

صفحات ۹۴-۸۵

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی در نوجوانان ورزشکار آسیب دیده ورزشی

مجید کرامتی مقدم<sup>۱</sup>، لیلا حیدریانی<sup>۲\*</sup>

۱. دکتری مدیریت ورزشی، دانشگاه آزاد واحد بروجرد، بروجرد، ایران

۲. دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

### چکیده:

پژوهش حاضر با هدف تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی در نوجوانان ورزشکار آسیب دیده ورزشی انجام گرفت. طرح تحقیق نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه نوجوانان ورزشکار آسیب دیده ورزشی در تیم‌های ملی، لیگ و باشگاهی و مسابقات کشوری در سال ۱۴۰۰ در سطح شهر خرم‌آباد تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه گواه) با گمارش تصادفی جایگزین شدند. سپس در پیش‌آزمون، همه آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های سرسختی روانی و نشاط ذهنی را تکمیل کردند. در مرحله بعد، گروه آزمایش ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دوبار) مداخله دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شدند. نتایج پژوهش حاصل از پس‌آزمون از هر دو گروه نشان داد، نمرات سرسختی روانی و نشاط ذهنی گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون به‌طور معناداری بالاتر بود، بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بر بهبود سرسختی روانی و نشاط ذهنی نوجوانان آسیب دیده ورزشکار مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان اکت، سرسختی روانی، نشاط ذهنی، نوجوانان، ورزشکار

\*ایمیل نویسنده مسئول: [heidaryani.2019@gmail.com](mailto:heidaryani.2019@gmail.com)

#### مقدمه:

نوجوانی یعنی عبور شخص از مرحله کودکی به بزرگسالی که تغییرات عظیم فیزیولوژیک، روانی و اجتماعی در نوجوانان به منزله بحرانی در زندگی آنان است که طی آن، از مرحله وابستگی به والدین عبور کرده و به استقلال فردی می‌رسند (فرقانی رئیس، ۱۳۸۵). در هر جامعه‌ای توجه به سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی و علایق معنوی افراد بخصوص نسل نوجوان و جوان ضامن سلامت آینده آن جامعه است. رابطه تنگاتنگ عوامل شخصیتی و روان‌شناختی با سلامت روان به وضوح نشان داده شده است (کوچک زاده طالعی، علیزاده، و نمازی، ۱۳۹۴). در این راستا، ورزش نقش مهمی در سلامت روانی انسان دارد، به طوری که شعار سازمان بهداشت جهانی در سال 2002 "تحرك رمز سلامتی" عنوان و بر کاربرد روان‌شناسی در ورزش به طور مشخص تأکید شده است و روان‌شناسان به خوبی می‌دانند که روان انسان به طور مستقیم تحت تأثیر شرایط بدنی و جسمانی او و متقابلاً جسم او و اعمال اندام‌ها تحت تأثیر فضای روانی و ذهنی او قرار دارد (زاهدبلبلان، قاسم‌پور و حسن‌زاده، ۱۳۹۰)، به همین دلیل شرکت در تمرینات و رقابت‌های ورزشی به ویژه در سطوح قهرمانی و حرفه‌ای نیز احتمال بروز آسیب‌های ورزشی را افزایش می‌دهد. هر ساله در آمریکا بیش از 5/3 میلیون آسیب‌دیدگی در نوجوانان زیر 15 سال به وسیله مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، مراکز جراحی و فوریت‌های پزشکی گزارش می‌شود که حدود نیمی از آن‌ها مربوط به آسیب‌های ورزشی است (ناظم زادگان، غلامحسین، ۱۳۸۱). از جمله عوامل روانی که می‌تواند تحت تأثیر این آسیب‌های ورزشی در ورزشکاران قرار گیرد، سرسختی روانی و نشاط ذهنی است.

سرسختی روانی از جمله عوامل فردی است که در شکل‌گیری سازگاری و سطوح آن می‌تواند نقش ایفا کند، سرسختی روان‌شناختی است. پژوهشگران مفهوم شخصیت سرسخت را به عنوان تبیینی برای ارتباط بین فشار روانی با بیماری‌ها در برخی افراد پیشنهاد کرده‌اند. آنان فرض کرده‌اند که سرسختی از اثرات زیان‌آور فشار روانی جلوگیری می‌کند و بدین ترتیب داشتن شخصیت سرسخت، شخص را از بیماری‌های وابسته به فشار روانی محافظت می‌کند (کوباسا، مدی و کان<sup>۱</sup>، ۱۹۸۲).

سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان است که از سه مؤلفه تعهد<sup>۲</sup> کنترل<sup>۳</sup>، و مبارزه‌جویی<sup>۴</sup> تشکیل شده است (کوباسا، ۱۹۸۸). افرادی که از سرسختی بالایی برخوردارند، در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد کرده، عقیده دارند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و پیش‌بینی هستند و بالاخره تغییر در زندگی و نیاز به انطباق با آن را نوعی شانس و مبارزه‌جویی برای رشد بیشتر در زندگی می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت خود (فلوریان، میکولینر و تومبن، ۱۹۹۵). شخصی که از تعهد بالایی برخوردار است به اهمیت، ارزش و معنای این که چه کسی است و چه فعالیتی انجام می‌دهد، باور دارد و بر همین مبنا قادر است برای هر آن چه انجام می‌دهد معنایی بیابد و کنجکاو خود را برانگیزد. افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند رویدادهای زندگی را قابل پیش‌بینی و کنترل می‌دانند و بر این باورند که

1. Kobasa, Maddi & Kahn

2. Commitment

3. Control

4. Challenge

قادرند با تلاش آن چه در اطرافشان رخ می‌دهد را تحت تأثیر قرار دهند. افراد مبارزه‌جو بر این باورند که تغییر و تحول از ویژگی‌های روال طبیعی زندگی است و انتظار وقوع دگرگونی مشوقی برای رشد و بالندگی است تا تهدیدی برای امنیت واقعی (محمودیان، صفریان، هاشم‌زاده واعظ، میرمحمدتبار و رضوانی‌فر، ۱۳۹۴). وقتی سرسختی روانی افراد ضعیف باشد، آن‌ها فاقد مؤلفه‌های تعهد، کنترل و مبارزه‌جویی هستند و در معرض خطر ابتلا به بیماری و حوادث تنش‌زا قرار می‌گیرند؛ به طوری که فرد از تنش، یک مصیبت و فاجعه می‌سازد. افراد دارای سرسختی روان‌شناختی پایین، وقایع ایجادکننده تغییر در زندگی را در مقایسه با افراد دارای سرسختی بالا، منفی‌تر و غیر قابل کنترل ارزیابی می‌کنند، شیوه اسنادی کلی و درونی برای وقایع منفی و اسنادهای خارجی برای وقایع مثبت دارند و ترجیح می‌دهند که از راهبرد سازگاری واپس‌رونده مثل ترک و انکار رفتار و شناختی که نه موقعیت را دگرگون و نه مشکل را حل می‌کند، استفاده کنند (سوزانی، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با سلامت روانی که می‌تواند تحت تأثیرات منفی آسیب‌های ورزشی قرار گیرد، نشاط ذهنی است. نشاط ذهنی نشانگر داشتن وضعیت مثبت، سرشار از انرژی و سرزندگی است (جو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). بر این اساس نشاط ذهنی، احساس ذهنی سرزندگی و پرنرژی بودن تعریف می‌شود که از احساساتی چون آزادی، داشتن حق استقلال و انگیزش درونی سرچشمه گرفته و باعث شکل‌گیری تجارب درونی سرشار از انرژی می‌شود (ولاچپولز و کروانی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). نشاط ذهنی در قالب دارا بودن انرژی بدنی و ذهنی تعریف می‌شود. بر این اساس افراد دارای نشاط ذهنی، حسی از شوق، و انرژی را تجربه می‌کنند. افراد دارای سطوح بالای نشاط ذهنی، اصولاً وضعیت خود را فارغ از درگیری با محیط، عدم کنترل از سوی بیرون و توانایی در تعامل و تأثیرگذاری بر محیط پیرامون گزارش می‌کنند، خود را به عنوان منبع اعمال خویش در نظر گرفته و انرژی خود را در جهت اعمال هدفمند تنظیم می‌نمایند (امیری، ویسکرمی و سپهوندی، ۱۳۹۷). نشاط ذهنی موجب نگرش مثبت به زندگی، خودپنداره مثبت، نگارش مطلوب و عملکرد موثر شغلی و تحصیلی می‌گردد (سیلوستر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

در این راستا، مطالعات و پژوهش‌های مختلف نقش مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در عوامل روانی و سلامت روانی نشان داده‌اند. در واقع، محققان معتقدند درمان اکت در بهزیستی فرد و بهبود او موثر است. به طور کلی سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مثل انعطاف‌پذیری، توانایی حل مشکل، امید، شهامت، روحیه مذهبی و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، سریع‌تر اتفاق می‌افتد (بایکل، سرن و سوکمن<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با هدف ایجاد تغییر در رابطه فرد با افکار و احساسات خود، از جمله درمان‌های موج سوم شناختی محسوب می‌شود (فقیهی و کجیاف، ۱۳۹۵). تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه برجسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب‌زا است؛ و برای سالم بودن باید از آن‌ها خلاص شد. این نگرش باعث منازعه ما با افکار و احساسات برجسب خورده می‌شود. منازعه‌ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. تغییر افکار و احساسات رنج‌آور و تبدیل آن به تجارب طبیعی که بخشی از یک زندگی غنی و معنی‌دار می‌باشد. هدف غایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (هایز<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰). بر این اساس، با توجه به اینکه تا کنون مطالعه‌ای به بررسی آسیب‌های روانی ناشی از ورزش در نوجوانان دچار آسیب

1. Jo

2. Vlachopoulos & Karavani

3. Sylvester

4. Baykal, Seren & Sokmen

5. Hayes

ورزشی نپرداخته است؛ مطالعه حاضر با هدف تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی در نوجوانان ورزشکار آسیب دیده ورزشی انجام گرفت.

### روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر به شیوه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه نوجوانان ورزشکار ۱۵ تا ۱۸ ساله است که در سطح تیم‌های ملی، لیگ و باشگاهی و مسابقات کشوری در سال ۱۴۰۰ در سطح شهر خرم‌آباد به رقابت می‌پرداختند تشکیل دادند که از میان آنها، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه گواه) با گمارش تصادفی جایگزین شدند. افراد منتخب در زمان انجام پژوهش دارای آسیب‌دیدگی ورزشی بوده و برای انجام مسابقات یا تمرینات، محدودیت داشتند. منظور از آسیب ورزشی در این مطالعه، هر نوع آسیب جسمانی (اعم از شکستگی استخوان، کشیدگی و پارگی رباط‌ها، دردهای عمقی و مزمن و ...) است که ورزشکار را از انجام کامل مسابقات و تمرینات به شیوهی قبل از بروز آسیب‌دیدگی باز می‌دارد. معیار ورود به مطالعه: داشتن آسیب ورزشی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و عدم دریافت درمان همزمان با مداخله پژوهش بود. ملاک خروج: عدم مشارکت منظم در

جلسات درمانی، غیبت بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری و رهایی کامل از آسیب‌دیدگی در مرحله مداخله بود. بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند، در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و به مراجعان اطمینان داده شد که مطالب ارائه شده در جلسات مداخله و نتایج محرمانه خواهد بود. بعد از پایان مداخله و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیری محاسبه گردید.

### ابزار اندازه‌گیری:

پرسشنامه سرسختی روانی: این مقیاس توسط کیامرثی و همکاران (۱۳۷۷) ساخته شده است. شامل ۲۷ سوال است و به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز (۱) تا بیش‌تر اوقات (۴) نمره‌گذاری می‌شود. ضرایب پایایی آن با روش بازآزمایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۷۶ می‌باشد و در روش آلفای کرونباخ (همسانی درونی) برای کل آزمودنی‌ها ۰/۵۵ می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه با چهار پرسشنامه ملاک سنجیده شده است. شامل: پرسشنامه اضطراب<sup>۱</sup> (ANQ)، پرسشنامه افسردگی<sup>۲</sup> (ADI)، پرسشنامه خودشکوفایی مزلو<sup>۳</sup> (MSAI) و تعریفی از سازه سرسختی<sup>۴</sup> (HVS) می‌باشد که ضرایب اعتبار مقیاس سرسختی روانی با پرسشنامه اضطراب (ANQ) ۰/۵۵ و با مقیاس افسردگی (ADI) ۰/۶۰ می‌باشد. ضرایب اعتبار مقیاس سرسختی

<sup>۱</sup> . anxiety questionnaire

<sup>۲</sup> .depression inventory

<sup>۳</sup> . mallow self – actualization

<sup>۴</sup> .hardiness validity scale

روانی با مقیاس خودشکوفایی مزلو (MSAI) ۰/۵۵ و با مقیاس اعتبار سازه‌های سرسختی (HVS) در سطح ۰/۰۵ معنادار بوده و همگی این ضرایب رضایت‌بخش می‌باشند.

**پرسشنامه نشاط ذهنی:** برای اندازه‌گیری نشاط ذهنی از مقیاس نشاط ذهنی ریان و فردریک (۱۹۹۷) استفاده شد که انرژی و نشاط کنونی فرد را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای ۷ گویه می‌باشد و به صورت مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۵ (بسیار موافقم) تا ۱ (بسیار مخالفم) اندازه‌گیری می‌شود. میلیا واسکایا و کوستنر (به نقل از پورقاز و همکاران، ۱۳۹۹) پایایی مقیاس نشاط ذهنی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش نموده است. دفترجی (به نقل از پورقاز و همکاران، ۱۳۹۹) از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی این مقیاس استفاده نمود که ضریب ۰/۸۹ را گزارش نموده است. وی همچنین جهت بررسی روایی آن، همبستگی هر گویه با نمره کل مقیاس نشاط ذهنی را محاسبه نمود و دامنه ضریب ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ را گزارش کرده است که همه ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده‌اند.

#### جدول شماره ۱ محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
۱	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش، بررسی بیماری صرع در هر یک از افراد گروه اعم از مدت بیماری و اقدامات انجام شده، سنجش کلی و سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق و پاسخ به پرسشنامه‌ها، ارائه تکلیف خانگی.
۲	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسأله است نه راه‌حل و معرفی جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۳	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، شناسایی ارزش‌های افراد، تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف و تصریح موانع، توضیح دادن مفهوم پذیرش و تفاوت آن با مفاهیم شکست، یأس، انکار، مقاومت و... و این که پذیرش یک فرایند همیشگی است، نه مقطعی و سپس مشکلات و چالش‌های پذیرش بیماری صرع مورد بحث قرار گرفت، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۴	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تکلیف و تعهد رفتاری، معرفی و تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و گسلش، کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۵	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمایزی برای گسلش، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۶	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، تفهیم آمیختگی به خود مفهوم‌سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن، شناسایی ارزش‌های زندگی بیماران و تصریح و تمرکز بر این ارزش‌ها، جمع‌بندی بحث‌های مطرح شده در جلسه و ارائه تکلیف خانگی.
۷	مروری بر تجارب جلسه قبل و دریافت بازخورد از بیماران، ذهن‌آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی، تفاوت بین ارزش‌ها، اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب ارزش‌ها توضیح داده شد، موانع درونی و بیرونی احتمالی در دنبال کردن ارزش‌ها بحث شد، اعضا مهم‌ترین ارزش‌هایشان و موانع احتمالی در پیگیری آن‌ها را فهرست نموده و با سایر اعضا در میان گذاشتند.
۸	درک ماهیت تمایل و تعهد (آموزش تعهد به عمل)، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

## یافته‌های پژوهش:

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون هر یک از گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای سرسختی روانی و نشاط ذهنی در گروه‌های آزمایش و گواه بر حسب مرحله و عضویت گروهی

متغیر	مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه	
		SD	M	SD	M
سرسختی روانی	پیش‌آزمون	۴۹/۵۵	۹/۹۳	۴۸/۵۶	۸/۸۵
	پس‌آزمون	۶۱/۶۳	۱۲/۶۴	۵۰/۰۲	۱۰/۳۵
نشاط ذهنی	پیش‌آزمون	۱۳/۱۶	۷/۱۰	۱۲/۸۳	۴/۳۰
	پس‌آزمون	۲۴/۴۱	۱۱/۸۵	۱۵/۵۷	۶/۹۰

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد و برای استفاده از این روش آماری، رعایت مفروضه‌های همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس و همگنی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور بررسی مفروضه یکسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس از آزمون ام‌پاکس استفاده شد. نتایج آزمون ام‌پاکس نشان داد که این پیش‌فرض برقرار است ( $F= ۱/۸۷, p>۰/۰۵, M= ۷/۲۴$ ). برای مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن برای متغیر سرسختی روانی ( $F= ۱/۷۶, p>۰/۰۵$ ) و نشاط ذهنی ( $F= ۰/۲۲۰, p>۰/۰۵$ ) معنادار نبود که این نشان می‌دهد این پیش‌فرض نیز برقرار است.

جدول ۳ نتیجه‌ی تحلیل کواریانس چندمتغیری را روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش (سرسختی روانی و نشاط ذهنی) نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

نام آزمون	ارزش F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اثر پیلابی	۴۰/۳۴	۲	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
لامبدای ویلکز	۴۰/۳۴	۲	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
اثر هتلینگ	۴۰/۳۴	۲	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۴۰/۳۴	۲	۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۹۵	۱

همان‌طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای سرسختی روانی و نشاط ذهنی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار مشاهده می‌شود ( $F=۴۰/۳۴, P<۰/۰۰۱$ )؛ به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی در ورزشکاران آسیب دیده گروه آزمایش تأثیر داشته است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۵۹۵ است؛ به عبارت دیگر، ۵۹/۵ درصد تفاوت‌ها در نمرات سرسختی روانی و

نشاط ذهنی گروه آزمایش مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کواریانس یکراهه در متن مانکوا استفاده شد. نتیجه این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره به منظور مقایسه نمرات پس آزمون متغیرهای سرسختی روانی و نشاط ذهنی در گروه‌های آزمایش و گواه

زیرمقیاس	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
سرسختی روانی	پیش آزمون	۵۹/۶۴۱	۱	۵۹/۶۴۱	۰/۹۷۲	۰/۳۲۷	۰/۰۱۷	۰/۱۶۳
	گروه	۳۵۹۶/۷۳۵	۱	۳۵۹۶/۷۳۵	۵۹/۱۹۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴	۱
	خطا	۳۴۰۲/۳۲۲	۵۶	۶۰/۷۵۶	-	-	-	-
نشاط ذهنی	پیش آزمون	۶۸/۹۵۵	۱	۶۸/۹۵۵	۳/۵۰۵	۰/۰۶۹	۰/۰۵۹	۰/۴۵۳
	گروه	۵۷۸/۷۴۹	۱	۵۷۸/۷۴۹	۲۹/۴۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵	۱
	خطا	۲۳۳۸/۲۳	۲۰	۱۱۶/۹۱	-	-	-	-

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود، به گونه‌ای که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ورزشکاران آسیب دیده گروه آزمایش توانسته است به طور معناداری در افزایش سرسختی روانی و نشاط ذهنی نسبت به گروه گواه در مرحله پس آزمون مؤثر باشد، که این آموزش در مرحله پس آزمون ۵۱/۴ درصد بر سرسختی روانی و ۳۴/۵ درصد بر نشاط ذهنی مؤثر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری:

مطالعه حاضر با هدف تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی در نوجوانان ورزشکار آسیب دیده ورزشی انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روانی ورزشکاران آسیب دیده ورزشی تاثیر دارد. این یافته با یافته‌های عباسی اصل، رحمتی نجار کلائی و دوران (۱۳۹۹)، محمدی نژاد و نیک‌نژادی (۱۳۹۹)، لعلی (۱۳۹۵) و فریرا (۲۰۱۲) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجا که جلسات درمانی از فنونی مانند توقف فکر، مهارت‌های مقابله بین فردی، مهارت حل مسئله و خودگویی‌های مثبت استفاده می‌شود، بعد از چندین جلسه درمانی از یک طرف افکار خودآیند منفی درمانجو به افکار هدفمندی که با واقعیت عینی سازگاری بیشتری دارد، تبدیل می‌شود و پردازش شناختی آنها منطقی‌تر می‌گردد و قطعیت فرآیندهای شناختی معیوب کم‌رنگتر می‌گردد و سامانه واقعیت‌سنجی فرد جان و انرژی تازهای می‌گیرد و از طرف دیگر درمانجو مسلح به کسب مهارت‌های مقابله‌ای مانند مهارت‌های حل مسئله، مدیریت رفتار، جرأت‌آموزی، ابراز وجود و مهارت‌های بین‌فردی می‌گردد (آواتار و همکاران، ۲۰۱۸). در چنین فضایی درمانجویان به شایستگی شناختی و کفایت رفتاری دست می‌یابند و متناسب با شرایط محیطی رفتارهای منطقی از خود نشان می‌دهند، به عبارت دیگر، تاب‌آوری آنها در

مقابل مشکلات افزایش می‌یابد و به جای اینکه به صورت بیقراری به محرک‌های دردناک محیطی پاسخ دهند، سعی می‌کنند با نگرستن به مشکل از زوایایی مختلف بر آن چیره شوند.

یافته دیگر این مطالعه حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند موجب بهبود نشاط ذهنی نوجوانان ورزشکار آسیب‌دیده ورزشی شود. این یافته تا حدودی با یافته‌های رجبی یزدخواستی (۱۳۹۳)، دهقانی (۱۳۹۵)، عازمی زینال، غفاری و شرقی (۱۳۹۵) هماهنگ و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که به دلیل توجه فعال نوجوانان آسیب‌دیده ورزشی به زمان حال و ذهن‌آگاهی، افسردگی و نشاط ذهنی آنها بهبود یافته است.

در تبیین دیگر می‌توان گفت که، نوجوانان آسیب‌دیده ورزشی که از مشکلات روانی و جسمانی ناشی از بیماری خود در رنج هستند، در طی جلسات درمانی، احساسات و نشانه‌های فیزیکی و روانی خود را پذیرفته و قبول و پذیرش این احساسات باعث کاهش توجه و حساسیت بیش از حد نسبت به گزارش این نشانه‌ها در آنان می‌شود که در نتیجه، سازگاری آن‌ها با بیماری و مشکلات شخصی بهبود یافته و اهداف روشنتری را برای زندگی خود خلق می‌کنند (یانگ‌شین، ۲۰۰۳). در تبیین کلی یافته‌های این مطالعه نیز می‌توان گفت که در فرایند درمان بیماران می‌آموزند که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی، با افزایش پذیرش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع به آنها دارند و همچنین با ایجاد اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آنها، با نشانه‌های بیماری خود مقابله کنند. در واقع رویارویی فعال و مؤثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب، تغییر نگاه نسبت به خود و داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، بازنگری در ارزش‌ها و اهداف زندگی و در نهایت تعهد به هدفی اجتماعی‌تر موجب بهبود سرسختی روانی و نشاط ذهنی افراد می‌گردد. از محدودیت‌های این پژوهش، فقدان زمان کافی برای پیگیری نتایج درمان، عدم بررسی گروه‌های سنی مختلف و در نظر نگرفتن دیگر مشکلات و بحران‌های زندگی ورزشکاران آسیب‌دیده ورزشی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش مورد نظر روی گروه‌های بزرگتر مورد آزمایش مجدد قرار گیرد تا اعتبار این روش با اطمینان بیشتری برآورد شود. همچنین بهتر است این روش با روش‌های دیگر درمانی مقایسه شود و در دوره پیگیری طولانی‌تری تداوم اثر درمانی آن بررسی شود. با توجه به اثربخش بودن این درمان بر سرسختی روانی و نشاط ذهنی نوجوانان آسی‌دیده ورزشی، بر اهمیت کاربرد این روش درمانی، در مورد افرادی با سایر بیماری‌ها نیز تأکید می‌شود.

### تشکر و قدردانی

بدین وسیله، نویسندگان مقاله مراتب سپاس و قدردانی را از کلیه کسانی که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، به عمل می‌آورند.

### منابع

۱. امیری، فاطمه ویسکرمی، حسنعلی و سپهوندی، محمدعلی. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجان بر خلاقیت هیجانی و نشاط ذهنی دانش‌آموزان تیزهوش دوره اول متوسطه. فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۹(۳۳)، ۴۷-۵۷.



۲. پورقاز، شیرین؛ صیادی، مرضیه و توماج، عبدالجلال. (۱۳۹۹). تاثیر آموزش معکوس بر نشاط ذهنی و بازتاب اخلاق اجتماعی دانش‌آموزان. *مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی*، ۳(۳۰)، ۸۱-۹۳.
۳. دهقانی، یوسف. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیالیزی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۳).
۴. رجبی، ساجده و یزدخواستی، فریبا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به بیماری ام-اس. *روانشناسی بالینی*، ۱(۶)، ۳۸-۲۹.
۵. زاهدبلبلان، عادل؛ قاسم‌پور، عبدالله و حسن‌زاده، شهناز. (۱۳۹۰). بررسی نقش واسطه‌ای سرسختی روان شناختی در رابطه بین گذشت و شوخ طبعی با امید در ورزشکاران. *نشریه رفتار حرکتی*، ۳(۸)، ۱۱۵-۱۳۰.
۶. سوزانی، سمیه. (۱۳۹۹). سرسختی روانی. *کنگره روانشناسی و بهزیستی*.
۷. غازی زینال، اکرم؛ غفاری، عذرا و شرقی، افشان. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی بیماران همودیالیزی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۸، ویژه نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی.
۸. عباسی اصل، مجتبی؛ رحمتی نجار کلائی، فاطمه و دوران، بهناز. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر سرسختی روانشناختی، رفتار مراقبتی و سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله طب نظامی*، ۱۰(۲۲)، ۱۰۸۳-۱۰۷۳.
۹. فرقانی رئیس، شهلا. (۱۳۸۵). *شناخت مشکلات رفتاری در کودکان و نوجوانان*. تهران: موسسه فرهنگی منادی تربیت.
۱۰. فقیهی، محمدصالح و کجیاف، محمدباقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر رویکرد پذیرش و تعهد به مادران بر عزت نفس کودکان دچار شکاف لب و کام: پژوهش مورد منفرد. *روانشناسی کاربردی*، ۱۰(۴)، ۴۷۶-۴۵۳.
۱۱. کوچک زاده طالعی، سحرانه، علیزاده، شیوا، و نمازی، آسیه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین هوش هیجانی و سلامت عمومی در دانشجویان پرستاری. *توسعه‌ی آموزش جندی شاپور*، ۶(۲)، ۱۳۹-۱۴۶.
۱۲. کیامرثی، آذر؛ نجاریان، بهمن و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۷۷). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان شناختی، *مجله روان شناسی*، ۲(۲۰).
۱۳. لعلی، ام لیلیا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سرسختی روانشناختی و سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان دختر منطقه کوهسرخ شهر ریوش. *چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان*.
۱۴. محمدی‌نژاد، میترا و نیک‌نژادی، فرزانه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهزیستی روانشناختی و تاب‌آوری مادران دارای دختر ناشنوا در شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۳۱-۲۲.
۱۵. محمودیان، حسن؛ صفریان، هادی؛ حسین، هاشم‌زاده واعظ، سید عبدالله، میرمحمدتبار و رضوانی‌فر، شیرین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه جهت‌گیری زندگی و اهداف پیشرفت با رضایت از زندگی دانشجویان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۱۱(۳۵)، ۱۳۵-۱۲۳.
۱۶. ناظم زادگان، غلامحسین. (۱۳۸۱). آسیب در ژیمناستیک. *اولین همایش ملی نقشه‌برداری جاده‌ای آثار توسعه ژیمناستیک*.
17. Baykal U, Seren S, Sokmen S. A description of oncology nurses' working conditions in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13(5):368-75.
18. Evyatar A, Stern M, Schem-Tov M, Groswasser Z. Hypothesis forming and computerized cognitive therapy. *Cognitive Rehabilitation in Perspective*: Routledge; 2018. p. 147-63.
19. Ferreira N. Hardiness in relation to organizational commitment in the human resource management field. *SA J Human Resource Management*. 2012;10(2):1-10.
20. Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real life situation? The roles of appraisal and coping. *Journal Pers Soc Psycholog* 1995; 68(4): 687-95.
21. Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. *Acceptance and Commitment Therapy* (2 Ed.). New York: Guilford Press. 2010.
22. Ju H. The relationship between physical activity, meaning in life, and subjective vitality in community- dwelling older adults. *Arch Gerontol Geriatrics* 2017; 73:120-4.
23. Kobasa SC Ouellette. Conceptualization and measurement of personality in job stress research. In: Hurrell JJ, editor. *Occupational stress: issues and developments in research*. New York: Taylor and Francis; 1988.
24. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42(1):168-77.

25. Sylvester B. Well-being in volleyball players. *Psychol Sport Exer* 2011; 30:1-7.
26. Vlachopoulos SP, Karavani E. A cross-gender situational test of the needs universality hypothesis. *Hellenic J Psychol* 2009; 6:207-22.
27. Yong-shing chen. *Depression in chronic hemodialyzed patients*. *Nephrology*. 2003; 8:121-26.

## The effect of acceptance and commitment-based therapy (ACT) on mental toughness and mental vitality in adolescents with sports injuries

Majid Karamati Moghadam<sup>1</sup>, Leila Heidaryani<sup>\*2</sup>

1. Doctorate in Sports Management, Borujard Branch Azad University, Borujard, Iran

2. PhD in educational psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of acceptance and commitment-based therapy on mental toughness and mental vitality in adolescents with sports injuries. The research design was quasi-experimental and was a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population of the present study consisted of all injured sports athletes in national teams, leagues and clubs and national competitions in 1400 in the city of Khorramabad, from which 30 people were selected by available means and in two A group of 15 people (experimental group and control group) were replaced by random assignment. Then, in the pre-test, all subjects completed the Ahvaz Hardiness Inventory or AHI and Mental Vitality Questionnaires of Ryan and Frederick. In the next step, the experimental group had 8 sessions of 90 minutes (twice a week). The data were analyzed using multivariate analysis of covariance and SPSS software version 22. The results of the post-test research from both groups showed that the scores of mental toughness and mental vitality of the experimental group in the post-test were significantly higher than the pre-test. Based on the results of the present study, treatment based on acceptance and commitment has been effective in improving the mental toughness and mental vitality of injured adolescent's athletes.

**Keywords:** Act treatment, mental stubbornness, mental vitality, adolescents, athlete

\* Correspondence: [heidaryani.2019@gmail.com](mailto:heidaryani.2019@gmail.com)