

The Effect of Mindfulness and Acceptance Training on Body Image Concerns, Mental Skills and Free Throw Shooting Performance in Male Basketball Players with Wheelchairs

farshad abbasi¹, rokhsareh badami^{2*}, daruosh jalali³

1. M.A in Sport Psychology, Department of Physical Education and Sport Science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

2. Associate Professor in motor behaviour, Department of Physical Education and Sport Science, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

3. Assistant professor of psychology, Department of psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran

Abstract

The present study aimed at investigating the effect of mindfulness and acceptance training on body image concerns, mental skills and free throw shooting performance. The participants included 22 male basketball players with wheelchairs aged between 25 and 45 who were playing in the National Basketball League Second Division. The participants were homogenized by age and level of spinal cord injury and randomly assigned into experimental and control groups. The experimental group received eight sessions (each 90 min.) of mindfulness and acceptance training while the control group were doing their daily activities. The data were collected using OMSAT-3, Body Image Concerns Inventory and AAHPERD Basketball test and were analyzed using MANCOVA. The findings revealed that mindfulness and acceptance training fostered mental skills and free throw shooting performance of the male basketball players. Therefore, participation in mindfulness and acceptance training with the aim of fostering mental skills and basketball performance is recommended.

Keywords: Mindfulness and acceptance, mental skills, disabled, basketball.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

*. rokhsareh.badami@gmail.com

تأثیر آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بر نگرانی از تصویر بدنی، مهارت‌های ذهنی و عملکرد پرتاب آزاد در بازیکنان معلول رشته بسکتبال

فرشاد عباسی^۱، رخساره بادامی^{۲*}، داریوش جلالی^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان

(خوراسگان) اصفهان، ایران

farshadabbaspour22@gmail.com

۲. دانشیار رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)،

اصفهان، ایران

rokhsareh.badami@gmail.com

۳. استادیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

daruosh_jalali@yahoo.com

چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر آموزش ذهن آگاهی و پذیرش بر نگرانی از تصویر بدن، مهارت‌های ذهنی و عملکرد پرتاب آزاد بود. شرکت کنندگان پژوهش ۲۲ بازیکن معلول مرد رشته بسکتبال با دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال بودند که در لیگ دسته دو باشگاههای کشور رقابت می‌کردند. شرکت کنندگان براساس سن و سطح ضایعه نخاعی به صورت هم‌تاسازی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در کلاس آموزش ذهن آگاهی و پذیرش شرکت کردند و گروه کنترل در طول دوره تمرینات به فعالیت‌های روزانه خود پرداختند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مهارت‌های ذهنی امست سه و پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدنی و آزمون تعدیل‌شده شوت بسکتبال ایفرد استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس (مانکوا) تحلیل شد. یافته‌ها نشان دادند آموزش ذهن آگاهی و پذیرش، مهارت‌های ذهنی و عملکرد پرتاب آزاد در بازیکنان معلول رشته بسکتبال را ارتقا می‌دهد؛ بنابراین شرکت در کلاس‌های آموزش ذهن آگاهی و پذیرش برای افزایش مهارت‌های ذهنی و ارتقا عملکرد بسکتبال توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ذهن آگاهی و پذیرش، مهارت‌های ذهنی، معلول، بسکتبال

مقدمه

معلولیت پدیده اجتماعی است که از ادوار گذشته تا کنون در جوامع وجود داشته است و با اینکه در جوامع تلاش‌های فراوانی برای کاهش معلولیت انجام شده است، باز این پدیده رخ می‌دهد. آمارها نشان می‌دهند در سال ۱۹۷۰، میزان افراد معلول در حدود ۱۰ درصد بوده که این نرخ در سال ۲۰۱۱، به ۱۵ درصد رسیده است؛ یعنی حدود ۷۸۵ میلیون نفر که از میان آنها ۱۱۰ میلیون نفر دارای معلولیت شدیدند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۱).

معلولیت، پدیده چندوجهی است و نه تنها باعث ایجاد محرومیت و محدودیت فیزیکی می‌شود، مشکلات روانی را نیز به همراه دارد؛ زیرا ذهن معلولان جسمی و حرکتی معطوف به باورهای است که بر اساس مشکلات جسمانی‌شان پدیدار شده است (والش و والش، ۱۹۸۹). معلولان جسمی تصویر بدنی متفاوت (قاسمی، مؤمنی و خانکه، ۱۳۸۸) و منفی‌تری نسبت به افراد سالم دارند (عزتی و حیدری، ۱۳۹۴) و تصویر بدنی منفی‌تر هم بر خودپنداره، اعتماد به نفس، اضطراب، روابط میان‌فردی، رشد اجتماعی - هیجانی و خودارزشی ادراک‌شده تأثیر می‌گذارد (تیگمن و ویلیامسون، ۲۰۰۰). یکی از راهکارها برای بهبود وضعیت حرکتی و روانی معلولان، انجام فعالیت بدنی و ورزش است. شرکت در فعالیت بدنی و ورزش باعث برنامه‌ریزی بهتر (بیل، ۲۰۱۷) و بهبود مهارت‌های حرکتی، مهارت‌های ذهنی، مهارت‌های اجتماعی و کیفیت زندگی (لابانس و همکاران، ۲۰۱۶) می‌شود؛ با این حال، ماهیت شرکت در ورزش قهرمانی و فعالیت‌های رقابتی به گونه‌ای است که به خشم، اضطراب، استرس و تغییر در حالات روانی و ذهنی منجر می‌شود (واینبرگ و گولد، ۲۰۱۴، واعظ موسوی و مسیبی، ۱۳۹۳)؛ بنابراین، باید به اثر مداخلات

روانشناسی بر مهارت‌های ذهنی (مثل اعتماد به نفس، هدف‌گرایی، کنترل اضطراب، توجه و بازیافت توجه) ورزشکاران معلول رقابت‌کننده در سطوح قهرمانی به دلیل شرایط خاص‌شان بیشتر از افراد غیرمعلول توجه شود (هربالیس، هاتزیجورجیدیس و ثوداریکس، ۲۰۰۸).

یکی از مداخلات روانشناسی که برای افزایش مهارت‌های ذهنی در سال‌های اخیر با اقبال زیادی مواجه شده است، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و مداخلات مبتنی بر پذیرش است. مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش از مداخلات موج سوم شناختی رفتاری است که بر آگاهی نسبت به لحظه حال و پذیرش آن تأکید می‌کند. ذهن‌آگاهی مهارتی است که در آن فرد توجه کامل خود را به لحظه حال جلب می‌کند (زیدان، گرانت، براون، مک‌هوفی، کوگیل، ۲۰۱۲؛ سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲، گرمر، سیگل و فالتون، ۲۰۰۵)، وقتی افراد نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی‌کنند. در واقع، بیشتر مشکلات روانی وقتی حادث می‌شوند که ذهن فرد روی حوادثی متمرکز است که در گذشته روی داده است یا در آینده اتفاق خواهد افتاد (زیدان و همکاران، ۲۰۱۲). علاوه بر این، ذهن‌آگاهی باعث تفاوت در ادراک از خود می‌شود و باعث تغییر خود مفهوم‌سازی شده به خود مشاهده‌گر می‌شود (بیتمن و سوت، ۲۰۰۶). پذیرش و تعهد نیز درمان رفتاری است که برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی^۱ استفاده می‌شود (هربرت و فورمان، ۲۰۱۱). در این روش، توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه‌شان در زمان حال و براساس آنچه در همان لحظه برای آنها امکان‌پذیر است، افزایش می‌یابد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). این رویکرد

^۱ psychological flexibility

سنجیده و به تأثیر مثبت این نوع مداخلات بر این متغیرها اشاره شده است.

با وجود اینکه طی سال‌های اخیر، هم اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان اختلالات روانشناختی و ارتقای مهارت‌های روانی تأیید شده‌اند (بائر و کریت‌مایر، ۲۰۰۶؛ پرایسمن، ۲۰۰۸)، تلاش‌های گسترده‌ای صورت گرفته است تا این دو درمان به صورت ترکیبی و در تعامل با یکدیگر استفاده شوند (از جمله، رومر و اورسیلو، ۲۰۱۲، اورسیلو و رومر، ۲۰۱۶، ترجمه جلالی و فتاحی، ۱۳۹۶، فلیمنگ و کوکوسکی، ۲۰۱۳، ترجمه جلالی و فتاحی، ۱۳۹۷)؛ چون بسیاری از روانشناسان اعتقاد دارند چه ما مفهوم ذهن آگاهی را همراه با پذیرش بیاوریم و چه نیاوریم، این دو از همدیگر جدا نیستند؛ زیرا اساساً نه ذهن آگاهی بدون پذیرش امکان‌پذیر است و نه پذیرش بدون ذهن آگاهی به وجود می‌آید (برای مثال، قاسم‌زاده، ۱۳۹۲).

به نظر می‌رسد ترکیب و تلفیق این دو روش درمانی نوین آثار و نتایج مفیدی به همراه داشته باشد. نخست اینکه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید زیاد بر فنون مراقبه رسمی (مثل، تنفس آگاهانه، واریسی بدن، یوگای کششی) و مراقبه‌های غیررسمی، ظرفیت ماندن در زمان حال و پذیرش و جذب افکار و احساسات ناخوشایند را افزایش می‌دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲)؛ اما نقطه ضعف این روش این است که بیشتر روی حالت‌های مراقبه و شناخت کار می‌کند و کمتر به جنبه‌های رفتاری توجه دارد (جلالی و آقایی، ۱۳۹۴) و تعدادی از روان‌درمانگران اعتقاد دارند تغییر در ظرفیت‌های شناختی و پذیرش افکار به صورت مستقیم به تغییر رفتار منجر نمی‌شود. این در حالی است که بیشتر روانشناسان اعتقاد دارند آنچه موجب

درمانی بر این موضوع تأکید دارد که برای ارتقای عملکرد نیازی به حذف، تغییر یا کنترل سطوح شناختی و عاطفی درونی نیست؛ بلکه توسعه تفکر ذهن آگاهانه، پذیرش تجارب درونی لحظه حال (مانند افکار، هیجان و حس‌های بدنی)، روشن کردن اهداف با ارزش و افزایش توجه به نشانه‌ها، پاسخ‌ها و احتمالات خارجی در همان زمان برای افزایش عملکرد باید مدنظر قرار گیرد (گاردنر و مور، ۲۰۰۴).

در برخی از مطالعات، اثر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و اثر مداخلات مبتنی بر پذیرش بر ظرفیت حافظه کاری، فعالیت‌های شناختی و توجهی (غضنفری، امیری و زنگی‌آبادی، ۱۳۹۴، ملیانی، الهیاری، آزاد فلاح و آشتیانی، ۱۳۹۳)، راهکارهای مقابله هیجانی (بریتون، شاهر، اسپسول و جاکوبس، ۲۰۱۲)، اضطراب، استرس و افسردگی (هافمن، ساوای، ویت و او، ۲۰۱۰، رافورت، برنیر، تینوت، فورنیر و فلاحالت، ۲۰۱۷، پرستلو پرز، پنا، باراکا، ریورو سانتانا و آوارز پرز، ۲۰۱۷، استراسال و رایینسون، ۲۰۱۷، فورمن، هربرت، موترا و گلر، ۲۰۰۷، هانکوک و همکاران، ۲۰۱۸، جانکوز و مارکمن، ۲۰۱۶)، خودکارآمدی (محمدی‌زاده، مرادی، شمس‌الدینی و جمشیدی‌فر، ۱۳۹۳؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳، چانگ و همکاران، ۲۰۰۴)، تصویر بدنی (زمزمی، آگاه‌هریس و جان‌بزرگی، ۱۳۹۳)، درمان دردهای مزمن (مک‌کراکن و ولز، ۲۰۱۴، یو و مک‌کراکن، ۲۰۱۶)، ارنست و ملون، ۲۰۱۶)، کنترل حرکتی (کی، کاتزیساراتیس، کانگ، چو و چن، ۲۰۱۲)، آمادگی جسمانی (آتچلی، ۲۰۱۱)، عملکرد ورزشی (هسکر، ۲۰۱۰، ژانگ، دوان، لیو، کیتلی و چان، ۲۰۱۶، برنیر و همکاران، ۲۰۰۹، گودینگ و گاردنر، ۲۰۰۹، رحمانیان و واعظ موسوی، ۱۳۹۲، گراس و همکاران، ۲۰۱۸) و عملکرد ماهرانه (اهران، موران و لانسدیل، ۲۰۱۱)

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی، و طرح پژوهش پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان، ۲۲ نفر از بازیکنان معلول رشته بسکتبال بودند که به صورت دردسترس و تمام شمار از جامعه آماری بازیکنان معلول رشته بسکتبال استان چهارمحال و بختیاری انتخاب شدند. دامنه سنی آنها ۲۵-۴۵ سال بود و در در لیگ دسته دو باشگاه‌های کشور در سال ۹۴ رقابت می‌کردند و دست کم پنج سال سابقه شرکت در سطوح بالای رقابتی را داشتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: معلول بودن بازیکنان بسکتبال (انجام بازی بسکتبال با ویلچر)، مرد بودن، رقابت در لیگ دسته دو کشور، دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال و داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش، معیار خروج هم عبارت بودند از غیبت در جلسات تمرین و یا تمایل به خروج شرکت‌کننده از فرایند پژوهش. شرکت‌کنندگان به صورت همتاسازی براساس سن و کلاس بندی‌های رسمی فدراسیون بسکتبال با ویلچر در دو گروه ۱۱ نفره قرار گرفتند. در طبقه بندی رشته بسکتبال با صندلی چرخدار برای هر بازیکن از امتیاز یک تا چهار اختصاص داده می‌شود. حداقل امتیاز ۱ و حداکثر ۴/۵ است. به عبارتی بازیکنان بسکتبال به امتیازات ۱، ۱/۵، ۲، ۲/۵، ۳، ۳/۵، ۴، ۴/۵ تقسیم بندی می‌شوند و این مقیاس‌ها بر پایه طبقه بندی سطح ضایعه در ستون فقرات، تعادل و قابلیت مانور و محدودیت‌های حرکتی به لحاظ وجود عارضه‌های متفاوت جسمانی در سایر اندام‌ها با صندلی چرخدار خود در زمین بسکتبال استوار است و می‌توان گفت هرچه سطح ضایعه بیشتر باشد امتیاز پایین‌تری به بازیکن تعلق می‌گیرد (ولندویک و همکاران، ۲۰۰۳).

ابزار سنجش: برای گردآوری اطلاعات پژوهش از پرسشنامه‌های ذیل استفاده شده است: پرسشنامه

شکل‌گیری زندگی با معنا و مفهوم می‌شود، در درجه نخست، رفتار است و نه شناخت یا احساس (هیز و فلدمن، ۲۰۱۴). در عین حال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمتر بر جنبه‌های شناختی تمرکز دارد و هرچند یکی از فرایندهای اصلی آن ارتباط با زمان حال است، توجهی که در ذهن آگاهی با تمرین‌های متنوع مراقبه به این موضوع می‌شود، کمتر در درمان مبتنی بر پذیرش استفاده می‌شود (کیاروچی، هیز و بیلی، ۲۰۱۲ / ۱۳۹۵، ترجمه جلالی و فتاحی). در عوض، درمان مبتنی بر پذیرش به لحاظ رفتاری بودن، بر جنبه‌های رفتاری و به خصوص رفتارهای ارزشمند که موجب تغییر رفتار و حفظ تغییرات می‌شوند، تمرکز دارد و این موضوع را با نظام ارزش‌های هدفمند و هدف‌های ارزشمند به پیش می‌برد (فلیمینگ و کوکوسکی، ۱۳۹۷/۲۰۱۳، ترجمه جلالی و فتاحی) با اینکه تعدادی از مطالعات اثر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش را بر مهارت‌های روانی سنجیده‌اند، بیشتر این مطالعات روی افراد بدون نقص عضو انجام شده و کمتر مطالعه‌ای به بررسی اثر ترکیبی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش بر مهارت‌های ذهنی و عملکرد ورزشی ورزشکاران معلول پرداخته است. این در حالی است که به دلیل مشکلات حرکتی و روانی این قشر از جامعه، نیاز به پژوهش روی این افراد بیشتر احساس می‌شود؛ بنابراین، با توجه به مشکلات معلولان در جامعه نسبت به افراد سالم و کمبود پژوهش‌ها در زمینه معلولان، هدف پژوهش بررسی اثر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش بر تصویر بدنی، مهارت‌های ذهنی و عملکرد ورزشی بازیکنان بسکتبال معلول بود.

نوع کاغذی و خودگزارشی و مشتمل بر ۱۹ عبارت است و براساس مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه) ارزش‌گذاری شده است. نمره‌ای که هر شرکت‌کننده می‌تواند در این مقیاس کسب کند، بین ۱۹ تا ۹۵ خواهد بود. اعتبار این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شده و ضریب آلفای ۰/۹۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی هریک از سؤالات با نمره کل پرسشنامه از ۰/۳۲ تا ۰/۷۳ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. روایی همگرایی این ابزار از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با پرسشنامه وسواس اجباری پادوآ و پرسشنامه اختلالات خوردن ۰/۶۲ و ۰/۴ به دست آمده است. همچنین لیتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسشنامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهند دو عامل، مهم و معنادار بود که عامل نخست از دوازده ماده تشکیل شده است و نارضایتی و خجالت فرد از ظاهر خود، واریسی کردن و مخفی کردن نقایص ادراک شده را در بر می‌گیرد و عامل دوم با هفت ماده، میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. لیتون و همکاران (۲۰۰۵) ضریب آلفای کروناخ عامل اول و دوم را به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل را ۰/۶۹ گزارش کرده‌اند (به نقل از محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶).

محمدی و سجادی‌نژاد در ایران اعتبار پرسشنامه را به دو شیوه دوتیمه‌سازی و همسانی درونی بررسی کردند که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۶۶ و ۰/۸۶ به دست آمده است. روایی سازه این پرسشنامه نیز نشان‌دهنده دو عاملی بودن پرسشنامه بود و در مجموع ۳۹/۸۸ از واریانس کل آزمون را تبیین کرد. ضریب همبستگی این عوامل با کل آزمون ۰/۸۷ و ۰/۸۲ گزارش شده است (محمدی و سجادی‌نژاد، ۱۳۸۶).

مهارت‌های ذهنی/امست سه^۱: دوران‌دبوش، سالملا و گرین‌دیمرز (۲۰۰۱) پرسش‌نامه مهارت‌های ذهنی/امست سه را طراحی کردند که نسخه سوم ابزار سنجش مهارت‌های ذهنی اوتاوا است. این پرسش‌نامه ۴۸ سؤالی ۱۲ مهارت‌های ذهنی را در سه خرده‌مقیاس مهارت‌های روانی پایه (اعتماد به نفس، هدف‌گزینی و تعهد)، مهارت‌های روان‌تنی (واکنش به استرس، کنترل ترس، آرمیدگی یا آرام‌سازی و نیروبخشی) و مهارت‌های شناختی (تمرکز، بازیابی تمرکز، تصویرسازی ذهنی، تمرین ذهنی و طرح‌ریزی مسابقه) می‌سنجد. در این پرسشنامه بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ کند، برابر ۳۳۶ و کمترین نمره ۴۸ است. اخذ نمره نزدیک به ۳۳۶ نشان‌دهنده مهارت‌های ذهنی زیاد و اخذ نمره نزدیک به ۴۸ نشان‌دهنده مهارت‌های ذهنی کم است. نمره هریک از خرده‌مقیاس‌ها نیز با جمع امتیاز گویه‌های هریک از خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. عبارات این پرسشنامه، روی یک مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است که از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است. پایایی این پرسشنامه برای هریک از خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۸ بود (به نقل از زیدآیادی، رضائی و متشرعی، ۱۳۹۳). در ایران نیز روایی سازه و پایایی این پرسشنامه تأیید شده است. ضریب آلفای کروناخ برای خرده‌مقیاس‌های هدف‌گزینی، اعتماد به نفس، تعهد، پاسخگویی به استرس، آرمیدگی، کنترل ترس، نیروبخشی، تمرکز، تصویرسازی، طرح مسابقه، تمرین ذهنی، بازیافت تمرکز و کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۶، ۰/۷۴، ۰/۶۵، ۰/۶۶، ۰/۶۷، ۰/۶۷، ۰/۶۸، ۰/۷۶، ۰/۶۷، ۰/۶۹، ۰/۶۶ و ۰/۹۱ به دست آمده است (زیدآیادی و همکاران، ۱۳۹۳).

نگرانی درباره تصویر بدن^۲: پرسش‌نامه نگرانی درباره تصویر بدن لیتون، آکسوم و پری (۲۰۰۵) از

^۱ Omsat3

^۲ Body image concern inventory

آزمون شوت بسکتبال تعدیل شده^۱ ایفرد: آزمون ایفرد، یک مقیاس نمره‌گذاری برای سنجش عملکرد پرتاب آزاد بسکتبال از نقطه پناستی است. نمره‌گذاری این آزمون بر اساس این است که توپ‌هایی که مستقیماً وارد سبد می‌شوند ۵ امتیاز، توپ‌هایی که به حلقه یا تخته برخورد می‌کنند و وارد سبد می‌شوند ۴ امتیاز، توپ‌هایی که بیش از یک بار به حلقه و تخته برخورد می‌کنند و وارد سبد می‌شوند ۳ امتیاز، توپ‌هایی که به حلقه و تخته برخورد می‌کنند و وارد سبد نمی‌شوند ۲ امتیاز، توپ‌هایی که فقط به تخته برخورد می‌کنند و وارد سبد نمی‌شوند ۱ امتیاز و توپ‌هایی که بدون برخورد به بیرون می‌روند، بدون امتیاز محاسبه می‌شوند.

روش اجرا و تحلیل: این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شده است. ۲۲ شرکت‌کننده این پژوهش به صورت همتاسازی براساس سن و

درجه ضایعه در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. قبل از مداخله از هر دو گروه پیش‌آزمون عملکرد پرتاب آزاد بسکتبال به عمل آمد و هر دو گروه، پرسشنامه‌های مهارت‌های ذهنی امست سه و نگرانی از تصویر بدن را پر کردند. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی و به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هر هفته یک جلسه) در کلاس آموزش درمان ذهن آگاهی و پذیرش شرکت کردند. پروتکل آموزش براساس مدل ترکیبی مک^۲ (گاردنر و مور، ۲۰۰۷) و مدل پذیرش و تعهد برای نارضایتی از بدن^۳ (فولت، هفتر و پیرسون، ۲۰۱۰) بود. در همین زمان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از مداخله درمان ذهن آگاهی و پذیرش دوباره عملکرد پرتاب آزاد سنجیده شد و هر دو گروه، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در جدول شماره ۱، برنامه جلسات به صورت خلاصه آورده شده است.

جدول شماره ۱. پروتکل جلسات تمرین ذهن آگاهی و پذیرش (اقتباس از فلیمنینگ و کوکوسکی، ۲۰۱۳)

جلسه اول	معارفه، آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، ارزیابی میزان تمایل فرد برای تغییر، ایجاد درماندگی درباره موقتی و کم‌اثربودن دیگر مداخلات با استفاده از تمثیل، معرفی مدل ذهن آگاهی و پذیرش، توزیع پرسشنامه‌ها
جلسه دوم	ارائه بازخورد از جلسه قبل، مرور کم‌اثربودن دیگر مداخلات، شناخت ساختار جلسات، توضیح این نکته که ذهن آگاهی درصدد کنترل مشکل است نه راه حل آن، تمرین تمرکز بر زمان حال و شناخت مفهوم هدایت خودکار، ارائه تکلیف
جلسه سوم	مرور تکلیف جلسه قبل، تمرین خوردن کشمش، تمرین مراقبه و آرسی بدن، ایجاد شناخت کامل روی ساختار بدن با ارائه تمثیل
جلسه چهارم	مرور تجارب جلسه قبل، تمرین تمرکز روی تنفس، مفهوم پذیرش و تعهد با تمثیل، درماندگی خلاق، تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پی بردن به بیهودگی آنها، پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها
جلسه پنجم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف و تعهد رفتاری، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار
جلسه ششم	مرور تجارب جلسه قبل، شناسایی ارزش‌ها، سنجش عملکرد، کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی (مثل تکنیک ایجاد تمرکز بر زمان حال)، تضاد بین تجربه و ذهن، الگوسازی خروج از ذهن، توجه به افکار و احساسات و نجسیدن به محتوای آنها، آموزش دیدن تجربیات درون به عنوان فرایند
جلسه هفتم	مرور تجارب جلسه قبل، مرور تکلیف، سنجش عملکرد، معرفی مفهوم ارزش و بیان تفاوت بین ارزش‌ها، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، ایجاد انگیزه در مراجع برای ایجاد تغییر و توانمند نمودن مراجع، کشف ارزش‌های عملی زندگی
جلسه هشتم	مرور تجارب جلسات قبل، تعهد نسبت به تغییر، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل به آنها، درک ماهیت تمایل و تعهد، بررسی تکالیف خانگی، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها، جمع‌بندی جلسات به همراه مراجع، انجام پس‌آزمون

¹ Iferd

² Mindfulness-Acceptance-Commitment (MAC)

³ ACT for body image dissatisfaction

یافته‌ها

سطح معناداری آزمون ام‌باکس مربوط به شرط همسانی ماتریس‌های کواریانس نمرات تصویر بدنی، مهارت‌های ذهنی و عملکرد پرتاب آزاد $0/666$ به دست آمد که این سطح معناداری نشان می‌دهد ماتریس‌های کواریانس میانگین نمرات با یکدیگر برابرند و کاربرد تحلیل کواریانس چندمتغیری مجاز است.

در ضمن برای بررسی پیش شرط تساوی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد. سطح معناداری به دست آمده از نمرات تصویر بدنی ($F = 0/038, P = 0/84$)، مهارت‌های ذهنی ($F = 0/23, P = 1/52$)، و عملکرد پرتاب آزاد ($F = 2/31, P = 0/14$)، بزرگ‌تر از $0/05$ پیش فرض به دست آمد؛ بنابراین، نتیجه‌گیری شد بین واریانس گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد و کاربرد آزمون‌های پارامتریک (تحلیل کواریانس چند متغیری) مجاز است. درخور ذکر است در جریان استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری، میانگین نمرات پیش آزمون متغیرهای وابسته به عنوان متغیر کوریت کنترل شد. در جدول ۲، نتایج تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش آمده‌اند.

افراد گروه نمونه، ۲۱ تا ۴۵ سال بودند که $9/1$ درصد افراد در دامنه سنی ۲۵-۲۰ سال، $27/25$ درصد افراد در دامنه سنی ۳۰-۲۶ سال، $18/2$ درصد افراد در دامنه سنی ۴۰-۳۶ سال و $18/2$ درصد افراد در دامنه سنی ۴۵-۴۱ سال قرار داشتند. همچنین $72/7$ درصد افراد، متأهل و $27/3$ درصد افراد، مجرد بودند. با توجه به طرح پژوهش که از نوع پیش آزمون - پس آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد. قبل از اجرای آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، به منظور حصول اطمینان از توزیع نرمال نمرات از آزمون کولموگوروف - اسمیرنف در مرحله پیش آزمون استفاده شد. نتایج آزمون کولموگوروف - اسمیرنف نشان دادند بین نمرات بازیکنان معلول بسکتبال در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری وجود نداشته و توزیع نمرات هر سه متغیر تصویر بدنی ($P = 0/969, K-S = 0/492$)، مهارت‌های ذهنی ($P = 0/795, K-S = 0/648$) و عملکرد پرتاب آزاد ($P = 0/747, K-S = 0/678$) همچنین نرمال بوده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری بر تصویر بدنی، مهارت‌های ذهنی و عملکرد پرتاب آزاد

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
تصویر بدنی	۲۹/۶۴	۱	۲۹/۶۴	۳/۴۸	۰/۰۷۹	۰/۱۷۰
مهارت‌های روانی پایه (خرده‌مقیاس مهارت ذهنی)	۲۹/۸۷	۱	۲۹/۸۷	۷/۳۱	۰/۰۱۵	۰/۳۰۱
مهارت‌های روان‌تنی (خرده‌مقیاس مهارت ذهنی)	۲۴۷/۳۴	۱	۲۴۷/۳۴	۱۱/۰۴	۰/۰۰۴	۰/۳۹۴
مهارت‌های شناختی (خرده‌مقیاس مهارت ذهنی)	۳۰۷/۵۵	۱	۳۰۷/۵۵	۳۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
مهارت‌های ذهنی	۶۷۱/۵۷	۱	۶۷۱/۵۷	۱۳/۷۱	۰/۰۰۲	۰/۴۴۶
عملکرد پرتاب آزاد	۲۷۹/۴۲	۱	۲۷۹/۴۲	۳۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۸۱

میانگین‌های تعدیل‌شده، که در جدول ۳ ارائه شده‌اند، مهارت‌های روانی و خرده‌مقیاس‌های آن و همین‌طور عملکرد پرتاب آزاد در گروه آزمایش، بیشتر از گروه کنترل است؛ بنابراین، مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش به افزایش مهارت‌های ذهنی و عملکرد ورزشی منجر شده است.

با توجه به نتایج جدول ۲، بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در تصویر بدنی ($P = ۰/۰۷۹$ و $F = ۳/۴۸$) تفاوت معناداری وجود نداشته است؛ ولی بین میانگین نمرات مهارت‌های روانی ($P = ۰/۰۱۵$ و $F = ۷/۳۱$)، مهارت‌های روان‌تنی ($P = ۰/۰۰۴$ و $F = ۱۱/۰۴$) و مهارت‌های شناختی ($P = ۰/۰۰۱$ و $F = ۳۰/۴۵$)، مهارت‌های ذهنی ($P = ۰/۰۰۲$ و $F = ۱۳/۷۱$) و عملکرد

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نگرانی از تصویر بدنی	۳۶/۴۵ ± ۱۰/۲۹	۳۱/۵۴ ± ۷/۹۷	۳۰/۸۷ ± ۰/۸۷	۳۳/۲۱ ± ۰/۸۷
عملکرد پرتاب آزاد	۳۲/۲۷ ± ۷/۲۶	۳۹/۱۸ ± ۶/۱۲	۳۲/۶۳ ± ۷/۳۷	۳۲/۲۲ ± ۰/۸۰
نمرات کل مهارت‌های ذهنی	۱۲۹/۶۳ ± ۱۵/۲۸	۱۴۱/۰۰ ± ۹/۷۴	۱۳۰/۳۶ ± ۱۹/۰۳	۱۲۹/۵۸ ± ۲/۲۸
خرده‌مقیاس مهارت‌های روانی پایه	۲۳/۳۶ ± ۷/۱۰	۲۴/۵۴ ± ۷/۰۴	۲۲/۹۰ ± ۴/۹۲	۲۲/۰۲ ± ۰/۵۹
خرده‌مقیاس مهارت‌های روان‌تنی	۵۱/۴۵ ± ۹/۹۳	۵۷/۳۶ ± ۶/۱۳	۵۱/۱۸ ± ۹/۸۲	۵۰/۵۲ ± ۱/۳۶
خرده‌مقیاس مهارت‌های شناختی	۵۵/۲۷ ± ۶/۳۷	۶۱/۸۱ ± ۶/۴۷	۵۵/۸۱ ± ۸/۳۱	۵۴/۶۰ ± ۱/۰۱

بحث

نخستین یافته این مطالعه نشان داد آموزش گروهی ذهن‌آگاهی و پذیرش بر تصویر بدنی بازیکنان معلول رشته بسکتبال تأثیر معناداری نداشته است. این یافته با یافته‌های مطالعه زمزمی و همکاران (۱۳۹۳) تناقض دارد که در آن ذهن‌آگاهی باعث افزایش رضایت‌مندی از بدن شده است. شاید یکی از دلایل تناقض یافته‌ها این باشد که نمونه مطالعه زمزمی و همکاران (۱۳۹۳) دخترانی بودند که تصویر بدنی منفی داشته‌اند؛ اما در مطالعه حاضر تنها اثر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش بر نگرانی از تصویر بدن سنجیده شد و شرکت‌کنندگان تصویر بدنی منفی نداشتند. شاید تفاوت در نتایج به ابزار استفاده شده نیز وابسته باشد. در

مطالعه زمزمی و همکاران (۱۳۹۳) از پرسشنامه چندبعدی رابطه بدن - خود استفاده شده است؛ اما در این مطالعه از پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن استفاده شده است؛ اما پایین بودن نمره نگرانی از تصویر بدن (نمره ۳۶ از دامنه نمره ۱۹ تا ۹۵) با یافته‌های مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است. در مطالعه قاسمی و همکاران (۱۳۸۸) تصویر بدنی معلولان ورزشکار در خرده‌مقیاس‌های قدرت، استقامت، هماهنگی، انعطاف‌پذیری، عزت نفس، فعالیت بدنی و کل بدن به‌طور معناداری از معلولان و غیرمعلولان غیر ورزشکار بهتر بوده است. شاید شرکت در فعالیت‌های بدنی باعث افزایش توانایی‌های بدنی و آمادگی بدنی افراد معلول شده و همین مورد باعث شده است آنها

واکنش پذیری شناختی (غضنفری و همکاران، ۱۳۹۴، ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳)، کاهش نشانه‌های اضطراب، نگرانی، ترس و افسردگی (هافمن و همکاران، ۲۰۱۰) و افزایش خودکارآمدی و رضایت‌مندی از خود (محمدی زاده و همکاران، ۱۳۹۳؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ چانگ و همکاران، ۲۰۰۴) اشاره کرده‌اند.

شاید یکی از دلایل اثر مثبت ذهن آگاهی و پذیرش بر خرده‌مقیاس مهارت‌های روانی پایه (هدف‌گزینی، اعتمادبه‌نفس و تعهد) تعیین ارزش‌ها و عمل متعهدانه و تغییر خود مفهوم‌سازی شده به خود مشاهده‌گر در مراحل آموزش ذهن آگاهی و پذیرش باشد. در سطوح مختلف ورزشی، ورزشکار باید اهدافی را بپذیرد و در قبال آنها تعهد داشته باشد. بدون پذیرش و تعهد درونی، ورزشکار برای رسیدن به هدف‌ها تلاش نمی‌کند (بیل، ۲۰۱۷). در این پژوهش گروه مداخله آموختند اهدافی را در ذهن خود تجسم کنند و در حضور دیگران متعهد شدند که برای رسیدن به این اهداف تلاش کنند. شاید این راهکار، تعهد و هدف‌گزینی را بهبود بخشیده است. یکی دیگر از خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های روانی پایه، اعتماد به نفس است. در تبیین این مفهوم، در ساختار درمانی ذهن آگاهی و پذیرش می‌توان گفت هر شخصی یک خود مفهوم‌سازی شده دارد که ارزیابی شخصی فرد از خودش است؛ مثل: «زیبا هستم»، «بی‌ارزش هستم» و ... که این خود مفهوم‌سازی شده در برخی موارد باعث ایجاد اضطراب، افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس می‌شود (هیز و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از اهداف درمان ذهن آگاهی و پذیرش، تغییر این خود مفهوم‌سازی شده، به خود مشاهده‌گر است که در آن فرد قادر به ارتباط با یک حس پایدار از خود می‌شود که این حس فراتر از افکار، احساسات و برچسب‌ها است (بیتن و سوت، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، ممکن است آموزش

نگرانی زیادی درباره تصویر بدنی خود نداشته نباشند. علاوه بر این، در مطالعه حاضر دامنه سنی بازیکنان معلول بین ۲۵-۴۵ سال بود که هر کدام از این افراد به‌طور میانگین هشت سال سابقه شرکت در بسکتبال باوولچر و حدود پنج سال سابقه شرکت در سطوح بالای رقابتی را داشته‌اند و این میزان فعالیت احتمالاً در بالابردن توانایی‌های بدنی آنها نقش داشته است. همچنین بیشتر این افراد از ابتدا دارای معلولیت‌های جسمانی بوده‌اند و یا مدت زمان زیادی بوده است که دچار نقص عضو شده‌اند و احتمال می‌رود با این نقص عضو از لحاظ ذهنی سازگار شده‌اند. در نهایت این‌طور تصور می‌شود که سازگارشدن با شرایط بدنی در معلولیت‌هایی که زمان زیادی از آن می‌گذرد و افزایش توانایی‌های بدنی و آمادگی جسمانی به دلیل فعالیت‌های ورزشی مداوم باعث می‌شود این ورزشکاران درباره تصویر بدن نگرانی نداشته باشند. شاید با تفاوت نمونه معلولان در متغیرهایی مثل سابقه ورزشی و مدت زمان سپری‌شده از زمان نقص عضو و آسیب‌های منجر به معلولیت، نتایج دیگری به دست آید.

دومین یافته این پژوهش نشان داد اثر آموزش گروهی ذهن آگاهی و پذیرش بر مهارت‌های ذهنی و خرده‌مقیاس‌های آن یعنی مهارت‌های روانی پایه (هدف‌گزینی، اعتمادبه‌نفس و تعهد)، مهارت‌های روان‌تنی (واکنش به استرس، کنترل ترس، آرمیدگی یا آرام‌سازی و نیروبخشی) و مهارت‌های شناختی (تمرکز، بازیابی تمرکز، تصویرسازی ذهنی، تمرین ذهنی و طرح‌ریزی مسابقه) مثبت و معنادار بوده است. به عبارت دیگر، این نوع آموزش، مهارت‌های ذهنی بازیکنان معلول را ارتقا داده است. به نظر می‌رسد این یافته‌ها با یافته‌های مطالعاتی همخوان است که به اثر مثبت ذهن آگاهی و پذیرش بر بهبود باورهای فراشناخت و

مشاهده خود به عنوان زمینه و بیان خود به عنوان مشاهده گر باعث افزایش اعتماد به نفس شود.

تکنیک تمرکز بر زمان حال، آشنایی با تکنیک‌های تنفسی و تکنیک پذیرش از دلایل احتمالی اثر مثبت ذهن آگاهی و پذیرش بر مهارت‌های روان‌تنی و شناختی‌اند.

وینبرگ و گولد (۲۰۱۴) «بودن در زمان گذشته و آینده» را یکی از دلایل ایجاد اضطراب و کاهش توجه ورزشکاران دانسته‌اند. آنها ادعان داشته‌اند مشغول بودن ذهن ورزشکار به مسابقات گذشته و نگرانی و ترس از مسابقات آینده، توجه را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد تمرکز بر زمان حال با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی، اضطراب را کاهش داده و واکنش نسبت به استرس را بهبود بخشیده است.

در یکی دیگر از مراحل ذهن آگاهی، بازیکنان با تکنیک‌های تنفسی آشنا شدند. معمولاً در هنگام فشار و اضطراب رقابت، یک نفس عمیق و کامل به شروع یک واکنش آرام‌سازی، کنترل اضطراب و تنش عضلانی منجر می‌شود (وینبرگ و گولد، ۲۰۱۴). به نظر می‌رسد تکنیک‌های تنفسی در ذهن آگاهی که به آنها مراقبه کوچک نیز گفته می‌شود، توانسته است باعث ایجاد آرامیدگی، کاهش اضطراب و تنش عضلانی شود. از سوی دیگر، زمانی که ورزشکار عدم تعادل بین تقاضا و توانایی پاسخ خود را ادراک کند، این موضوع باعث می‌شود تا او احساس تهدید کند. این مسئله به افزایش اضطراب حالتی منجر می‌شود که به نوبه خود باعث افزایش نگرانی‌ها (افزایش اضطراب شناختی)، افزایش پاسخ‌های فیزیولوژیکی (اضطراب حالتی - جسمانی) و یا هردو خواهد شد. این تغییر حالت نیز به نوبه خود باعث تغییر در تمرکز، افزایش تنش عضلانی و ترس می‌شود (وینبرگ و گولد، ۲۰۱۴).

به نظر می‌رسد ساختار تکنیک‌های آموزش پذیرش و تمایل، تشخیص راهبردهای کنترل‌گری و پی‌بردن به بهبودگی آنها و پذیرش وقایع شخصی دردناک بدون کشمکش با آنها توانسته است بر خرده‌مقیاس‌های مهارت روان‌تنی تأثیر مثبت بگذارد که شامل کنترل ترس، آرمیدگی و نیروبخشی است. علاوه بر این، شرکت کنندگان در فرایند آموزش ذهن آگاهی و پذیرش می‌آموزند به محتوای افکار خود نچسبند و درباره افکار خود قضاوت نکنند. یکی از عوامل اختلال در توجه نیاز به کنترل افکار منفی است. این افکار به صورت مانع بر سر راه شخص قرار می‌گیرد و باعث ایجاد نشخوارهای فکری و دیدگاه منفی نسبت به فعالیت روزمره می‌شود (گرمر و همکاران، ۲۰۰۵). تکنیک‌های اشاره شده شخص را وادار به پذیرش و شناخت بیشتر نسبت به فرایند پردازش افکار در ذهن می‌کند و به او این تفکر را می‌دهد که یک فکر فقط یک فکر یا یک احساس فقط یک احساس است و ما چیزی به نام افکار و احساسات مثبت و منفی نداریم (گرمر و همکاران، ۲۰۰۵).

افزون بر این، یکی از بزرگ‌ترین موانع پیش روی ورزشکاران در حفظ تمرکز، تمایل به ارزیابی عملکرد و دسته‌بندی آن به عنوان عملکرد خوب و بد است که اینگونه قضاوت‌ها معمولاً باعث ایجاد واکنش‌های شخصی و خودمدارانه می‌شود. در چنین شرایطی استفاده از تفکر بدون قضاوت می‌تواند باعث بهبود تمرکز و باز تمرکز در ورزشکار شود (واعظ موسوی و رحمانیان، ۱۳۹۳). بر اساس این، تکنیک ذهن آگاهی و پذیرش توانسته است بر مهارت‌های شناختی و روان‌تنی که از زیرمؤلفه‌های مهارت‌های ذهنی است، تأثیر مثبت داشته باشد.

یافته دیگر این پژوهش نشان داد ذهن آگاهی و پذیرش، عملکرد ورزشی را ارتقا می‌دهد. این یافته با

(گاردنر و مور، ۲۰۰۴). احتمالاً بر اساس این، مهارت‌های روانی آنها افزایش یافته و متعاقباً بر عملکرد آنها اثر گذاشته است؛ زیرا بر اساس فرمول عملکرد ورزشی، عملکرد مطلوب حاصل ترکیبی از توانایی‌های فنی (تکنیک و تاکتیک)، جسمانی (قدرت و سرعت) و روانی (تمرکز، اعتماد به نفس، مهار کردن اضطراب) است. درحقیقت بیشتر مریبان بر این باورند که دست کم ۵۰ درصد ورزش، ذهنی یا روانی است (واعظ موسوی و مسیعی، ۱۳۹۳).

به‌طور خلاصه، یافته‌های این پژوهش نشان داد مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش، مهارت‌های ذهنی و عملکرد ورزشی بازیکنان معلول بسکتبال را ارتقا می‌دهد. با توجه به تأثیر رویکرد ذهن آگاهی و پذیرش بر بهبود عملکرد ورزشی به مریبان و روانشناسان ورزشی پیشنهاد می‌شود از این رویکرد برای بالابردن مهارت‌های ذهنی و بهبود عملکرد ورزشی ورزشکاران استفاده کنند. همین‌طور، با توجه به یافته‌های این مطالعه در حوزه ورزش معلولان پیشنهاد می‌شود از ذهن آگاهی و پذیرش در سازمان‌های بهزیستی کل کشور و فدراسیون ورزش جانبازان و معلولان و کمیته پارالمپیک کشور برای بهبود سلامت روانی، بهبود عملکرد و بهتر کردن کیفیت زندگی ورزشکاران معلول استفاده شود. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که اثر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش را بر بهبود تصویر بدنی معلولانی بسنجند که تصویر بدنی منفی دارند. در این مطالعه به دلیل محدودیت در تعداد نمونه، امکان انتخاب ورزشکاران معلول با مهارت‌های ذهنی پایین و تصویر بدنی منفی وجود نداشت. شاید با انتخاب شرکت کنندگان معلول با تصویر بدنی منفی شاهد نتایج دیگری در اثرگذاری مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش بر تصویر بدنی باشیم. همچنین، به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود

یافته‌های مطالعاتی که اثر ذهن آگاهی را بر عملکرد ورزشی رشته‌های گلف (برنیر و همکاران، ۲۰۰۹)، پرتاب دارت (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۶)، شنا (برنیر و همکاران، ۲۰۰۹) و بسکتبال (گودینگ و گاردنر، ۲۰۰۹) سنجیده‌اند و به تأثیر مثبت این نوع مداخله بر عملکرد ورزشی اشاره کرده‌اند، همخوان است. همچنین این یافته با یافته مطالعه مروری رحمانیان و واعظ موسوی (۱۳۹۲) همخوان است که با مرور مقالات مرتبط با ذهن آگاهی اذعان داشتند که ذهن آگاهی بر عملکرد ورزشی تأثیر مثبت می‌گذارد. در تبیین این یافته می‌توان به پژوهش جکسون و چیکستیمیا (۱۹۹۹) اشاره داشت. جکسون و چیکستیمیا (۱۹۹۹) با بررسی عملکرد برجسته ورزشکاران اشاره داشتند که برای داشتن عملکرد برجسته، هشت قابلیت بدنی و ذهنی نیاز است. سه قابلیت از میان این هشت قابلیت به سطح بالای تمرکز مربوط است. در این مورد ورزشکاران حرفه‌ای این سه قابلیت را در وجود خود اینگونه توصیف می‌کنند: الف) کاملاً در زمان حال قرار گرفته‌اند و به گذشته و آینده فکر نمی‌کنند؛ ب) آرامش ذهنی، تمرکز و کنترل زیادی دارند؛ ج) نسبت به بدن خود و محیط بیرونی، هشیاری بسیاری دارند (وینبرگ و گولد، ۲۰۱۴). با عنایت به اینکه در خلال آموزش ذهن آگاهی و پذیرش، شرکت کنندگان با فرایند پذیرش و در لحظه حال بودن و همین‌طور غیرقضاوتی بودن آشنا می‌شوند (گاردنر و مور، ۲۰۰۷) و می‌آموزند که برای دسترسی به عملکرد مطلوب به حذف، تغییر یا کنترل سطوح شناختی و عاطفی نیازی ندارند و توسعه تفکر ذهن آگاهانه، پذیرش تجارب درونی لحظه حال (مانند افکار، هیجان و حس‌های بدنی)، روشن کردن اهداف با ارزش و افزایش توجه به نشانه‌ها و غیرقضاوتی بودن را برای بهبود عملکرد ورزشی باید مدنظر قرار دهند

برای تعیین اثر ماندگار مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش بر مهارت‌های روانی، آزمون پیگیری داشته باشند.

منابع

اورسلویو، س؛ و رومر، ل. (۱۳۹۶). نگرانی کمتر، زندگی بیشتر. ترجمه د، جلالی و ک، فتاحی تهران: ابن سینا. (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۶).

جلالی، د؛ و آقایی، ا. (۱۳۹۴). مدیریت شناختی - رفتاری استرس مبتنی بر ذهن آگاهی. تهران: ابن سینا.

رحمانیان، ز؛ و واعظ موسوی، م. (۱۳۹۲). تأثیر مراقبه ذهن آگاهی بر عملکرد ورزشی، مطالعات روانشناسی ورزشی، ۲(۵)، ۲۶-۱۳.

زمزمی، آ؛ آگاه‌هریس، م؛ و جان‌بزرگی، م. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر مداخله رفتاری ذهن آگاهی پذیرش در اصلاح روان بنه خود تصویر بدنی منفی. مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۹(۶)، ۳۰۴-۳۱۱.

زیدآبادی، ر؛ رضایی، ف؛ و متشرعی، ا (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی و هنجاریابی نسخه فارسی پرسشنامه سنجش مهارت‌های ذهنی اوتوا - اومست، مطالعات روانشناسی ورزشی، ۳(۷)، ۸۲-۶۳.

عزتی، م؛ و حیدری، ن. (۱۳۹۴). بررسی ذهن آگاهی افراد معلول جسمی حرکتی و سالم، دومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تهران: مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی، موسسه آموزش عالی مهر اروند.

غضنفری، ف؛ امیری، ف، و زنگی آبادی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس - جبری زنان

مبتلا به اختلال وسواس - اجباری شهر خرم‌آباد. مطالعات ناتوانی، ۱۱(۵)، ۱۶۸-۱۶۰.

فلیمینگ، ژ.، و کوکوسکی، ن. (۱۳۹۷). کتاب کار ذهن آگاهی و پذیرش برای درمان اضطراب اجتماعی و کمرویی. ترجمه د، جلالی و ک، فتاحی. تهران: ابن سینا. (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۳).

قاسم‌زاده، ح. (۱۳۹۲). رفتاردرمانی: زمینه مسائل و دورنما، تهران: ارجمند.

کیاروچی، ج؛ هیز، ل.، و بیلی، آ. (۱۳۹۵). ذهنیت را رها کن! زندگی‌ات را دریاب: کاربرد درمان پذیرش و تعهد، ترجمه د، جلالی و ک، فتاحی. تهران: ابن سینا. (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۱۲).

قاسمی، ع؛ مؤمنی، م.، و خانکه، ح. (۱۳۸۸). مقایسه تصویر بدنی معلولین ورزشکار با معلولین غیرمعلولین غیرورزشکار، نشریه توانبخشی، ۱۰(۴)، ۲۶-۳۱.

محمدی زاده، س؛ مرادی جو، م؛ شمس‌الدینی، س و جمشیدی‌فر، ز. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودکارآمدی جنسی زنان مبتلا به سرطان پستان. اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۸(۳۱)، ۱۶-۷.

محمدی، ن و سجادی‌نژاد، م. (۱۳۸۶). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۵(۲)، ۷۰-۵۵.

ملیانی، م؛ الهیاری، ع؛ آزاد فلاح، پ. و فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناختی و رضایت‌مندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده. مجله روانشناسی، ۱۸، ۴۰۷-۳۹۳.

واعظ موسوی، م. ک. و مسیعی، ف. (۱۳۹۳). روانشناسی ورزشی، تهران: انتشارات سمت.

- (ACT) to Foster Resilience in Pediatric Chronic Illness. In C. DeMichelis and M. Ferrari, (Eds). *Child and Adolescent Resilience Within Medical Contexts. Integrating Research and Practice (Part 3)*, (pp. 193–207), USA: Springer International.
- Follette, V., Heffner, M., & Pearson, A. (2010). *Acceptance and commitment therapy for body image dissatisfaction: A practitioner's guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification, 31*(6), 772-799.
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2004). A mindfulness-acceptance-commitment-based approach to athletic performance enhancement: Theoretical considerations. *Behavior therapy, 35*(4), 707-723.
- Gardner, F. L., & Moore, Z. E. (2007). *The psychology of enhancing human performance: The mindfulness-acceptance-commitment (MAC) approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York:: Guilford Publications.
- Gooding, A., & Gardner, F. L. (2009). An investigation of the relationship between mindfulness, preshot routine, and basketball free throw percentage. *Journal of Clinical Sport Psychology, 3*(4), 303-319.
- Gross, M., Moore, Z. E., Gardner, F. L., Wolanin, A. T., Pess, R., & Marks, D. R. (2018). An empirical examination comparing the Mindfulness-Acceptance-Commitment approach and Psychological Skills Training for the mental health and sport performance of female student athletes. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 16*(4), 431-451.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized
- Aherne, C., Moran, A. P., & Lonsdale, C. (2011). The effect of mindfulness training on athletes' flow: An initial investigation. *The Sport psychologist, 25*(2), 177-189.
- Atchley, A. R. (2011). An examination of the effects of mindfulness and task-relevant attentional focus on running performance. *Masters Theses*. Retrieved from <http://digitalcommons.wku.edu/theses/1069> on 03/03/2012.
- Baer, A. R., & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness and acceptance based treatment approaches. In R. R. Baer (Ed.), *Mindfulness based treatment approaches: Clinicians guide to evidence base and applications*, (pp. 3-15). New York: Academic Press.
- Beal, M. A. (2017). How Does Goal Setting Impact Intrinsic Motivation And Does It Help Lead To Enhanced Learning At The Kindergarten Level? *Minnesota, Master Theses of Arts*, Retrieved from https://digitalcommons.hamline.edu/hse_all/4334.
- Beitman, B. D., & Soth, A. M. (2006). Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration, 16*(4), 383–397.
- Bernier, M., Thienot, E., Codron, R., & Fournier, J. F. (2009). Mindfulness and acceptance approaches in sport performance. *Journal of Clinical Sport Psychology, 3*(4), 320-333.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepsenwol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*(2), 365-380.
- Chang, V. Y., Palesh, O., Caldwell, R., Glasgow, N., Abramson, M., Luskin, F., ... & Koopman, C. (2004). The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Stress and Health, 20*(3), 141-147.
- Durand-Bush, N., Salmela, J. H., & Green-Demers, I. (2001). The Ottawa mental skills assessment tool (OMSAT-3). *The Sport Psychologist, 15*(1), 1-19.
- Ernst, M. M., & Mellon, M. W. (2016). Acceptance and Commitment Therapy

- task. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 34(5), 561-579.
- Littleton, H. L., Axson, D., & Pury, C. L. (2005). Development of the body image concern inventory. *Behaviour Research and therapy*, 43(2), 229-241.
- Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., ... & Biddle, S. (2016). Physical activity for cognitive and mental health in youth: A systematic review of mechanisms. *Pediatrics*, e20161642.
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2014). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model, process, and progress. *American Psychologist*, 69(2), 178.
- Praissman, S. H. (2008). Mindfulness-based stress reduction: A literature review and clinician's guide. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 212-216.
- Perestelo-Perez, L., Barraca, J., Peñate, W., Rivero-Santana, A., & Alvarez-Perez, Y. (2017). Mindfulness-based interventions for the treatment of depressive rumination: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 282-295.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2012). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 54-68.
- Ruffault, A., Bernier, M., Thiénot, E., Fournier, J. F., & Flahault, C. (2017). Exploring the links between mindfulness skills, physical activity, signs of anxiety, and signs of depression among non-clinical participants. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 27(1), 16-24.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Strosahl, K. D., & Robinson, P. J. (2017). *The mindfulness and acceptance workbook for depression: Using acceptance and commitment therapy to move through depression and create a life worth living*. Oakland: New Harbinger Publications.
- controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.
- Harbalis, T., Hatzigeorgiadis, A., & Theodorakis, Y. (2008). Self-Talk in Wheelchair Basketball: The Effects of an Intervention Program on Dribbling and Passing Performance. *International Journal of Special Education*, 23(3), 62-69.
- Hasker, S. M. (2010). *Evaluation of the mindfulness-acceptance-commitment (MAC) approach for enhancing athletic performance* (Doctoral dissertation in Psychology). University of Pennsylvania.
- Hayes, A. M., Feldman, G. (2014). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255-262.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2011). The evolution of cognitive behavior therapy: The rise of psychological acceptance and mindfulness. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp. 3-25). Hoboken, NJ: Wiley.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169.
- Jackson, S. A., & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Juncos, D. G., & Markman, E. J. (2016). Acceptance and commitment therapy for the treatment of music performance anxiety: a single subject design with a university student. *Psychology of Music*, 44(5), 935-952.
- Kee, Y. H., Chatzisarantis, N. N., Kong, P. W., Chow, J. Y., & Chen, L. H. (2012). Mindfulness, movement control, and attentional focus strategies: effects of mindfulness on a postural balance

- Yu, L., & McCracken, L. M. (2016). Model and processes of acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain including a closer look at the self. *Current Pain and Headache Reports*, 20(2), 12.
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., & Coghill, R. C. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience letters*, 520(2), 165-173.
- Zhang, C. Q., Si, G., Duan, Y., Lyu, Y., Keatley, D. A., & Chan, D. K. (2016). The effects of mindfulness training on beginners' skill acquisition in dart throwing: A randomized controlled trial. *Psychology of Sport and Exercise*, 22, 279-285.
- Vanlandewijck, Y. C., Evaggelinou, C., Daly, D. D., Van Houtte, S., Verellen, J., Aspeslagh, V., ... & Zwakhoven, B. (2003). Proportionality in wheelchair basketball classification. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(4), 369-380.
- Walsh, A., & Walsh, P. A. (1989). Love, self-esteem, and multiple sclerosis. *Social Science and Medicine*, 29(7), 793-798.
- Tiggemann, M., & Williamson, S. (2000). The effect of exercise on body satisfaction and self-esteem as a function of gender and age. *Sex roles*, 43(1), 119-127.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2014). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, 6E. Champaign: Human Kinetics.
- World Health Organization (2011). *Classification of Functioning, Disability and Health*, ICF, Geneva: who

