Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 12, Issue 3 , Autumn 2023

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 S[1], 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).

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۲

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[1]، الهه صادقی[2*]

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 بیش فعال 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 بیش فعالی 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 بیش فعالی.

مقدمه

اختلال نارسایی توجه-بیش فعالی (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 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

میـزان زیـادی بـه مهارت‌هـای ارتباطـی بسـتگی دارد؛ ارتبـاط مؤثـر از بـروز سـوءتفاهم جلوگیـری کـرده و بـا انتقـال احساسـات، عقایـد و افـکار، رشـد فـرد و جامعـه را تضمیـن می‌کنـد. عـلاوه بـر مهارت‌هـای ارتباطـی، تـاب‌آوری نیـز نقـش مهمـی در مدیریـت و بهبـود کیفیـت زندگـی افـراد مبتـلا بـه ایـن اختـلال دارد (۴).

تـاب‌آوری، یـک فرآینـد پویـا بـرای سـازگاری مثبـت بـا تجربیات آسـیب‌زا در زندگـی اسـت کـه بـه عنـوان «مقاومـت در برابـر اسـترس» یـا «رشـد پـس از تروما» شـناخته می‌شـود (۵). هـوش عاطفـی نیـز، دنیـای تـازه‌ای را در فهـم هـوش انسـان گشـوده اسـت و توانایـی بـرای ارزیابـی هـوش کلـی یـا عمومـی را توسـعه داده اسـت (۶). ایـن دو مفهـوم، در چالش‌هـای روزانـه و در مواجهـه بـا مشـکلات زندگـی، نقـش مهمـی ایفـا می‌کننـد. کیفیـت زندگـی والدیـن تحـت تاثیـر بیـش فعالـی فرزنـدان قـرار می‌گیـرد. خانـواده سـالم، سـاختار پویـا و پیچیـده‌ای اسـت کـه اعضـای آن بـه صـورت مشـترک و بـا داشـتن مرزهـای مشـخص و انعطاف‌پذیـر بـا یکدیگـر در ارتبـاط هسـتند و دارای ارتبـاط سـازنده بـا بسـترهای اجتماعـی هسـتند (۷). اختـلال نارسـایی توجـه – بیـش فعالـی، مشـکلات گسـترده‌ای از جملـه افـت تحصیلـی، اختـلالات رفتـاری و عاطفـی، و مشـکلات خانوادگـی ایجـاد می‌کنـد. بنابرایـن، پیشـگیری اولیـه و مداخـلات درمانـی زودرس و موثـر بـرای مقابلـه بـا ایـن اختـلال جهـت افزایـش کیفیـت زندگـی والدیـن و فرزنـدان بسـیار ضـروری اسـت.

کیفیـت زندگـی، یـک مفهـوم جامـع و چنـد بُعـدی اسـت کـه ابعـاد متعـددی از زندگـی انسـانی را در بـر می‌گیـرد، از جملـه عناصـر اجتماعـی، فیزیکـی، عاطفـی و معنـوی. ایـن مفهـوم بـه تقاضاهـای فـردی، تمایـلات، آرزوهـا و اسـتانداردهای فرهنگـی و اجتماعـی احتـرام می‌گـذارد. در مراحـل اولیـه، شـاخص‌های اجتماعـی بـا فـرض اینکـه تأثیـر معنـاداری بـر کیفیـت زندگـی دارنـد، مـورد قبـول قـرار گرفتنـد. بـا ایـن حـال، در نهایـت مشـخص شـد کـه ایـن شـاخص‌ها بـرای سـنجش کیفیـت زندگـی کافـی نیسـتند و عوامـل اصلـی تأمیـن کننـده کیفیـت زندگـی، بیشـتر دارای جنبه‌هـای روان‌شـناختی هسـتند تـا اقتصـادی و جمعیت‌شـناختی (۸). وقایـع زندگـی شـامل وقایـع مثبـت یـا منفـی و وقایـع عمـده زندگـی ماننـد مـرگ یکـی از اعضـای خانـواده، ازدواج، یـا پیشـرفت حرفـه‌ای اسـت. پیامدهـای زندگـی شـامل شـیوه‌هایی اسـت کـه افـراد بـا کمـک آن‌هـا می‌تواننـد در مواجهـه بـا رویدادهـای زندگـی سـازگاری یابنـد. در نهایـت، بـا توجـه بـه اینکـه مشـکل اختـلال نارسـایی توجـه – بیـش فعالـی همـراه بـا مشـکلات متعـددی اسـت، لـزوم پیشـگیری اولیـه و مداخـلات درمانـی زودرس و موثـر مـورد تأکید قـرار گرفتـه اسـت (۹).

مطالعـات متعـدد نشـان می‌دهنـد کـه روش‌هـای مختلـف درمانـی می‌تواننـد علائـم اختـلال نارسـایی توجـه – بیـش فعالـی را کاهـش دهنـد. رجبـی و همـکاران (۱۳۹۸) اثربخشـی قصه‌درمانـی در کاهـش پرخاشـگری و افزایـش مهارت‌هـای ارتباطـی را نشـان دادنـد (۱۰). سـهرابی و همـکاران (۱۳۹۳) گـزارش کردنـد کـه درمـان ترکیبـی برنامـه فرزندپـروری مثبـت و دارو درمانـی علائـم اختـلال و مهـارت فرزندپـروری مـادران را بهبـود می‌بخشـد (۱۱). لورنـزو و همـکاران (۲۰۲۱) نشـان دادنـد کـه دانشـجویان بـا نشـانگان ایـن اختـلال در مهارت‌هـای اجتماعـی و عـزت نفـس عملکـرد پایین‌تـری دارنـد (۱۲). دونـگ و همـکاران (۲۰۲۰) نیـز نیازهـای خدماتـی خانواده‌هـای کـودکان مبتـلا بـه ایـن اختـلال را بررسـی کردنـد و تفاوت‌هـای فرهنگـی و اقتصـادی را شناسـایی کردنـد. بـه طـور کلـی، مداخـلات آموزشـی و درمانـی، به‌ویـژه آمـوزش والدیـن، بـه طـور معنـاداری مشـکلات رفتـاری و ارتباطی کـودکان را کاهـش داده و مهارت‌هـای اجتماعـی و روانـی آنهـا را بهبـود می‌بخشـند (۱۳). متأسـفانه یـک آزمـون سـاده و منحصـر بـه فـرد، ماننـد تسـت خـون وجـود نـدارد کـه بتـوان بـرای تشـخیص ایـن اختـلال بـه کار بـرد. تشـخیص ایـن اختـلال پیچیـده اسـت و بایـد اطلاعـات گوناگـون را توسـط تیـم تشـخیص شـامل روان شـناس کـودک، روان سـنج، روان پزشـک کـودک و پزشـک اطفـال بـه دسـت آورد. هـدف از انجـام ایـن پژوهـش، بررسـی رابطـه بیـن الگـوی ارتبـاط موثـر، تـاب‌آوری و هـوش عاطفـی بـا کیفیـت زندگـی والدیـن دارای کـودکان مبتـلا بـه نقـص توجـه و بیـش فعالـی اسـت. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش تمامـی والدیـن کـودکان بیـش فعـال ۶ تـا ۱۱ سـال شـهر رشـت در سـال تحصیلـی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ مـی باشـد.این تحقیـق بـا شناسـایی و تحلیـل ایـن روابـط، بـه دنبـال ارائـه راهکارهایـی بـرای بهبـود کیفیـت زندگـی والدیـن و در نتیجـه بهبـود شـرایط زندگـی کـودکان مبتـلا بـه ایـن اختـلال اسـت. ضـرورت ایـن پژوهـش از آنجاسـت کـه نقـص توجـه و بیـش فعالـی نـه تنهـا زندگـی کـودکان را تحـت تأثیـر قـرار می‌دهـد، بلکـه فشـارهای روانـی و عاطفـی زیـادی بـر والدیـن وارد می‌کنـد. شـناخت و تقویـت عوامـل موثـر بـر کیفیـت زندگـی ایـن والدیـن می‌توانـد بـه کاهـش اسـترس‌ها و بهبـود سـلامت روانـی و عاطفـی خانواده‌هـا کمـک کنـد، کـه در نهایـت منجـر بـه ارتقـاء کیفیـت زندگـی کـودکان نیـز خواهـد

شد.

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 بیش فعالی هستند، مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه والدین کودکان ۶ تا ۱۱ ساله مبتلا به بیش فعالی 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 داده ها

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

پرسشنامۀ کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (فرم کوتاه)

این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی افراد می پردازد که عبارت اند از: سلامت جسمی ، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی، و محیط اجتماعی . این مقیاس به ۱۹ زبان مختلف ترجمه شده است که در کشورهای مختلف برای اندازه گیری کیفیت زندگی افراد از آن استفاده می شود. گروه مطالعاتی سازمان جهانی بهداشت، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگ‌های مختلف استفاده می‌شود (۵).

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 ذکرشده، از سه روش بازآزمایی (با فاصله سه هفته ای)، 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 نمرۀ 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. تهیه کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب آور از غیرتاب آور در گروه های 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.

جدول ۱. عبارات مربوط به زیر مقیاس‌های معیار تاب‌آوری کونور و دیویدسون

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

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 شیهان 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، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه های 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 عامل را نشان دادند. در این پژوهش اعتبار و روایی بدست آمده ۰/۸۱ می‌باشد که از روایی مناسب برخوردار است.

پرسشنامه مهارت های 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 ۸۱٪ و 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 ۸۴٪ می باشد که از روایی مناسب برخوردار است.

پرسشنامه هوش عاطفی

پرسشنامه هوش عاطفی توسط پترایدز و فارنهام (۱۵) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد، این پرسشنامه چهار بعد خوش بینی، درک عواطف خود و دیگران، کنترل عواطف و مهارت اجتماعی را می سنجد، 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).

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

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

شیوه امتیازدهی

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

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

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

به دو طریق می توان از تحلیل این پرسشنامه استفاده کرد: (۱) تحلیل بر اساس مولفه های پرسشنامه و (۲) تحلیل بر اسا س میزان نمره به دست آمده. در روش اوّل، 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.

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.

جدول ٤. پرسشنامه هوش عاطفی و تحلیل بر اساس میزان نمره پرسشنامه

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

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 (ورژن۱۶) استفاده شد.

نتایج و بحث

داده های 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 موثر، تاب آوری و هوش عاطفی به عنوان متغیرهای پیش بین و کیفیت زندگی والدین دارای کودکان مبتلا به نقص توجه و بیش فعالی 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 (پدر) بودند (۶۰٪). در مورد پارامتر تحصیلات، اکثریت شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم بودند.

جدول ۵. شاخص های توصیفی والدین مورد مطالعه

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

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 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.

جدول ٦. 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

بررسی مفروضه های رگرسیون

در این پژوهش الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی به عنوان مورد بررسی قرارگرفت. 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 پیش بینی یک متغیر ملاک ازچند متغیر پیش بینی باشد، از مدل رگرسیون چندگانه استفاده می گردد. روش همزمان یکی از مدل های 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 پیش بین بر اساس توان پیش بینی 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 (تاب آوری) و ضریب تورم واریانس بررسی می‌شود. در پژوهش حاضر، مقدار تحمل برای متغیرهای پیش‌بین (الگوی ارتباط مؤثر، 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 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 بیش فعالی به‌طور مستقل و بدون تأثیر همبستگی‌های نامطلوب بررسی می‌شود (۲۰).

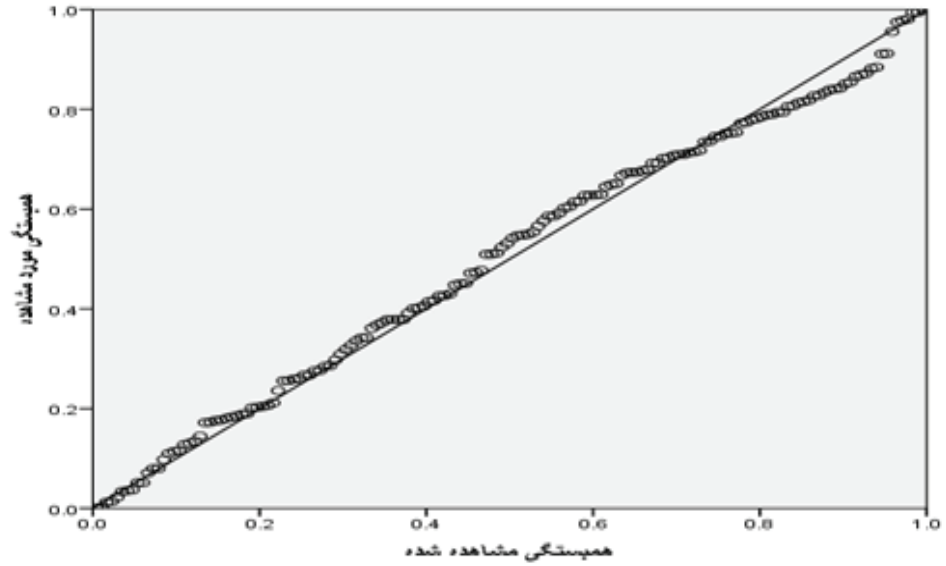
تفسیر داده‌های پرت

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

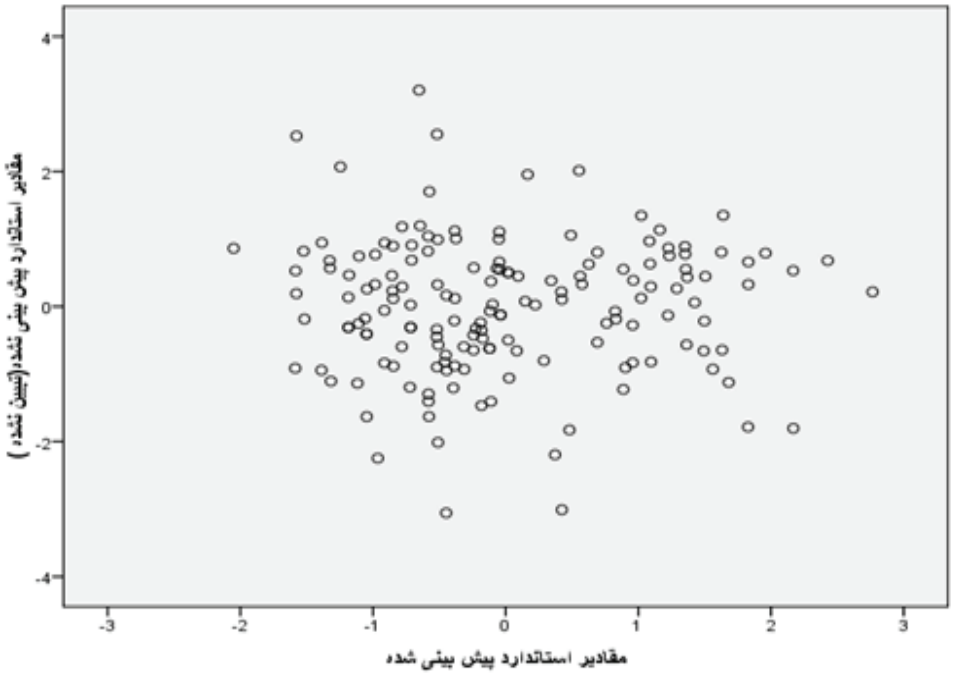
در تحلیل رگرسیون، ارتباط بین متغیرها از طریق بررسی نمودار رابطه‌ی آنها مشخص می‌شود. ارتباط خطی بین الگوی ارتباط موثر، تاب‌آوری و هوش عاطفی با کیفیت زندگی می‌توانند از طریق نمودار خطی بررسی شود. در شکل ۱، شیب خط نشان‌دهنده قوت و جهت ارتباط خطی بین متغیرها است. به عنوان مثال، اگر می‌خواهیم ارتباط بین هوش 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،

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



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

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



شکل۲. ارتباط غیر خطی بین داده های باقی مانده

نمودار فوق نشان‌دهنده ارتباط غیرخطی بین داده‌های باقی مانده در تحلیل رگرسیون است. این نمودار به همراه میزان آماره دوربین واتسون 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، تاب آوری و هوش عاطفی نداشته‌اند را مشاهده می‌کنیم. پراکندگی نقاط در این نمودار نشان‌دهنده باقی‌مانده یا واریانسی است که توسط مدل پیش‌بینی نشده است. به طور دقیق‌تر، این نمودار نشان می‌دهد که بخشی از واریانس در پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی توسط متغیرها و عوامل دیگری که در این پژوهش مورد 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 فرضیه ها

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

جدول ۷. تحلیل رگرسیون برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس تنظیم الگوی ارتباط موثر، تاب آوری 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

در جدول ۸، نتایج تحلیل واریانس رگرسیون برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس الگوی ارتباط موثر، تاب آوری 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، تاب آوری و هوش عاطفی را به عنوان پیش‌بینندهای موثر در کیفیت زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به مقدار آماره F و سطح 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 نشان دهنده تأثیر قابل توجهی است که الگوی ارتباط موثر، تاب آوری 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.

جدول ۸. تحلیل واریانس رگرسیون الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی در پیش بینی 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	۲۵۳/۵۹	۸۹	–	–	–

در جدول ۹، ضرایب رگرسیون استاندارد شده (بتا) برای متغیرهای الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی در پیش‌بینی کیفیت زندگی آمده است. نتایج نشان می‌دهند که هر سه متغیر الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی به طور مستقل و معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی مؤثر هستند. مقادیر p-value کمتر از ۰,۰۰۱ و ضرایب رگرسیون استاندارد شده نیز به ترتیب برابر با ۰,۲۲۲، ۰,۲۷۲ و ۰,۴۲۰ می‌باشند، که همگی این مقادیر نشان دهنده ارتباط معنادار و مثبت بین متغیرها و کیفیت زندگی است. معادله رگرسیون مورد استفاده برای پیش‌بینی کیفیت زندگی بر اساس متغیرهای الگوی ارتباط موثر، تاب آوری و هوش عاطفی به شرح زیر است:

(هـوش عاطفـی) ۱/۱۵+ (تـاب آوری)۰/۸۲۰+ (الگـوی ارتبـاط) ۰/۷۱۳+ ۱۱۰/۱۳= کیفیـت زندگـی

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

تحلیـل جـدول فـوق نشـان می‌دهـد کـه دانش‌آمـوزان مبتـلا بـه نقـص توجه/بیش‌فعالـی از روابـط خانوادگـی آشـفته‌تری برخـوردار هسـتند و کمتریـن حمایـت و کنتـرل از سـوی خانـواده را دریافـت می‌کننـد. ایـن نتایـج بـا تحقیقـات قبلـی از جملـه مطالعـات انجـام شـده توسـط فـارون و همـکاران همخوانـی دارد (۲۴). همچنیـن، مطالعـات فوسـاتی و همـکاران (۲۰۲۰) (۲۵)، دانکارتـس و همـکاران (۲۰۱۰) (۲۶) نیـز نشـان داده‌انـد کـه والدیـن کـودکان مبتـلا بـه نقـص توجه/بیش‌فعالـی حمایـت کمتـری از فرزنـدان خـود در خانـه دارنـد. ایـن مسـأله بـه وجـود می‌آیـد زیـرا والدیـن در مواجهـه بـا مشـکلات عمـده در روابـط خانوادگـی، بـه کنتـرل اسـتراتژیک متوسـل می‌شـوند، امـا در بسـیاری از مواقـع، ایـن تـلاش بـا عـدم توجـه فرزنـدان بـه دسـتاوردهای خـود و تنظیـم عصبانیـت طرفیـن همـراه اسـت. همچنیـن، والدیـن در صـورت عـدم توانایـی در تغییـر رفتـار کـودکان بیش‌فعـال، بـه سـبک روابـط خانوادگـی آزادی روی می‌دهنـد کـه در نتیجـه، توانایـی مداخلـه در رشـد و توسـعه فرزنـدان را از دسـت می‌دهنـد (۲۷).

اطـلاع رسـانی والدیـن از تأثیـر روابـط خانوادگـی گـرم و شـیوه‌های صحیـح برقـراری ارتبـاط بـا فرزنـدان، باعـث می‌شـود کـه در رفتارهـای خـود دوبـاره ارزیابـی کننـد و روش‌هـای صحیح برخـورد را بـا فرزنـدان اجـرا کننـد. امـا والدیـن خانواده‌هـای بیش‌فعـال اغلـب بـا مشـکلات روانـی فرزنـدان خـود آشـنا نیسـتند و نمی‌تواننـد بـه طـور صحیـح مسـائل اساسـی فرزنـدان خـود را درک کننـد. ایـن ناتوانـی باعـث می‌شـود کـه والدیـن بـه ناراحتی‌هـای فرزنـدان پاسـخ ندهنـد و بـه دلیـل اسـتمرار مشـکلات، احسـاس شکسـت کننـد و در نتیجـه، از کنتـرل و مراقبـت دسـت بکشـند و بـه رفتارهـای آزادگانـه روی آورنـد (۲۸). در ادامـه نتایـج ایـن مطالعـه، جـدول ۱۰ شـامل اطلاعاتـی دربـاره ضریـب همبسـتگی و سـطح معنـی‌داری بـرای رابطـه بین تـاب‌آوری و کیفیـت زندگـی والدیـن دارای کـودکان مبتـلا بـه نقـص توجـه و بیش‌فعالـی اسـت.

جدول ۱۰. همبستگی تاب آوری با کیفیت زندگی

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

بـا توجـه بـه نتایـج بدسـت آمـده از تحلیـل آمـاری، میـان تـاب آوری و کیفیـت زندگـی والدیـن دارای کـودکان مبتـلا بـه نقـص توجـه و بیش‌فعالـی همبسـتگی مثبتـی بـه میـزان ضریـب همبسـتکی معـادل ۰,۴۵ (جـدول۱۰) وجـود دارد کـه از نظـر آمـاری معنـادار اسـت. ایـن یافتـه نشـان می‌دهـد کـه بـا افزایـش تـاب‌آوری، کیفیـت زندگـی والدیـن بـه طـور قابـل توجهـی بهبـود می‌یابـد. بـه عبـارت دیگـر، ایـن نتیجـه بـه مـا اطمینـان می‌دهـد کـه تـاب‌آوری بـه عنـوان یـک متغیـر پیش‌بینی‌کننـده قـوی، تأثیـر مثبتـی بـر کیفیـت زندگـی ایـن والدیـن دارد. افزایـش تـاب‌آوری می‌توانـد والدیـن را در مواجهـه بـا چالش‌هـای مرتبـط بـا نگهـداری و تربیـت کـودکان مبتـلا بـه نقـص توجـه و بیش‌فعالـی یـاری کنـد، و بهبـود کیفیـت زندگـی آنـان را بـه همـراه داشـته باشـد. تـاب‌آوری، بـه عنـوان توانایـی فـرد در مقابلـه بـا فشـارها و اسـترس‌های زندگـی، می‌توانـد بـه والدیـن کمـک کنـد تـا بـا مشـکلات روزمـره و چالش‌هـای مرتبـط بـا نگهـداری از کـودکان بـا نیازهـای ویـژه بـه شـکل موثرتـری مواجـه شـوند. ایـن توانایـی شـامل سـازگاری با شـرایط سـخت، کاهـش افسـردگی، و افزایـش توانمندی‌هـای روانـی و اجتماعـی اسـت کـه همـه ایـن عوامـل در نهایـت بـه بهبـود کیفیـت زندگـی منجـر می‌شـوند.

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.

نتیجه گیری

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.

سپاسگزاری

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 منافعی وجود ندارد.

Reference

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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, Gambra 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 Lehdarboni 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.