

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری ورزشکاران نابینا

امیر دانا^۱، نرگس سلطانی^۲، اعظم فتحی‌زادان^۳، و صالح رفیعی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری ورزشکاران نابینا بود. پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح دوگروهی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری همه ورزشکاران نابینای شهر گلستان بودند که ۳۰ نفر از آن‌ها با روش دردسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس توانایی‌های شناختی و مقیاس تاب‌آوری جمع‌آوری شدند. یافته‌ها نشان داد که بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نتیجه‌گیری می‌شود که مداخله مؤثر است و موجب بهبود توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری ورزشکاران نابینا می‌شود. براساس یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های موج سوم شناختی- رفتاری می‌تواند در ارتقای توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری افراد نابینا در عرصه رقابت‌های ورزشی تأثیرگذار باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، ذهن‌آگاهی، توانایی شناختی، تاب‌آوری، ورزشکار.

۱. گروه تربیت‌بدنی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)

Email: amirdana@iaut.ac.ir

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، مشهد، ایران

۳. گروه تربیت‌بدنی، واحد دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران

۴. استادیار پژوهشگاه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی

مقدمه

توانایی‌های شناختی شامل فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، پردازش، نگهداری و کاربرد اطلاعات هستند (نظری، خیرخواه، دهشیری، جابری و بیژنی، ۲۰۱۰). این توانایی‌ها رابط بین رفتار و ساختار مغز هستند و دربرگیرنده گستره وسیعی از توانایی‌ها (شامل برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام هم‌زمان تکالیف و انعطاف‌پذیری شناختی) هستند. این موارد فقط بخشی از توانایی‌های شناختی هستند که پایه آن‌ها منطبق است. این توانایی‌ها شناخت سرد^۱ نامیده می‌شوند. اساس بخشی دیگر از توانایی‌های شناختی که به شناخت گرم^۲ موسوم هستند و در تجربه پاداش و تنبیه، تنظیم رفتارهای اجتماعی و تصمیم‌گیری در حالت‌های هیجانی نقش دارند، خواسته‌ها، باورها و هیجان‌ها هستند (مادریگال^۳، ۲۰۰۸). شاخص‌های عملکرد اجرایی شناختی جزئی از توانایی‌های شناختی هستند. میزان تلاش برای مقابله با مشکلات مربوط به شاخص‌های عملکرد اجرایی در نابینایان بیشتر از افراد بینا است و نابینایان برای مقابله با مهار و حافظه اجرایی تلاش بیشتری نسبت به افراد بینا می‌کنند و این بیانگر اهمیت اطلاعات بینایی برای عملکردهای اجرایی است. به عبارت دیگر، نابینایان به دلیل فقدان اطلاعات سریع و دقیق بینایی به تلاش بیشتری برای انجام تکالیف اجرایی شناختی نیازمندند (نجاتی، ۲۰۱۱). انعطاف‌پذیری شناختی^۴ به‌عنوان یکی از توانایی‌های شناختی که براساس نظریه طرحواره‌ها توسعه پیدا کرده است، فکر و اعمال فرد را در بازخورد به دیگران و محیط اطراف متعادل می‌کند و بر قدرت

سازگاری و بهزیستی فرد می‌افزاید (دیکستین، ژانگ، وانگ، وانگ و چن^۵، ۲۰۰۷). افراد دارای انعطاف‌پذیری شناختی زیاد در استفاده از مهارت‌های مقابله با استرس بهتر عمل می‌کنند و میزان تاب‌آوری آن‌ها بیشتر است (گان، ژانگ، وانگ، وانگ و شن^۶، ۲۰۰۶) به عبارتی، این افراد بهتر می‌توانند خود را با محرک‌های بیرونی تطبیق دهند و با افزایش قدرت تحمل خود زندگی سازگارانه‌ای را درپیش گیرند (بون، کاترل، کینگ، استونسون و میلر^۷، ۲۰۱۲).

افزون‌براین، تاب‌آوری^۸ در ورزشکاران می‌تواند بر فشارهای ناشی از فضای رقابتی بازی تأثیر داشته باشد. تاب‌آوری یکی از متغیرهای روان‌شناختی محسوب می‌شود که درکنار توانایی‌های شناختی می‌تواند نقش مهمی در موفقیت ورزشی افراد داشته باشد و از مفاهیمی است که در قالب رویکرد روان‌شناسی مثبت-نگر وارد روان‌شناسی شده است (جوکار، فریبورگ و هژمدال^۹، ۲۰۱۰). گارمزی و ماستن^{۱۰} (۱۹۹۱) تاب‌آوری را فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدآمیز تعریف کرده‌اند. به عبارتی، تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر^{۱۱}، ۲۰۰۱)؛ البته تاب‌آوری صرفاً پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدآمیز نیست؛ بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. در زمینه رفتار انسانی، تاب‌آوری اغلب به‌عنوان یک ویژگی مرتبط با منش، شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته می‌شود. در این حوزه، تاب‌آوری بر توانمندی، انعطاف‌پذیری، توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید دلالت دارد (بروک و

7. Boon, Cottrell, King, Stevenson & Millar
8. Resilience
9. Jowkar, Friborg & Hjemdal
10. Garmezy & Masten
11. Waller

1. Cold Cognition
2. Hot Cognition
3. Madrigal
4. Cognitive Flexibility
5. Dickstein
6. Gan, Zhang, Wang, Wang & Shen

گلدستین؛ ۲۰۰۹). تحلیل‌ها نشان می‌دهند که ورزشکاران سالم نسبت به افراد غیرورزشکار تاب‌آوری بیشتری دارند (جوکار و همکاران، ۲۰۱۰). ویژگی‌های شخصیتی همچون خودپنداره مثبت، اجتماعی‌بودن، هوش، کفایت در کار آموزشی، خودمختاری، عزت‌نفس، مهارت‌های حل مسئله و سلامت روانی و جسمی از جمله عوامل مؤثر در افزایش تاب‌آوری در فرد به‌شمار می‌روند (کمپل- سیلس، کوهن و استین؛ ۲۰۰۶) و به‌نظر می‌رسد که تمرین‌های مراقبه و حضور ذهن نیز می‌توانند بر تاب‌آوری تأثیر داشته باشند.

از دست‌دادن توانایی‌های جسمانی، ورزشکار را با چالش‌های عاطفی و شناختی همانند عصبانیت، افسردگی و مشکلات روانی مواجه خواهد کرد که این امر می‌تواند توان بخشی و بازگشت ورزشکار را به رقابت و تمرین به فرایندی بسیار دشوار تبدیل کند (گراهام، کرم و ویلر؛ ۲۰۰۸)؛ بنابراین، این افراد برای موفقیت در مسابقات نیازمند ارتقای سطح تاب‌آوری خود هستند. مطالعات تجربی اثرهای مثبت فعالیت بدنی و برخی تمرین‌های حضور ذهن را بر سلامت روانی افراد با ناتوانی جسمانی نشان داده‌اند که شامل بهبود مدیریت مشکلات وضع روانی، کاهش استرس و کاهش افسردگی و اضطراب بوده است (گراهام و همکاران، ۲۰۰۸). همچنین، ذهن آگاهی می‌تواند بر عملکردهای اجرایی و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیرگذار باشد (نجاتی، ۲۰۱۰).

از جمله درمان‌هایی که به‌تازگی در روان‌شناسی و حوزه روان‌درمانی و در حیطه شناختی وارد شده است، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی، توجه باز و بدون قضاوت در مورد پدیده‌های در حال رخ‌دادن است که از طریق شماری از عوامل سطح پایین‌تر بر

انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری شناختی فرد تأثیر می‌گذارد (نیکلک و کوپچ‌پرس؛ ۲۰۰۸). درمان ذهن- آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های معنوی شرقی به‌ویژه آیین بودایی دارد. ذهن- آگاهی را به‌صورت توجه‌کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری تعریف کرده‌اند (سیگل، ویلیامز و تیزدل؛ ۲۰۱۲). به‌واسطه تمرین‌ها و فنون مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود، آگاهی پیدا می‌کند؛ به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های ذهنی، بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند (ریگ و ساندرسون؛ ۲۰۰۴). افراد ذهن آگاه واقعیت‌های درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند دارند (براون، ریان و کرسویل؛ ۲۰۰۷). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات- زین ساخته شده است و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده‌اند. این نوع شناخت‌درمانی شامل مدیتیشن- های مختلف، یوگای کشیدگی، تمرین وارسی بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد و در قالب یک برنامه هشت‌هفته‌ای برای گروه‌های ۱۲ نفری و بیشتر برگزار می‌شود (مولایی و خاجوند، ۲۰۱۴).

توانایی ذهن آگاهی در نایب‌ایمان مانند هم‌تایان بینا است. ذهن آگاهی مبتنی بر حواس پنج‌گانه است؛ اما فقدان کامل یک حس نمی‌تواند کارکردهای آن را مختل کند

5. Segal, Williams & Teasdale
6. Rygh & Sanderson
7. Brown, Ryan & Creswell

1. Brooks & Goldstein
2. Campbell-Sills, Cohan & Stein
3. Graham, Kremer, & Wheeler
4. Nyklíček & Kuijpers

مطالعات بیانگر ارتباط بین ذهن‌آگاهی و توانایی‌های شناختی و سطح تاب‌آوری است؛ اما این ارتباط لزوماً به معنای رابطه علت و معلولی نیست؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری ورزشکاران نابینا انجام شده است.

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر آزمایشی است که براساس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شده است. جامعه آماری پژوهش همه ورزشکاران نابینا در تمام رشته‌های ورزشی استان گرگان در سال ۱۳۹۶ بودند که ۳۰ نفر از ورزشکاران مرد به صورت دردسترس و با همکاری اداره ورزش و جوانان شهر گلستان به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند (ورزشکاران نمونه پژوهش از گروه سنی جوانان و در سطوح استانی و کشوری بودند). حجم نمونه براساس آزمایشی بودن پژوهش تعیین شد و اینکه در این‌گونه پژوهش‌ها حداقل حجم نمونه بین هشت تا ۱۲ نفر است (دلانو، ۲۰۰۹)؛ بنابراین، در پژوهش حاضر، برای کاهش تأثیر عامل ریزش آزمودنی‌ها به عنوان یکی از عوامل تهدیدکننده روایی درونی پژوهش، ۳۰ نفر (هر گروه ۱۵ نفر) به عنوان حجم نمونه نهایی تعیین شدند. حضور در رقابت‌ها و تیم‌های ورزشی، حضور در جلسه‌های مداخله و شرکت نکردن هم‌زمان در سایر برنامه‌های روان‌شناختی و نداشتن مشکلات روانی جدی، از ملاک‌های ورود به پژوهش و خروج از پژوهش بودند.

ابزار و شیوه گردآوری داده‌ها

۱. پرسش‌نامه توانایی‌های شناختی: نجاتی (۲۰۱۳) این پرسش‌نامه را طراحی و اعتباریابی کرد و شامل ۳۰ سؤال است که براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از

و با نقش جبرانی سایر حواس ذهن‌آگاهی حاصل می‌شود. افزون‌براین، تلاش نابینایان برای رفع نقایص کارکردهای اجرایی شناختی در زندگی روزانه بیشتر از همتایان عادی است؛ زیرا، به نظر می‌رسد که ضعف در اطلاعات حسی باید با پردازش دقیق‌تر و سریع‌تر سایر حواس جبران شود (نجاتی، ۲۰۰۹). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی (موری و مالینوسکی، ۲۰۰۹)، کنترل توجه، حافظه و خودتنظیمی (کینگ و همکاران، ۲۰۱۱)، توجه پایدار و تصمیم‌گیری (کارالیا و رب، ۲۰۱۵)؛ راگلان و شولکین، ۲۰۱۴) ارتباط دارد.

امروزه، ویژگی‌های روان‌شناختی در موقعیت‌های زیر فشار و رقابتی همانند عرصه‌های ورزشی، به عنوان مهم‌ترین عوامل دستیابی به موفقیت پذیرفته شده‌اند (حاتمی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ بنابراین، از آنجایی که نابینایان به تلاش بیشتری برای انجام تکالیف شناختی نیاز دارند و بهبود عملکرد ورزشی علاوه بر تکنیک‌های بدنی به توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری وابسته است، در بازی‌های راهبردی مانند ورزش‌های تیمی، ورزشکاران باید تصمیم‌های سریع و دقیقی را در محیطی متغیر و پیچیده اتخاذ کنند (رویال و همکاران، ۲۰۰۶) تا بتوانند نتیجه موفقیت‌آمیزتری را کسب کنند. در چنین شرایطی، رسیدن به نتیجه مقبول به ارتقای توانایی‌های شناختی و سطح تاب‌آوری به‌ویژه در ورزشکاران نابینا نیاز دارد و لازم است این توانایی‌ها در ورزشکاران نابینا بیشتر از همتایان بینا تقویت شوند. به عبارتی، می‌توان گفت که ارتقای توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری به عنوان دو ویژگی کلیدی می‌تواند به موفقیت افراد در عرصه‌های ورزشی کمک کنند؛ بنابراین، ارتقای آن‌ها با استفاده از روش‌های مداخله‌ای، لازم به نظر می‌رسد. علاوه براین، نتایج

که ضریب آلفای ۰/۸۳ برای کل ابزار و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها برای حافظه (۰/۷۵)، کنترل مهاری و توجه انتخابی (۰/۶۲)، تصمیم‌گیری (۰/۶۱)، برنامه‌ریزی (۰/۵۷)، توجه پایدار (۰/۵۳)، شناخت اجتماعی (۰/۴۳) و انعطاف‌پذیری شناختی (۰/۴۵) به‌دست آمد. در مطالعه دوم، برای بررسی پایایی آزمون، از روش بازآزمایی استفاده شد که این ضریب ۰/۸۶ به‌دست آمد و در مطالعه سوم، برای بررسی روایی ملاکی پرسش‌نامه از دو گروه متضاد استفاده شد که نتایج حاکی از روایی مقیاس بود (نجاتی، ۲۰۱۳). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس با روش آلفای کرونباخ، برای کل ابزار برابر با ۰/۸۹ و برای مؤلفه‌های حافظه برابر با ۰/۶۹، توجه انتخابی برابر با ۰/۷۱، تصمیم‌گیری برابر با ۰/۶۵، برنامه‌ریزی برابر با ۰/۸۰، توجه پایدار برابر با ۰/۷۹، شناخت اجتماعی برابر با ۰/۸۳ و انعطاف‌پذیری شناختی برابر با ۰/۸۵ به‌دست آمد.

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون! کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این مقیاس را ساخته‌اند و ۲۵ سؤال دارد که آزمودنی‌ها باید در یک طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست)، به سؤال‌های آزمون پاسخ دهند. این ابزار قدرت مقابله با فشار و تهدید را می‌سنجد و هرچند دارای خرده‌مقیاس‌هایی است، فقط نمره کلی این مقیاس برای اهداف پژوهشی معتبر محسوب می‌شود. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای نشان دادند که میانگین نمره جمعیت عمومی برابر با ۷۱/۸، بیماران سرپایی روان‌پزشکی برابر با ۰/۶۸، بیماران مبتلابه اضطراب تصمیم‌یافته برابر با ۶۲/۴ و دو نمونه از بیماران با اختلال استرس پس از ضربه برابر با ۴۷/۸ تا ۵۲/۸ بود که این آمار نشانگر روایی این پرسش‌نامه است. این پرسش‌نامه در ایران هنجاریابی شده است و پایایی آن با روش آلفای

یک (تقریباً هرگز) تا پنج (تقریباً همیشه) تنظیم شده است و کمترین و بیشترین نمره قابل‌دستیابی، به‌ترتیب ۳۶ و ۱۸۰ است. برای آماده‌کردن این ابزار، سیاهه‌ای از فعالیت‌های روزانه نیازمند به توانایی‌های شناختی و سیاهه‌ای از کارکردهای شناختی مغز مشتمل بر حافظه، اقسام توجه (انتخابی، انتقالی، تقسیم‌شده و پایدار)، برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و شناخت اجتماعی فراهم شد. سپس، فعالیت‌های روزانه سنجیدنی در هریک از حیطه‌های شناختی، در قالب گویه‌های آزمون طراحی شدند. در این مورد، مخزن سؤال‌ها برای هر شاخص طراحی شد و برای هر شاخص پنج تا هفت سؤال در پرسش‌نامه گنجانده شد و درنهایت، از بین گویه‌های موجود ۳۷ سؤال انتخاب شدند و با تحلیل عاملی انجام‌شده، درنهایت تعداد سؤال‌ها به ۳۰ سؤال کاهش یافت که هفت عامل شامل حافظه (سؤال‌های یک تا شش)، کنترل مهاری و توجه انتخابی (هفت تا ۱۲)، تصمیم‌گیری (۱۳ تا ۱۷)، برنامه‌ریزی (۱۸ تا ۲۰)، توجه پایدار (۲۱ تا ۲۳)، شناخت اجتماعی (۲۴ تا ۲۶) و انعطاف‌پذیری شناختی (۲۷ تا ۳۰) را در برمی‌گیرد. به‌غیر از سؤال‌های خرده‌مقیاس شناخت اجتماعی، بقیه سؤال‌ها نمره‌گذاری معکوس دارند. برای هنجاریابی سه مطالعه مقطعی مجزا اجرا شده‌اند (نجاتی، ۲۰۱۳). بخش نخست آن روی مردان و زنان ۱۷ تا ۸۵ ساله اجرا شد که این افراد برای تکمیل نسخه ابتدایی پرسش‌نامه شرکت کردند. پس از انجام تحلیل عاملی اکتشافی، سؤال‌های پرسش‌نامه از ۳۷ به ۳۰ پرسش تقلیل یافتند و دوباره تحلیل عاملی اجرا شد که به‌ترتیب هفت عامل (حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی) شناسایی شدند. پایایی پرسش‌نامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد

1. Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

به آن‌ها اطمینان داده شد. سپس، رضایت‌نامه شرکت در پژوهش برای آن‌ها خوانده شد و به هریک نسخه‌ای از آن داده شد تا پس از موافقت، امضا کنند. در این پژوهش، برای مداخله از پروتکل «درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی» که سگال، ویلیامز و تیزدل تدوین کرده‌اند، استفاده شد (سیگل و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان برای هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) و براساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ کابات-زین^۲ طراحی شده است. محتوای برنامه به صورت خلاصه در جدول شماره یک ارائه شده است.

کرونیخ برابر با ۰/۹۳ گزارش شده است (سامانی، جوکار و صحراگرد، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر، میزان پایایی این ابزار با روش آلفای کرونیخ برابر با ۰/۸۳ گزارش شد.

فرایند اجرای پژوهش

شرکت‌کنندگان در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای رعایت اخلاق در پژوهش، ابتدا برای همه شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش شرح داده شد و درمورد مختاربودنشان برای خارج شدن از پژوهش در هر مرحله‌ای از مطالعه

جدول ۱. خلاصه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه‌ها	محتوا
جلسه اول	تعیین اهداف جلسه، معرفی مختصر ذهن‌آگاهی، تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن، آموزش تمرین با تمرکز بر تنفس سه دقیقه‌ای و بحث درمورد آن، بازنگری تمرین، تمرین تمرکز بر نفس.
جلسه دوم	آموزش تمرین نفس کشیدن با ذهن‌آگاهی، بحث درمورد افکار و احساسات، آموزش شیوه مراقبه متعالی، آموزش تکنیک «تقویم وقایع خوشایند» و استفاده از آن در طول هفته توسط افراد.
جلسه سوم	تمرین تمرکز بر تنفس سه دقیقه‌ای، بازنگری تکالیف خانگی، آموزش واریسی بدن، بازنگری تمرین، مراقبه واریسی بدن در تمام روزهای هفته به مدت ۳۰ دقیقه به صورت منظم.
جلسه چهارم	آموزش مراقبه شنیدن، تمرین پنج دقیقه‌ای شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه نشستن (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که نسبت به افکار، احساسات یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم، بیان دشواری‌هایی که طی انجام تمرین روی می‌دهد، توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها.
جلسه پنجم	تمرین تمرکز بر تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین قدم‌زدن همراه با حضور ذهن، آموزش یوگای هوشیارانه و بحث در زمینه آن، ارائه تکلیف خانگی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای و بازنگری آن.
جلسه ششم	آموزش مراقبه کوهستان و بحث درمورد آن و ارائه تکلیف خانگی، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری تمرین، آموزش‌هایی در زمینه حل مسئله و مدیریت خود در هنگام ناکامی، بازنگری تمرین، تمرین تمرکز بر تنفس سه دقیقه‌ای.
جلسه هفتم	دستیابی فرد به بینش فراشناختی؛ یعنی فرد درک کند که فکر مساوی با عمل نیست؛ بلکه هر فکر را باید ابتدا ارزیابی کرد و سپس، طبق آن عمل کرد، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش توسط فرد، به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی.
جلسه هشتم	آگاهی و تحمل احساسات و افکار، افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب شناختی و هیجانی، انجام تمرین‌های آموزش داده شده در محیط خارج از درمان بدون کمک درمانگر، ارائه پروشورهای درمانی به فرد، مرور تمرین‌ها.

2. Kabat-Zinn

1. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

روش‌های پردازش داده‌ها

برای سامان‌دادن و خلاصه‌کردن نمرات خام و توصیف اندازه‌های به‌دست‌آمده، از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) استفاده شد. همچنین، برای تعیین اثرگذاری مداخله از تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) و تک‌متغیره (آنکووا) استفاده شد. به‌طور معمول، در طرح‌های نیمه‌آزمایشی با طرح دوگروهی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل) از تحلیل کوواریانس استفاده می‌شود. عملیات آماری نیز

با استفاده از نرم‌افزار اس.پی.اس.اس. نسخه ۲۱ انجام گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش برابر با ۲۸/۰۵ با انحراف استاندارد ۳/۱۴ و میانگین سنی آزمودنی‌های گروه کنترل برابر با ۲۸/۶۵ با انحراف استاندارد ۲/۸۵ بود. در جدول شماره دو، یافته‌های توصیفی گروه نمونه آمده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری به تفکیک گروه

گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کنترل	حافظه	۱۵/۴۰	۳/۴۸	۱۶/۰۹	۲/۸۱
	توجه انتخابی	۱۴/۸۹	۲/۳۱	۱۵/۲۶	۲/۹۶
آزمایش	توجه انتخابی	۱۴/۸۹	۲/۳۱	۱۵/۲۶	۲/۹۶
	توجه پایدار	۸/۸۷	۱/۴۶	۸/۵۴	۱/۳۷
کنترل	توجه پایدار	۸/۸۷	۱/۴۶	۸/۵۴	۱/۳۷
	شناخت اجتماعی	۸/۷۹	۱/۱۹	۹/۱۳	۱/۶۳
آزمایش	شناخت اجتماعی	۸/۷۹	۱/۱۹	۹/۱۳	۱/۶۳
	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۰/۸۹	۲/۱۹	۱۱/۲۵	۲/۴۲
کنترل	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۰/۸۹	۲/۱۹	۱۱/۲۵	۲/۴۲
	تاب‌آوری	۷۵/۲۱	۱۶/۸۴	۷۶/۴۷	۱۶/۲۱
آزمایش	تاب‌آوری	۷۵/۲۱	۱۶/۸۴	۷۶/۴۷	۱۶/۲۱
	حافظه	۱۴/۷۳	۲/۲۵	۱۷/۸۴	۲/۳۱
کنترل	حافظه	۱۴/۷۳	۲/۲۵	۱۷/۸۴	۲/۳۱
	توجه انتخابی	۱۵/۶۰	۳/۴۸	۱۹/۲۲	۲/۸۸
آزمایش	توجه انتخابی	۱۵/۶۰	۳/۴۸	۱۹/۲۲	۲/۸۸
	توجه پایدار	۹/۳۳	۱/۸۵	۱۶/۱۳	۱/۴۹
کنترل	توجه پایدار	۹/۳۳	۱/۸۵	۱۶/۱۳	۱/۴۹
	شناخت اجتماعی	۸/۶۰	۲/۰۵	۱۱/۹۵	۱/۷۲
آزمایش	شناخت اجتماعی	۸/۶۰	۲/۰۵	۱۱/۹۵	۱/۷۲
	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۱/۲۵	۱/۹۴	۱۴/۶۹	۱/۶۵
کنترل	انعطاف‌پذیری شناختی	۱۱/۲۵	۱/۹۴	۱۴/۶۹	۱/۶۵
	تاب‌آوری	۷۳/۸۰	۱۷/۲۱	۷۸/۵۳	۱۶/۵۶

در جدول شماره دو، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری، به تفکیک برای ورزشکاران گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس-آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد؛ ولی در گروه آزمایش، شاهد افزایش نمرات در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون هستیم.

فرضیه اول: روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توانایی‌های شناختی ورزشکاران نابینا مؤثر است. برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توانایی‌های شناختی ورزشکاران نابینا از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون،

فرضیه اول: روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توانایی‌های شناختی ورزشکاران نابینا مؤثر است. برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توانایی‌های شناختی ورزشکاران نابینا از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون،

مفروضه‌های آماری طبیعی بودن توزیع نمرات، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها بررسی شدند که با توجه به تخطی نکردن از مفروضه‌های ذکر شده، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلا مانع است (جدول شماره سه و شماره چهار).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه توانایی‌های شناختی گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	مقدار اف	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر
	اثر پیلایی	۰/۴۳۵	۱۰/۶۰۴	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	لامبدای ویلکز	۰/۵۶۵	۱۰/۶۰۴	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
گروه	اثر هتلینگ	۰/۷۷۱	۱۰/۶۰۴	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	بزرگ‌ترین ریشه ریز	۰/۷۷۱	۱۰/۶۰۴	۷	۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵

همان‌طور که مشاهده می‌شود، سطح معناداری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه؛ یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه ریز، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است ($P < 0/01$)؛ بدین ترتیب، فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد و مشخص می‌شود که بین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مربوط به توانایی‌های

شناختی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد؛ براین اساس، می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش توانایی‌های شناختی مؤثر بوده است. برای بررسی تفاوت دو گروه در هر یک از این توانایی‌ها از آزمون اثرهای بین‌آزمودنی استفاده شد که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون اثرهای بین‌آزمودنی برای مقایسه توانایی‌های شناختی گروه آزمایش و کنترل در

پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار اف	سطح معناداری	اندازه اثر
حافظه	بین گروهی	۷۷/۰۶۷	۱	۷۷/۰۶۷	۲۷/۷۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	درون گروهی	۵۸/۴۲۲	۲۱	۲/۷۸۲			
توجه انتخابی	بین گروهی	۱۰/۷۹۷	۱	۱۰/۷۹۷	۲۲/۰۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹
	درون گروهی	۱۰/۲۶۹	۲۱	۰/۴۸۹			
تصمیم‌گیری	بین گروهی	۸۶/۴۰۰	۱	۸۶/۴۰۰	۱۲/۵۱۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۷
	درون گروهی	۱۴۵/۰۲۶	۲۱	۶/۹۰۶			
برنامه‌ریزی	بین گروهی	۱۲۳/۲۶۷	۱	۱۲۳/۲۶۷	۱۹/۷۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
	درون گروهی	۱۳۱/۳۱۳	۲۱	۶/۲۵۳			
توجه پایدار	بین گروهی	۵/۳۳۷	۱	۵/۳۳۷	۱۴/۶۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۹
	درون گروهی	۸/۲۳۲	۲۱	۰/۳۹۲			
شناخت اجتماعی	بین گروهی	۲۳/۶۴۴	۱	۲۳/۶۴۴	۲۰/۵۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	درون گروهی	۲۴/۱۹۲	۲۱	۱/۱۵۲			
انعطاف‌پذیری شناختی	بین گروهی	۷/۵۱۵	۱	۷/۵۱۵	۱۱/۷۱۳	۰/۰۰۲	۰/۳۲۸
	درون گروهی	۱۳/۴۸۲	۲۱	۰/۶۴۲			

فرضیه دوم: درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری ورزشکاران نابینا مؤثر است.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش تاب‌آوری ورزشکاران نابینا، از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (مانکووا) استفاده شد. پیش از انجام این آزمون نیز مفروضه‌های آماری طبیعی بودن توزیع نمرات، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها بررسی شدند که با توجه به تخطی‌نکردن از مفروضه‌های ذکر شده استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره بلا مانع است (جدول شماره پنج).

در جدول شماره چهار، نتایج آزمون اثرهای بین‌آزمودنی برای مقایسه توانایی‌های شناختی، در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول بالا، مقدار اف به دست آمده برای تمامی توانایی‌ها در سطح $0/01$ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مؤثر است و موجب بهبود توانایی‌های شناختی ورزشکاران نابینا می‌شود. همچنین، میزان اندازه اثر نشان‌دهنده میزان تفاوت بین دو گروه از لحاظ متغیرهای وابسته است که بیشترین تفاوت حاصل شده مربوط به توجه انتخابی و کمترین تفاوت مربوط به مؤلفه تصمیم‌گیری است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه تاب‌آوری ورزشکاران در گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار اف	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۴۴۵/۱۶۲	۱	۴۴۵/۱۶۲	۱۱۰/۷۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۴
گروه	۱۰۲/۸۱۶	۱	۱۰۲/۸۱۶	۲۵/۵۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶
خطا	۱۰۸/۵۷۲	۲۷	۴/۰۲۱			
کل	۸۱۱/۸۶۷	۲۹				

میزان اندازه اثر مشاهده شده نیز بیانگر میزان تفاوت بین گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری است که نشان می‌دهد تفاوت متوسطی بین دو گروه وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ارتقای توانایی‌های شناختی و سطح تاب‌آوری ورزشکاران نابینا انجام شد. نتایج پژوهش مؤید این بود که شناخت‌درمانی ذهن‌آگاهانه می‌تواند بر توانایی‌های شناختی

در جدول شماره پنج، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات تاب‌آوری در گروه‌های آزمایش و کنترل، در مرحله پس‌آزمون نشان داده است و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. مقدار اف به دست آمده برابر با $0/01$ است؛ براین اساس و با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی مؤثر است و موجب افزایش تاب‌آوری ورزشکاران نابینا می‌شود.

ورزشکاران نابینا شامل توانایی‌های حافظه، توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیرگذار باشد و باعث افزایش آن‌ها شود. براساس نتایج اندازه اثر نیز بیشترین اندازه اثر مشاهده شده مربوط به مؤلفه توجه انتخابی و کمترین میزان اندازه اثر مربوط به مؤلفه تصمیم‌گیری بود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های قبلی مبنی بر تأثیر مداخله‌های ذهن-آگاهانه بر توانایی شناختی، انعطاف‌پذیری شناختی و عملکردهای اجرایی شناختی همسو است (روبین، ۲۰۰۲؛ شاپیرو و همکاران، ۲۰۰۶؛ نجاتی، ۲۰۱۰؛ مورن، ۲۰۱۰؛ هاسکر، ۲۰۱۰؛ ناتالیا و جوچن، ۲۰۱۴؛ کارالیا و رب، ۲۰۱۵؛ رحمانی، آجیل‌چی و زارعیان، ۲۰۱۷). نتایج مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که ذهن‌آگاهی به‌جز مؤلفه توجه انتخابی با تمام مؤلفه‌های توانایی‌های شناختی رابطه مثبت و معناداری دارد و همچنین، پیش‌گوی مناسبی برای توانایی‌های شناختی در افراد گلبالیست است. با توجه به نتایج این پژوهش، از آنجایی که نابینایان برای رفع مشکلات توانایی‌های شناختی خود به تلاش بیشتر افراد عادی نیاز دارند، برای کمک به رفع مشکلات آنان می‌توان مداخله‌های ذهن‌آگاهی را پیشنهاد کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مداخله‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تأکید بر توجه آگاهانه به حال، باعث آگاهی بیشتر از نشانه‌های بیرونی، درونی و حرکتی در طی ورزش می‌شوند و چون مجذوب شدن به تکالیف ورزشی تابعی از توانایی انجام عمل همراه با آگاهی است، مداخله‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند به ارتقای عملکرد ورزشی منجر شوند. درواقع، مراقبه ذهن‌آگاهی باعث افزایش ضخامت قسمت خاکستری مغز می‌شود که این امر به ارتقای یادگیری، حافظه و تنظیم هیجانی منجر می‌شود (مورن، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، ذهن‌آگاهی می‌تواند بر مؤلفه حافظه تأثیرگذار باشد. توجه پایدار فرایندی است که فرد در یک بازه طولانی باید منابع شناختی را روی

اطلاعات حفظ کند. ذهن‌آگاهی را می‌توان توانایی خودتنظیمی توجه و هدایت آن به طرف تکلیف قلمداد کرد که بر این اساس، تنظیم سنجیده توجه، جزء مرکزی ذهن‌آگاهی است (روبین، ۲۰۰۲). شاید یکی از دلایلی که در پژوهش حاضر بیشترین میزان اندازه اثر مشاهده شده مربوط به مؤلفه توجه انتخابی بود، همین تأثیر مستقیم مداخله ذهن‌آگاهانه بر توجه باشد؛ بنابراین، بسیاری از تمرین‌هایی که برای بهبود ذهن-آگاهی استفاده می‌شوند، شامل تمرین‌های توجهی پایدار می‌شوند. همچنین، تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند باعث ارتقای تصمیم‌گیری شوند. به عبارتی، کسانی که با ذهن‌آگاهی تصمیم می‌گیرند، به دلیل آگاهی بیشتر از بازخوردها بهتر تصمیم می‌گیرند (ناتالیا و جوچن، ۲۰۱۴). توانایی تصمیم‌گیری شاید جزو مؤلفه‌هایی باشد که به‌طور مستقیم تحت تأثیر ذهن-آگاهی قرار نمی‌گیرد؛ اما با تقویت سایر توانایی‌های شناختی آن نیز متأثر می‌شود و دلیل اینکه اندازه اثر آن در یافته‌ها پایین بود، می‌تواند این مسئله باشد. در زمینه تأثیرگذاری ذهن‌آگاهی بر توانایی برنامه‌ریزی، نتایج پژوهش حاضر با برخی پژوهش‌ها همسو نیست و این مسئله را می‌توان به نوع روش پژوهش استفاده شده نسبت داد که در مطالعات قبلی بیشتر از روش‌های همبستگی استفاده شده است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین، یکی دیگر از دلایل را می‌توان این دانست که توانایی برنامه‌ریزی به دلیل ارتباط با کارکردهای اجرایی مغز بیشتر دارای مبنای فیزیولوژیک است که با گذشت زمان قابل تغییر است و به‌نظر نمی‌رسد که بتوان در کوتاه‌مدت تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر آن اعمال کرد. در زمینه تأثیر ذهن‌آگاهی بر شناخت اجتماعی می‌توان گفت که ذهن‌آگاهی از طریق تأثیری که بر مهارت‌های خودتنظیمی می‌گذارد، می‌تواند شناخت اجتماعی افراد را بهبود بخشد. همین مهارت‌ها در انجام فعالیت‌های ورزشی می‌توانند لازم و ضروری باشند تا ورزشکار

شناخت بیشتری از تیم و محیط داشته باشد و بتواند وظایف مربوطه را به درستی انجام دهد. یافته دیگر این بود که ذهن آگاهی می تواند باعث ارتقای انعطاف پذیری شناختی در فرد شود؛ بدین صورت که می توان انتظار داشت اگر آموزش ذهن آگاهی توانایی سرمایه گذاری توجه فرد به لحظه کنونی را بهبود بخشد، در اثر تمرین بتواند با افزایش انعطاف پذیری شناختی پردازش هایی را دوباره زیر کنترل در آورد که خودکار می شوند. انعطاف پذیری شناختی به عنوان ویژگی عمده شناخت انسان توصیف شده است و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن هم زمان بازنمایی های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد (جکس و زلازو، ۲۰۰۵). اتفاق نظری در مورد تعریف این واژه وجود ندارد؛ اما به طور کلی می توان گفت که توانایی تغییر آمایه های شناختی برای سازگاری با محرک های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف پذیری شناختی است (دنيس و وندر وال، ۲۰۱۰). یافته بعدی پژوهش نشان داد که شناخت درمانی ذهن آگاهانه باعث ارتقای تاب آوری در ورزشکاران می شود. تاب آوری در ورزش به دلیل تأثیری که بر موفقیت فرد دارد، اهمیت دارد. نتایج پژوهش مؤید این بود که درمان ذهن آگاهی می تواند باعث ارتقای سطح تاب آوری ورزشکاران نابینا شود. این یافته همسو با پژوهش های قبلی است (چها، راجرز و موریسون، ۲۰۱۴؛ بتل و همکاران، ۲۰۱۶؛ گرهارت و همکاران، ۲۰۱۶؛ حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۲۰۱۶). نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که تاب آوری و سخت کوشی با موفقیت ورزشی و بهزیستی روان شناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روان شناختی همبستگی منفی معنادار دارند. براساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت که سازه های تاب آوری و سخت کوشی می توانند تغییرات مربوط به موفقیت ورزشی و

سلامت روانی را در ورزشکاران پیش بینی کنند. در تبیین این یافته ها می توان گفت که ذهن آگاهی یک عمل خودتوانمندسازی است که آثار مثبتی همچون متانت، محبت، خوش قلبی و سرسختی روانی را در فرد ایجاد می کند و بر عواطف مثبت و روش های حل مسئله اثر می گذارد (کرولی و هوبدی، ۲۰۰۳). ذهن آگاهی با استفاده از فنونی نظیر آموزش آرمیدگی و پذیرش عاری از قضاوت وضعیت موجود و هشیار بودن نسبت به خویش که از مفاهیم بنیادین این رویکرد است، سبب آگاهی از لحظه کنونی و به تبع آن، افزایش متانت و سرسختی در فرد می شود. به عبارتی، می توان گفت که آموزش ذهن آگاهی می تواند با تقویت فرایندهای مقابله شناختی مانند ارزیابی مجدد مثبت و تقویت مهارت های تنظیم هیجان مانند تاب آوری و تحمل پریشانی، آموزش حل مسئله و آموزش فنون نادیده گرفتن در زمان شروع استرس، از فرد در مقابل بدعملکردی محافظت کند (معصومیان، شعیری و هاشمی، ۲۰۱۴). همچنین، آموزش ذهن آگاهی به افراد آموزش می دهد که چگونه مهارت های ارتباطی را از حالات اتوماتیک خارج کنند و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه مانند منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. به عبارت دیگر، در حالت های توجه آگاهانه، پخش اطلاعات از چرخه های دوطرفه معیوب؛ یعنی گذشته و آینده به طرف تجربه و لحظه حال چرخش پیدا می کند؛ بنابراین، می توانند بر میزان تاب آوری فرد تأثیر گذار باشند. همچنین، ذهن آگاهی رویکردی در درمان است با ترکیبی از تکنیک های رفتاری آرامش آموزی و مراقبه شامل آموزش کنترل تنفس و توجه، مشاهده حس ها و احساس های بدنی، توصیف این احساس ها، پذیرش بدون قضاوت آن ها و افکار همراه و حضور در زمان

اطلاعات بیشتری را در این زمینه در اختیار قرار دهد. همچنین، از آنجایی که رقابت‌های ورزشی همراه با استرس هستند، به نظر می‌رسد که دست‌اندرکاران می‌توانند درمان ذهن‌آگاهی را در آستانه مسابقات در افراد معلول اجرا کنند تا از میزان استرس آن‌ها کاسته شود و با ارتقای توانایی‌های شناختی بهتر بتوانند برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری کنند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش در حمایت هیچ سازمانی نبوده است و با حمایت مالی نویسندگان انجام شده است. در پایان، از همه کسانی که نویسندگان را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاس‌گزاری می‌شود.

حاضر به‌خصوص در فعالیت‌های روزمره و باعث می‌شود که فرد به مرور زمان آرامش بیشتری حاصل کند و به تبع آن، بر میزان تاب‌آوری و سطح تحمل او در موقعیت‌های اضطراب‌زا افزوده شود و بتواند در فعالیت‌های خود با حفظ خونسردی بهترین عملکرد را داشته باشد که این مسئله در پژوهش حاضر تأیید شد. محدود بودن جامعه پژوهش به مردان و وجود مشکلات در زمینه هماهنگی با آزمودنی‌ها برای حضور در جلسه‌ها، از محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از سایر گروه‌های ورزشکار معلول به‌عنوان نمونه پژوهش استفاده شود. همچنین، مقایسه روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن-آگاهی با سایر درمان‌های شناختی-رفتاری می‌تواند

منابع

1. Basharat, M. A., Salehi, M., Shah Mohammadi, K. H., Nad Ali, H., & Zabbar Dast, A. (2008). The relationship resiliency and hard work with sporting success and mental health in athletes. *Journal of Contemporary Psychology*, 3(2), 38-49.
2. Bethell, C., Gombojav, N, Solloway, M., & Wissow, L. (2016). Adverse childhood experiences, resilience and mindfulness-based approaches: Common denominator issues for children with emotional, mental, or behavioral problems. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 25(2), 139-156.
3. Boon, H. J., Cottrell, A., King, Stevenson R. B., & Millar, J. (2012). Bronfenbrenner's bioecological theory for modelling community resilience to natural disasters. *Natural Hazards* 60(2), 381-408.
4. Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell. J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
5. Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy* 44(4), 585-599.
6. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
7. Crowley, B. J., & Hobdy, J. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of Adult Development*, 10(4), 237-248.
8. Delaware, A. (2009). *Research methods in psychology and educational sciences*. Tehran: Virayesh.
9. Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 241-253.
10. Dickstein, D. P., Nelson, E. E., McClure, E. B., Grimley, M. E., Knopf, L., Brotman, M. A., ..., & Rich, B. A., ..., & Leibenluft, E. (2007). Cognitive flexibility in phenotypes of pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(3), 341-355.
11. Gan, Y., Zhang, Y., Wang, X., Wang, S., & Shen, X. (2006). The coping flexibility of neurasthenia and

- depressive patients. *Personality and Individual Differences*, 40(5), 859-871.
12. Gerhart, J., Mahony, S. O., Abrams, I., Grosse, J., Greene, M., & Levy, M. (2016). A pilot test of a mindfulness-based communication training to enhance resilience in palliative care professionals. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(2), 89-96.
 13. Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). *Resilience in children*. Springer.
 14. Graham, R., Kremer, J., & Wheeler, G. (2008). Physical exercise and psychological well-being among people with chronic illness and disability: A grounded approach. *Journal of Health Psychology*, 13(4), 447-458.
 15. Hatami, F., Hatami Shahmir, E., Adibpur, N., & Tahmasbi, F. (2013). The relationships between mental toughness and physical fitness in female students. *Sport Psychology Review*, 1(2), 53-64.
 16. Heidariyan, A., Zaharakar, K., & Mohsenzadeh, F. (2016). The effectiveness of mindfulness training on the resiliency and reducing the stomach convulsion in female patients with breast cancer: A randomized trial. *Journal of Breast Disease*, 9(2), 45-52.
 17. Jha, A. P., Rogers, S. L., & Morrison, A. B. (2014). In (Eds.), *Mindfulness training in high stress professions: Strengthening attention and resilience. Mindfulness-based treatment approaches* (2nd ed.). (pp. 347-366). : Elsevier.
 18. Jowkar, B., Friborg, O., & Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the resilience scale for adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 418-425.
 19. Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
 20. Madrigal, R. (2008). Hot vs. cold cognitions and consumers' reactions to sporting event outcomes. *Journal of Consumer Psychology*, 18(4), 304-319.
 21. Maesomian, S., Shaeiri, M., & Hashemi, S. (2014). The impact of mindfulness-based stress reduction therapy on quality of life in patients with low chronic back pain. *Journal of Anesthesia and Pain*, 4(1), 4-25.
 22. Moore, A., & Malinowski, P. (2009). Meditation, mindfulness and cognitive flexibility. *Consciousness and Cognition*, 18(1), 176-186.
 23. Moran, R. (2010). On the biopsychosocial model, mindfulness meditation and improving teaching and learning in osteopathy technique. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 13(2), 41.
 24. Natalia, K., & Jochen, R. (2014). *Improving decision making through mindfulness*. Cambridge: Cambridge University Press.
 25. Nazari, R., Khairkhah, F., Dehshiri, M., Jaberi, A., & Bijani, A. (2010). Cognitive abilities and psychological health afterumatic brain injury (TBI). *Journal Babol University Medical Science*, 12(3), 58-63.
 26. Nejati, V. (2009). Compare mindfulness blind and sighted. *Science Journal Forensic Medical*, 15(4), 262-265.
 27. Nejati, V. (2010). Correlation between mindfulness and executive functions in blinds veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 3(1), 44-48.
 28. Nejati, V. (2011). Comparing executive cognitive functions of brain in blind and matched sighted. *Journal Mil Med*, 12(4), 217-221.
 29. Nejati, V. (2013). Cognitive abilities questionnaire: Development and evaluation of psychometric properties.
 30. Nyklíček, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 331-340.
 31. Raglan, G., & Schulkin, J. (2014). Decision making, mindfulness, and mood: How mindfulness techniques can reduce the impact of biases and heuristics through improved decision making and positive affect. *Journal of Depression and Anxiety* 4(168), 1-8.

- Rahmani, J., Ajilchi, B., & Zareian, E. (2017). Relationship between mindfulness and cognitive abilities in blind veteran athletes. *Iranian Journal of War & Public Health*, 9(2), 105-110.
32. Reb, J., & Atkins, P. W. (2015). *Mindfulness in organizations: Foundations, research, and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
33. Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50-57.
34. Royal, K. A., Farrow, D., Mujika, I., Halson, S. L., Pyne, D., & Abernethy, B. (2006). The effects of fatigue on decision making and shooting skill performance in water polo players. *Journal of Sports Sciences*, 24(8), 807-815.
35. Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*. Guilford Press.
36. Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(3), 290-295.
37. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
38. Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.
39. Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 290-297.

استناد به مقاله

دانا، ا.، سلطانی، ن.، فتحی‌زادان، ا.، و رفیعی، ص. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی‌های شناختی و تاب‌آوری ورزشکاران نابینا. *مجله مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، شماره ۲۷، ص. ۵۶-۱۴۳. شناسه دیجیتال: 10.22089/SPSYJ.2018.5583.1586

Dana, A., Soltani, N., Fathizadan, A., & Rafiee, S. (2019). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive and Resilience Abilities of Blind Athletes. *Journal of Sport Psychology Studies*, 27; Pp: 143-56. In Persian. Doi: 10.22089/SPSYJ.2018.5583.1586

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy on Cognitive and Resilience Abilities of Blind Athletes

Amir Dana¹, Narges Soltani², Azam Fathizadan³,
and Saleh Rafiee⁴

Received: 2018/03/02

Accepted: 2018/05/05

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive behavioral therapy on cognitive and resilience abilities of blind athletes. The population included all blind athletes in Golestan, Iran (30 individuals) that were selected by available sampling method. Data were collected using cognitive abilities scale and resiliency scale. The findings showed that there was a significant difference between the scores related to cognitive abilities and resilient in post-test among the two experimental and control groups ($p < 0.01$). It can be concluded that the intervention is effective and improves the cognitive ability and resilient of athletes blind, due to the higher mean scores of the experimental group in the post-test phase. Moreover, mindfulness-based therapy as a cognitive-behavioral third wave therapy can be effective in improving the cognitive abilities and resilience of blind individuals in the field of sports competition.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, Cognitive Ability, Resilience, Athlete.

1. Department of Physical Education, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author) Email: amirdana@iaut.ac.ir

2. MA in General Psychology, Mashhad, Iran.

3. Department of Physical Education, Dehaghan Branch, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

4. Assistant Professor of Sport Science Research Institute of Iran (SSRI), Tehran, Iran.