

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال یازدهم، شماره ۴ (۳۳)، زمستان ۱۳۹۹

صص ۳۷-۴۹

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.235409.1401

تأثیر روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تعارض والد-فرزندی در دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای دارای آسیب ورزشی

مصطفی حمیدی*

سمیه شاهمرادی**

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش تعارض والد-فرزندی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده بود. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه دختران ورزشکار نوجوان دارای آسیب‌دیدگی ورزشی در تیم‌های ملی، لیگ و باشگاهی و مسابقات کشوری در سال ۱۳۹۸ در سطح شهر تهران تشکیل دادند که از میان آن‌ها، ۳۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) با گمارش تصادفی جایگزین شدند. ابزار سنجش شامل پرسشنامه تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض (CTS 2) بود. ابتدا از همه آزمودنی‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. در مرحله بعد، گروه آزمایش، به مدت هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله به روش ACT دریافت کرد. در نهایت، از هر دو گروه پس‌آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد، اثرات اصلی آزمون و گروه، همچنین اثر تعاملی آزمون*گروه برای متغیر تعارض و دو خرده‌مقیاس استدلال و پرخاشگری کلامی معنادار بود ($P < 0.01$)؛ اما برای خرده‌مقیاس پرخاشگری جسمانی هیچ‌یک از این اثرات معنادار نبود ($P > 0.05$). نتایج آزمونهای تعقیبی برای هر سه متغیر حاکی از آن بود که گروه آزمایش در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون پیشرفت معناداری داشتند؛ اما گروه کنترل در مراحل مختلف آزمون یکسان عمل کرد. همچنین، در پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش بهتر از گروه کنترل عمل کرد. در نتیجه مداخلات روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، می‌تواند بر کاهش تعارض والد-فرزندی در دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای دارای آسیب ورزشی تأثیرگذار باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، تعارض والد-فرزندی، نوجوان، ورزشکار حرفه‌ای، آسیب ورزشی

نوجوانی^۱، یکی از مراحل مهم تحول انسان به‌شمار می‌آید که به عوامل تنش‌زای فراوانی همراه است. این دوره معرف تغییر عمیقی است که کودک را از بزرگسالان جدا ساخته و دگرگونی‌های مختلفی را در او به‌وجود می‌آورد (منصور، ۱۳۹۷). به‌طوری که بیشتر متخصصان بر این باورند که دوره نوجوانی، حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسان است (کندی و همکاران، ۲۰۱۸). مسائل و مشکلات مربوط به بلوغ از یک سو و تلاش فزاینده نوجوان برای دستیابی به خودمختاری و استقلال از سوی دیگر، می‌تواند منجر به ایجاد احساسات منفی و افزایش تعارضات در نوجوانی شود (خدابخشی کولایی، برقی خامنه، مجرب و خطیبان، ۱۳۹۶). خودبرازگری، کسب هویت، خودانضباطی و استقلال‌طلبی از نیازهای اساس در دوره نوجوانی است که باعث ایجاد تغییرات عمده‌ای در ارتباطات نوجوان و زمینه‌ساز بروز تعارض در تعاملات بین نوجوان و والدین می‌شود (هرد، ۲۰۱۸). می‌توان گفت تعارض، عبارت است از: عدم توافق و مخالفت دو فرد با یکدیگر، ناسازگاری نظرات و اهداف و رفتاری که در جهت مخالف دیگری صورت گیرد و همین‌طور ستیزه‌ای بین افراد در اثر منافع ناهم‌سو و اختلاف اهداف و ادراکات مختلف است (حسین‌پناهی و گودرزی، ۱۳۹۷). اگر این عدم توافق و ناسازگاری بین فرزندان و والدین آنان رخ دهد، به آن تعارض والد-فرزند گفته می‌شود که سطوح بالای این تعارض با انواع پیامدهای منفی از جمله پرخاشگری نسبت به همتایان، کاهش صلاحیت اجتماعی و درگیری در گروه‌های همتایان منحرف، پیوند خورده است (اینگولدسبای و همکاران، ۲۰۰۶). از طرفی، روابط درست والد-فرزند با پیامدهای خوب برای فرزند از جمله سطوح پایین اضطراب، افسردگی، عزت‌نفس بالا، وقوع کمتر سوءاستفاده از مواد و مشکلات رفتاری مرتبط است (قمری و قمری گندوانی، ۱۳۹۳). به‌طور کلی تعارض، امری اجتناب‌ناپذیر در روابط خانوادگی است که در دوره سنی نوجوانی بسیار مشاهده می‌شود. هر اندازه میزان تعارض والدین و نوجوان بیشتر باشد میزان هیجان‌های منفی و مشکلات رفتاری در نوجوان نیز افزایش می‌یابد و این ارتباط آشفته، ناسازگاری‌های بیشتری میان والدین و نوجوان به‌وجود می‌آورد (هارتس و پاور،

در این میان، ورزشکاران نوجوان نیز از این قاعده مستثنی نیستند و دارای تجارب آمیخته به تعارض با والدین خود هستند. معمولاً محیط ورزشی به‌دلیل ماهیت رقابتی خود فشار زیادی بر ورزشکاران نوجوان تحمیل می‌کند که منجر به اضطراب و استرس روانی مضاعف می‌شود (نایپرت و اسمیت، ۲۰۰۸). از طرفی، آسیب‌دیدگی از عواقب گریزناپذیر ورزش به‌ویژه ورزش قهرمانی است. از این‌رو، ورزشکاران آسیب‌دیده درگیر احساساتی از قبیل غم و اندوه، از دست دادن موقعیت، احساس انزوا، از دست دادن هویت ورزشی، قطع ارتباط از حمایت‌های اجتماعی هستند (پودلاگ، دیماک و میلر، ۲۰۱۱). علاوه‌براین آسیب‌دیدگی، ورزشکار را تحت فشار قرار می‌دهد و موجب مشکلات شناختی فراوانی از جمله استرس، اضطراب، کاهش اعتمادبه‌نفس، خلق منفی، افسردگی (جعفری، بقایی لاکه، کاظم نژادلیلی و صدقی ثابت، ۱۳۹۴)، سرخوردگی و افسردگی می‌شود (محمد، پاپوس و شارما، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نیز حاکی از این است که مجموع این عوامل، می‌تواند بر تعارضات والد-فرزندی در سنین نوجوانی بیافزاید و کشمکش‌ها را بیشتر نماید که این امر، لزوم توجه به مشکلات رابطه‌ای نوجوانان با والدین به‌خصوص نوجوانان ورزشکار دارای آسیب ورزشی را بیش‌ازپیش مطرح می‌کند. به‌عنوان مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تعارض والد-نوجوان با ناسازگاری‌ها و مشکلات دوره نوجوانی مانند افسردگی و اضطراب (جاویدی، اسدی و قاسمی، ۱۳۹۴) و پرخاشگری بیشتر و عزت‌نفس کمتر (قره‌خانلو و محسن‌زاده، ۱۳۹۴) همراه است. چنان‌چه راه‌های مقابله‌ای مفیدی برای تعارض به‌وجود آمده در بین اعضای خانواده به‌کار گرفته شود، به رشد رابطه کمک می‌کند؛ ولی چنان‌چه طرفین درگیر در تعارض، نحوه برخورد صحیح را ندانند، نه تنها تعارض موجود رفع نمی‌شود؛ بلکه به تداوم رابطه هم آسیب می‌رساند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۹۸). امروزه شیوه‌های مختلفی توسط روان‌شناسان و مشاوران خانواده برای بهبود روابط و کاهش تعارضات والدین با فرزندان صورت گرفته است از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یک رویکرد درمانی رفتاری کارآمد و مبتنی بر نظریه چهارچوب ارتباطی است که

امباغ و اهو (۲۰۱۵) طی پژوهش‌های خود بر روی گروهی از دانش‌آموزان دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود ارتباط والد و نوجوان و کاهش تعارضات آن‌ها مؤثر است. همچنین اصلانی و آزاده (۱۳۹۵)، طی پژوهشی بر روی گروهی از دختران تک‌والدینی مادر سرپرست، نشان دادند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی مادران و نیز روابط مادر- فرزند مؤثر بوده است. همچنین نداف (۲۰۱۶) طی پژوهشی نشان داد ACT باعث بهبود روابط مادر- فرزند کودک مبتلا به اختلال بیش‌فعالی می‌شود.

می‌توان چنین بیان کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مراجع کمک می‌کند آن‌چه واقعاً برایش مهم است را بشناسد و سپس از او می‌خواهد از این ارزش‌ها برای هدایت تغییرات رفتاری در زندگی استفاده کند. همچنین این رویکرد همان‌طور که از نامش مشخص است، قصد دارد این پیام را به فرد منتقل کند که آن‌چه خارج از کنترل هست را بپذیرد و به‌عملی که باعث بهبود و غنی‌تر شدن زندگی‌اش می‌شود تعهد داشته باشد (فوک، پارلین و ملین، ۲۰۱۲).

به‌طور کلی، بررسی‌ها نشان می‌دهد دوره نوجوانی، یکی از حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره‌های رشدی هر انسان است (کندی و همکاران، ۲۰۱۸). به‌نظر می‌رسد نوجوانان ورزشکار آسیب‌دیده، به‌ویژه دختران، با توجه به ماهیت خاص این دوران در معرض آسیب‌پذیری بیشتری باشند. این امر، زمینه ایجاد بحران‌های ذهنی و روانی قابل‌توجهی را برای آن‌ها فراهم می‌کند و می‌تواند با عواقب منفی همچون عدم پایبندی به دوره‌های فیزیوتراپی و توان‌بخشی مواجه شود و یا پیامدهای جبران‌ناپذیری مانند افسردگی و انصراف دائم از ورزش رقابتی را به‌دنبال داشته باشد (محمد، پاپوس و شارما، ۲۰۱۸، اوسترهوف، بکس کنز، ورنستانو و اُ، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، طبق دیدگاه سیستمی، چنان‌چه یکی از اعضای خانواده درگیر انزوا و مشکلات روان‌شناختی شود، کل مجموعه و سیستم خانواده را تحت‌تأثیر قرار داده و سایر اعضای خانواده را درگیر می‌سازد. به‌عنوان مثال، افسردگی و انزوای یکی از فرزندان در خانواده، می‌تواند به تعارضات والد- فرزند منجر شود (گلدنبرگ و گلدنبرگ،

مشکلات روان‌شناختی انسان را عمدتاً نتیجه نوعی انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌داند. این عدم انعطاف روان‌شناختی، به‌واسطه آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای ایجاد می‌شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، وابستگی‌های مستقیم و فرآیندهای کلامی غیرمستقیم را در بافت یک ارتباط درمانی به‌کار می‌گیرد تا به‌طور تجربی بتواند از طریق پرورش پذیرش، گسلش، ایجاد یک حس فراتجربی از خود، افزایش ارتباط با لحظه اکنون، ارزش‌ها و ارائه الگوهای خوب از اقدامات متعهدانه مرتبط با این ارزش‌ها، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری در فرد ایجاد کند (جوشن‌پوش، فضیلت‌پور و رحمتی، ۱۳۹۶). در واقع، در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی^۱ فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات و...) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. سپس به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل بپذیرفت. در قدم دوم، بر آگاهی روانی^۲ فرد در لحظه حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم، به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی^۳) به‌نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. قدم چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که فرد برای خود در ذهنش ساخته است. مرحله پنجم، کمک به فرد تا این‌که ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها^۴). در نهایت، از طریق ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه^۵ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (فوک، پارلین و ملین، ۲۰۱۲).

در بررسی پیشینه‌ها، می‌توان مواردی را یافت که حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر مسائل و مشکلات خانوادگی از جمله تعارضات والد- فرزند است. به‌عنوان مثال؛ حمیل، پیکت،

4. values
5. committed action

1. psychological acceptance
2. psychological awareness
3. defusion cognitive

یک سال سابقه ورزشی و در زمان انجام این پژوهش دارای آسیب دیدگی ورزشی بوده، به طوری که برای انجام مسابقات و یا تمرینات محدودیت داشتند. در واقع، منظور از آسیب ورزشی در این پژوهش، شامل 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 شیوه قبل از بروز آسیب دیدگی بازمی دارد. در این پژوهش، نوع رشته ورزشی آزمودنی ملاک نبوده و آزمودنی‌ها از هر نوع رشته ورزشی اعم از ورزش تیمی و انفرادی حضور داشتند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت در دسترس بود. به این صورت که ابتدا ۳۰ نفر (دلاور، ۱۳۹۸) از افراد دارای ملاک‌های پژوهش انتخاب و سپس به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند. از همه شرکت کنندگان در پژوهش، پیش‌آزمون گرفته شد و سپس گروه آزمایش هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) به صورت گروهی مداخله دریافت کرد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و یک ماه بعد مجدداً از هر دو گروه آزمون پیگیری به عمل آمد و نتایج با استفاده از آزمون تحلیل واریانس و SPSS-۲۲ مورد تحلیل قرار گرفت ($\alpha=0/05$).

معیار ورود به مطالعه، علاوه بر شرایط ذکر شده پیشین در مورد آسیب ورزشی، داشتن رضایت برای شرکت در پژوهش و نداشتن درمان هم‌زمان با مداخله و شرایط خروج عدم مشارکت منظم در جلسات و غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف منزل و عدم تکمیل صحیح پرسشنامه و رهایی کامل از آسیب دیدگی در مرحله مداخله و پیگیری بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض اشتراوس^۱ (CTS 2): به منظور ارزیابی تعارض والد-فرزندی از پرسشنامه تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض اشتراوس، هامبای، بونی مککوی و شوگارمن (۱۹۹۶) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۵ سؤال است که سه تاکتیک حل تعارض یعنی استدلال (پنج سؤال اول)، پرخاشگری کلامی (پنج سؤال دوم) و پرخاشگری جسمانی (پنج سؤال سوم) را

به همین دلیل، این شرایط بر لزوم کمک جدی به ورزشکاران نوجوان آسیب‌دیده در غلبه بر تعارضات و کاهش پیامدهای منفی آسیب‌دیدگی تأکید می‌کند. بنابراین، لازم است از روش‌های درمانی مناسب در به حداکثر رساندن مدیریت این شرایط بهره برد تا ورزشکاران نوجوان که یکی از سرمایه‌های انسانی و ملی در هر کشور محسوب می‌شوند بتوانند بهداشت روانی و کیفیت زندگی بهتری را تجربه کنند. با توجه به این که پیشینه‌های پژوهشی نشان‌دهنده تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش تعارض والد-فرزندی است و هیچ پژوهش داخلی و خارجی مبنی بر مداخله ACT در جامعه دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده یافت نشد؛ بنابراین پژوهش حاضر طی یک طرح نیمه‌آزمایشی در دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای که دارای آسیب ورزشی هستند، اثربخشی ACT را بر کاهش تعارض والد-فرزندی مورد بررسی قرار داد. در این پژوهش فرضیه‌های ذیل مطالعه شد.

فرضیه ۱: یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان تعارض والد-فرزندی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر است.

فرضیه ۲: یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان استدلال در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر است.

فرضیه ۳: یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان پرخاشگری کلامی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر است.

فرضیه ۴: یک دوره درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر میزان پرخاشگری جسمانی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای ۱۵ تا ۱۸ ساله بود که در سطح تیم ملی، لیگ و مسابقات کشوری در استان تهران در سال ۱۳۹۸ به ورزش و رقابت می‌پرداختند و حداقل دارای

1. Conflict Tactics Scales (CTS 2)

۲۵ نشان‌دهنده بیشترین تعارض است. دامنه نمرات برای کل آزمون بین ۱۵ تا ۷۵ است. نمره ۱۵ نشان‌دهنده عدم تعارض، نمره ۴۵ تعارض متوسط و نمره ۷۵ نشان‌دهنده وخیم بودن رابطه (تعارض بالا) است. اعتبار این پرسشنامه توسط مرادی و ثنایی ذاکر (۱۳۸۵) برای کل آزمون ۷۸ درصد و برای خرده‌مقیاس استدلال ۷۰ درصد و برای پرخاشگری کلامی ۶۹ درصد و پرخاشگری جسمانی ۷۶ درصد گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر برای کل پرسشنامه ۸۱ درصد و برای خرده‌مقیاس استدلال، پرخاشگری کلامی و جسمانی به ترتیب ۷۸ درصد، ۶۹ درصد و ۸۸ درصد گزارش شد.

می‌سجد. این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود و دارای پنج درجه از هرگز (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره ۵) است. پنج سؤال اول پرسشنامه که استدلال را می‌سجد، به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین، نمره پایین در این مقیاس، نشان‌دهنده عدم تعارض و استفاده بیشتر از راهبردهای استدلال است. سؤالات مقیاس‌های پرخاشگری کلامی و فیزیکی، به‌صورت مستقیم نمره‌گذاری می‌شود. نمره بالا در این مقیاس، نشان‌دهنده تعارض و استفاده کمتر از راهبردهای کنترل پرخاشگری کلامی و جسمانی است (مرادی و ثنایی ذاکر، ۱۳۸۵). دامنه نمرات هریک از خرده‌مقیاس‌ها بین ۵ تا ۲۵ است. نمره ۵ نشان‌دهنده عدم تعارض در رابطه و نمره

جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای تعارض والد-فرزندی

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و قرارداد مشاوره‌ای	توافق درباره اهداف درمان و تعداد جلسات، تعیین قوانین و ساختار جلسات، بیان رازداری و تشویق همه به رعایت آن
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق	تمرین تنفس توجه آگاهانه، ایجاد بینش نسبت به مشکل و به چالش کشیدن کنترل و اجتناب، اجرای تمرین سه پرسش برای رسیدن به ناامیدی سازنده، استعاره ماسه روان و انسان در چاه، آموزش مهربانی با خود، تکلیف خانه و تهیه فرم خودبازبینی و یادداشت روزانه و تمرین تنفس با ویس
سوم	کاربرد تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و گسلش	مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل و بازخورد، تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه کشمش و حضور در زمان حال، مرور ناامیدی سازنده با استعاره به کیک شکلاتی فکر نکن، تمرین پذیرش با توصیف رنج پاک و ناپاک، تمرین هم‌جوش‌زدایی (گسلش) با تمرین تجربی استعاره برگ روی رودخانه، دست‌ها همچون افکار، معرفی نه هیجان اصلی در انسان و ارائه تکلیف تمرین تمرکز ذهن‌آگاهانه و استعاره رایانه با ویس
چهارم	خود به‌عنوان مشاهده‌گر و زمینه	مرور جلسه قبل و تمرینات، استعاره مسافران اتوبوس و صفحه شطرنج، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، آموزش مهارت حل مسئله به‌صورت تجربه اصلاحی در جلسه و ارائه تمرین خانه استعاره خانه و مبلمان با ویس
پنجم	کشف ارزش‌های عملی زندگی و شفاف‌سازی	بازخورد و مرور جلسه قبل، تمرین ذهن‌آگاهانه موسیقیایی، توضیح زندگی کردن در جهت ارزش‌ها، استعاره دو بچه، شناسایی ارزش‌ها و هدف با ارائه جدول ارزش‌ها، استعاره قهرمانان و عصای جادویی، الگوی عمل و برنامه‌ریزی برای رسیدن به ارزش‌ها و آموزش مهارت ارتباط مؤثر و آموزش مهارت همدلی
ششم	تأکید بر ارزش‌ها و شفاف‌سازی	بازخورد و مرور، تمرین ذهن‌آگاهانه، استعاره نوشتن زندگی نامه شخصی (مشخص کردن ارزش‌ها)، ارائه کاربرد ارزیابی موانع و آموزش مهارت مدیریت استرس
هفتم	درک ماهیت تعهد و اقدام به‌صورت عملی	تمرین ذهن‌آگاهانه، بررسی موانع و مشکلات احتمالی، آموزش تجربی اقدام متعهدانه با استعاره رانندگی در مه و استعاره گدا دم در و آموزش مهارت مدیریت هیجان
هشتم	تأکید بر عمل متعهدانه، مرور و پس‌آزمون	تمرین ذهن‌آگاهانه، پیگیری ارزش‌ها و کارهای مراجع در رسیدن به آن‌ها، استعاره همسفران و استعاره درختکاری، بحث درباره نتایج فنون آموزش دیده در زندگی واقعی و انجام پس‌آزمون

یافته‌ها

شناختی آزمودنی‌ها از جمله سن، سابقه ورزش حرفه‌ای، مدت زمان فاصله از آسیب‌دیدگی و سابقه حضور در تیم ملی ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۲، نشان می‌دهد شاخص‌های جمعیت

جدول ۲- شاخص‌های جمعیت شناختی

متغیر	میانگین	کمترین	بیشترین
سن (به سال)	۱۷/۱	۱۵	۱۸
سابقه ورزش حرفه‌ای (به سال)	۳/۵۰	۱	۶
مدت زمان فاصله از آسیب‌دیدگی (به روز)	۲۱/۶۳	۱۴	۳۸
سابقه حضور در تیم ملی (به سال)	۳/۳۰	۱	۶

در جدول ۳ ویژگی‌های توصیفی متغیر اندازه‌گیری شده در آزمون پیگیری آورده شده است. گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیر اندازه‌گیری شده در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله آزمون

متغیر	گروه	مرحله آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
تعارض	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۵/۴۰	۲/۳۸	۰/۰۷	-۱/۲۴
		پس‌آزمون	۲۷/۱۳	۲/۰۳	۰/۲۶	-۱/۳۵
		پیگیری	۲۸/۳۳	۲/۰۴	-۰/۵۸	-۱/۱۵
استدلال	کنترل	پیش‌آزمون	۴۵/۶۶	۳/۲۸	۰/۴۶	-۰/۷۰
		پس‌آزمون	۴۵/۵۳	۲/۹۷	-۰/۶۰	۰/۴۳
		پیگیری	۴۵/۱۳	۱/۸۵	۰/۵۶	۰/۲۸
پرخاشگری کلامی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۴۶	۱/۴۵	-۰/۰۱	-۰/۹۹
		پس‌آزمون	۱۰/۱۳	۱/۴۰	-۰/۰۹	-۱/۳۴
		پیگیری	۱۱/۰۶	۱/۲۷	-۰/۱۴	-۰/۸۴
پرخاشگری جسمانی	کنترل	پیش‌آزمون	۲۰/۵۳	۱/۵۰	۰/۲۱	-۰/۷۴
		پس‌آزمون	۲۰/۴۰	۱/۵۱	-۰/۰۷	-۰/۷۵
		پیگیری	۲۰/۲۰	۱/۳۲	۰/۴۳	۰/۰۴
پرخاشگری جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۴/۱۳	۱/۷۶	۰/۰۴	-۰/۵۰
		پس‌آزمون	۸/۲۰	۱/۰۸	-۰/۰۶	۰/۲۱
		پیگیری	۹/۵۳	۱/۱۸	۰/۵۰	-۰/۲۶
پرخاشگری جسمانی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۴/۴۶	۱/۹۲	-۰/۲۸	-۰/۸۹
		پس‌آزمون	۱۴/۴۰	۱/۸۰	-۰/۳۶	-۰/۵۶
		پیگیری	۱۴/۲۰	۱/۷۴	-۰/۲۵	-۰/۷۷
پرخاشگری جسمانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰/۸۰	۱/۵۶	-۰/۲۶	-۱/۰۵
		پس‌آزمون	۱۰/۱۳	۱/۰۶	۰/۱۱	۰/۵۳
		پیگیری	۹/۹۳	۰/۷۹	۰/۱۳	-۱/۳۵
پرخاشگری جسمانی	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰/۶۶	۱/۵۴	-۰/۰۲	-۰/۹۹
		پس‌آزمون	۱۰/۷۳	۱/۴۸	-۰/۰۷	-۰/۷۱
		پیگیری	۱۰/۷۴	۱/۲۷	۰/۱۰	-۱/۱۱

همان‌گونه که جدول ۳، نشان می‌دهد میانگین نمرات تعارض گروه آزمایش در پس‌آزمون و آزمون پیگیری، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. با توجه به جدول بالا، چولگی و کشیدگی نشان داد که داده‌ها

آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌های تکراری استفاده شد ($\alpha=0/05$). همان‌گونه که در جدول آمده است، نتایج نشان می‌دهد که اثرات اصلی آزمون و گروه و همچنین اثر تعاملی گروه*آزمون برای متغیر تعارض و دو خرده‌مقیاس استدلال و پرخاشگری کلامی معنادار می‌باشند، ولی برای خرده‌عامل پرخاشگری جسمانی معنادار نمی‌باشند ($F=1/413$ و $P=0/252$).

از توزیع نرمال برخوردار هستند. همچنین نتایج آزمون لوین در سه دوره زمانی معنادار نمی‌باشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که واریانس این سه متغیر در دو گروه آزمایشی و کنترل همگن است؛ همچنین با توجه به معنادار نبودن آزمون ام‌باکس همگنی ماتریس کوواریانس‌ها در هر دو گروه موردتأیید است. بنابراین، مفروضه‌های اصلی آزمون تحلیل واریانس رعایت شده است. جهت بررسی تفاوت بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، از

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره با اندازه‌های تکراری برای متغیر تعارض و خرده‌عامل‌های آن

منبع تغییر	خرده عامل	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	F آماره	P مقدار	اندازه اثر
آزمون	استدلال	۲۵۶/۰۳۳	۲	۵۱۲/۰۶۷	۱۳۵/۵۴۷	۰/۰۰۰	۰/۸۲۹
	کلامی	۷۶/۲۱۱	۲	۱۵۲/۴۲۲	۳۷/۲۰۵	۰/۰۰۰	۰/۵۷۱
	جسمانی	۱/۳۰۰	۲	۲/۶۰۰	۱/۰۱۴	۰/۳۶۹	۰/۰۳۵
	تعارض	۸۱۱/۲۰۰	۲	۱۶۲۲/۴۰۰	۱۴۱/۰۴۹	۰/۰۰۰	۰/۸۷۲
گروه	استدلال	۳۱۵/۷۹۳	۱	۳۱۵/۷۹۳	۴۲۵/۴۰۸	۰/۰۰۰	۰/۹۳۸
	کلامی	۱۰۴/۵۳۳	۱	۱۰۴/۵۳۳	۸۳/۷۱۵	۰/۰۰۰	۰/۷۴۹
	جسمانی	۱/۳۳۷	۱	۱/۳۳۷	۱/۵۰۸	۰/۲۳۰	۰/۰۵۱
	تعارض	۱۰۴۸/۲۳۷	۱	۱۰۴۸/۲۳۷	۳۱۴/۸۲۱	۰/۰۰۰	۰/۹۱۸
آزمون*گروه	استدلال	۲۳۴/۴۱۱	۲	۴۶۸/۸۲۲	۱۳۴/۱۰۰	۰/۰۰۰	۰/۸۱۶
	کلامی	۶۹/۴۳۳	۲	۱۳۸/۸۶۷	۳۳/۸۹۶	۰/۰۰۰	۰/۵۴۸
	جسمانی	۱/۸۱۱	۲	۳/۶۲۲	۱/۴۱۳	۰/۲۵۲	۰/۰۴۸
	تعارض	۸۵۵/۹۱۱	۲	۱۷۱۱/۸۲۲	۱۷۸/۰۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۶۴

از گروه کنترل عمل کرد ($Ps < 0/001$)، ولی در پیش‌آزمون تفاوتی بین گروه‌های آزمایش و کنترل نبود ($Ps > 0/05$). این نتایج روی هم‌رفته بدان معنا می‌باشد که برنامه مداخله‌ای منجر به کاهش تعارض و دو خرده‌عامل استدلال و پرخاشگری کلامی شده است؛ اما روی پرخاشگری جسمانی تأثیر معناداری نداشته است (نمودار ۱).

بررسی‌های بیشتر در خصوص اثر تعاملی گروه و آزمون نشان داد که گروه آزمایش در پس‌آزمون و آزمون پیگیری نسبت به پیش‌آزمون پیشرفت معناداری در هر سه متغیر تعارض، استدلال و پرخاشگری کلامی داشتند ($Ps < 0/001$). این در حالی است که عملکرد گروه کنترل در مراحل مختلف آزمون تفاوت معناداری در این متغیرها نداشت ($Ps > 0/05$). همچنین، در پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش در هر سه متغیر بهتر



نمودار ۱- تأثیر مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر تعارض والد-فرزندی و خرده‌عامل‌های آن

ناتوانی یادگیری؛ مورل، اشمالز، میچل و لایورد (۲۰۰۹)، مبنی بر اثربخشی اکت در فرزندپروری، نداف (۲۰۱۶)، مبنی بر اثربخشی اکت بر روابط والد فرزندانی کودکان مبتلا به بیش‌فعالی، هم‌سو است. همچنین هیچ مطالعه ناهم‌سو داخلی و خارجی یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش تعارض والد-فرزندانی در پژوهش حاضر باید به فرآیندهای حاکم بر این درمان و روند مداخلات انجام شده پرداخت. در این رویکرد، درمان از طریق پذیرش^۱، ناهم‌جوشی شناختی^۲، خود به‌عنوان زمینه^۳، ارتباط توجه آگاهانه با زمان حال^۴، ارزش‌ها^۵ و تعهد به عمل^۶ که در نتیجه این شش مفهوم اصلی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود، شکل می‌گیرد (هیز، لوما، باند، ماسودا و لیلیز، ۲۰۰۶). به این منظور، لازم است فرد با پذیرش احساسات آزاردهنده گذشته و عدم خیال‌بافی و نگرانی درباره آینده، سعی در تغییر این احساسات و افکار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش تعارض والد-فرزندانی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده است. نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش تعارض والد-فرزندانی و دو خرده‌عامل استدلال و پرخاشگری کلامی در دختران نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر بوده است و بر خرده‌عامل پرخاشگری جسمانی تأثیر معناداری نداشت. این نتایج با نتایج پژوهش‌های اصلانی و آزاده (۱۳۹۵)، مبنی بر اثربخشی اکت بر روابط مادر-فرزندانی دختران تک‌والدینی مادر سرپرست، جوشن‌پوش، فضیلت‌پور و رحمتی (۱۳۹۶)، مبنی بر اثربخشی اکت بر تعارض والد-نوجوانان مادران دارای فرزند مصروع؛ اردشیری‌لردجانی، فرامرزی و شریفی (۱۳۹۷)، مبنی بر اثربخشی اکت بر روابط والد-فرزندانی والدین دارای کودکان مبتلا به

5. values
6. committed action

1. acceptance
2. cognitive diffusion
3. self as context
4. contact with present moment

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبب کاهش معنادار نمرات خرده‌مقیاس استدلال (به دلیل نمره‌گذاری معکوس) طی مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری و در نتیجه، بهبود مهارت استدلال در تعارض والد-فرزندی آزمودنی‌ها شده است. لازم به توضیح است، پس از بررسی پیشینه پژوهش مطالعه‌ای که تأثیر این نوع مداخله را بر میزان استدلال نوجوانان بررسی کرده باشد، یافت نشد. با این حال مطالعه حاضر، هم‌سو با یافته‌های قبلی نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب بهبود ارتباطات والد-فرزندی شده است (مورل و همکاران، ۲۰۰۹). یکی از ابعاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، عمل متعهدانه است که به معنای تعریف کردن اهداف در حوزه‌های خاص، در طول مسیر ارزش‌های فرد و سپس عمل به این اهداف و پیش‌بینی کردن و آمادگی داشتن برای موانع روان‌شناختی است. به نظر می‌رسد دلیل بهبود نمرات استدلال نوجوانان، شناسایی ارزش‌ها و تشویق و ترغیب آن‌ها به اعمال متعهدانه و یادگیری مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های ارتباط مؤثر و ابراز وجود باشد. همچنین زمانی که فرد به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست می‌یابد، از درگیر شدن در افکار و احساسات منفی گذشته‌ها می‌یابد. در نتیجه، استدلال و راه‌حل‌های مؤثرتری ارائه می‌دهد.

از دیگر یافته‌های پژوهش، کاهش معنادار نمرات پرخاشگری کلامی نوجوانان در رابطه والد-فرزندی طی پس‌آزمون و مرحله پیگیری بوده است. این نتایج هم‌سو با این پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موجب کاهش پرخاشگری در نوجوانان دختر (نساج، ۱۳۹۳) شده است. به نظر می‌رسد پرخاشگری کلامی نوجوانان، راهی برای اجتناب تجربه‌ای است. به این معنا که فرد با بروز اولین نشانه‌های تعارض در جهت کنترل یا اجتناب از محتوای ذهن خود، یک رفتار سریع و تکانشی از جمله پرخاشگری کلامی نشان می‌دهد؛ بنابراین مداخله یاد شده با استفاده از تکنیک‌های پذیرش و هم‌جوش‌زدایی (گسلش) به افراد برای پذیرش تجارب درونی کمک کرده است و این امر، در کاهش میزان پرخاشگری کلامی درمان‌جویان مؤثر بوده است. در این پژوهش نوجوانان دائماً درگیر افکار مرتبط با آسیب‌دیدگی، نگرانی درباره آینده و هویت

آزاردهنده نداشته باشد و به احساسات این‌جا و اکنون و زمان حال توجه کند. همچنین از خود مفهوم‌سازی شده و محتوای شناختی بی‌فایده‌ای که با آن هم‌جوشی پیدا کرده است (از جمله قوانین و انتظارات سرسختانه، انتقادات و قضاوت‌ها و باورهای محدودکننده) آگاه شود و با تمریناتی فاصله روان‌شناختی (گسلش) ایجاد کند. سپس با رسیدن به درماندگی خلاق دست از کنترل تجربیات درونی با روش‌های اجتناب و رفتارهای ناکارآمد بردارد. در نهایت، با کشف ارزش‌های مرکزی خود و تلاش متعهدانه در جهت تحقق آن‌ها با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالا در جهت زندگی غنی و ارزشمند گام بردارد (هریس، ۱۳۹۷).

به نظر می‌رسد جلسات درمانی، به نوجوان کمک کرده تا با کاهش کنترل تجارب درونی، اجتناب و رفتارهای ناکارآمد در آنان کاهش یابد و در ارتباط با آسیب‌دیدگی ورزشی و همچنین در ارتباط با والدین به مرحله بالاتری از پذیرش افکار و احساسات برسند، سپس با پیگیری ارزش‌های فردی، تعارض کمتری در رابطه والد-فرزندی تجربه کنند. پذیرش روانی آسیب‌دیدگی و ناکامی ورزشی، باعث کاهش تجارب ناخوشایندی مانند احساس خشم، بی‌عدالتی شده و نیز درگیر شدن در فعالیت‌های ارزش‌مدار خود، بدون آن‌که تلاشی برای کنترل این تجارب کند؛ به طور موفقیت‌آمیزی باعث کاستن از هیجانات منفی و افزایش تجربه هیجانات مثبت شده است. در نتیجه، پیامد آن کاهش تعارضات است. از سوی دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌شود؛ بدین معنا که هرگونه تلاش برای کنترل تجارب درونی کاهش یابد. پیامد آن نیز افزایش پذیرش محتوای ذهن از طریق تکنیک‌های مرتبط با گسلش است که کاهش میزان تعارض بین نوجوانان و والدین را در پی داشته است.

علاوه بر این، یکی از علل تعارض والد-فرزندی در این پژوهش، نگرانی نوجوان ورزشکار آسیب‌دیده درباره آینده خود است، از آنجایی که در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از علل آسیب‌شناسی روانی، عدم تمرکز بر زمان حال است، از طریق به‌کارگیری این رویکرد، تمرکز بر زمان حال افزایش یافته که به تبع آن میزان تعارض نیز کاهش یافته است (هریس، ۱۳۹۷).

ضعیف بودند و با بروز پرخاشگری کلامی در حال پاسخ‌گویی به محتوای ذهن خود و درگیر شدن با اجتناب تجربه‌ای بودند. بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به آنان کمک کرد تا در پذیرش محتوای ذهن خود و کنترل پرخاشگری کلامی توانمند شوند.

از سوی دیگر، یکی از ابعاد درمان ACT تصریح ارزش‌ها است. ارزش‌ها تقویت‌کننده‌های درونی هستند که مسیری منتخب برای رفتارها و اعمال فرد فراهم می‌آورند. به عبارتی، ارزش‌ها در موقعیت‌های تعارض و استرس‌زا، مسیر و نوع رفتار ما را مشخص می‌کنند. در این پژوهش با تصریح ارزش‌های نوجوانان، آن‌ها به نام‌آور بودن پرخاشگری کلامی به‌عنوان راهی برای رسیدن به ارزش‌ها پی‌بردند که در نهایت، موجب کاهش این رفتار در آنان شد.

در نهایت، یافته‌های پژوهش نشان دادند میزان پرخاشگری فیزیکی نوجوان در رابطه والد-فرزندی طی مداخله صورت گرفته، کاهش یافته است؛ اما این کاهش معنادار نمی‌باشد. این یافته با پژوهش (عبداللهی و ایروانی، ۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر مداخله درمانی ACT بر کاهش معنادار پرخاشگری فیزیکی دختران نوجوان دانش‌آموز ناهم‌سو است. در تبیین این ناهم‌سوایی، می‌توان به ماهیت محیط ورزش، تأثیر آسیب‌دیدگی و خلُق‌و‌خوی ورزشکاران نوجوان اشاره کرد. ورزش حرفه‌ای و رقابت در این سطوح نیازمند اعتماد به نفس و ابراز وجود بالا می‌باشد. از آنجایی که در سنین نوجوانی پختگی هیجانی و کنترل تکانه‌ها کامل نشده است، نوجوانان ورزشکار به دلیل خلُق‌و‌خوی کنش‌وری، اعتماد به نفس و ابراز وجود و تکانه بالا و همچنین استرس مضاعف آسیب‌دیدگی و محدودیت‌های متعاقب آن، قادر به خودکنترلی کامل هیجانی نمی‌باشند، برعکس پژوهش یاد شده آموزش و مهارت‌های شناختی به تنهایی قادر به کاهش تأثیرگذار پرخاشگری جسمانی نمی‌باشد و تجربه و سازگاری عصبی هیجانی (مهارت‌های سازشی) در این امر، می‌تواند تأثیرگذار باشد. بنابراین، طبق آن‌چه ذکر شد درمان پذیرش و تعهد، می‌تواند میزان تعارض والد-فرزندی را کاهش دهد. به‌طور کلی، با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، بر میزان تعارض والد-فرزندی دختران ورزشکار آسیب‌دیده مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر، می‌تواند به

روان‌شناسان تیم‌های ملی، آکادمی ملی المپیک و تیم‌های ملی، مربیان تیم‌های ورزشی و دختران ورزشکار آسیب‌دیده کمک کند تا ضمن کاهش تعارض والد-فرزندی در دوران آسیب‌دیدگی، از عواقب احتمالی آن در این سنین حساس و بحرانی جلوگیری نمایند و این یکی از مهم‌ترین دلایل انجام پژوهش حاضر در نمونه ورزشکاران نوجوان و یکی از موارد مهم کاربرد نتایج آن است. در نهایت، پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی در جامعه پسران نوجوان و سنین مختلف ورزشکاران نیز این پژوهش انجام گیرد.

منابع

- اردشیری لردجانی، ف.، فرامرزی، س.، و شریفی، ط. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد خانوادگی و روابط والد-فرزندی والدین دارای کودکان مبتلا به ناتوانی یادگیری. *مجله پرستاری کودکان*، ۱۵(۱)، ۶۰-۵۳.
- اصلانی، ط.، و آزاده، س. م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود بهزیستی اجتماعی و روابط مادر-فرزندی دختران تک‌والدینی مادر سرپرست. *مجله اصول بهداشت روانی و ژورنال‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۵۷-۶۱.
- جاویدی، ح.، اسدی، ا.، و قاسمی، ن. (۱۳۹۴). رابطه تعارض والد-نوجوان، تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی نوجوانان مقطع دوم و سوم راهنمایی در مناطق چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱(۱)، ۹۶-۷۵.
- جعفری، ه.، بقایی لاکه، م.، کاظم نژاد لیلی، ا.، و صدقی‌ثابت، م. (۱۳۹۴). تأثیر آرام‌سازی عضلانی بنسوز بر سطح اضطراب بیماران در انتظار مداخلات تشخیصی و درمانی الکتروفیزیولوژیک. *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵(۴)، ۳۷-۴۴.
- جوشن‌پوش، ش.، فضیلت‌پور، م.، و رحمتی، ع. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش روابط والد-فرزند مبتنی بر ACT بر تعارض والد-نوجوان مادران دارای فرزند مصروع. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱(۱۳)، ۵۰-۳۹.
- حسین‌پناهی، ن.، و گودرزی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مؤلفه‌های نظریه انتخاب بر کاهش تعارض والد-فرزندی دانش‌آموزان دختر. *روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۲(۱)، ۵۱-۴۳.

References

- Folke, F., Parling, T., & Melin, L. (2012). Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed on long-term sick leave. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 583-594.
- Hamill, T. S., Pickett, S. M., Amsbaugh, H. M., & Aho, K. M. (2015). Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 72, 24-29.
- Hartos, J. L., & Power, T. G. (2004). Relations among single mother's awareness of their adolescent's stressors, maternal monitoring, mother adolescent communication and adolescent adjustment. *Journal Adolescent Research*, 15(5), 546-563.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25.
- Heard, D. (2018). *Attachment therapy with adolescents and adults: Theory and practice post Bowlby*. Routledge.
- Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., Winslow, E., Schonberg, M., Gilliom, M. & Criss, M. M. (2006). Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships, and early antisocial behavior problem trajectories. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 303-319.
- Kennedy, B., Ruoqing, C., Valdimarsdottir, U., Montgomery, S., Fang, F., & Fall, K. (2018). Childhood Bereavement and Increased Sensitivity to Stress in Late Adolescence. Retrieved from.
- Mohammed, W. A., Pappous, A., & Sharma, D. (2018). Effect of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) in Increasing Pain Tolerance and Improving the Mental Health of Injured Athletes. *Journal of Frontiers in Psychology*, 9, 722.
- Murrell, A. R., Schmalz, J., Mitchell, P. R., & LaBorde, C. T. (2009). Parent action: Acceptance and commitment training for خدابخشى كولاىى، آ، برقى خامنه، ش،، مجرب، م، و خطيبان، م. (۱۳۹۶). اثربخشى آموزش گروهى بهداشت بلوغ به مادران بر تعارضات والد- فرزندى مادران و كنترل هيچانات دختران نوجوان آن‌ها. *مجله آموزش و سلامت جامعه*. ۴(۲)، ۳۵-۴۳.
- دلاور، ع. (۱۳۹۸). روش تحقيق در روان شناسى و علوم تربيتى. چاپ پنجاهم. تهران. ويرايش.
- عبداللهى، ر، و ايروانى، م. (۱۳۹۴). اثربخشى درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد بر پرخاشگرى دانش آموزان دختر دبيران شهر كرد. *فصلنامه دانش انتظامى چهارمحل و بختيارى*. ۱(۱۲)، ۷۳-۸۴.
- قره خانلو، ن، و محسن زاده، ف. (۱۳۹۴). پيامدهاى روان شناختى تعارضات بين والدينى براى فرزندان نوجوان اثرات بر افسردگى، پرخاشگرى و عزت نفس. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختى*. ۱(۹)، ۷۷-۵۹.
- قمرى، م، و قمرى گندوانى، آ. (۱۳۹۳). رابطه ابعاد عملکرد خانواده با تعارضات والد نوجوان در بين دانش آموزان مقطع راهنمايى. *فصلنامه فرهنگى- تربيتى زنان و خانواده (فرهنگى- دفاعى زنان و خانواده سابق)*. ۱۸(۲۶)، ۱۷۴-۱۵۷.
- گلدنبرگ، ا، و گلدنبرگ، ه (۱۳۹۸). *خانواده درمانى*. ترجمه شاهى برواتى. ج. تهران. روان.
- مرادى، ا، و ثنائى ذاکر، ب. (۱۳۸۵). بررسى اثربخش آموزش مهارت‌هاى حل مسئله بر تعارضات والد- فرزند در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه شهر تهران. *تازه‌ها و پژوهش‌هاى مشاور*. ۳۸-۳۳، ۲۰(۱).
- منصور، م. (۱۳۹۷). *روان شناسى ژنتيك، تحول روانى از كودكى تا پيرى*. سمت: تهران.
- نداف، ج. (۲۰۱۶). اثربخشى درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد براى مادران بر روابط والد- فرزندى كودكان مبتلا به بيش فعالى. چهارمين كنفرانس بين المللى علوم رفتارى و مطالعات اجتماعى فرانكفورت آلمان. ۰۹-۱۳.
- نساج، ن. (۱۳۹۳). بررسى تأثير درمان مبتنى بر پذيرش و تعهد بر پرخاشگرى و عزت نفس دختران نوجوان شهرستان نجف آباد. *پايان نامه كارشناسى ارشد. دانشگاه آزادخمينى شهر*.
- هريس، ر. (۱۳۹۷). *ACT به زبان ساده*. ترجمه امين زاده، ا. چاپ سوم. چاپ به زبان اصلى (۲۰۰۹). تهران: ارجمند.

- and Related Research. 476(4), 767-775.*
- Podlog, L., Dimmock, J., & Miller, J. (2011). A review of return to sport concerns following injury rehabilitation: practitioner strategies for enhancing recovery outcomes. *Physical Therapy in Sport. 12(1)*, 36-42.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues. 17(3)*, 283-316.
- parents. In *Association for Behavior Analysis Annual Convention, Phoenix, AZ.*
- Nippert, A. H., & Smith, A. M. (2008). Psychologic stress related to injury and impact on sport performance. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. 19(2)*, 399-418.
- Oosterhoff, J. H. F., Bexkens, R., Vranceanu, A. M. & Oh, L. S. (2018). Do Injured Adolescent Athletes and Their Parents Agree on the Athletes' Level of Psychologic and Physical Functioning? *Journal of Clinical Orthopaedics*

Empowering Exceptional Children Journal

Iranian council for exceptional children

Volume 11, Issue 4(33), Winter 2021

PP 37-49

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on parent-child conflict in professional adolescent female athletes with athletic injury

Mostafa Hamidi¹

Somayeh Shahmoradi^{*2}

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on reduction of parent-child conflict in professional adolescent female athletes with athletic injury. The method of the study was quasi-experimental with pretest-posttest and follow-up design and a control group. The statistical population included all adolescent female athletes with sports injuries in national teams, leagues and national competitions during 2019 in Tehran City, from among which 30 people were selected using available sampling and assigned to two groups of 15 people (experiment group and control group) randomly. Then, in pre-test all participants completed the Revised Conflict Tactics Scale (1996), which measures three subscales including reasoning and verbal and physical aggression. In the next phase, the experiment group, despite the control group, received a one-month ACT intervention (twice a week, 90 min each). Finally, both groups took part in post-test and follow-up test. The results of MANOVA showed main effects of test and group and test*group interaction were significant for conflict and two of subscales (reasoning & verbal aggression; $P_s < 0/001$), but not for physical aggression ($P_s > 0/05$). For all three variables, more analysis indicated that experiment group performed better in post-test and follow-up as compared to pre-test, but the performance of control group did not differ significantly in three different tests. In addition, experiment group outperformed control group in post-test and follow-up. In conclusion, ACT can reduce parent-child conflict in professional adolescent female athletes with athletic injury.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy (ACT), parent-child conflict, adolescent, professional athletes, athletic injury

1. MA student in Family Counseling, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science. University of Tehran. Tehran. Iran

*2. **Corresponding author:** Assistant professor, Department of Educational Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science. University of Tehran. Tehran. Iran

Received: 15 Jun 2020

Accepted: 12 Dec 2020

