

اثربخشی حضور ذهن بر کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه-بیش فعالی

زهرا سادات مطهری^۱

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، خانواده درمانی، دانشگاه علم و فرهنگ

خدابخش احمدی

دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

سمانه بهزادپور

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی

فاطمه آزموده

کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل

پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۷

دریافت: ۹۱/۸/۲۳

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله به روش ذهن آگاهی بر کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش فعالی انجام شد.

روش: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش مادران دارای فرزند بیش فعال مراجعه کننده به خانه‌های سلامت منطقه ۲۱ شهرداری شهر تهران بود. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴ مادر بود که به طور در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. از مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش فعالی و مقیاس دلزدگی زناشویی برای جمع آوری داده‌ها استفاده شد. گروه آزمایش ۸

1. zahra_motahhary@yahoo.com

جلسه ۲ ساعته ذهن آگاهی را به صورت هفتگی دریافت کردند، گروه کنترل هیچ مداخله مشخصی را دریافت نکردند. در پایان، هر دو گروه مجدداً ارزیابی شدند (پس آزمون). داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به طور معناداری بر دلزدگی زناشویی و مولفه‌های آن در مادران دارای کودکان بیش فعال مؤثر بوده و مادران در گروه آزمایشی کاهش معناداری را در دلزدگی زناشویی نشان دادند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان روش مداخله‌ای ذهن آگاهی را به عنوان یک روش مؤثر در کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای کودک مبتلا به نقص توجه-بیش‌فعالی و افزایش سطح سلامت این مادران و خانواده به عنوان یک سیستم، پیشنهاد داد.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، دلزدگی زناشویی، اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی، خانواده.

مقدمه

اختلال نقص توجه-بیش فعالی^۱، به عنوان الگوی تکراری بیش فعالی، تکانشگری و بی‌توجهی توصیف شده است که غالباً شروع آن قبل از هفت سالگی بوده و شدیدتر از آن است که قابل اسناد به رشد طبیعی باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰؛ DSM-IV-TR). تخمین زده شده است که این اختلال در ایالات متحده ۵-۳/۵ درصد از کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد (انستیتوی ملی سلامت روان^۲، ۲۰۰۸). کودکان دچار اختلال ADHD بچه‌هایی پر حرف، لجباز و خودسر بوده، با پدر و مادر همراه نشده و از آنها اطاعت نمی‌کنند، از دیگران توقع کمک دارند و نمی‌توانند به گونه‌ای مستقل به بازی و فعالیت پردازند (مش و جانسون، ۲۰۰۱). تقریباً ۵۰ درصد از کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش فعالی ملاک‌های کامل اختلال را در بزرگسالی نیز نشان می‌دهند (لارا^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). برخی از نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که، تشخیص بیش فعالی در کودک، ممکن است با اختلالات سازگاری در والدین همراه شود، یعنی در خانواده‌هایی که ساختار خانوادگی مختل، نقش‌های نامشخص، تعامل‌های بیمارگونه دارند، اختلال بیش فعالی کودک حادث‌تر و مزمن‌تر می‌باشد (خدابخشی کولایی، ۱۳۸۸).

پیشینه‌های پژوهشی مربوط به کودکان به صراحت نشان داده که کودکان بر فضای خانوادگی و روابط زناشویی والدین تأثیر می‌گذارند (شکوهی یکتا و زمانی، ۱۳۸۷). اختلال بیش فعالی تأثیر مهمی بر خود کودک و خانواده داشته و کار در مدرسه، روابط با همسالان و روابط خانوادگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کوگیل و همکاران، ۲۰۰۸). آسیب والدین و رفتار والدینی عوامل خطر مهمی در پیامد رشدی کودکان مبتلا به بیش فعالی می‌باشند (کرونیس و همکاران، ۲۰۰۷). تحقیقات نشان داده‌اند که والدین کودکان مبتلا به دلیل این که چالش‌های والدگری بیشتری رو به رو هستند استرسی فزاینده‌تری از والدین کودکان سالم دارند

1. Attention Deficit/hyperactivity Disorder
2. National Institute of Mental Health
3. Lara

(روشن بین و همکاران، ۱۳۸۶) و بنابراین بیشتر در معرض دلزدگی^۱ قرار دارند. مادرانی که پسران آن‌ها درجه‌ی بیشتری از فزون‌کنشی داشتند به طور مشخص تنش بیشتری را در مقایسه با مادران کودکانی که به طور مزمین یا درجه‌ی کمتری از فزون‌کنشی دارند، تجربه می‌کنند (بک و همکاران، ۱۹۹۰). اغلب والدین کودکان بیش فعال مشکلات زناشویی داشته و سطوح بالایی از استرس و تعارضات بین فردی را گزارش می‌کنند. این والدین استرس بیشتر و رضایت کمتری را نسبت به والدین کودکان عادی تجربه می‌کنند (کاکاوند، ۱۳۸۵). افسردگی، اضطراب، خشم و استرس خانوادگی باعث بی‌توجهی به رفتارهای مثبت سلامت می‌شود و بیماری‌های جسمی و روانی از جمله دلزدگی زناشویی را موجب می‌گردد. دلزدگی زناشویی حتی در یک روال نسبتاً عادی زندگی زناشویی امری ممکن و محتمل است، در شرایطی که خانواده دارای فرزند بیش فعال است، استرس‌های همه جانبه‌ای به کل خانواده و روابط زناشویی تحمیل می‌شود که فرایند دلزدگی را می‌تواند تشدید کند. وجود کودک بیش فعال در خانه منجر به عدم تسلط والدین بر روال‌های عاطفی زندگی زناشویی و فقدان توانایی احتمالی آنها در پاسخ‌گویی به توقعات و انتظارات حتی معقول همسر خویش علاوه بر تأثیر منفی بر کیفیت روابط صمیمی با همسر می‌تواند بر بروز زود هنگام دلزدگی زناشویی به طور قاطعی مؤثر واقع شود در این صورت یکی یا هر دو زوج ضمن تجربه احساس گسستگی از همسر و کاهش علایق و ارتباطات متقابل، نگرانی‌های قابل توجهی در خصوص تخریب فزاینده رابطه و پیشروی به سمت جدایی و طلاق دارند (نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۹۰).

دلزدگی زناشویی یک فرایند تدریجی است، وقتی شخص در پاسخ به استرس مدت‌دار و درد و فشار جسمی، روانی و عاطفی، جدایی از کار و دیگر روابط معنی‌دار قرار می‌گیرد که نتیجه آن کاهش قدرت بهره‌وری است، ایجاد می‌شود (گورکین، ۲۰۰۹). دلزدگی زناشویی به علت مجموعه‌ای از توقعات غیر واقعی از همسر و ازدواج، تداوم با استرس‌ها، واقعیت‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی بروز می‌کند (لینگرن، ۲۰۰۳). تعارض بین فردی یک عامل استرس‌زای

1. burnout

مهم است (بشلیده و همکاران، ۱۳۹۱) هووارد^۱ (۲۰۱۱) فرسودگی را یک پاسخ انطباق یافته به استرس دانست. در واقع شکل نهایی استرس، دزدگی می‌باشد (لائس و لائس، ۲۰۰۱). زندگی کردن با کودک دارای اختلال یا ناتوانی، اغلب به صورت عاملی استرس‌زا برای زوجین درک شده و می‌تواند همه جنبه‌های زندگی را تحت تاثیر قرار دهد. در این میان از آنجایی که مادر در تعامل بیشتر با این کودکان می‌باشد، احتمالاً بیشترین تاثیر را خواهد پذیرفت. مادرانی که فرزند بیش فعال دارند، تحت استرس‌هایی چون نگهداری، کنترل و تربیت کودک بیش فعال، استرس داشتن فرزندی با علائم بیش فعالی، قرار دارند که این استرس‌ها می‌تواند به تدریج موجب فرسودگی یا دزدگی زناشویی در آنها شود. در واقع دزدگی با عدم تعادل میان منابع و تقاضا شروع می‌شود، یک ناهمخوانی میان انتظارات و ایده آل‌های افراد از یک سو و واقعیات از سوی دیگر. نتیجه ناهمخوانی، استرس است. استرس ممکن است به طور آگاهانه و هوشیارانه مشاهده شود یا به طور ناآگاهانه در مدت طولانی پایدار بماند. در مرحله دوم به تدریج افراد، شروع به فشار عاطفی، فرسودگی و خستگی می‌کنند. مرحله سوم شامل تغییراتی در نگرش و رفتار می‌شود و در این مرحله افراد نگرش‌هایشان را در مورد زندگی زناشویی و همسر تغییر می‌دهند. سرانجام، نتیجه دزدگی است (اسکافلی و بونک، ۲۰۰۳).

نتایج تحقیقات نشان داده است که بین دزدگی و رضایت کلی از زندگی (مید، ۲۰۰۴)؛ دزدگی و سلامت جسمی و روانی (آهولا^۲، ۲۰۰۷؛ ملامد^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)؛ نگرش مثبت و دزدگی زناشویی (نیلز، ۲۰۰۹)؛ کیفیت روابط زناشویی و دزدگی زناشویی (موسوی‌زاده، ۱۳۸۸)؛ رابطه صمیمی با همسر و دزدگی (نادری و همکاران، ۱۳۸۹) و بین رضاتمندی زناشویی و دزدگی زناشویی (اولادی، ۱۳۹۰)، وابستگی خاص نسبت به همسر و دزدگی زناشویی (نقل از یوسفی و باقریان، ۱۳۹۰) رابطه معناداری وجود دارد. اریل (۱۹۹۳) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که زنان به صورت معناداری در مقایسه با شوهران خود

1. Howard
2. Ahola
3. Melamed

دلزدگی بیشتری دارند این یافته با پژوهش نویدی (۱۳۸۴) همسو است. همچنین دلزدگی زنان هم تحت تاثیر عوامل کاری هم عوامل غیر کاری است در حالی که در مردان تنها تحت تاثیر عوامل استرس‌زای کاری قرار دارند. پاینز و کافری (۱۹۹۶) در پژوهش خود ارتباط معنی داری بین رفتارهای تکانه‌ای کودکان و دلزدگی مادران یافتند (پاینز، ۱۹۹۶، ترجمه شاداب، ۱۳۸۱) و از طرف دیگر دلزدگی می‌تواند یکی از علل اصلی تند خویی با کودکان باشد. با در نظر گرفتن این شواهد، اقدام مداخله‌گرایانه، حمایت اجتماعی و سایر برنامه‌های حمایتی برای ارتقای بهداشت روانی والدین کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه - بیش‌فعالی، بیش از پیش ضرورت دارد.

یکی از روش‌های جدید که می‌تواند در این زمینه مفید باشد روش مداخله‌ای ذهن آگاهی است که از جمله شیوه‌های رویکرد شناختی و رفتاری تلقی می‌شود. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ به عنوان یکی از درمان‌های شناختی - رفتاری نسل سوم یا موج سوم^۲ قلمداد می‌شود. ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین‌های مذهبی شرقی دارد (اوست^۳، ۲۰۰۸). کابات - زین، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است (به نقل از سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی^۴ خود آگاه می‌شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی

1. Mindfulness-based Interventions
2. Third Wave
3. Ost
4. Mental Gear

از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده‌اند (بائر، ۲۰۰۶)، که روی تمرین‌های نشستن، مراقبه قدم زدن و برخی تمرین‌های یوگا تأکید می‌کنند. این مداخلات شامل تمرین توجه متمرکز که در آن فرد توجه خود را روی یک محرک خاص همچون تنفس، احساس‌های بدنی و غیره در طول یک دوره زمانی خاص متمرکز می‌کند. ذهن آگاهی معمولاً به عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه که در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود (برون و ریان، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی می‌تواند در رها سازی افراد از افکار اتوماتیک، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند. به علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. نکته مهم دیگر این است که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی شود که از کنترل بلافصل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند که مراقبه ذهن آگاهی خلق را بهبود بخشیده و آموزش کوتاه مدت آن خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (زایدن و همکاران، ۲۰۱۰). آموزش ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و سازگاری روانشناختی تأثیر دارد (بهلمیجر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰) و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های استرس، اضطراب و عزت نفس منجر می‌شود (گلدین و گروس، ۲۰۱۰). همچنین مطالعات نشان دادند که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بهزیستی روانی، جسمانی، هیجانی (فلوگل^۲ و همکاران، ۲۰۱۰)، بهبود کیفیت خواب (شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۳)، لذت بردن از زندگی و تنش و نشانه‌های فیزیکی پایین (کیویت و همکاران، ۲۰۰۸) مؤثر بوده است. درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش فشار روانی، درد مزمن، اضطراب، پیش‌گیری از عود افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پس از استرس ضربه‌ای و سایر اختلالات مؤثر می‌باشد (لیچ، باون و مارلات، ۲۰۰۵). قاسم‌پور و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان

1. Bohlmeijer
2. Flugel

دادند که بین ذهن آگاهی و بهزیستی معنوی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. بر اساس تحقیقات، ذهن آگاهی افراد توان پیش‌بینی سلامت عمومی، سازگاری زناشویی و اشتیاق برای برقراری ارتباط را دارد (بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۹). بوری و لانگر (۲۰۰۵) در تحقیقات خود به این نتیجه دست یافتند که رابطه‌ی قوی بین ذهن آگاهی و رضایت زناشویی وجود دارد. آنها نشان دادند که در زوجینی که رضایت زناشویی بالایی دارند، ذهن آگاهی بالا می‌باشد که با یافته‌های رجبی و ستوده (۱۳۹۰) مبنی بر این که آموزش ذهن آگاهی رضایت زناشویی را افزایش می‌دهد، همسو است. و نیز پژوهش‌ها نشان دادند که آموزش خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن، کیفیت روابط زناشویی (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و سرد مزاجی زنان (نبوی حصار و احمدی، ۱۳۹۱) را بهبود می‌بخشد.

نیلز (۲۰۰۹) معتقد است کار بر روی فرسودگی زناشویی تأثیرات بسیاری در رسیدن به خود شکوفایی دارد بر این اساس هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی مداخله به روش ذهن آگاهی را بر دلزدگی زناشویی و مولفه‌های آن، در مادران کودکان مبتلا به نارسایی توجه- بیش‌فعالی بررسی و تعیین نماید. در واقع دلزدگی زناشویی را به علت تأثیری که در سلامت روان و کیفیت روابط زناشویی این مادران دارد و اهمیتی که در حفظ و تداوم خانواده به عنوان یک سیستم می‌گذارد را به روش ذهن آگاهی بررسی می‌کنیم.

روش

روش تحقیق از نوع نیمه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح تحقیق پیش‌آزمون - پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل با گمارش تصادفی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مادران دارای فرزند پسر بیش‌فعال مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران می‌باشند که حداقل سواد خواندن و نوشتن را داشته و از زمان ازدواج آنها ۵ تا ۱۵ سال گذشته باشد. در این پژوهش، مادرانی که کودک آنها، ابتدا توسط روانپزشک یا کارشناس روانشناسی بالینی، تشخیص اختلال بیش‌فعال را مبتنی بر ملاک تشخیصی DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی

آمریکا، ۲۰۰۴) دریافت کردند، به شرکت در پژوهش دعوت شدند، سپس این مادران پرسشنامه‌ی سنجش اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی را تکمیل نمودند و اگر کودک آنها نمره لازم را بدست آورده بود، به آنها پرسشنامه دزدگی زناشویی داده شد که تکمیل کنند. از بین کل مادران شرکت کننده در پژوهش ۲۴ مادری که حداقل یکی از فرزندان آنها مبتلا به اختلال بیش‌فعالی است، به صورت در دسترس انتخاب گردید. از بین این ۲۴ نفر، ۱۲ نفر از مادران به صورت تصادفی انتخاب شدند که گروه آزمایش را تشکیل می‌دادند و ۱۲ نفر دیگر در گروه کنترل جای گرفتند. گروه آزمایش در معرض مداخله ذهن آگاهی، طی ۸ جلسه آموزش گروهی، هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ساعت (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴) قرار گرفت و گروه کنترل تحت هیچ درمانی قرار نگرفت بعد از اتمام مداخله به روش ذهن آگاهی، مجدداً پرسشنامه‌های مذکور از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱) مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی: مقیاس سنجش اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی یک پرسشنامه ۱۴ سوالی است، که بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی در متن تجدید نظر شده چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۴؛ DSM-IV-TR) تهیه شده است که هر سه ویژگی بی‌توجهی، بیش‌فعالی و تکانشگری را می‌سنجد و توسط معلم و یا والدین کودکان تکمیل می‌گردد. این پرسشنامه چهار گزینه‌ای است، که به این صورت نمره‌گذاری می‌شود: هرگز (۰)، فقط کمی (۱)، تقریباً زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳). بنابراین حداکثر نمره (۴۲) و حداقل آن (۰) می‌باشد (محمدی و همکاران، ۱۳۸۶). برای تشخیص اختلال بیش‌فعالی در این پژوهش، باید مجموع نمره‌ی کل پرسشنامه ۱۶ به بالا باشد و همچنین آزمودنی باید به ۵ سوال از سوالهای مقیاس تکانه‌ای-بیش‌فعالی، پاسخ‌های تقریباً زیاد و یا خیلی زیاد، داده باشد. روش نمره‌گذاری به این شرح است که از مجموع ۱۴ سوال، سوالات ۱۳، ۱۲، ۸، ۷، ۶، ۳ مربوط به نقص توجه-بیش‌فعالی و سوالات ۱۴، ۱۱، ۱۰، ۹، ۵، ۴، ۲، ۱ به تکانه‌ای-بیش‌فعالی مربوط

است. اعتبار این مقیاس در این پژوهش با آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد و پایایی آزمون و باز آزمون آن طی دو ماه، ۰/۹۴ است که نشان دهنده اعتبار قابل قبول این ابزار است.

۲) دلزگی زناشویی پاینز: مقیاس دلزگی زناشویی یک ابزار خود سنجی است که توسط پاینز (۱۹۹۶) با هدف اندازه گیری درجه دلزگی زناشویی در بین زوجین ساخته شد. و دارای سه مولفه از یافتادگی جسمی، عاطفی و روانی است. این پرسشنامه شامل ۲۱ ماده است که ۱۷ ماده آن شامل عبارات منفی و چهار ماده آن شامل عبارات مثبت است. نمره- گذاری این مقیاس در یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای بین ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) می‌باشد. نمره گذاری چهار ماده نیز به صورت معکوس انجام می‌شود و نمره بالاتر آزمودنی در این مقیاس نشانه دلزگی زناشویی بیشتر می‌باشد. ضریب پایایی مقیاس با روش باز آزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ محاسبه شده است (پاینز، ۱۹۹۶). در پژوهش دیگر، از پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ برای بررسی اعتبار این مقیاس استفاده شده که ضریب همبستگی بین این دو پرسشنامه ۰/۴۰- بدست آمده که در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنی دار می‌باشد (نادری و همکاران، ۱۳۸۹). اعتبار این مقیاس در پژوهش حاضر با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند متغیری و نیز برای بررسی همگنی واریانس‌ها آزمون لوین استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی افراد نمونه ۳۴/۵ و تحصیلات ۷۹/۲ درصد آنها دیپلم بود. میانگین مدت ازدواج افراد نمونه ۱۳/۷۹ و بیشتر افراد

نمونه دارای دو فرزند (۵۸/۳ درصد) و فرزند بیش فعالشان، فرزند اول خانواده بودند (۷۰/۸ درصد).

بررسی وضعیت توصیفی داده‌ها نشان داد که میانگین و انحراف معیار پیش آزمون در گروه آزمایش به ترتیب ۹۲/۰۸ و ۱۸/۲۵ است و در گروه کنترل ۸۶/۱۷ و ۱۳/۹۴ می‌باشد و میانگین نمرات پس آزمون دزدگی زناشویی گروه آزمایش به صورت قابل توجه نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است و این در حالی است که این نمره‌ها در گروه کنترل افزایش یافته است (جدول ۱).

جدول ۱. یافته‌های توصیفی نمرات دزدگی زناشویی به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری دزدگی زناشویی	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۹۲/۰۸	۱۸/۲۵	۸۶/۱۷	۱۳/۹۴
پس آزمون	۶۲/۴۲	۱۵/۷۷	۹۱/۸۳	۱۲/۰۴

برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون لوین استفاده شد. میزان F بدست آمده برای پیش آزمون ۰/۰۷ و میزان پس آزمون ۰/۷۷ بود که به ترتیب با سطح معناداری $p=۰/۷۸$ و $p=۰/۳۸$ بود که از نظر آماری در سطح $p<۰/۰۵$ معنی دار نبودند بنابراین فرض مساوی بودن واریانس‌ها در مقیاس مذکور برقرار می‌باشد ($p>۰/۰۵$).

برای بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر دزدگی زناشویی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد مداخله پس از حذف اثر پیش آزمون، تأثیر معناداری ($p<۰/۰۰۱$) بر نمرات پس آزمون داشته است (جدول ۲).

جدول ۲. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری نمرات پس آزمون دلزدگی زناشویی گروه‌های آزمایش و کنترل، با کنترل اثر پیش آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش آزمون	۱۴۶۱/۷۹	۱	۱۴۶۱/۷۹	۱۰/۶۸	۰/۰۰۴
عضویت گروهی	۶۰۷۳/۲۸	۱	۶۰۷۳/۲۸	۴۴/۳۹	۰/۰۰۱

به منظور بررسی تساوی خطای واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد که فرض تساوی خطای واریانس‌های دو گروه، در خصوص مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی با توجه به سطوح معناداری مورد تایید قرار گرفتند (جدول ۳). همچنین برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پس آزمون برای متغیرهای تحقیق تأیید گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد تساوی خطای واریانس‌ها برای مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
ازپافتادگی جسمی	۰/۰۰۱	۱	۲۲	۰/۹۷
ازپافتادگی عاطفی	۱	۱	۲۲	۰/۳۲
ازپافتادگی روانی	۰/۳۲	۱	۲۲	۰/۵۷

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نمره آزمودنی‌ها در هر یک از مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی به منظور مقایسه نمره‌های پس آزمون آنها در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس چند متغیری نمرات مؤلفه های دزدگی زناشویی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معناداری
آزمون اثر پیلابی	۰/۵۱	۷/۰۹	۳	۲۰	۰/۰۰۲
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۷/۰۹	۳	۲۰	۰/۰۰۲
آزمون اثر هتلینگ	۱/۰۶	۷/۰۹	۳	۲۰	۰/۰۰۲
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۰۶	۷/۰۹	۳	۲۰	۰/۰۰۲

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، ترکیب خطی مؤلفه های دزدگی زناشویی با توجه به تعلق گروهی تفاوت معنادار دارند. برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل های کوواریانس تک متغیری انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک متغیری نمرات مؤلفه های دزدگی زناشویی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
ازپافتادگی جسمی	۴۰۲/۴	۱	۴۰۲/۴	۲۲/۲۱	۰/۰۰۱
ازپافتادگی عاطفی	۷۸۹/۲۸	۱	۷۸۹/۲۸	۳۳/۵۷	۰/۰۰۱
ازپافتادگی روانی	۴۸۸/۳۱	۱	۴۸۸/۳۱	۲۴/۹۲	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیر روی مؤلفه های دزدگی زناشویی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از نظر ازپافتادگی جسمی ($p < ۰/۰۰۱$) و ازپافتادگی عاطفی ($F=۲۲/۲۱$)، ازپافتادگی روانی ($p < ۰/۰۰۱$ و $F=۳۳/۵۷$) و ازپافتادگی روانی ($p < ۰/۰۰۱$) و $F=۲۴/۹۲$ تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش مؤلفه های دزدگی زناشویی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق تعیین اثر بخشی مداخله به روش ذهن آگاهی بر کاهش دزدگی زناشویی و مولفه‌های آن در مادران دارای فرزند مبتلا به نقص توجه - بیش‌فعالی بود. نتایج پژوهش حاضر حاکی بر آن است که بین دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون دزدگی زناشویی و مولفه‌های آن، تفاوت معنادار به لحاظ آماری وجود دارد و استفاده از روش مداخله‌ای ذهن-آگاهی باعث کاهش معنی‌دار دزدگی زناشویی و مولفه‌های آن، در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است. این یافته هماهنگ با یافته‌های یوسفی و سهرابی (۱۳۹۰)؛ رجبی و ستوده (۱۳۹۰)؛ بخشی پور و همکاران (۱۳۸۹)؛ بورپی و لانگر (۲۰۰۵) می‌باشد.

هالستین^۱ (۱۹۹۳) یک چارچوبی را برای فرایند دزدگی ارائه داده است. او دزدگی را به عنوان یک شکل از افسردگی که از فرایند از پافتادگی نتیجه گرفته می‌شود تعریف می‌کند. بعضی تحقیقات پیشنهاد می‌کنند که دزدگی تحت شرایط خاص در داخل افسردگی رشد می‌کند (نقل از موسوی‌زاده، ۱۳۸۸). بیکر^۲ (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان داد که رفتارهای مخالف دزدگی با سلامت روانی و دزدگی زناشویی زوجین با افسردگی رابطه معنی‌داری دارند. از آنجایی که برخی از علائم دزدگی از جمله غمگینی، بدبینی و احساس گناه (طباطبایی، ۱۳۸۲) با افسردگی مشترک است، یافته‌های این پژوهش می‌تواند با پژوهش‌های تیزل، سگال، ویلیامز و همکاران (۲۰۰۰)، ما و تیزدل (۲۰۰۴)، اوانس و همکاران (۲۰۰۸)، بهلمیجر و همکاران (۲۰۱۰)، یوندولفی و همکاران (۲۰۱۰)، آذرگون و همکاران (۱۳۸۸)، نریمانی و همکاران (۱۳۹۰) و محمدخانی و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر اثر بخشی رویکرد ذهن آگاهی در کاهش افسردگی، همخوان باشد.

از طرفی پژوهش‌ها حاکی از آن است که سطوح بالای تعارض و سطوح پایین پیوستگی در خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به اختلال نقص توجه-بیش‌فعالی وجود دارد (پریسمن^۳ و

1. Holstean
2. Bakker
3. Pressman

همکاران، ۲۰۰۶؛ اسکرودر^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). وجود کودک بیش فعال در خانواده برای والدین خستگی و دلسردی از زندگی و روابط زناشویی ایجاد می کند زیرا والدین مجبورند تمام انرژی خود را صرف کنترل کودک کنند و در نتیجه دیگر نیرویی برای ارتباط با هم و رفع نیازهای یکدیگر ندارند. یکی از اهداف و آرزوهای افراد به ویژه زنان داشتن زندگی زناشویی موفق و دریافت عشق، محبت، حمایت و دلگرمی از همسر است اما وجود علائم و نشانه های اختلال بیش فعالی در کودک می تواند تعامل زوجین و عملکرد خانواده را تحت تاثیر قرار دهد و انباشته شدن سرخوردگی ها و تنش های زندگی روزمره باعث شود زوجین نیازهای خود و همسرشان را نادیده بگیرند و در نتیجه کیفیت روابط زناشویی آنها پایین آید و زوجین به ویژه زنان به این اهداف دست پیدا نکنند و سرانجام به دلزدگی در آنها منجر گردد. در واقع انباشته شدن فشارهای روانی تضعیف کننده عشق، افزایش تدریجی خستگی و یکنواختی و جمع شدن رنجش های کوچک به بروز فرسودگی (پاینز، ۲۰۱۱) در این مادران کمک می کند. در رویکرد ذهن آگاهی به شرکت کنندگان آموزش داده می شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آنها ظاهر شد، قبل از پاسخ به آنها، اجازه دهند که افکار به همان صورتی که هستند در ذهنشان باقی بمانند. به علاوه این رویکرد الگویی برای آموزش مهارت های تمرکز زدایی فراهم می کند و از تکنیک هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه های فکر-خلق را تداوم می بخشند، استفاده می کند (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴). ذهن آگاهی به کمک تنفس و با استفاده از اعضای بدن، آگاهی از وقایع، آگاهی از بدن، تنفس، صدا و افکار و پذیرش افکار بدون قضاوت و داوری در مورد آنها، منجر به تغییر معانی احساسی و عاطفی خاص می شود و فرد به این نکته پی می برد که افکار پیش از اینکه بازتابی از واقعیت باشند، افکار ساده ای هستند و این افکار منفی و اضطراب آور ضرورتاً صحیح نمی باشند. روش ذهن آگاهی باعث می شود فرد متوجه فعالیت های اتوماتیک وار و رفتارهای عادی خود شود و آگاهی و هشیاری فزاینده ای در فعالیت های روزانه خود به دست آورد، این آگاهی از افکار و احساسات، منجر به تغییر ارتباط

1.Schroder

فرد با آن افکار و احساسات می‌شود. در واقع ذهن آگاهی به جای تغییر محتوای افکار رابطه فرد را با افکارش تغییر می‌دهد. زمانی که فرد بتواند به این مهارت دست یابد، می‌تواند از مشکلات و موانع آگاهی داشته و راه حل‌های مناسبی را پیدا کند و به تعبیر بورپی و لانگر (۲۰۰۵) یک هماهنگی مفهومی برای زوجین ایجاد می‌شود و آنها را قادر می‌سازد که زندگی مشترک خود و مشکلات موجود در آن را ارزیابی و بازاریابی نمایند (نقل از یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰) و این می‌تواند تاثیر بسیار بسزایی در کاهش دلزدگی زناشویی این مادران داشته باشد. همچنین تکنیک‌های آگاهی دهنده‌ی این رویکرد، از قبیل تشخیص تمایزات میان موقعیت‌ها، دانش و آگاهی در مورد داشتن دیدگاه‌های دیگر، و تشخیص مواردی که از دید خود فرد عیب محسوب می‌شود ولی ممکن است از دید دیگران به صورت مزیت محسوب شود، ممکن است به میزان زیادی در پرورش مثبت روابط زوجین با خلق محیطی که غنی از روشنفکری و انعطاف‌پذیری است، برخلاف محیطی که منتقد و خشک است، کمک نماید (بورپی و لانگر، ۲۰۰۵) در واقع این رویکرد می‌تواند آنها را قادر سازد که هر لحظه بر نقاط قوت و ضعف خود و زندگی مشترک خود آگاه باشند و محیطی دایما پویا و انعطاف‌پذیر در زندگی خود ایجاد کنند که این محیط پویا و انعطاف‌پذیر مانع رشد تعارضات مزمن و فاصله‌های روانی و عاطفی طولانی مدت می‌شود، تعارضات و فاصله‌های روانی که خود ایجاد کننده زنجیره‌ای از مشکلات بعدی خواهند بود (یوسفی و سهرابی، ۱۳۹۰).

یکی از ویژگی‌های دیگر این رویکرد در زمان حال بودن و در زمان حال زیستن می‌باشد (کابات-زین، ۲۰۰۳)، که به معنی حضور فیزیکی و ذهنی داشتن در لحظه، و درگیر نشدن با گذشته و آینده است، زمانی که فرد در حال حاضر حضور داشته باشد، واقعیت را با تمام جنبه‌های درونی و بیرونی‌اش می‌بیند و می‌تواند سوگیری‌های شناختی و نشخوارهای فکری در ارتباط با گذشته و آینده خود، همسر و فرزند بیش‌فعالش را کاهش دهد و زمانی که لحظات صمیمانه را در کنار همسر و فرزندش سپری می‌کند دغدغه‌های ذهنی خود را وارد این لحظات نکند و وقتی در حال حضور داشته باشند می‌توانند پیام‌های عاشقانه، لمس‌های صمیمانه و

صدای گرم همسر را به درستی درک کنند و این امر می‌تواند از دلزدگی زناشویی این مادران جلوگیری کند و یا دلزدگی را در آنها کاهش دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند در کاهش دلزدگی زناشویی مادران دارای کودک بیش فعال و خانواده به عنوان یک سیستم مفید باشد.

منابع فارسی

آذرگون، حسن؛ کجیاف، محمدباقر؛ مولوی، حسین؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. مجله دانشور رفتار. ۱۶(۳۴): ۲۱-۱۳.

اولادی، زکیه. (۱۳۹۰). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر واقعیت درمانی در کاهش دلزدگی و افزایش رضامندی زناشویی زنان متاهل. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی، مشهد.

بخشی پور رودسری، عباس؛ محمدپور، وهاب؛ غلامزاده، مجتبی؛ اسماعیلی انامق، بهمن (۱۳۸۹). پیش بینی سلامت عمومی، سازگاری زناشویی و اشتیاق برای برقراری ارتباط بر اساس ذهن آگاهی افراد. مجله روان شناسی معاصر ۳(۵): ۱۴۳-۱۴۲.

بشلیده، کیومرث؛ درویشی، مهسا؛ کرای، امین. (۱۳۹۱). بررسی نقش میانجی گر تعارض کار - خانواده در رابطه میان تعارض بین کارکنان و بارکاری با فرسودگی شغلی در پرستاران زن بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر اهواز. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ویژه نامه خانواده و طلاق، شماره ۱، ۱۶-۲۶.

خدابخشی کولایی، آناهیتا (۱۳۸۸). طرح ها و الگوهای خانواده درمانی و آموزش والدین. تهران: انتشارات جنگل، جاودانه.

رجبی، غلامرضا؛ ستوده ناورودی، سید امید. (۱۳۹۰). تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل. مجله علوم پزشکی گیلان، ۲۰ (۸۰): ۸۳-۹۱.

روشن بین، مهدیه، پورا اعتماد، حمید رضا، و خوشابی، کنایون. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش برنامه گروهی فرزندپروری مثبت بر استرس والدگری کودکان مادران ۴-۱۰ ساله کودکان مبتلا به اختلال کمبود توجه- بیش فعالی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۳ (۱۰): ۵۷۲-۵۵۶.

شریفی، مرضیه؛ کارسولی، سلیمان؛ بشلیده، کیومرث. (۱۳۹۰). اثربخشی باز آموزی اسنادی در کاهش فرسودگی زناشویی و احتمال وقوع طلاق در زوجین متقاضی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱ (۲): ۲۱۲-۲۲۵.

شکوهی یکتا، م.، و زمانی، ن. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر ارتباط مادران با فرزندان کم توان ذهنی و دیر آموز. فصلنامه خانواده پژوهی ۴ (۱۵): ۲۴۶-۲۳۱.

طباطبایی سید محمود، رجبی سارا، ارشدی حمیدرضا (۱۳۸۲). بررسی ارزیابی و مقایسه تظاهرات گوناگون افسردگی در زنان و مردان مراجعه کننده به درمانگاه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی مشهد. اصول بهداشت روانی. (۲۰-۱۹): ۱۳۳-۱۲۸.

قاسم پور، عبدالله؛ سوره، جمال؛ محمودی اقدم، منصور. بررسی رابطه بهزیستی معنوی و ذهن آگاهی در دانشجویان. اولین همایش کشوری دانشجویی عوامل اجتماعی موثر بر سلامت. تهران. ۲۱-۲۲ مهرماه ۱۳۸۹.

کاکاوند، علیرضا. (۱۳۸۵). روانشناسی مرضی کودک. تهران: نشر ویرایش.

محمدخانی، پروانه؛ تمنائی فر، شیما؛ جهانی تابش، عذرا (۱۳۸۴). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی. تهران: نشر فراید.

محمدخانی، پروانه؛ دابسون، کیت؛ حسینی غفاری، فاطمه؛ مومنی، فرشته. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و

درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان پزشکی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۳(۱): ۲۶-۲۶

۱۹

محمدی، محمد رضا؛ مسگرپور، بیتا؛ سهیمی ایزدیان، الهه؛ محمدی، محمد. (۱۳۸۶) آزمون های روانشناختی و روان دارویی کودکان و نوجوانان. تهران: نشر طیب تیمور زاده.

موسوی زاده، طاهره. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش معناداری بر کاهش دلزدگی زناشویی زنان. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.

نادری، فرح؛ افتخاری، زهرا؛ آملزاده، صغری. (۱۳۸۹). رابطه ویژگی های شخصیت و روابط صمیمی همسر با دلزدگی زناشویی در همسران معتاد مرد اهواز. یافته های نو در روانشناسی. ۶۲-۷۸.

نبوی حصار، جمیله؛ احمدی، خدابخش. (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر سرد مزاجی زنان در آستانه ی طلاق. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۲(۳): ۴۲۴-۴۱۲.

نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. *مجله روانشناسی بالینی* ۲(۴): ۶۱-۷۲

نویدی، فاطمه ۱۳۸۴. بررسی و مقایسه رابطه دلزدگی زناشویی با عوامل جو سازمانی در کارکنان ادارات آموزش و پرورش و پرستاران بیمارستانی شهر تهران. پایان نامه ارشد در رشته مشاوره و گرایش خانواده، دانشگاه شهید بهشتی.

یوسفی، ناصر؛ باقریان، مهنوش. (۱۳۹۰). بررسی ملاکهای همسرگزینی و فرسودگی زناشویی به عنوان متغیرهای پیشین زوجین متقاضی طلاق و مایل به ادامه ی زندگی مشترک. فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده، ۱(۳): ۳۰۱-۲۸۴.

یوسفی، ناصر؛ سهرابی، احمد. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی رویکردهای خانواده درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فراشناخت بر کیفیت روابط زناشویی در مراجعان در آستانه طلاق. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۱(۲): ۲۱۱-۱۹۲.

منابع لاتین

- Ahola, K. (2007). Occupational burnout and health. Helsinki, Finland: Finnish Institute Occupational Health.
- Baer, R.A. (2006), Mindfulness-Based Treatment Approaches: clinicians Guide to Evidence Base and Application. USA: Academic Press is an imprint of Elsevier.
- Bakker B, The crossover of burnout and its relation to partner health, Stress and Health (2009) 25: 343–353 DOI: 10.1002/smi.1278.
- Beck SJ, Young GH, Tarnowski KG. Maternal characteristics and perceptions of pervasive and situational hyper actives and normal controls. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry 1990; 88: 150-6.
- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P.(2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. J Psychosomatic Res. 68: 539-544.
- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Psycho 2003 Apr., 84(4): 822-48
- Burpee, L, C. & Langer, E, J. (2005). Mindfulness and Marital Satisfaction. *Journal of Adult Development*. 12(1), 43-51, DOI: 10.1007/s10804-005-1281-6.
- Chronis, A.M., Lahey, B.B., Pelham, W.E., Williams, S.H., Baumann, B.L., Kipp, H., et al. (2007). Maternal Depression and Early Positive Parenting Predict Future Conduct Problems in Young Children with Attentiondeficit hyperactivity Disorder, *Developmental Psychology*, 43: 70-82.
- Coghill, D., Soutullo, C. Aubuisson, C., Preuss, U., Lindback, T., Silverberg, M. and Buitelaar, J.(2008). Impact of Attention-Deficit/hyperactivity Disorder on the Patient and Family: Results from a European Survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2:31, doi: 10.1186/1753-2000-2-31
- Flugel Colle K, Vincent ACha SS, Loehrer LL, Bauer BA, Wahner-Reodler DL.(2010) Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program Complement The Clin Pract.16:36-40.
- Goldin PR, Gross JJ.(2010),Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 10; 83-91.
- Gorkin, M. (2009). The four stage of burnout. online. http://stressdoc.com/4_stages.htm.
- Howard L M, Incidence of burnout or compassion fatigue reported among medical dosimetrists[Dissertation], University of Wisconsin-La Crosse La Crosse WI,2011; <http://www.uwlax.edu/md/forms/Michelle%20FINAL.pdf>.

- Kabat-Zinn, J.(2003), Mindfulness-Based intervention in context: Past, present, and future, *clinical psychology: Science and practical*, 10, 144-156.
- Kieviet- Stijnen A, Visser A, Garssen B, Hudig H.(2008) mindfulness-based stress reduction training for oncology patients: Patients appraisal and changes in well-being. *Patient Educ and Couns.*(72): 436-442.
- Lara, C., Fayyad, J., Graaf, R., Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al (2009). Childhood Predictors of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Results from the World Health Organization World, Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65:46–54.
- Leas, Timo. & Leas, Tuula. (2001). Career burnout & its relationship to couple burnout in finland. [http:// www.eric. ed. gov](http://www.eric.ed.gov)
- Lingren, H. G. (2003). marriage burnout. University of Nebraska-Lincoln Cooperative Extension. <http://utahmarriage.org>. OR <http://strongermarriage.org/htm/married/marriage-burnout>
- Ma, SH. Teasdel, JD. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*. 72: 31-40.
- Mash E J, Johnston C. Families of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: Review and Recommendation for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2001; 4: 183- 207.
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & shapira, I. (2006). burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research direction. *Psychological Bulletin*, 132, 327-353.
- National Institute of Mental Health. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/adhd.cfm>.
- Neils, H. (2009). 13 sings of burnout and how to help you avoid it. <http://www.assessment.com>.
- Ost, L-G. (2008), Efficacy of the third wave of Behavioral therapies: *A systematic review and meta-analysis*. *Behavior Research and Therapy*, 49, 296-321.
- Pines M A, Hammer B L, Neal B M, Ickson T, Job Burnout and Couple Burnout in Dual-Earner Couples in the Sandwiched Generation. *Social Psychology Quarterly* December 2011; (74) 4: 361-386 doi: 10.1177/0190272511422452.
- Pressman, L. J., Loo, S. K., Carpenter, E. M., Asarnow, J. R., Lynn, D., McCracken, J. T., et al. (2006). Relationship of family environment and parental psychiatric diagnosis to impairment in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45: 346–354.
- Segal, Z.V., Williams, M. G., & Teasdale, J.D.(2002), *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression*. New York: Guilford Press
- Schroder, V. M., Kelly, M. L. (2008). Association between family environment, Parenting practice and executive Functioning of Children with and without ADHD. *Journal of Family and Child study*. DOI 10.1007/s10826-008-9223-0.

- Shapiro SL, Bootzin RR, Figueredo AJ, Lopez AM, Schwartz GE.(2003) The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer An exploratory study. *J Psychosom Res.* (54): 85-91.
- Teasdel, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V, A., Soulsby, J., Lau, M. A (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology.* 68:615-623.
- Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P.(2010) Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.*19: 597-605.