

Effect of Cognitive Behavior Therapy Using Exposure Technique on Sport Injury Anxiety among Athletes: Single Subject Study

M. Mozafari Zadeh¹, F. Heidari², and S. Ghalecheh Yazdani³

1. Ms.c of sport psychology, department of Sport Science & physical education, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran (Corresponding Author)

2. Ms.c of sport psychology, department of sport science & physical education, Tehran university, Tehran, Iran

3. Ms.c of sport psychology, department of Sport Science & physical education, Allameh Tabataba'i university, Tehran, Iran

Abstract

The present study investigated the effect of cognitive-behavioral therapy using exposure technique on sports injury anxiety in a 21-year-old downhill cycling athlete. This quasi-experimental study was implemented with a single subject study and multi-baseline control with a 3-month follow-up. The data was measured using the Beck anxiety inventory, sport injury anxiety scale and a structured clinical interview. The data was analyzed in graph presentations and using the recovery percentage formula. The findings showed significant implications for the effect of exposure technique on athlete injury anxiety. The recovery percentage of the subject for reducing anxiety symptoms and injury anxiety was 71% and 49.5%, respectively. The statistical results and results of other studies suggest that the present study provides promising findings. As a result, psychologists should consider the exposure technique as a simple and inexpensive method of reducing injury anxiety in athletes.

Received: 18
Jun 2018

Accepted: 31 Jul
2018

Keywords:
Exposure,
Cognitive
Behavior
Therapy, Sport
Injury Anxiety

Extended Abstract

Objective

Today, sport is a part of people's lives. The intense competition to climb the

podiums and win colorful medals at world and Olympic competitions and to take advantage of the cultural, social, economic, and political effects of these

1. Email: mozafarizadeh.majid@gmail.com

2. Email: f.heidari0067@gmail.com

3. Email: soheilyazdani43@yahoo.com

honors has led governments and societies to invest heavily in training and preparing champions. Along with increasing attention to championship sports, sports science has also helped athletes to find ways to improve their performance. One of the sports science fields that in recent years have improved the quality of performance athletes and their superiority in competitions is the science of sports psychology. Gucciardi et al. (2008) stated that with the advancement of sport psychology science, the discussion of the effect of psychological skills on athletic performance is very important. Researchers' efforts in this field have led to the emergence of new theories to be safe from the effects of psychological stress, especially sports anxiety. Anxiety, due to its negative impact on people's thinking and cognition, disrupts athletes' concentration and can lead to serious injuries, thus, it is very important (Weinberg & Gould, 2003). Researchers have studied anxiety in specific sports conditions. If an athlete evaluates anxiety as a disabling factor, there will be many negative consequences, including a lack of self-confidence and decreased performance (Kvist et al. 2005). Anxiety due to negative effects, which affects the thinking and cognition of individuals, disrupts the concentration of athletes and consequently can expose the athlete to serious injuries, which is important in the world of sports (Weinberg et al., 2003). Injuries act as a barrier to regular exercise and physical activity, creating problems for exercise and health (Tripe

et al, 2007). Injuries also have a negative effect on physical and mental functioning. In a typically stressful situation in sports, there is the possibility of injury and studies show that athletes can prevent injury by maintaining their anxiety (Cassidy, 2006; 2007). Based on various studies, we have inferred that exposure will reduce the subject's anxiety about sports injury. The research literature on this subject is lacking in the knowledge of sports psychology; Therefore, our aim is to introduce cognitive-behavioral therapy based on the coping technique in Iranian sports psychology. In the present study, we try to show whether exposure intervention can be effective as a key method in sports psychology to treat athlete injury anxiety?

Instruments and Data Collection

This research was conducted in a quasi-experimental manner by a single subject with multiple baseline control and with pre-test and post-test design and a 3-months follow-up test. The subject was a 21-year-old man who was hospitalized for 1 month after severe head and faces injuries, as well as leg fractures and knee injuries, and was unable to move his legs for 3 months. During his professional sports career in Dunhill held provincial and international tournaments in the sport. In consultation with an experienced clinical psychologist and the subject's consent to participate in this study, a 6-session protocol of cognitive-behavioral exposure method was performed on the subject. Evidence of cognitive-behavioral therapy was provided to the researcher to reassure

the subject. Before the research, the research method was fully explained to him and the subject participated in the research with complete satisfaction. The sports injury anxiety questionnaire and the Beck anxiety inventory were used to collect data.

Data Analysis

For data processing, graph analysis was used, which is judged based on the ascent and descent of the dependent variable. In addition to graph analysis, the recovery percentage formula was used to evaluate the clinical significance of the changes and to objectify the rate of improvement in therapeutic targets. In the formula for percentage of recovery, we subtracted the person's score in the pre-test from the person's score in the post-test, and the result is divided by the pre-test score and the result is multiplied by 100 (Sohrabi et al., 2013).

Results

The results showed that the subjects' Beck anxiety test scores were 30 (severe) in the pre-test, 9 (mild) in the post-test, and 8 (mild) in the follow-up test. The subject's exercise injury anxiety was 94 (very high) in the pre-test, 48 (low) in post-test, and 43 (low) in the follow-up test. These results indicate the effectiveness of the coping technique in reducing the symptoms of anxiety and reducing the anxiety of the subject's sports injury. This can be concluded based on the obtained recovery index of 71% for Beck anxiety and 49.5% for sports injury anxiety.

Conclusion

The aim of this case study was to investigate the effect of cognitive-behavioral therapy based on exposure

technique on sports injury anxiety in a 21-year-old subject and also to introduce this method in Iranian sports psychology. The findings of the present study showed well that the application of cognitive-behavioral therapy based on exposure technique has a positive effect on reducing sports injury anxiety and anxiety symptoms of the subject compared to the baseline period. Interestingly, in the present study, we see the continuation of the effects of treatment, and post-test scores are different from follow-up. This is a special advantage of exposure-based cognitive-behavioral therapy. Since the sample of this research is Dunhill cycling, the generalized of the results of this study, both in terms of age and sport, should be followed with caution. In summary, in this research, we showed how to use the coping technique in athletes. We hope that the present study will inspire sports psychologists in their professional careers and also motivate them to use this method in future research. Because this method provides widespread support for many emotional disorders and is an essential part of cognitive-behavioral interventions, the authors propose the coping method as a valuable and widely used method of replacing traditional methods by a sports psychologist.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی ورزشکاران: مطالعه تک آزمودنی

مجید مظفری‌زاده^۱، فاطمه حیدری^۲، و سهیلا قلعچه یزدانی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی ورزشی، دانشکده رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی ورزشی، دانشکده رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی ورزشی، دانشکده رفتار حرکتی و روان‌شناسی ورزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی ورزشکار مرد ۲۱ ساله رشته دوچرخه‌سواری دان‌هیل بود. این پژوهش به شکل نیمه تجربی به شیوه مطالعه تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه و آزمون پیگیری ۳ ماهه اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب بک، اضطراب آسیب ورزشی و مصاحبه ساختاریافته جمع‌آوری گردید. داده‌ها به روش ترسیم دیداری و فرمول درصد بهبودی تحلیل شد. یافته‌های این پژوهش تلویحات شایانی در خصوص تأثیر تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی نشان داد. درصد بهبودی آزمودنی در کاهش علائم اضطرابی و اضطراب آسیب ورزشی به ترتیب ۷۱٪ و ۴۹٫۵٪ بود. نتایج آماری و مطالعات دیگر نشان می‌دهد پژوهش حاضر برخی از یافته‌های امیدوارکننده را ایجاد می‌کند. در نتیجه، روان‌شناسان می‌توانند از تکنیک مواجهه‌سازی به عنوان روشی ساده و کم‌هزینه برای کاهش اضطراب آسیب ورزشی ورزشکاران استفاده نمایند.

تاریخ دریافت:

۱۳۹۶/۱۰/۲۸

تاریخ پذیرش:

۱۳۹۷/۰۵/۰۹

واژگان کلیدی:

مواجهه‌سازی،
درمان رفتاری
شناختی، اضطراب
آسیب ورزشی.

مقدمه

امروزه ورزش بخشی از زندگی مردم است. رقابت شدید برای بالا رفتن از سکوها افتخار و کسب مدال‌های

رنگارنگ مسابقات جهانی و المپیک و بهره‌گیری از اثرات فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی این افتخارات، سبب شده است که دولت‌ها و جوامع به طور گسترده‌ای برای تربیت و آماده‌سازی قهرمانان سرمایه‌گذاری کنند. همراه با افزایش توجه به ورزش قهرمانی، علوم ورزشی نیز به کمک ورزشکاران آمده تا راه‌های بهبود عملکرد و ربودن گوی سبقت از دیگران

1. Email: mozafarizadeh.majid@gmail.com

2. Email: f.heidari0067@gmail.com

3. Email: soheilayazdani43@yahoo.com

اضطراب به عنوان احساس نگرانی همراه با انگیزندگی فیزیولوژیک تعریف شده است. در حقیقت استرس و اضطراب، پاسخ زیست‌هورمونی به محیط اجتماعی و روانی و محرک‌های درونی و بیرونی است؛ و قرار گرفتن در شرایط متنوع رقابتی و اهمیت پیروزی موجب تغییر در پاسخ هورمونی ورزشکار می‌شود و بر فراوانی و شدت استرس می‌افزاید (فرزانگی، افشانی، عسگری، ابراهیم پور و همکاران ۲۰۰۹).

ورزشکار در هر سطح و رشته‌ای ممکن است با فشارهای ناشی از رقابت و اجرا مواجه شود. تأثیر منفی استرس و اضطراب بر عملکرد ورزشی در تحقیقات زیادی نشان داده شده است (هیومارا، ۱۹۹۹).

اضطراب مجموعه پاسخ‌های شناختی، بدنی و رفتاری نسبت به محرک‌های بیرونی و درونی است که از برخی تهدیدهای ناشناخته یا بالقوه که می‌تواند به عنوان تمایل به چیزی باشد که می‌تواند اتفاق بیفتد، ادراک می‌شود (سلمان، خسروی، زارعیان و آجیل چی، ۲۰۱۷) پژوهشگران در ورزش و روان‌شناسی ورزشی به بررسی اضطراب در شرایط خاص ورزشی پرداخته‌اند. چنانچه ورزشکار اضطراب را به عنوان یک عامل ناتوان‌کننده ارزیابی کند، به دنبال آن عواقب منفی زیادی از جمله عدم اعتماد به نفس و کاهش عملکرد اتفاق خواهد افتاد (کی وست، اک، اسپرستد و گود، ۲۰۰۵).

اضطراب به علت تأثیر منفی‌ای که بر تفکر و شناخت افراد دارد، موجب برهم زدن تمرکز ورزشکاران می‌شود و به دنبال آن می‌تواند ورزشکار را در معرض آسیب‌های جدی قرار دهد که این موضوع در دنیای ورزش حائز اهمیت است (واینبرگ، بات، نایت، بورک و همکاران، ۲۰۰۳).

را برای آنها هموارتر کند. یکی از زمینه‌های علوم ورزشی که در سال‌های اخیر موجب ارتقاء کیفیت عملکرد ورزشکاران و ثبت رکوردهای بهتر و برتری آنها در رقابت‌ها شده است علم روان‌شناسی ورزشی^۱ است. روان‌شناسی ورزشی به معنی به کار گرفتن نظریه‌های روان‌شناسی، در زمینه‌های مختلف ورزشی مانند مربیگری و آموزش است. بدین ترتیب می‌توان با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های روان‌شناسی و راهبردهای مداخله‌ای به افراد کمک کرد تا به اجرای برتر دست یابند (سهرابی، فتحی، ۲۰۱۴).

ورزش نقش مهمی در سلامت روان انسان دارد. شعار بهداشت جهانی «تحرک، رمز سلامتی» عنوان شده است. کاربرد روان‌شناسی ورزشی نیز به طور مشخص مورد تأیید قرار گرفته است. حقیقتاً، روان‌شناسی ورزش فراتر از آموزش مهارت‌های روان‌شناختی^۲ می‌تواند نقش مهمی را در سلامت روان ورزشکاران بازی کند. گوچیاردی، گوردون و دیموک^۳ (۲۰۰۸) اظهار می‌کنند امروزه با پیشرفت علم روان‌شناسی بحث تأثیر مهارت‌های روانی بر عملکرد ورزشی اهمیت بسزایی دارد. تلاش پژوهشگران در این زمینه منجر به پیدایش نظریه‌های جدید برای در امان ماندن از اثرات سوء فشارهای روانی به ویژه اضطراب ورزشی شده است (گوچیاردی و همکاران، ۲۰۰۸).

اضطراب^۴ به علت تأثیر منفی که بر تفکر و شناخت افراد دارد، موجب برهم زدن تمرکز ورزشکاران می‌شود و به دنبال آن می‌تواند ورزشکار را در معرض آسیب‌های جدی قرار دهد که این موضوع بسیار حائز اهمیت است (واینبرگ و گولد، ۲۰۰۳).

6. Humara
7. Kvist, Ek, Sporrstedt & Good
8. Weinberg, Butt, Knight, Burke & Jackson

1. Sport Psychology
2. Psychological Skills Training (PST)
3. Gucciardi, Gordon & Dimmock
4. Anxiety
5. Weinberg & Gould

وجود دارد، تهدیدآمیز فرض کند، ۲. ورزشکار باید باور داشته باشد که نباید هر خواسته‌ای که موقعیت از او می‌خواهد را انجام دهد، ۳. ورزشکار باید عواقب ناخوشایند آسیب‌دیدگی را درک کند (اشمیت و اسمول، ۱۹۹۰).

آسیب‌های ورزشی از مشکلاتی است که بیشتر ورزشکاران در دوران زندگی ورزشی خود با آن مواجه می‌شوند و از جمله نگرانی‌های ورزشکاران و مربیان است. از این رو آگاهی و پیشگیری از آسیب‌دیدگی و مقابله با آن ضروری به نظر می‌رسد. به همین منظور در سال‌های اخیر علاقه به این حوزه از پژوهش، افزایش یافته است تا ماهیت آسیب‌ها و چگونگی وقوع آنها را بررسی کنند. با این امید که از طریق بررسی همه جانبه ماهیت آسیب‌ها، دانش و آگاهی بیشتری کسب شود و ضمن پیشگیری از آنها به فرآیند توان‌بخشی و رهایی از آسیب‌دیدگی نیز کمک شود. عوامل مختلفی در این زمینه دخالت دارند. از این رو محققان روان‌شناسی ورزشی تلاش کرده‌اند تا نقش احتمالی افکار، احساسات و ویژگی‌های شخصیتی را در میزان شیوع و وقوع آسیب‌دیدگی‌ها نشان دهند (اسکومکر و لوماکس، ۲۰۱۰).

در واقع یافته‌های حاصل از پژوهش‌های اخیر (فورد، اکالاند و گوردان، ۲۰۰۰) نشان می‌دهند عوامل شخصیتی همچون خوش‌بینی، عزت‌نفس، سرسختی و اضطراب صفتی در آسیب‌دیدگی‌های ورزشی نقش دارند. با این حال، این نقش پیچیده‌تر از آن است که در ابتدا به نظر می‌رسید، زیرا عوامل شخصیتی معمولاً رابطه بین اضطراب و آسیب‌دیدگی را تعدیل می‌کنند. یعنی، اگر یکی از ویژگی‌های ورزشکار، بالابود اضطراب صفتی باشد، رابطه بین اضطراب و آسیب‌دیدگی در زندگی این فرد ممکن است پررنگ‌تر

آسیب‌ها به صورت مانعی در برابر ورزش و فعالیت بدنی منظم عمل می‌کنند و مشکلاتی را برای ورزش و سلامتی به وجود می‌آورند (تریپ، ابلام، استانیس و برو، ۲۰۰۷). همچنین آسیب‌ها تأثیری منفی‌ای بر عملکرد بدنی و روانی دارند. در یک موقعیت استرس‌زای معمولی در ورزش امکان آسیب‌دیدگی وجود دارد و مطالعات نشان می‌دهند ورزشکاران می‌توانند با حفظ اضطرابشان از بروز آسیب جلوگیری کنند (کاسیدی، ۲۰۰۶؛ ۲۰۰۷).

آسیب‌های ورزشی عبارتند از صدماتی که در اثر ضربه‌های شدید یا کشش‌های متمادی و بیش‌ازحد در حین انجام حرکات ورزشی به وجود می‌آیند و از نظر نوع و محل‌های صدمه دارای طیف گسترده‌ای هستند (شهبازی، وزینی طاهر و رحیمی زاده، ۲۰۱۲).

اضطراب آسیب ورزشی ساختاری نسبتاً جدید در زمینه روان‌شناسی ورزشی است که توسط کاسیدی توسعه پیدا کرد و به صورت «تمایل به پاسخ به موقعیت‌های ورزشی با اضطراب شناختی و یا جسمی، جایی که امکان یا احتمال آسیب وجود دارد.» تعریف می‌شود (مدیسون و پراپاویسیس، ۲۰۰۵). در اضطراب آسیب ورزشی، فرض می‌شود که شدت و مدت پاسخ اضطرابی، به وسیله بسیاری از عواملی که تحت نفوذ اضطراب عملکرد ورزشی هستند، تحت تأثیر قرار می‌گیرند. با این حال، ورزشکاری که تجربه اضطراب آسیب ورزشی را دارد، ممکن است به وسیله سابقه آسیب‌دیدگی، شدت آسیب قبلی، مدت‌زمان سپری شده برای بازگشت به ورزش و عوامل مختلف مرتبط با آسیب‌دیدگی تحت تأثیر قرار گیرد، مانند اضطراب عملکرد ورزشی. ورزشکار برای اضطراب آسیب‌دیدگی ارزیابی‌هایی دارد که عبارتند از: ۱. ورزشکار باید موقعیتی را که در آن احتمال یا امکان آسیب‌دیدگی

4. Smith & Smoll
5. Schumacker & Lomax
6. Ford, Ekland & Gordon

1. Tripp, Ebel-Lam, Stanish & Brewer
2. Cassidy
3. Maddison & Prapavessis

اکنگرن و اندرسون^۲، ۲۰۰۵؛ مدیسون و پراپاوسیس، ۲۰۰۵). برای مثال، در پژوهشی که مدیسون و پراپاوسیس (۲۰۰۵) به بررسی ۴۸ بازیکن راگی با خطر آسیب‌دیدگی (با حمایت اجتماعی اندک و سطح بالای مقابله اجتنابی) پرداختند. به شکل تصادفی ورزشکاران را در دو گروه کنترل (بدون تمرین) و گروه آزمایش (تمرین مدیریت استرس) قرار دادند. نتایج نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش زمان کمتری را در اثر آسیب‌دیدگی از دست دادند و افزایش در مقابله و کاهش نگرانی را پس از پایان این مداخله تجربه کردند. در پژوهش آینده‌نگری که توسط زارعی و محمدی (۲۰۱۶) در رابطه با بررسی رابطه بین سطح مهارت‌های روانی بازیکنان فوتبال نوجوان نخبه و میزان بروز آسیب‌های ورزشی انجام شد، نتایج نشان داد ارتباط معناداری بین امتیاز مهارت‌های روان‌تنی و هدف‌گزینی با وقوع آسیب‌های بازیکنان وجود دارد؛ اما در سایر زیرمجموعه‌ها ارتباط معناداری مشاهده نشد. علاوه بر این، نتایج نشان داد مهارت‌های روانی می‌توانند وقوع آسیب‌های ورزشی را پیش‌بینی کنند.

گوتبارگ، اوکی، اکستراند، ورهاگان و همکاران^۳ (۲۰۱۶) ارتباط مثبتی را بین تعداد آسیب‌های اسکلتی و عضلانی و پارامترهای روانی مانند پریشانی، اضطراب و اختلال در خواب در بازیکنان مرد حرفه‌ای اروپایی گزارش نمودند. این پژوهشگران معتقد هستند بازیکنانی که یک یا بیش از یک آسیب را در دوران زندگی حرفه‌ای خود تحمل نموده‌اند، دو تا چهار برابر بیشتر، دارای نشانه‌ها و علائم اختلالات روانی هستند. در این راستا، یانگ و همکاران^۴ (۲۰۱۴) اظهار داشتند که افسردگی رابطه مستقیمی با احتمال بروز آسیب در بازیکنان فوتبال آمریکایی دارد و بازیکنانی که دارای

از این رابطه در فردی باشد که اضطراب صفتی کمتری دارد.

در پژوهشی (اسمیت، اسمول و پتاسک، ۱۹۹۰) که بر روی ۴۵۲ زن و مرد ورزشکار دبیرستانی انجام شد، رابطه بین رخدادهای استرس‌زا در زندگی، حمایت اجتماعی خانواده، دوستان و مربیان، مهارت‌های مقابله و تعداد روزهایی که ورزشکار به دلیل آسیب‌دیدگی قادر به شرکت در فعالیت‌های ورزشی نبود را مورد بررسی قرار دادند. در طول ترم تحصیلی، هیچ رابطه‌ای بین این عوامل یافت نشد. با این وجود، در گروه خاصی از ورزشکارانی که سطح پایینی از حمایت‌های اجتماعی و مهارت‌های مقابله داشتند، بین استرس در زندگی و آسیب‌دیدگی‌های ورزشی ارتباط وجود داشت. نتایج فوق‌حاکمی از آن است که زمانی که ورزشکار با مهارت‌های مقابله کم و حمایت اجتماعی اندک، تغییراتی بزرگ را در زندگی خود تجربه می‌کند، خطر آسیب‌دیدگی ورزشی برای این فرد بیشتر است و همچنین افرادی که دارای عزت‌نفس پایینی هستند، دارای سرسختی پایینی هستند و بدین نیز هستند (فورد و همکاران، ۲۰۰۰) و اضطراب صفتی بالاتری دارند (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۰) و آسیب‌دیدگی ورزشی بیشتری را تجربه خواهند کرد.

این یافته‌ها مدل اندرسون و ویلیامز را تأیید کرد و اهمیت توجه به عوامل چندگانه روان‌شناختی را در رابطه با اضطراب و آسیب‌دیدگی نشان می‌دهند. مطالعات انجام شده روی ورزشکاران در معرض خطر آسیب‌دیدگی نشان دادند ورزشکارانی که در تمرینات مدیریت استرس شرکت کرده بودند در مقایسه با ورزشکارانی که در چنین تمرین‌هایی شرکت نکرده بودند، آسیب‌دیدگی کمتری را تجربه کردند (جانسون،

4. Yang, Cheng, Zhang, Covassin, Heiden & Peek-Asa

1. Smith, Smoll & Ptacek
2. Johnson, Kkengren, & Andersen
3. Gouttebarga, Aoki, Ekstrand, Verhagen & Kerkhoffs

بسیاری بر تئوری یادگیری دارد که پاسخ شرطی؛ پاسخ عامل^{۱۰} و سرمشق دهی^{۱۱} (مدل‌سازی) سنگ بنای آن هستند و جزو رفتارهای سازگارانه و ناسازگارانه قابل فراگیری شناخته می‌شوند.

به طور کلی رویکرد رفتاری شناختی برای کمک به مردم برای مقابله با بیماری‌های روانی از قبیل افسردگی، اختلال‌های اضطرابی، وسواس فکری عملی، اختلالات خوردن و اختلال شخصیت مرزی توسعه یافته است. مداخلاتی بر پایه رفتاردرمانی شناختی در حاضر برای کمک به جمعیت سالم برای بهبود عملکرد آنها مورد استفاده قرار می‌گیرد (مارلو^{۱۲}، ۲۰۰۹). هدف این رویکرد، کمک به دستیابی به تغییرات رفتاری و شناختی بادوام است (دوبسان و دوزویز^{۱۳}، ۲۰۱۰). رفتاردرمانی شناختی به افراد اجازه می‌دهد تا رابطه بین افکار، هیجان‌ها و اعمال را در جهت بهبود تجربیات مورد کنکاش قرار دهند.

درمان شناختی رفتاری امروزه توسط روان‌شناسان به عنوان درمان مبتنی بر شواهد بیشتر، برای شماری از نشانگان روان‌شناختی در محیط‌های مختلف شناخته شده است (هافمن، ازماندسان و بک^{۱۴}، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری در ورزش می‌تواند به عنوان تمرین شناختی رفتاری دیده شود (گوستاوسون و لانکوویست^{۱۵}، ۲۰۱۶) که توسط آن ورزشکاران تمرین می‌کنند تا رفتار مرتبط با عملکرد نامناسب (برای مثال، اجتناب از اضطراب معین تحریک‌کننده موقعیت) را به رفتار کارکردی و اساسی (برای مثال، برنامه بازی را دنبال کند و ضربه پناالتی را علی‌رغم تجربه اضطراب

نشانه‌های افسردگی بودند، به میزان ۱۰ درصد بیشتر در معرض وقوع آسیب قرار داشتند. شایان ذکر است این پژوهشگران اثر مثبت و حمایتی را برای اضطراب گزارش نمودند (یانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

امروزه با پیشرفت علم روان‌شناسی بحث تأثیر مهارت‌های روانی بر عملکرد ورزشی اهمیت بسزایی دارد. تلاش پژوهشگران در این زمینه منجر به پیدایش نظریه‌های جدید برای در امان ماندن از اثرات سوء فشارهای روانی به ویژه اضطراب ورزشی شده است (گوچپاردی، گوردون و دیموک، ۲۰۰۸).

در حال حاضر، درمان شناختی رفتاری، نفوذ قاطعی بر روان‌شناسی ورزش داشته است. جایی که تصویرسازی ذهنی؛ خود گفتاری^{۱۶} آرام‌سازی^{۱۷} تمرکز^{۱۸} و هدف‌گزینی^{۱۹} به عنوان فنون کارآمدی برای کمک به ورزشکاران در بهبود و حفظ عملکرد ورزشی شناخته شده‌اند. اگرچه درمان شناختی-رفتاری، عملکرد مدار است، این درمان در روان‌شناسی ورزش می‌تواند منجر به ترمیم کردن، توسعه و حفظ سلامت روان شود.

درمان شناختی رفتاری، دو سنت رفتار درمانی و شناخت درمانی (کراسک^{۲۰}، ۲۰۱۰) را ترکیب می‌کند. بیشتر کارهای کاربردی منتشر شده در ادبیات روان‌شناسی ورزشی تا به امروز در سنت درمان شناختی رفتاری اولیه تکامل یافته در اواخر دهه ۶۰ و ۷۰ ریشه کرده است که سپس تحت تأثیر نظریه شناختی قرار گرفت (ویلان، ماهونی و میرز^{۲۱}، ۱۹۹۱). با این وجود پژوهش‌های انگشت‌شماری در رابطه با تکنیک‌های رفتاری درمان شناختی رفتاری انجام شده است. رفتار درمانی تأکید

9. Respont Conditioning
10. Operant Conditioning
11. Modeling
12. Marlow
13. Dobson & Dozois
14. Hofmann, Asmundson & Beck
15. Gustafsson & Lundqvist

1. Imagery
2. Self-Talk
3. Relaxation
4. Concentration
5. Goal Setting
6. Canon
7. Craske
8. Whelan, Mahoney & Meyers

نتایج یا رابطه ادراک‌شده بین موفقیت و خود ارزشی توصیف می‌شود.

روش مواجهه سازی شناختی رفتاری، کارآمدی و اثربخشی مناسبی برای اختلال‌های اضطرابی و ترس‌ها (برای مثال، اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت، اضطراب سلامتی و وسواس فکری عملی) نشان داده است (وک، ننگ، اکویند و فلینگ، ۲۰۱۵) افزایش شواهد به این نکته اشاره دارد که نشانگان هیجانی مختلف (برای مثال، اختلال‌های اضطرابی مختلف)، علت و قابلیت آسیب‌پذیری رایجی را به اشتراک می‌گذارند، و رویکردی یکپارچه برای درمان مناسب است، مواجهه با ممانعت از اجتناب هیجانی و ارتقاء گرایش به عمل اساسی (برای مثال، رفتارهایی که منجر به عملکرد بهتر می‌شوند) ترکیب شده است و به عنوان یک عنصر کلیدی شناخته شده است (بارلو، فارشیون، فیرولم، الارد و همکاران، ۲۰۱۱). از آن-جایی که زمینه ترس فرد و واکنش احساسی عصبی می‌تواند هم درونی و بیرونی باشد، مواجهه به صورت گسترده در دو طبقه مواجهه واقعی و مواجهه تجسمی قرار می‌گیرد (گوستاوسن، لندکویست و تاد، ۲۰۱۶).

مدل زیربنایی این درمان‌ها، نسبتاً ساده و دارای اساس محکمی در نظریه‌های یادگیری است و رهنمودهای مشخص‌تری درباره انتخاب بهترین راه پیشرفت، از پژوهش‌های فراوانی که در زمینه روان‌شناسی بالینی صورت گرفته است، فراهم آمدند. یافته‌های عمده، نشان می‌دهند رویارویی مؤثر است و این اثر درمانی صرفاً ناشی از عوامل غیراختصاصی نیست (هاوتون، ۲۰۱۴).

بزند) تغییر دهند. آنچه در درمان‌های شناختی رفتاری به طور خاص اتفاق می‌افتد، تجربه نوعی تغییر است، تغییری در جهت مطلوب (هاوتون، ۲۰۱۴).

پژوهش‌های بسیاری مداخلات رفتاری شناختی را در تنظیم حالت‌های روان‌شناختی و تقویت عملکرد ورزشی ورزشکاران مؤثر نشان داده‌اند (نیل، هانتون و ملالیو، ۲۰۱۳). به طور ویژه، بر اساس پژوهش اندرسون^۳ (۲۰۰۹)، پرکاربردترین تکنیک‌های رفتاری شناختی در ورزش خود گفتاری، آرام‌سازی، تصویرسازی، هدف‌گزینی و تمرکز هستند. علاوه بر این، رویکرد رفتاری شناختی می‌تواند برای کمک به تغییر ارزشیابی شناختی مثبت ورزشکار در موقعیت‌های استرس‌زا مفید واقع گردد (دوبسون و دوزویز، ۲۰۱۰).

بنابراین، اضطراب عملکرد که به صورت مثبت عملکرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کاهش می‌یابد (ترنر و بارکر، ۲۰۱۳). متأسفانه، پژوهش‌های بسیار کمی مبتنی بر چگونگی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی برای کمک به ورزشکاران برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا منتشر شده است.

بر اساس پژوهش‌های اخیر، برای کمک به ورزشکاران در برخورد با هیجانات آنها، دو رویکرد رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و شناخت درمانی در ورزش به کار گرفته شده‌اند (مارلو، ۲۰۰۹؛ ترنر و بارکر، ۲۰۱۳).

بر اساس این دو پژوهش، اختلالات هیجانی فردی ناشی از باورهای غیرمنطقی خاصی به نام تحریف روان‌شناختی است. این باورهای غیرمنطقی اغلب به عنوان تغییری در استفاده از «من می‌خواهم» به «من باید...» که به دنبال فشار، تلاش، جدیت و وسواس با

6. Weck, Neng, Schwind & Fling
7. Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen & May
8. Gustafsson, Lundqvist & Tod

1. Hawton
2. Neil, Hanton & Mellalieu
3. Andersen
4. Dobson & Dozois
5. Turner & Barker

کلی رویکرد رفتاری شناختی برای کمک به مردم برای مقابله با افسردگی، اختلال‌های اضطرابی دارای شواهد بسیاری است. روش مواجهه سازی شناختی رفتاری، کارآمدی و اثربخشی مناسبی برای اختلال‌های اضطرابی نشان داده است (وک و همکاران، ۲۰۱۵) که می‌تواند احتمالاً به عنوان روشی مؤثر در ورزش به کار بسته شود.

به طور کلی هر استرس بدنی (فشار وارده ناشی از تمرین جسمانی) یا عصبی از بخش پیرامونی بدن به هیپوتالاموس و ترشح عامل آزادکننده کورتیکوتروپین (CRF) و تحریک بخش قدامی هیپوفیز برای آزاد کردن هورمون ACTH و بلافاصله پس از آن منجر به افزایش شدید در ترشح کورتیزول از قشر فوق کلیوی می‌شود. ACTH (هورمون عمده فشار روانی) محرک سنتز و آزاد شدن استروئیدها از کورتکس آدرنال به واسطه افزایش بازبایی کلاسترول و تبدیل آنزیمی آن به گلوکوکورتیکوئیدها از جمله کورتیزول است. کورتیزول ترشح شده به سادگی وارد سلول‌های مغز می‌شود و افزایش و کاهش آن ممکن است عملکرد رفتاری را تغییر دهد (صمدی، حسینی و بیدکی، ۲۰۱۶).

با توجه به ادبیات پژوهشی، پژوهشی در ایران در این زمینه در حوزه ورزش انجام نگرفته است. با بررسی‌های نظام‌دار، نیاز به یافتن روش‌های مداخله نظری پایدارتر و کارآمدتری احساس می‌شود، که اثر خود را بر کاهش اضطراب و بهبود عملکرد ورزشی نشان دهند.

اگر چه که پژوهش‌ها و تجربه‌های بالینی از هر دو مواجهه واقعی و مواجهه تجسمی (وابسته به انگیزش و تحریک درونی) به عنوان روش‌های اساسی در درمان‌های متنوع و متفاوت برای نشانگان اضطراب و نشان دادن یک رویکرد یکپارچه مشکلات هیجانی حمایت کرده‌اند (کلارک و بک، ۲۰۱۰) اما پیشینه

مواجهه واقعی مناسب زمانی است که فرد از موقعیتی، شیئی و یا نشانه‌ای در موقعیت‌های روزانه زندگی هراس دارد و یا مضطرب است و تلاش برای اجتناب از این موقعیت‌ها را با حالات بدنی و روانی نشان می‌دهد (هازلت استیونس و کراسک؛ ۲۰۰۹؛ کراسک و بارلو، ۲۰۰۷). با تکرار مواجهه و خوگیری به محرک‌های تهدیدکننده ذهنی، خاموشی علامت هشداردهنده خودمختار و تغییرات شناختی در ارزشیابی محرک قابل‌دستیابی است (سیزمور؛ ۲۰۱۲). مواجهه تجسمی شامل توجه جهت‌دار در جهت نشانه‌های بدنی درونی (برای مثال، بالا رفتن ضربان قلب، سرگیجه، افزایش میزان تنفس، واماندگی و احساس خستگی) است. از دیدگاه نظریه یادگیری، نشانگان درونی اضطراب یا تغییرات هیجانی تجربه شده می‌تواند با یک واکنش هراس شدید که سبب تغییر در رفتار برای اجتناب از خطر احتمالی ناراحتی وابسته باشد (بارلو و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به یک سری از تمرینات برای ایجاد نشانگان هراس متنوع بدنی، تداعی آموخته‌شده بین نشانگان بدنی و احساس خطر می‌توان کاهش یابد (فورسنس، فیوز و اچیسن؛ ۲۰۰۸).

نظر به مطالبی که در بالا ذکر گردید، موضوعی که باید به عنوان ضرورت پژوهش ذکر شود این است که باید با استفاده از تکنیک‌ها و روش‌های روان‌شناسی و راهبردهای مداخله‌ای به افراد کمک کرد تا به اجرای برتر دست یابند (سهرابی و فتحی، ۲۰۱۴)، ورزشکار در هر سطح و رشته‌ای ممکن است با فشارهای ناشی از رقابت و اجرا مواجه شوند. اضطراب به علت تأثیر منفی- ای که بر تفکر و شناخت افراد دارد، موجب برهم زدن تمرکز ورزشکاران می‌شود و به دنبال آن می‌تواند ورزشکار را در معرض آسیب‌های جدی قرار دهد که این موضوع در دنیای ورزش حائز اهمیت است. به طور

مداخله مواجهه‌سازی می‌تواند به عنوان یک روش کلیدی در روان‌شناسی ورزشی برای درمان اضطراب آسیب ورزشکار مؤثر باشد؟

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش به شکل نیمه تجربی به شیوه تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه و با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون پیگیری ۳ ماهه اجرا شد.

شرکت‌کنندگان

آزمودنی یک مرد جوان ۲۱ ساله بود که پس از آسیب‌دیدگی شدید به سر و صورت و همچنین شکستگی پا و آسیب‌دیدگی به زانو، به مدت ۱ ماه در بیمارستان بستری بود و به مدت ۳ ماه قادر به حرکت پای خود نبود. آزمودنی در زمان ورزش حرفه‌ای در رشته دوچرخه‌سواری دانهیل دارای مقام‌های استانی و تورنمنت‌های بین‌المللی در این رشته ورزشی بود. دوچرخه‌سواری دانهیل رقابتی است که با زمان‌گیری انجام می‌شود که در آن رکاب‌زن می‌بایست گذرگاه‌های فنی و سرعتی را با توالی خاصی در شیب‌های گوناگون مسیر طی نماید. شرکت‌کننده می‌بایست شجاعت و مهارت فنی در راندن دوچرخه را به طور هم‌زمان دارا باشد، تا بتواند در مواجهه با ریشه‌های درختان، بخش‌های تپه مانند، دست‌اندازها، پرش‌های ناگهانی و سایر موانع طبیعی در طول مسیر موفق باشد. سرعت رکاب‌زنان در این رشته به حدود ۸۰ کیلومتر بر ساعت در رده مردان و ۷۰ کیلومتر بر ساعت در رده بانوان می‌رسد. آزمودنی در جلسه ارزیابی، دو سال پس از آسیب در رابطه با مشکل اصلی خود اظهار کرد که «فکر آسیب دوباره نیز مرا آزار می‌دهد، اضطراب شدیدی نسبت به ادامه فعالیت خود در رشته دوچرخه‌سواری دانهیل دارم» و نشانگان اضطرابی شدیدی را نشان داد. طبق اظهارات آزمودنی، پس از

پژوهشی درباره این مداخله در ورزش بسیار کم است. در مقابل، مطالعات روان‌شناسی ورزشی بر کاربردهایی برای کاهش استرس تجربه‌شده یا حالت‌های انفعالی (محرک، مؤثر، عاطفی) منفی به جای در معرض قرار دادن ورزشکاران در مقابل محرک‌های ترسناک با نتایج آمیخته (مربک، درهم) متمرکز شده است.

نتایج پژوهش حاضر بدون شک منبع مهمی برای مربیان و ورزشکاران در جهت آشنایی بیشتر با روش مواجهه‌سازی به عنوان تکنیکی مؤثر بر کاهش اضطراب ورزشکاران خواهد بود. به طور کلی مربیان و روان‌شناسان ورزشی با بهره‌گیری از نتایج این پژوهش، که متکی بر نیاز جامعه ورزشی است، با استفاده از آموزش تکنیک مواجهه‌سازی، در جهت کاهش اضطراب و توانمندی ورزشکاران در حین مسابقه و در نهایت تمرکز و دقت آنان کمک شایانی می‌نمایند؛ که عاملی اثرگذار بر بهبود عملکرد ورزشی است.

در حال حاضر ارتباط بین‌رشته‌ای^۱ یکی از عوامل موفقیت و پیشرفت علوم بوده است. در این پژوهش ارتباط بین روان‌شناسان بالینی و روان‌شناسان ورزشی می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد.

چنانچه فرضیه‌های چنین پژوهش‌هایی مورد تأیید قرار گیرند، درمان اضطراب از طریق درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی می‌تواند به عنوان درمان مؤثر، کوتاه‌مدت، هدف‌دار و مکمل در ورزش مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه به پژوهش‌های مختلف ما استنباط کردیم که مواجهه‌سازی باعث کاهش اضطراب آسیب ورزشی آزمودنی خواهد شد. ادبیات پژوهشی در این موضوع در دانش روان‌شناسی ورزشی دچار کمبود است؛ بنابراین، هدف ما معرفی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی در روان‌شناسی ورزشی ایران است. در پژوهش حاضر ما تلاش می‌کنیم نشان دهیم آیا

می‌برد. با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب آسیب ورزشی شش عامل اضطراب آسیب ورزشی شامل از دست دادن توانایی‌های ورزشی، مایوس شدن افراد خاص از فرد، آسیب‌دیدگی مجدد، ادراک ضعیف فرد از خودش، از دست دادن حمایت اجتماعی، اختلال تصور از خود مورد بررسی قرار گرفت و از پرسش‌نامه اضطراب یک برای شناسایی علائم اضطرابی استفاده شد. اطلاعات آزمودنی در رابطه با اضطراب او جمع‌آوری شد. نمره آزمودنی در آزمون اضطراب یک ۳۹ و اضطراب آسیب ورزشی ۹۴ بود که حاکی از اضطراب بالای او در زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه بود. تدابیر ضروری برای درمان مراجع باید انجام می‌گرفت. لیست مشکلات در طول جلسه اول (ویلیس و اندرز؛ ۲۰۱۳) تهیه شد. ورزشکار موقعیت‌های اضطراب‌زا و اضطراب‌های خود را در رابطه با آسیب مجدد و بازگشت به رشته ورزشی قبلی شناسایی کرد. آزمودنی اظهار کرد: «من فقط می‌خواهم بدون هیچ‌گونه اضطراب دوباره به رشته مورد علاقه‌ام برگردم». جلسات درمان در روش اجرای پژوهش ارائه شده است.

ابزار و شیوه گردآوری داده‌ها

برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اضطراب آسیب ورزشی (سلمان و همکاران، ۲۰۱۷) و پرسش‌نامه اضطراب یک استفاده شد. به طور کلی، از میزان ذهنی تعیین شدت اضطراب (از ۰ تا ۱۰۰) نیز استفاده شد. پرسش‌نامه اضطراب یک و پرسش‌نامه اضطراب آسیب ورزشی توسط آزمودنی، در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و یک مرحله در آزمون پیگیری سه ماه، تکمیل شد.

یکی از اصول حاکم بر برخورد اخلاقی با شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه است. پیشاپیش، به آزمودنی، درباره جوانب مختلف پژوهش، اطلاعات کامل داده شد. مخصوصاً درباره جوانبی که ممکن است

سانحه به مدت ۱ سال هرگز ورزش نکرد، بعد از یک سال ورزش خود را با پیاده‌روی آرام و بعد از چند ماه دویدن آرام به فعالیت خود ادامه داد ولی تا زمان شروع مداخله، هرگز بعد از ۲ سال سوار بر دوچرخه خود نشده بود. این اضطراب در طول فعالیت‌های سبک ورزشی و حتی در بعضی از فعالیت‌های روزانه بروز می‌کرد. در تمام این مدت، از سمت هم‌تیمی‌ها و مربی گروه نیز برای بازگشت او به رشته فشارهای بسیاری به آزمودنی وارد می‌آمد. آزمودنی به علت علاقه بسیار به دوچرخه‌سواری و اضطراب بسیار شدید نسبت به آسیب به پژوهشگر مراجعه و برای درمان اضطراب خود درخواست کمک نمود. با مشورت یک روان‌شناس بالینی باتجربه و موافقت آزمودنی برای شرکت در این پژوهش، پروتکل ۶ جلسه‌ای روش مواجهه‌سازی رفتاری شناختی بر آزمودنی اجرا شد. مدرک درمان رفتاری شناختی پژوهشگر برای اطمینان مراجع به او ارائه شد. قبل از پژوهش به طور کامل نحوه انجام پژوهش برای او توضیح داده شد و آزمودنی با رضایت کامل در پژوهش شرکت کرد. تشخیص علائم اولیه اضطراب با استفاده از پرسش‌نامه یک توسط روان‌شناس بالینی، قبل از مراجعه آزمودنی برای این پژوهش صورت گرفته بود اما هیچ‌گونه درمانی صورت نگرفته بود. با تشخیص دوباره، پایایی و اعتبار مصاحبه اول تأیید شد، مانند سایر سنجش‌های روانی، پایایی و اعتبار مصاحبه‌ها بسیار با اهمیت است. پایایی یک مصاحبه، معمولاً بر اساس میزان توافق حداقل دو ارزیاب در ارزیابی یک بیمار یا مراجع واحد تعیین می‌شود. منظورمان از توافق، همراهی در باب تشخیص‌ها، درجه‌بندی صفات شخصیتی یا هر نوع اطلاعات حاصل از مصاحبه است. بررسی در مورد جزئیات صفات شخصیتی با مصاحبه ساختاریافته صورت گرفت و نشان داد مراجع از اضطراب بالایی رنج

بررسی می‌کند. از این پرسش‌نامه می‌توان به منظور شناسایی اندازه و جهت اضطراب آسیب ورزشکاران و همچنین منابع اضطراب آسیب ورزشی استفاده کرد. اعتباریابی این پرسش‌نامه در پژوهشی (سلمان و همکاران، ۲۰۱۷) برای ارزیابی هفت عامل اضطراب آسیب ورزشی با شرکت ۲۳۷ ورزشکار از رشته‌های ورزشی انفرادی و تیمی انجام شد. این هفت عامل عبارتند از: از دست دادن توانایی‌های ورزشی، ادراک ضعیف از خود، تجربه درد، مایوس شدن افراد خاص، از دست دادن حمایت اجتماعی، آسیب‌دیدگی مجدد، اختلال تصور از خود بودند. خرده مقیاس اول (۶ سؤال)، خرده مقیاس دوم (۵ سؤال)، خرده مقیاس سوم (۳ سؤال)، خرده مقیاس چهارم (۴ سؤال)، خرده مقیاس پنجم (۳ سؤال)، خرده مقیاس ششم (۳ سؤال) داشت. نوع مقیاس اندازه‌گیری در پرسش‌نامه مذکور از نوع لیکرت است که از گزینه «کاملاً نادرست» تا «کاملاً درست» پراکندگی دارد.

شاخص‌های برازش مدل با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مشخص کرد مقدار کای اسکور برابر $553/40$ در سطح معناداری $P=0/0$ بود که با درجه آزادی مدل مستقل (۲۷۶) فاصله داشت. شاخص نسبت کای اسکور به درجه آزادی $3543/96$ بود. همچنین شاخص برازندگی مقایسه‌ای برابر با $(0/90)$ بود و شاخص برازش هنجار شده برابر با $(0/84)$ و ریشه میانگین مجذور خطای برآورد برابر با $0/078$ بود. به طور کلی تمامی شاخص‌های برازش مدل مطلوب بودند. پایایی درونی با آلفای کرون باخ $0/853$ بود که قابل قبول است.

در تصمیم‌گیری او برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش تأثیر بگذارد. بعد از ارائه اطلاعات کامل به آزمودنی، او می‌توانست درباره همکاری یا عدم همکاری در پژوهش تصمیم بگیرد. همچنین، او حق داشت که هر وقت خواست به همکاری یا عدم همکاری خود پایان دهد (نولن-هوکسما و فریدریکسون، ۲۰۰۹). مشارکت آزمودنی به صورت داوطلبانه بود. همچنین به آزمودنی گفته شد که پاسخ او محرمانه شمرده می‌شود و تنها برای این پژوهش از آنان بهره گرفته خواهد شد.

مصاحبه ساختاریافته

مصاحبه ساختاریافته اسکید^۲ مذکور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۳ در سال ۱۹۹۶ تهیه شد (شریفی، اسعدی، محمدی، امینی و همکاران، ۲۰۰۴). این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است.

مقیاس اضطراب آسیب ورزشی

در سال ۲۰۰۶ مقیاس اضطراب آسیب ورزشی^۵ توسط کاسیدی^۴ (۲۰۰۶) تدوین یافت. این پرسش‌نامه یکی از جدیدترین پرسش‌نامه‌ها از مدل سلسله مراتبی است که با نگاهی ویژه، اضطراب آسیب ورزشکاران را

4. Sharifi, Asadi & Mohhamadi, Amini et al.
5. Sport Injury Anxiety Scale (SIAS)
6. Cassidy

1. Nolen-Hoeksema & Fridrekson
2. Structured Clinical Interview for DSM-IV: SCID
3. First, Spitzer, Gibbon, Williams

پرسش‌نامه اضطراب بک

پرسش‌نامه اضطراب بک^۱ یک پرسش‌نامه خود گزارشی است که توسط بک، اپستین، براون و استیر^۲ (۱۹۸۸) برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این پرسش‌نامه مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. این پرسش‌نامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب هست (بک و همکاران، ۱۹۸۸). چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. هر یک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، بدنی و هراس) را توصیف می‌کند. بنابراین نمره کل این پرسش‌نامه در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ قرار می‌گیرد (فتحی آشتیانی، ۲۰۱۰).

روش اجرای پژوهش

روش مواجهه‌سازی عبارت است از در تماس قرار دادن بیمار با محرک‌هایی که باعث ناراحتی او می‌شوند؛ یعنی در او واکنش ترس، وسواس یا نگرانی ایجاد می‌کنند. مواجهه می‌تواند عینی یا ذهنی، تدریجی یا دفعی، توأم با مدل‌سازی و یا بدون آن، با نظارت کامل درمانگر یا با کمک خود بیمار صورت پذیرد. البته عمدتاً با جلوگیری از پاسخ همراه است. به عبارت دیگر می‌توان تکنیک‌های مبتنی بر مواجهه‌سازی را به صورت طیفی نگریست که در یک سوی آن حساسیت‌زدائی منظم و تدریجی و در سوی دیگر تشدید سازی دفعی

(غرفه سازی)، یعنی روبرو ساختن بیمار با محرک به منظور ایجاد واکنش هیجانی شدید در مدت طولانی، قرار دارد (قاسم‌زاده، ۲۰۱۰).

برای مواجهه درمانی در این پژوهش از پروتکل ۶ جلسه‌ای (کراسک و بارلو، ۲۰۰۷) به نقل از گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶) استفاده شد. این پروتکل متشکل از:

جلسه اول: معرفی و شروع تحلیل رفتاری

جلسه دوم: تحلیل عملکردی و آموزش روان‌شناختی

جلسه سوم: آموزش والدین

جلسه چهارم: مواجهه با حس‌های بدنی و آمادگی برای

مواجهه واقعی

جلسه پنجم: مواجهه واقعی

جلسه ششم: ارزیابی مواجهه و توسعه حفظ و برنامه

پیشگیری از لغزش

مداخله مواجهه‌سازی به طور کلی با ارزشیابی گونه‌ای از موقعیت‌ها و اشیایی شروع می‌شود که ورزشکار هراس دارد یا از آنها اجتناب می‌کند (هزلت استیونس و کارسک، ۲۰۰۹). تحلیل رفتاری با همکاری درمانگر و ورزشکار صورت می‌گیرد (گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶). در مصاحبه اولیه، عوامل آشکار ساز، زمینه‌ساز، تداوم‌بخش و حمایتی ورزشکار باید مورد شناسایی قرار گیرد. تحلیل رفتاری منجر به طرح فرضیات مشکل و عوامل کلیدی برای حفظ رفتارهای حاضر پنهان و آشکار می‌گردد. راهبرد رایج، توسعه سلسله مراتب مواجهه‌سازی است. بدین صورت که فهرستی از مسائلی که با اضطراب ارتباط دارند و باعث جلوگیری از موقعیت‌های هراس‌آور می‌شوند با همکاری مراجع و درمانگر تهیه می‌شود (کراسک و بارلو، ۲۰۰۷). این موقعیت‌ها بر اساس مقیاس واحدهای

3. Craske & Barlow
4. Hazlett-Stevens & Craske

1. Beck Anxiety Inventory (BAI)
2. Beck, Epstein, N. Brown & Steer

است (کلارک و بک، ۲۰۱۰). دوچرخه‌سوار دانهیل، مشابه با بسیاری از ورزشکاران مضطرب، راهبردهای برای اجتناب از موقعیت‌ها و یا کاهش پاسخ هیجانی منفی با استفاده از رفتارهای ایمنی (برای مثال، به دست آوردن اطمینان با استفاده از تکنیک‌های آرامش‌بخش مختلف) داشت.

یکی از مهمترین بخش‌های مداخله، کمک به ورزشکار برای فهم علائم اضطراب است. اضطراب ادراک‌شده در طول مواجهه‌سازی که توسط حس‌های بدن ادراک می‌شود، بی‌ضرر هستند (گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶). این روش شامل تمرین‌هایی است که باعث تجربه کردن علائم مشابه اضطراب از جمله تنفس کوتاه، سرگیجه، افزایش ضربان قلب، چرخش صندلی و بالا پایین پریدن در ورزشکار می‌شود (کراسک و بارلو، ۲۰۰۷). اغلب یک یا دو مورد از این علائم ورزشکاران را مضطرب می‌کند. در این مورد ویژه، افزایش ضربان قلب و تنفس کوتاه به تجربه واقعی نزدیک بودند. برای کنترل این علائم در شرایط اضطراب‌آور، ورزشکار اجتناب را انتخاب می‌کرد. این تمرین‌ها در جلسه درمان انجام شدند و بعد از دو تکرار اضافی سطح اضطراب بسیار کاهش پیدا کردند. در طول مواجهه‌سازی برای حس‌های بی‌ضرر، ورزشکار اعتماد به نفس بالایی در تحمل علائم پیدا کرد (گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶). این افزایش اعتماد به نفس در مواجهه‌سازی واقعی سودمند است، جایی که توانایی کنترل علائم ناراحتی دارای اهمیت هستند. مواجهه‌سازی همچنین می‌تواند برای فعال‌سازی طرح‌واره ترس نیز استفاده شود (برای مثال، خاطرات مرتبط با هراس) و برای ورزشکار تفسیر جدیدی از علائم را به ارمغان بیاورد (کلارک و بک، ۲۰۱۰).

ناراحتی ذهنی^۱ رتبه‌بندی می‌شوند (آبرامویچ، دیکن و وایتساید، ۲۰۱۱). این مقیاس از ۰ (بدون اضطراب) تا ۱۰۰ (اضطراب شدید) رده‌بندی می‌شود و به روان‌شناس برای ارتباط با ورزشکار کمک می‌کند. به همراه آزمودنی، فهرستی از موقعیت‌های اضطراب‌آور تهیه می‌شود و از حداقل به حداکثر موقعیت هراس‌زا طبقه‌بندی می‌شود (جدول ۱). در این مورد، بیشتر موقعیت‌ها بر اساس اضطراب از آسیب مجدد آزمودنی در طول تمرین و مسابقه طبقه‌بندی شد. اضطراب آزمودنی در طول پایین آمدن با دوچرخه از تپه در بالاترین نقطه اضطراب آزمودنی در سلسله مراتب رده‌بندی قرار گرفت. داشتن انتظار مرتبط با تهدید در اضطراب افراد رایج است و آنها آینده را با رویدادهای منفی پیش‌بینی می‌کنند (کلارک و بک، ۲۰۱۰). در این موقعیت نگرانی درباره آسیب مجدد در رشته دوچرخه‌سواری دانهیل، با دیدن تصاویر مربوط یا فکر بازگشت به این رشته آغاز می‌شد.

مرحله بعدی از تحلیل رفتاری، مطالعه پیامدهای بلندمدت و کوتاه‌مدت رفتارهاست. در کل، پیامدهای کوتاه‌مدت (حل حاضر) قوی‌ترین تقویت‌کننده‌های رفتاری هستند. در این مورد، زمانی که آزمودنی از دوچرخه‌سواری اجتناب می‌کرد، کاهش اضطراب به وجود می‌آمد.

در مرحله بعد فرآیند درمان، توسط روان‌شناس ورزشی به آزمودنی درباره رفتارهای ناکارآمد (برای مثال، افکار، احساسات بدنی و رفتارها)، عملکرد آنها و منطق اصلی مداخله آموزش‌هایی داده می‌شود. بر اساس تجربیات روان‌شناسان، مرحله آموزش روان‌شناختی اغلب آرامش بزرگی برای ورزشکار به ارمغان می‌آورد. راهبردهای مؤثری برای کمک به غلبه بر مشکلات در پژوهش‌های که مبتنی بر شواهد هستند به دست آمده

2. Abramowitz, Deacon & Whiteside

1. Subjective Units of Discomfort Scale (SUDS)

درمانگر به هنگام آموزش مهارت‌های والدین از مصاحبه رفتاری، سیاهه و مشاهده طبیعی تعامل پدر و مادر و فردی که دچار اضطراب است استفاده می‌کند تا بدین طریق رفتار مشکل‌آفرین خاص را به همراه رویدادهای پیشامند و پس‌آیند آن شناسایی کند. از طریق این تحلیل رفتاری، وی قادر خواهد بود تا مشکل را به دقت بیشتری نشان دهد، شکل، فراوانی و میزان تأثیر آن بر خانواده را ارزیابی نماید و به طور نظامند به والدین آموزش دهد تا برای جایگزین کردن یک تعامل مطلوب‌تر و متقابلاً تقویت‌کننده، اصول یادگیری اجتماعی را بکار گیرد.

آموزش والدین از جنبه پیشگیرانه برخوردار است. استفاده از والدین در نقش آموزش‌دهنده موجب سهولت استفاده فرد از رفتار نو آموخته می‌گردد، زیرا آنها مجبور نیستند فرایند انتقال آموخته‌هایشان از درمانگر به موقعیت خانوادگی را طی می‌کنند.

بعد از این که بدن با حس‌های بدنی مواجه شد، یک مواجهه واقعی برای مراجع برنامه‌ریزی شد. برای این که مواجهه‌سازی مؤثر واقع شود باید دو نکته واضح و روشن باشد (کلارک و بک، ۲۰۱۰). اول این که، مواجهه باید ترس طرح‌واره را فعال کند. این بدین معنی است که ورزشکار باید به طور متوسط در طول مواجهه‌سازی اضطراب داشته باشد. دوم این که، مواجهه‌سازی باید شواهد مستقل از طرح‌واره ترس را ارائه دهد. این بدین معنی است که ورزشکار نیاز به تجربه اضطرابی دارد که افزایش می‌یابد و در آخر درک تهدیدی که اتفاق نمی‌افتد را خواهد داشت. همان‌طور که اشاره شد، سلسله مراتب اضطراب، محرک یا موقعیت‌های توسعه‌یافته بین ورزشکار و روان‌شناس رفتاری شناختی را برمی‌انگیزاند (جدول ۱). مواجهه اغلب از پایین‌ترین محرک ناخشنود تا بیشترین و ناخشنودترین محرک طبقه‌بندی می‌شود و روان‌شناس ورزشی و ورزشکار از

این طریق با اضطراب‌های ورزشکار مواجه می‌کنند. همکاری بین ورزشکار و روان‌شناس ورزشی در تمام درمان رفتاری شناختی بسیار حائز اهمیت است. دیگر جنبه‌ای که دارای اهمیت است، فعالانه برخورد کردن ورزشکار در فرآیند درمان است، ادراک کنترل بر چیزی که در حال وقوع است بسیار مهم است (انتونی و سوینسون، ۲۰۰۰). حتی روان‌شناس ورزشی، برای به چالش کشیدن ورزشکار، خود می‌تواند وارد عمل شود، باید به ورزشکار این اطمینان داده شود که مجبور به انجام دادن کاری نخواهد شد. بر اساس تحلیل رفتاری صورت گرفته، تصمیم به مواجهه به دوچرخه‌سواری در مسیر کوهستانی گرفته شد، برای ارائه این مداخله از تجربیات مربی دوچرخه‌سواری دانهیل استفاده شد. بعد از حدوداً طی نیمی از مسیر، ورزشکار متوقف شد و شدت علائم اضطراب او ۱۰۰ بود (مقیاس ۱-۱۰۰). از آزمودنی خواسته شده بود تا بر تنفس خود متمرکز باشد، او دوباره آرام شد و به مسیر خود ادامه داد. بار دیگر، درصد اضطراب او به ۷۵ کاهش یافت، بار سوم، او قادر به سواری در کل مسیر دوچرخه‌سواری با علائم ضعیف اضطراب، با شدت اضطراب ۶۰ بود. در چهارمین مداخله، شدت اضطراب به ۵۰ کاهش یافت. کاهش ۵۰ درصدی، برای مواجهه‌سازی، موفقیت‌آمیز تشخیص داده شده است (۱-۱۰۰) (گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶). تکلیف خانگی شامل تکرار مداخله دو بار در هفته بعد و تکمیل کل مسیر دوچرخه‌سواری در طول مسافت کوتاه و آرام بود. گاهی اوقات تأثیر می‌تواند بسیار مستقیم و فقط در یک جلسه انجام گیرد (اوست، ۱۹۹۶)، اما برای کسب اطمینان، ما جلسات تکراری برای افزایش تأثیر را استفاده کردیم (کلارک و بک، ۲۰۱۰؛ گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶).

جلسات حفظ و پیشگیری از لغزش شامل مروری بر تکالیف (عنصر بسیار رایج در جلسات درمان رفتاری

1. Antony & Swinson

2. Ost

هستند، ولی همیشه توجه به این نکات و داشتن مشاوره پزشکی در موارد ضروری دارای اهمیت است (آلتونجی، دیکن و آبراموویچ، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر، قبل از شروع مواجهه‌سازی، آزمودنی از نظر پزشکی مورد بررسی قرار گرفت.

روش پردازش داده‌ها

برای پردازش داده‌ها از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده شده است و بر اساس صعود و نزول متغیر وابسته، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات و عینی‌سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد. در فرمول درصد بهبودی، نمره فرد در پیش‌آزمون را از نمره فرد در پس‌آزمون کم می‌کنیم و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم کرده و نتیجه در عدد ۱۰۰ ضرب می‌گردد (سهرابی و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج

نتایج به دست آمده به شرح زیر است: برای سنجش وضعیت اضطرابی فرد از پرسش‌نامه اضطراب بک و به طور اختصاصی، از پرسش‌نامه اضطراب آسیب ورزشی استفاده کردیم. نمرات آزمون اضطراب بک آزمودنی در پیش‌آزمون ۳۰ (شدید)، در پس‌آزمون ۹ (خفیف) و در آزمون پیگیری سه ماهه ۸ (خفیف) بود. اضطراب آسیب ورزشی آزمودنی در پیش‌آزمون ۹۴ (شدت بسیار بالا)، در پس‌آزمون ۴۸ (پایین) و در آزمون پیگیری سه ماهه ۴۳ (پایین) بود (جدول ۳ و نمودار ۱). این نتایج نشان‌دهنده تأثیر تکنیک مواجهه‌سازی در کاهش علائم اضطراب و کاهش اضطراب آسیب ورزشی آزمودنی است. نمرات آزمودنی در جدول شماره ۲ به صورت خط

شناختی، بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) است. ورزشکار تکالیف برنامه‌ریزی شده را با پیشرفت عالی انجام داد. در طول جلسات، آزمودنی ۵ تکرار را ارائه داد و افزایش چشمگیری در اضطراب خود مشاهده کرد (شدت اضطراب ۳۰ در مقیاس ۱۰۰-۱) و مشکل قابل مشاهده‌ای در این جلسه به چشم نخورد. در آخرین جلسه مشاوره، برنامه‌ای برای چگونگی حفظ مهارت‌های جدید توسعه‌یافته و برنامه مدیریت لغزش برای ورزشکار ارائه شد (وست بروک، کنرلی و کیرک، ۲۰۱۰). این برنامه شامل چگونگی یادآوری مهارت‌های آموخته‌شده، آمادگی برای مشکلات آینده و راه‌هایی برای مدیریت و کنترل آنها بود. علاوه بر این، جلسه تقویت نیز اغلب برای بررسی چگونگی پیشرفت در برنامه قرار می‌گیرد (باتلر، فنل و هاگمن، ۲۰۰۸) و در مورد آزمودنی پژوهش حاضر، این جلسه بعد از یک ماه انجام شد. این جلسه شامل به‌روزرسانی و بحث در مورد چگونگی ادامه کار ورزشکار در رشته ورزشی مورد نظر بود. ورزشکار در تمرینات کامل خود شرکت می‌کرد و برنامه‌های خود را بر اساس موارد برنامه‌ریزی شده تا جلسه آخر حفظ کرده بود.

موارد منع به‌کارگیری مواجهه‌سازی نیز وجود دارد. موقعیت‌هایی در ورزش وجود دارد که بسیار خطرآفرین هستند، جایی که ترس طبیعی و حفاظت‌کننده است. علاوه بر این، افرادی که اختلالات فکری از قبیل روان‌پریشی دارند نباید تحت مواجهه درمانی قرار گیرند (هزلت استیونس و کراسک، ۲۰۰۹). جنبه‌های پزشکی نیازمند توجه زیادی هستند. برای مثال، این شامل عدم حبس نفس در طول مواجهه‌سازی حس‌های بدنی برای بیماران مبتلا به آسم و قرار دادن افرادی که ایمنی بدن ضعیفی دارند در معرض میکروب‌ها در درمان وسواس فکری عملی است. در کل، ورزشکاران افراد سالمی

دوم ۳۰ است. در جلسه سوم و چهارم نیز نمره آزمودنی کاهش یافته است و در جلسه پنجم با یک کاهش قابل توجه به ۱۰ رسیده است. در جلسه آخر نیز برابر با ۹ است. آزمون پیگیری سه ماهه نمره ۸ را نشان می‌دهد. همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد نمره آزمودنی در خط پایه برابر با ۹۴ (شدت بالا) در اضطراب آسیب ورزشی است. در جلسه اول ۹۵ و در جلسه دوم ۸۸ است. در جلسه سوم ۶۵ و چهارم نیز نمره آزمودنی کاهش یافته است و در جلسه پنجم با یک کاهش قابل توجه به ۵۰ رسیده است. در جلسه آخر نیز برابر با ۴۸ است. در آزمون پیگیری سه ماهه ۴۳ است.

پایه چندگانه و در نمودار شماره ۲ به صورت نمودار ترسیمی ارائه شده است. مجموع داده‌ها بر اساس داده‌های حاصل از این ابزار نشان می‌دهد این شیوه درمان منجر به کاهش نمره‌های آزمودنی شده است. این اثرات در دوره پیگیری نیز باقی مانده است. این مسئله را می‌توان بر اساس شاخص بهبودی به دست آمده ۷۱ درصدی برای اضطراب بک و ۴۹/۵ درصدی برای اضطراب آسیب ورزشی نتیجه‌گیری نمود. همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد نمره آزمودنی در خط پایه برابر با ۳۰ (شدید) در اضطراب بک است. در جلسه اول ۳۲ و در جلسه

جدول ۱- سلسله مراتب مواجهه‌سازی آزمودنی

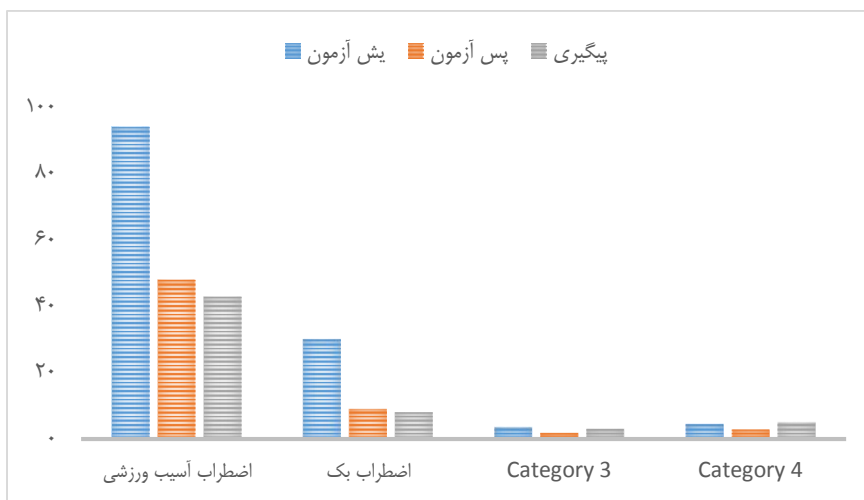
مقیاس شدت	توصیف وظیفه مواجهه‌سازی
۳۰	۱. دیدن تصاویر مربوط به دوچرخه‌سواری
۴۰	۲. صحبت در مورد آسیب ورزشی
۵۰	۳. صحبت درباره بازگشت به تمرین
۵۵	۴. صحبت با هم تیمی‌ها و مربی در مورد بازگشت به تمرین
۶۰	۵. سوار شدن بر دوچرخه
۹۰	۶. پایین آمدن از سربالایی با دوچرخه در تمرین
۱۰۰	۷. پایین آمدن از سربالایی با دوچرخه در تمرین و طی کامل مسیر

جدول ۲- نمرات آزمودنی در آزمون اضطراب بک و اضطراب آسیب ورزشی قبل از شروع، حین ملاحظه و آزمون پیگیری

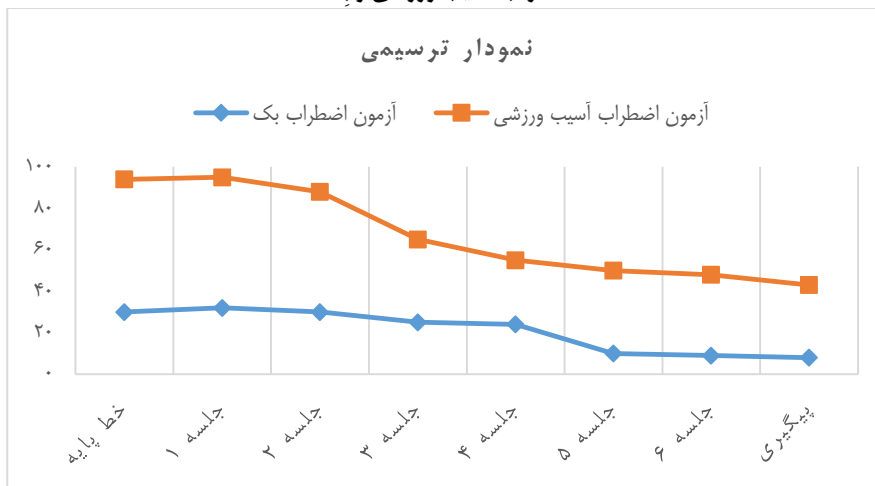
مراحل درمان	اضطراب بک	اضطراب آسیب ورزشی
خط پایه	۳۰	۹۴
جلسه اول	۳۲	۹۵
جلسه دوم	۳۰	۸۸
جلسه سوم	۲۵	۶۵
جلسه چهارم	۲۴	۵۵
جلسه پنجم	۱۰	۵۰
جلسه ششم	۹	۴۸
پیگیری	۸	۴۳

جدول ۳- نمرات آزمودنی در پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری آزمون اضطراب آسیب ورزشی اضطراب بک

پیش آزمون	پس آزمون	آزمون پیگیری	
۹۴	۴۸	۴۳	اضطراب آسیب ورزشی
۳۰	۹	۸	آزمون اضطراب بک



شکل ۱- نمودار ترسیمی تغییرات نمرات آزمودنی پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری آزمون اضطراب آسیب ورزشی و بک



شکل ۲- نمودار تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه سازی در آزمون اضطراب آسیب ورزشی و اضطراب بک

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش موردی حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی آزمودنی ۲۱ ساله و نیز معرفی این روش در روان‌شناسی ورزش ایران انجام گرفت. یافته‌های پژوهش حاضر به خوبی نشان داد به‌کارگیری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی تأثیر مثبتی بر کاهش اضطراب آسیب ورزشی و علائم اضطرابی آزمودنی نسبت به دوره پایه دارد. همگام با کاهش اضطراب آسیب ورزشی، علائم اضطرابی نیز بهبود یافته است. همان‌طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، آزمودنی در مرحله پایه وضعیت ثابت و بدون تغییری داشت و با ورود به مرحله درمان و گذر از دوره نهفتگی در جلسه اول درمانی، تغییرات در سطح نمرات و شیب در جلسات بعدی همزمان با درک ماهیت درمان و شکل‌گیری تغییرات شناختی در بیماران ایجاد شد. در مرحله پیگیری نیز با پایان جلسات درمان نمرات به شکل خفیفی دستخوش نوسانات جزئی و اغلب افزایشی شده که می‌توان آن را ناشی از فاصله‌گیری از جلسات درمانی و نقش مثبت و حمایتی درمانگر بر عملکرد آزمودنی و همچنین فشار وارده از سوی استرسورها در زندگی شخصی بیماران دانست.

علائم اضطرابی آزمودنی در خط پایه، عدد ۳۰ را نشان می‌دهد که در جلسه ششم ۹ و در جلسه پیگیری ۸ بود؛ و همچنین اضطراب آسیب ورزشی آزمودنی در خط پایه ۹۴ و در جلسه ششم، ۴۸ و در جلسه پیگیری ۴۳ بود. به نظر می‌رسد یافته‌های این پژوهش نکات قابل توجهی در خصوص تکنیک مواجهه‌سازی در کاهش اضطراب آسیب ورزشکاران در بردارد. با توجه به مطالعات دیگر و بحث در مورد تفاوت‌های بین نتایج آماری و بالینی قابل توجه، این‌گونه استدلال می‌کنیم که پژوهش حاضر یافته‌های امیدوارکننده‌ای دارد.

جالب توجه است که در پژوهش حاضر شاهد تداوم اثرات درمان هستیم و نمرات پس‌آزمون با پیگیری، تفاوت دارند. این مسئله، امتیاز خاص درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه‌سازی است. دستورالعمل اصلی این درمان توصیه می‌کند بین جلسات ماقبل آخر و جلسه آخر ده روز فاصله در نظر گرفته شود و علاوه بر این تأکید دارد که آزمون‌ها و مصاحبه پس از درمان با فاصله چهار هفته از آخرین جلسه انجام شود؛ چرا که طراحان این درمان معتقدند بهترین بخش پردازش شناختی و ارزیابی هیجانی پس از جلسه مواجهه و بدون حضور درمانگر اتفاق می‌افتد. این فاصله عمدی به بیمار کمک می‌کند تا ارزیابی شناختی و هیجانی بهتری داشته باشد. زمان‌های ایده‌آل برای ارزیابی، سه ماه، شش ماه و یک سال پس از درمان است. البته در این پژوهش به دلیل اطمینان درباره‌ی از دست ندادن نتایج و همچنین بر اساس شیوه معمول در پژوهش‌های مداخله‌ای، پس‌آزمون یک هفته پس از پایان درمان گرفته شد. با این وجود نیز نتایج معنادار بود و تأثیر مثبت درمان قابل مشاهده بود. پیگیری سه ماهه نیز مطابق دستورالعمل انجام شد که نتایج مثبت آن ذکر شد.

با توجه به ادبیات پژوهشی، در پژوهشی که به صورت مطالعه فردی، به بررسی اثربخشی روش مواجهه‌سازی بر اضطراب عملکرد ورزشی نوجوان ورزشکار نخبه ۱۷ ساله انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که بعد از انجام مداخله، اضطراب ورزشکار کاهش پیدا کرد و مجموعه‌های رفتاری (رفتارهای اجتناب کمتر و رفتارهای ویژه ورزشی عملکردی بیشتر) او بهبود یافته بود. ورزشکار دارای اضطراب عملکرد بالایی بود که تکنیک مواجهه‌سازی بر کاهش اضطراب ورزشکار تأثیر مثبتی داشت (گوستاوسن، لاندکویست و تاد، ۲۰۱۶). نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر در کاهش اضطراب همسو است، با این تفاوت که در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر

می‌شوند) ترکیب شود و به عنوان یک عنصر کلیدی شناخته شود (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

در پژوهش دیگری، شیورانی، آزاد فلاح، مرادی و اسکندری (۲۰۱۷) به بررسی اثربخشی درمانگری مبتنی بر مواجهه روایی در بهبود اختلال استرس پس از ضربه و حافظه سرگذشتی پرداختند. درمان مذکور، شامل بسیاری از مؤلفه‌های مواجهه‌سازی، به علاوه مؤلفه‌هایی از درمان مبتنی بر شواهد است. نتایج تحلیل آماری این پژوهش نشان داد استرس پس از ضربه در گروه آزمایش، بلافاصله پس از درمان و سه ماه پس از آن به طور معناداری کاهش پیدا کرد. میزان اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی افزایش معنادار داشت. محتوای غیر مرتبط با ضربه و بار هیجانی مثبت در تعریف از خود در گروه آزمایش به طور معناداری افزوده شد. میزان استقلال اهداف بیان شده تغییر چشمگیری نشان نداد

بر اساس پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و پژوهش حاضر، اضطراب مرتبط با مشکلات و اجتناب مشکلات اصلی هستند و برای تقویت عملکرد و در موقعیت‌های مواجهه‌سازی برای ورزشکاران می‌تواند مفید واقع گردد. برای اجرای مداخله مواجهه‌سازی، تمرینات مناسب و آموزش مورد نیاز است. دانش روان‌شناسی رفتاری ضروری است (آبراموویچ و همکاران، ۲۰۱۱). علاوه بر این، پیشنهاد نویسندگان بر مداخله تحت نظارت سرپرست باتجربه هست. مشکلات رایجی که اتفاق می‌افتد، برای مثال، اجتناب در اختلالات اضطرابی بسیار رایج است (همبری و کاهیل؛ ۲۰۰۷). پاسخ طبیعی برای ورزشکار، زمانی که با یک موقعیت تهدیدکننده روبرو می‌شود، ممکن است فرار و اجتناب باشد. دانستن این موضوع برای ورزشکار دارای اهمیت است که اجتناب باعث حفظ مشکل می‌شود، اگر چه که به ورزشکار آرامش کوتاه مدتی می‌دهد. دیگر

تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی پرداخته شد، ولی در پژوهش گوستاوسن، لاندکویست و تاد (۲۰۱۶) به بررسی اثربخشی تکنیک مواجهه‌سازی رفتاری شناختی بر اضطراب عملکرد ورزشی پرداخته شد.

در زمینه بالینی، محمود علیلو، هاشمی نصرت آباد و سهرابی (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون مواجهه‌سازی بر شدت علائم و ابعاد حساسیت اضطرابی بیماران در اختلال اضطراب فراگیر پرداختند. این پژوهش به شکل تجربی به شیوه تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه همزمان و با پیگیری ۶ هفته‌ای اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان دادند تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با فنون مواجهه‌سازی بر شدت علائم اختلال اضطراب فراگیر بر کاهش ابعاد حساسیت اضطرابی و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال از نظر آماری و بالینی معنادار است. نتایج به دست آمده در این مطالعه با پژوهش نریمانی و همکاران (۲۰۱۴) همسو است.

همان‌طور که اشاره شد، روش مواجهه‌سازی شناختی رفتاری، کارآمدی و اثربخشی مناسبی برای اختلال‌های اضطرابی و ترس‌ها (برای مثال، اضطراب اجتماعی، اختلال وحشت، اضطراب سلامتی و وسواس فکری عملی) نشان داده است (وک و همکاران، ۲۰۱۵). افزایش شواهد به این نکته اشاره دارد که نشانگان هیجانی مختلف (برای مثال، اختلال‌های اضطرابی مختلف)، یک علت و قابلیت آسیب‌پذیری رایج را به اشتراک می‌گذارند. برای درمان، یک رویکرد یکپارچه پیشنهاد می‌شود؛ بدین صورت که مواجهه با ممانعت از اجتناب هیجانی و ارتقا گرایش عمل اساسی (برای مثال، رفتارهایی که منجر به عملکرد بهتر

پژوهش هم در مورد رده سنی و هم در مورد رشته ورزشی باید با احتیاط دنبال شود. به طور خلاصه، ما چگونگی به کارگیری تکنیک مواجهه‌سازی در ورزشکاران را نشان دادیم. امیدواریم که پژوهش حاضر الهام‌بخش روان‌شناسان ورزشی در پیشه حرفه‌ای آنها شود و همچنین باعث ایجاد انگیزه برای به کارگیری این روش در پژوهش‌های آتی شود. از آنجایی که این روش، حمایت گسترده‌ای برای بسیاری از اختلالات هیجانی به دنبال دارد و بخش اساسی مداخلات رفتاری شناختی است، نویسندگان روش مواجهه‌سازی را به عنوان روشی ارزشمند و پرکاربرد برای جایگزینی روش‌های سنتی، توسط روان‌شناس ورزشی، پیشنهاد می‌دهند.

مشکل موجود، عدم درگیر شدن در جنبه‌های هیجانی از ساختار ترس است. یک راه برای کنترل آن، تکرار منطق مواجهه‌سازی و معتبر دانستن ترس احتمالی ورزشکار است.

به عنوان محدودیت پژوهش، از آنجایی که به کارگیری درمان شناختی رفتاری با تأکید بر تکنیک مواجهه‌سازی برای اولین بار در ورزش در داخل کشور به کار برده می‌شود، پیشینه پژوهش و پژوهش‌هایی که در این زمینه انجام شده باشند، یافت نشد. بنابراین در قسمت بحث، این امکان که پژوهشگر بتواند نتایج حاصل از پژوهش خود را با نتایج پژوهش‌های داخلی مقایسه نماید، وجود نداشت.

از آنجا که نمونه پژوهش ورزشکار مرد جوان رشته دوچرخه‌سواری دانهیل است، لذا تعمیم‌پذیری نتایج این

منابع

1. Abramowitz, J. S. Deacon, B. J. & Whiteside, S. P. (2011). Exposure therapy for anxiety: 2 Principles and practice. *New York, NY: Guilford Press.*
2. Andersen, M. B. (2009). The "canon" of psychological skills training for enhancing performance. *Performance psychology in action: A casebook for work-ing with athletes, performing artists, business leaders, and professionals in high-risk occupations* (pp. 11-34). *Washington, DC: American Psychological Association.*
3. Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2000). Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment and treatment. *Washington, DC: American Psychological Association Press.*
4. Barlow, D. H. Farchione, T. J. Fairholme, C. P. Ellard, K. K. Boisseau, C. L. Allen, L. B. & May, J. T. E. (2011). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. *New York, NY: Oxford University Press.*
5. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting Clinival Psychology, 56*, 893-897.
6. Butler, G. Fennell, M. & Hackmann, A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorder: Mastering clinical challenges. *New York, NY: Guilford Press.*
7. Cassidy, C.M. (2006). Development of a measure of sport injury anxiety: *PhD dissertation., University of Tennessee.*
8. Cassidy, C.M. (2007). Further development of the Sport Injury Appraisal Scale. *Louisville, KY. Association for Applied Sport Psychology press.*

9. Cheng, G. Zhang, Y. Covassin, T. Heiden, E. O. & Peek-Asa, C. (2014). Influence of symptoms of depression and anxiety on injury hazard among collegiate American football players. *Research in Sports Medicine*, 22(2), 147-60.
10. Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. *New York, NY: Guilford Press*.
11. Craske, M. G. & Barlow, D. H. (2007). Mastery of your anxiety and panic: Therapist Guide (4th ed). *New York, NY: Oxford University Press*.
12. Dobson, K. S. & Dozois, D. J. (2010). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed). *New York, NY: Guilford Press*.
13. Farzanegi P, Afshani A, Askari B, Ebrahimpour Z, Sharifi Gh, Shakibaei A, et al. (2015). The effect of winning/losing on profiles of mood states and salivary cortisol concentration in female handball player. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 0(37), 21-40. In Persian.
14. Fathi Ashtiani A, Dastani M (2010). Psychological Scales: Personality Assessment and mental Health. 10, Tehran, Besat Press. In Persian.
15. First, M. Spitzer, R. Gibbon, M. & Williams, J. B. (1996). User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder: SCID-I Clinician Version. *Washington DC: American Psychiatric Association*.
16. Ford IW, Eklund RC, Grodon S. (2000) An examination of psychosocial variables moderating the relationship between life stress and injury time-loss among athletes of a high standard. *Journal of Sport Science*, 18, 301-412.
17. Forsynth, J. P. Fusé, T. & Acheson, D. T. (2008). Interoceptive exposure for panic disorder. Cognitive behavior therapy. Applying empirically supported techniques in your practice (pp. 296–308). *Hoboken, NJ: Wiley*.
18. Ghasem Zadeh, H. (2010). Behaviour therapy, Background, issues, beyond. 3, Tehran, Arjmand Press. In Persian.
19. Gouttebauge, V. Aoki, H. Ekstrand, J. Verhagen, E. A. & Kerkhoffs, G. M. (2016). Are severe musculoskeletal injuries associated with symptoms of common mental disorders among male European professional footballers? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc; NCBI journal*. 24(12), 3934–3942.
20. Gucciardi DF, Gordon S, Dimmock JA. (2008). Towards an understanding of mental toughness in Australian football. *Journal of Applied Sport Psychology*, 20(3), 261–81.
21. Gustafsson, H, & Lundqvist, C. (2016). Working with perfectionism in elite sport: A cognitive behavioral therapy perspective. In A. P. Hill (Ed). *The psychology of perfectionism in sport, dance, and exercise. London: Routledge*
22. Gustafsson, H. Lundqvist, C. & Tod, D. (2016). Cognitive behavioral intervention in sport psychology: A case illustration of the exposure. Method with an elite athlete. *Journal of Sport Psychology in Action*, 8:3, 152-162.
23. Hawton, K. Translated by Ghasem Zadeh, H. (2014). Cognitive behavior therapy for psychiatric problems (a practical guide). 2, Tehran: Arjmand Press. In Persian.

24. Hazlett-Stevens, H. & Craske, M. G. (2009). Live (In vivo) exposure. General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy (pp. 407–413). *Hoboken, NJ: Wiley*.
25. Hembree, E. A. & Cahill, S. P. (2007). Obstacles to successful implementation of exposure therapy. *Handbook of Exposure Therapies* (pp. 389–408). *San Diego, CA: Academic Press*.
26. Hofmann, S. G. Asmundson, G. J. G. & Beck, A. T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 199–212.
27. Humara M. (1999). The relationship between anxiety and performance: A cognitive-behavioral perspective. *Athletic Insight*, 1(2), 1-14.
28. Johnson, U. Kkengren, J. Andersen, MB. (2005). Injury prevention in Sweden: Helping soccer players at risk. *Journal of sport and exercise psychology*. 27: pp: 8-32.
29. Kvist, J. Ek, A. Sporrstedt, K. & Good, L. (2005). Fear of re-injury: A hindrance for returning to sports after anterior cruciate ligament reconstruction. *Knee Surgery Sports Traumatology Arthroscopy*, 13, 393-397.
30. Maddison, R. & Prapavessis, H. (2005). A psychological approach to the prediction and prevention of athletic injury. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 27(3), 289.
31. Mahmoud-Alilou, M. Hashemi-Nosratabad, T. Sohrabi, F. (2016). Effectiveness of Combined Intervention Based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) with Exposure Techniques on Patient's Anxiety Symptoms Intensity and Sensitivity Dimensions in General Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Clinical Psychology*, 8(3), 31.
32. Marlow, C. (2009). Creating positive performance beliefs: The case of a tenpin bowler. In B. Hemmings & T. Holder (Eds.), *Applied sport psychology: A case-based approach*. London: Wiley-Blackwell.
33. Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of the Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. *Journal of Fam Couns Psychotherapy*, 4(3), 388-404. In Persian.
34. Neil, R. Hanton, S. & Mellalieu, S. D. (2013). Seeing things in a different light: Assessing the effects of a cognitive-behavioral intervention upon the further appraisals and performance of golfers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25(1), 106-130.
35. Nolen-Hoeksema, S. Fridrekson, B. L and et al (2009). *Atkinson and Hilgard's Introduction to Psychology*. 15th ed. Translated by: Ganji, M. (2013). 3. Tehran. Press: Savalan. In Persian.
36. Olatunji, B. O. Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172–180.
37. Ost, L. G. (1996). One-session group treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 707–715.
38. Salman, Z., khosravi, Z., zareyan, E., Ajilghi, B. (2016). Validity and Reliability of the Sports Injury Anxiety Questionnaire. *Quarterly of*

- Educational Measurement*, 7(25), 49-74.
39. Samadi H, Hoseini FS, Bidaki R. (2016). The Effectiveness of 6-Week Mindfulness Training on Shooter's Salivary Cortisol Concentration and Sport Performance. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 23(4), 724-731. In Persian.
 40. Schumacker R. E., Lomax R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Routledge Publishers, Third Edition, PP: 42-51.
 41. Smith, R. E., & Smoll, F. L. (1990). Sport performance anxiety. In H. Leitenberg (Ed), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp. 417-454). *New York: Plenum Press*.
 42. Tripp, D.A. Ebel-Lam, A. Stanish, W. & Brewer, B.W. (2007). Fear of reinjury, negative affect, and catastrophizing predicting return to sport in recreational athletes with anterior cruciate ligament injuries at 1 year postsurgery. *Sport, Exercise, and Performance Psychology* 1(S):74-81.
 43. Turner, M. J. & Barker, J. B. (2013). Examining the efficacy of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*, 25, 131-147.
 44. Weck, F. Neng, J. M. B. Schwind, J. & H fling, V. (2015). Exposure therapy changes dysfunctional evaluations of somatic symptoms in patients with hypochondriasis (health anxiety). A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 34, 1-7.
 45. Weinberg, R. S. & Gould, D. (2003). *"Foundations of Sport & Exercise Psychology"*. Champaign: Human Kinetics Press.
 46. Weinberg, RS., Butt, j., Knight, B., Burke, KL., & Jackson, A. (2003). The relationship between the use and effectiveness of imagery: An explanatory investigation. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15, 26-40.
 47. Westbrook, D. Kennerley, H. & Kirk, J. (2010). *An introduction to cognitive behaviour therapy: Skills and applications* (2nd ed). London: Sage.
 48. Whelan, J. P. Mahoney, M. J. & Meyers, A. W. (1991). Performance enhancement in sport: A cognitive behavioral domain. *Behavior Therapy*, 22, 307-327.
 49. Willis, F. & Sanders, D. (2013). *Cognitive behaviour therapy: Foundations for practice* (3rd ed). *London: Sage*.
 50. Zarei, M. & Mohammadi, F. (2017). The relationship between the level of mental skills and incidence of sports injuries in elite young soccer players: Prospective study. *Journal of Sport Psychology Studies*, 20(2), 17-26. In Persian.

ارجاع‌دهی

مظفری‌زاده، مجید؛ حیدری، فاطمه؛ و قلعه‌چیزدانی، سهیلا. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تکنیک مواجهه‌سازی بر اضطراب آسیب ورزشی ورزشکاران: مطالعه تک‌آزمودنی. *مطالعات روان‌شناسی ورزشی*، ۹(۳۱): ص. ۴۶-۲۱. شناسه دیجیتال: 10.22089/spsyj.2018.5408.1562

Mozafari Zadeh, M; Heidari, F; & Ghalecheh Yazdani, S. (2020). Effect of Cognitive Behavior Therapy Using Exposure Technique on Sport Injury Anxiety among Athletes: Single Subject Study. *Sport Psychology Studies*, 9(31); Pp: 21-46. In Persian. DOI: 10.22089/spsyj.2018.5408.1562