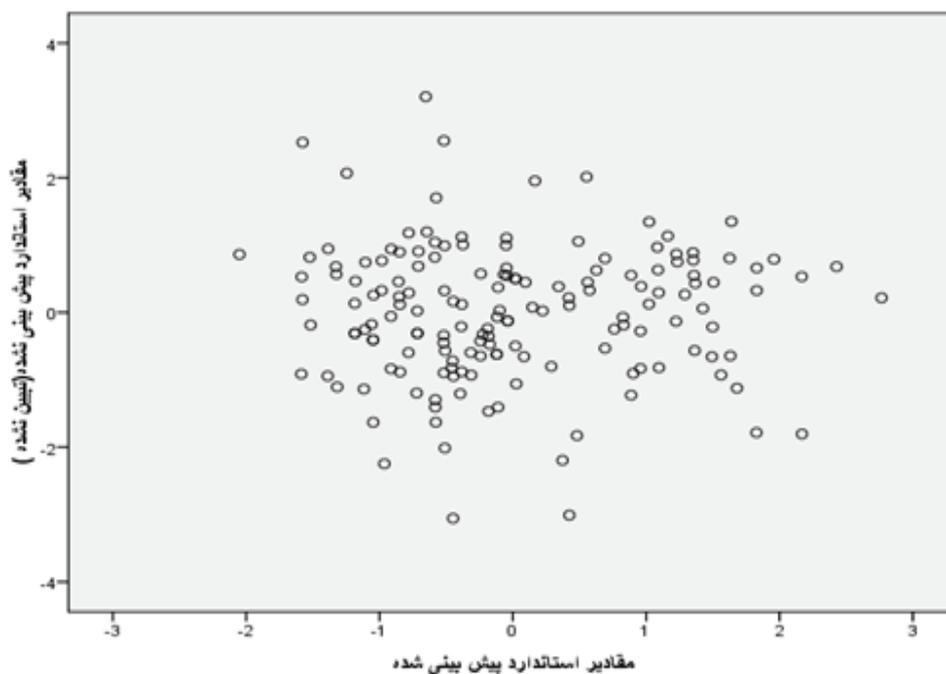
متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد. اگر خط به سمت پایین برود، این نشان‌دهنده ارتباط منفی است، به این معنا که



شکل ۱. نمودار خطی همبستگی بین الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی

غیرخطی، استفاده از رگرسیون خطی مناسب نخواهد بود. این نمودار همچنین برای بررسی پراکندگی و مستقل بودن داده‌های باقی مانده استفاده می‌شود.

همچنین نمودار ارتباط غیرخطی بین داده‌های باقی مانده (شکل ۲) برای بررسی ارتباط غیرخطی بین داده‌های باقی مانده در رگرسیون استفاده می‌شود. در صورت وجود ارتباط



شکل ۲. ارتباط غیر خطی بین داده های باقی مانده

بررسی قرار نگرفته‌اند، تبیین نشده است. این نکته مهمی است که نشان می‌دهد حتی با استفاده از مدل پیش‌بینی فعلی، بخشی از تغییرات در کیفیت زندگی قابل تبیین نیست و احتمالاً توسط متغیرها و عوامل دیگری که هنوز مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند، توجیه می‌شود (۲۳).

تبیین نتایج آزمون فرضیه‌ها

فرضیه اصلی این مطالعه به این صورت بود که بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج رگرسیون چندگانه به شیوه همزمان (جدول ۷) نشان می‌دهد که الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی توانسته است ۳۸ درصد واریانس کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی (متغیر ملاک) را تبیین کند.

نمودار فوق‌نشان‌دهنده ارتباط غیرخطی بین داده‌های باقی‌مانده در تحلیل رگرسیون است. این نمودار به همراه میزان آماره دوربین‌واتسون که ۱,۱۷ است و شاخص فاصله کوک که ۰,۰۱ است، نشان می‌دهد که پس‌مانده‌ها (خطاها) استقلال و یکنواختی پراکندگی را دارند. این مسئله به ما اجازه می‌دهد که از مدل رگرسیون استفاده کنیم (۲۲).

با توجه به نمودار، مقادیری که در پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی نداشته‌اند را مشاهده می‌کنیم. پراکندگی نقاط در این نمودار نشان‌دهنده باقی‌مانده یا واریانس است که توسط مدل پیش‌بینی نشده است. به طور دقیق‌تر، این نمودار نشان می‌دهد که بخشی از واریانس در پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی توسط متغیرها و عوامل دیگری که در این پژوهش مورد

جدول ۷. تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس تنظیم الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی

همبستگی چندگانه R ²	مجذور همبستگی چندگانه R ²	R	خطای استاندارد	F تغییرات
۰/۶۱۲	۰/۳۷۵	۰/۳۵۳	۱/۳۵	۱۷/۱۶

معنی‌داری (p-value) که به ترتیب ۱۶,۱۷ و ۰,۰۰۱ است، این نتایج نشان می‌دهند که متغیرهای مذکور به طور معناداری با کیفیت زندگی مرتبط هستند. این یافته مهم نشان‌دهنده تأثیر قابل توجهی است که الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی می‌توانند بر کیفیت زندگی فردی داشته باشند، و این مدل می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مفید برای پیش‌بینی و ارزیابی کیفیت زندگی مورد استفاده قرار گیرد.

در جدول ۸، نتایج تحلیل واریانس رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی آمده است. آماره‌های اصلی شامل منبع تغییرات، مجموع مجذورات، درجه آزادی، متوسط مجذورات، آماره F و سطح معنی‌داری (p-value) معرفی شده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که مدل رگرسیون خطی چندگانه متغیرهای پیش‌بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی را به‌عنوان پیش‌بیننده‌های موثر در کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به مقدار آماره F و سطح

جدول ۸. تحلیل واریانس رگرسیون الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی در پیش‌بینی کیفیت زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	متوسط مجذورات	F	p-value
رگرسیون	۹۶/۹۹	۳	۳۱/۶۶	۱۷/۱۶	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۵۸/۶۰	۸۶	۱/۸۴	-	-
کل	۲۵۴/۵۹	۸۹	-	-	-

ضرایب رگرسیون استاندارد شده نیز به ترتیب برابر با ۰,۲۲۲، ۰,۲۷۲ و ۰,۴۲۰ می‌باشند، که همگی این مقادیر نشان‌دهنده ارتباط معنادار و مثبت بین متغیرها و کیفیت زندگی است. معادله رگرسیون مورد استفاده برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی به شرح زیر است:

در جدول ۹، ضرایب رگرسیون استاندارد شده (بتا) برای متغیرهای الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی در پیش‌بینی کیفیت زندگی آمده است. نتایج نشان می‌دهند که هر سه متغیر الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی به‌طور مستقل و معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی مؤثر هستند. مقادیر p-value کمتر از ۰,۰۰۱ و

جدول ۹. ضریب رگرسیون استاندارد شده (بتا) الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی در پیش بینی کیفیت زندگی

متغیرهای پیش‌بینی	ضرایب رگرسیون	SE	ضرایب رگرسیون استاندارد شده β	t	p-value
مقدار ثابت (a)	۱۱۰/۱۳	۱/۰۳	-	۱۷/۸۹	۰/۰۰۱
الگوی ارتباط	۰/۷۱۳	۰/۰۱	۰/۲۲۲	۲/۸۲	۰/۰۰۲
تاب آوری	۰/۸۲۰	۰/۰۱	۰/۲۷۲	۳/۱۷	۰/۰۰۱
هوش عاطفی	۱/۱۵	۰/۰۱	۰/۴۲۰	۵/۸۰	۰/۰۰۱

تحلیل جدول فوق نشان می‌دهد که دانش‌آموزان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی از روابط خانوادگی آشفته‌تری برخوردار هستند و کمترین حمایت و کنترل از سوی خانواده را دریافت می‌کنند. این نتایج با تحقیقات قبلی از جمله مطالعات انجام شده توسط فارون و همکاران همخوانی دارد (۲۴). همچنین، مطالعات فوساتی و همکاران (۲۰۲۰) (۲۵)، دانکارتس و همکاران (۲۰۱۰) (۲۶) نیز نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به نقص توجه/بیش‌فعالی حمایت کمتری از فرزندان خود در خانه دارند. این مسأله به وجود می‌آید زیرا والدین در مواجهه با مشکلات عمده در روابط خانوادگی، به کنترل استراتژیک متوسل می‌شوند، اما در بسیاری از مواقع، این تلاش با عدم توجه فرزندان به دستاوردهای خود و تنظیم عصبانیت طرفین همراه است. همچنین، والدین در صورت عدم توانایی در تغییر رفتار کودکان بیش‌فعال، به سبک روابط خانوادگی آزادی روی می‌دهند که در نتیجه، توانایی مداخله در رشد و توسعه

فرزندان را از دست می‌دهند (۲۷).

اطلاع‌رسانی والدین از تأثیر روابط خانوادگی گرم و شیوه‌های صحیح برقراری ارتباط با فرزندان، باعث می‌شود که در رفتارهای خود دوباره ارزیابی کنند و روش‌های صحیح برخورد را با فرزندان اجرا کنند. اما والدین خانواده‌های بیش‌فعال اغلب با مشکلات روانی فرزندان خود آشنا نیستند و نمی‌توانند به طور صحیح مسائل اساسی فرزندان خود را درک کنند. این ناتوانی باعث می‌شود که والدین به ناراحتی‌های فرزندان پاسخ ندهند و به دلیل استمرار مشکلات، احساس شکست کنند و در نتیجه، از کنترل و مراقبت دست بکشند و به رفتارهای آزادگانه روی آورند (۲۸). در ادامه نتایج این مطالعه، جدول ۱۰ شامل اطلاعاتی درباره ضریب همبستگی و سطح معنی‌داری برای رابطه بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی است.

جدول ۱۰. همبستگی تاب آوری با کیفیت زندگی

متغیر	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی‌داری (sig)
تاب آوری	۰/۴۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	*	*

با توجه به نتایج بدست آمده از تحلیل آماری، میان تاب آوری و کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی همبستگی مثبتی به میزان ضریب همبستگی معادل 0.45 (جدول ۱۰) وجود دارد که از نظر آماری معنادار است. این یافته نشان می‌دهد که با افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی والدین به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد. به عبارت دیگر، این نتیجه به ما اطمینان می‌دهد که تاب‌آوری به عنوان یک متغیر پیش‌بینی‌کننده قوی، تأثیر مثبتی بر کیفیت زندگی این والدین دارد. افزایش تاب‌آوری می‌تواند والدین را در مواجهه

با چالش‌های مرتبط با نگهداری و تربیت کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی یاری کند، و بهبود کیفیت زندگی آنان را به همراه داشته باشد. تاب‌آوری، به عنوان توانایی فرد در مقابله با فشارها و استرس‌های زندگی، می‌تواند به والدین کمک کند تا با مشکلات روزمره و چالش‌های مرتبط با نگهداری از کودکان با نیازهای ویژه به شکل موثرتری مواجه شوند. این توانایی شامل سازگاری با شرایط سخت، کاهش افسردگی، و افزایش توانمندی‌های روانی و اجتماعی است که همه این عوامل در نهایت به بهبود کیفیت زندگی منجر می‌شوند.

در مطالعات مشابه، پژوهش‌های بارکلی (۲۹)، ماش و بارکلی (۲۰۱۷) (۳۰)، و مارمورستین و همکاران (۲۰۰۴) (۳۱) نیز نشان داده شده است که والدین کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی با فشارهای روانی بیشتری مواجه هستند. تاب‌آوری به عنوان یک عامل محافظتی، می‌تواند به این والدین کمک کند تا با این چالش‌ها به شکل موثرتری مقابله کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی رابطه بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی پرداخت. نتایج به دست آمده نشان داد که این متغیرهای پیش‌بین می‌توانند به طور معناداری کیفیت زندگی والدین را پیش‌بینی کنند. به‌ویژه، تحلیل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد که هر سه متغیر الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی تأثیر مثبت و معناداری بر کیفیت زندگی دارند. جدول‌های تحلیل واریانس و ضریب رگرسیون استاندارد شده، بیانگر این نکته هستند که هوش عاطفی، تاب‌آوری و الگوی ارتباط موثر، به ترتیب بیشترین تأثیر را بر کیفیت زندگی والدین دارند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است و نشان می‌دهد که

تقویت این عوامل می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی والدین کمک کند. نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که تاب‌آوری به عنوان یکی از عوامل کلیدی در بهبود کیفیت زندگی والدین نقش مهمی دارد. این بدان معناست که افزایش تاب‌آوری می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی منجر شود. در نهایت، این پژوهش تأکید می‌کند که ارتقاء الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی در والدین می‌تواند به طور قابل توجهی به بهبود کیفیت زندگی آنان کمک کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود که برنامه‌های آموزشی و حمایتی برای تقویت این مهارت‌ها در والدین تدوین و اجرا شود تا بتوان به صورت مؤثری از چالش‌های ناشی از داشتن کودک مبتلا به نقص توجه و بیش‌فعالی کاست و به ارتقاء کیفیت زندگی این خانواده‌ها کمک کرد.

سیاسگزاری

نویسندگان از گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران به خاطر حمایت‌های علمی ایشان کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

Reference

- Kazda L, Bell K, Thomas R, McGeechan K, Sims R, Barratt A. Overdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic scoping review. *JAMA network open*. 2021;4(4):e215335-e.
- Feizollahi J, Sadeghi M, Rezaei F. The Effect of Cognitive Behavioral Play Therapy and Its Integration with Parental Management Training on Symptoms of ADHD in 7-11 Year Old Children: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2020;19(2):155-72.
- Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2010;2:241-55.
- Solgi Z. The Effect of Metacognitive Skills Training on Symptoms of Social Anxiety and Demoralization Symptoms In girls With High levels of Coronary Anxiety. *Social Psychology Research*. 2022;11(44):1-22.
- Akgün AE, Keskin H, Byrne JC, Aren S. Emotional and learning capability and their impact on product innovativeness and firm performance. *Technovation*. 2007;27(9):501-13.
- Dawda D, Hart SD. Assessing emotional intelligence: Reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and individual differences*. 2000;28(4):797-812.
- Mashayekhi Dolatabadi MR, Mohammadi M. Resilience and spiritual intelligence predictors of as academic self-efficacy in urban and rural students. *Journal of school psychology*. 2014;3(2):205-25.
- Kollins SH, DeLoss DJ, Cañadas E, Lutz J, Findling RL, Keefe RS, et al. A novel digital intervention for actively reducing severity of paediatric ADHD (STARS-ADHD): a randomised controlled trial. *The Lancet Digital Health*. 2020;2(4):e168-e78.

9. Arrondo G, Mulraney M, Iturmendi-Sabater I, Musullulu H, Gamba L, Niculcea T, et al. Systematic review and Meta-analysis: clinical utility of continuous performance tests for the identification of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2024;63(2):154-71.
10. Rajabi S, Alimoradi K. Effectiveness of curriculum theater in social skills and learning of basic courses in elementary students. *New Educational Approaches*. 2018;12(2):98-113.
11. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *Journal of school psychology*. 2014;3(2):82-103.
12. Di Lorenzo R, Balducci J, Poppi C, Arcolin E, Cutino A, Ferri P, et al. Children and adolescents with ADHD followed up to adulthood: A systematic review of long-term outcomes. *Acta Neuropsychiatrica*. 2021;33(6):283-98.
13. Dong Q, Garcia B, Pham AV, Cumming M. Culturally responsive approaches for addressing ADHD within multi-tiered systems of support. *Current psychiatry reports*. 2020;22:1-10.
14. Connor KM, Davidson JR. Connor-Davidson Resilience Scale. Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. 2003.
15. Petrides K, Furnham A. Trait emotional intelligence questionnaire (TEIQue). Technical Manual London: London Psychometric Laboratory. 2009.
16. Combs MA, Canu WH, Broman-Fulks JJ, Rocheleau CA, Nieman DC. Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of attention disorders*. 2015;19(5):425-34.
17. Joshi A, Kale S, Chandel S, Pal DK. Likert scale: Explored and explained. *British journal of applied science & technology*. 2015;7(4):396-403.
18. Draper NR, Smith H. *Applied regression analysis*: John Wiley & Sons; 1998.
19. Pau AK, Croucher R. Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *Journal of dental education*. 2003;67(9):1023-8.
20. Saadat S, Etemadi O, Nilforooshan P. The Relationship between Resilience and Attachment Styles with Academic. *Research in Medical Education*. 2015;7(4):46-55.
21. Begashaw GB, Yohannes YB. Review of outlier detection and identifying using robust regression model. *International Journal of Systems Science and applied mathematics*. 2020;5(1):4-11.
22. Psilopanagioti A, Anagnostopoulos F, Mourtou E, Niakas D. Emotional intelligence, emotional labor, and job satisfaction among physicians in Greece. *BMC health services research*. 2012;12:1-12.
23. Afif R. Socioeconomic Impacts: Exploring Relationships between Parenting Styles and Emotional Intelligence in ODD: Walden University; 2019.
24. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biological psychiatry*. 2000;48(1):9-20.
25. Fossati M, Negri L, Fianco A, Cocchi MG, Molteni M, Delle Fave A. Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020;34(1):53-63.
26. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJ, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*. 2010;19:83-105.
27. Hechtman L. Resilience and vulnerability in long term outcome of attention deficit hyperactive disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 1991;36(6):415-21.
28. Aliasghari Lehdarmoni F, Farhadi H. The effectiveness of virtual anger management training using the cognitive behavioral method on anger rumination, mental health, work-family conflict, and interpersonal relationships. *Occupational Medicine Quarterly Journal*. 2023;15(1):78-91.
29. Barkley RA. *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*: Guilford Publications; 2014.
30. Mash EJ, Barkley RA. *Treatment of childhood disorders*: Guilford Publications; 2017.
31. Marmorstein NR, Malone SM, Iacono WG. Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *American Journal of Psychiatry*. 2004;161(9):1588-94.