

DOI: [10.22034/mmbj.2026.67024.1172](https://doi.org/10.22034/mmbj.2026.67024.1172)

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on Stress and Confidence Due to Injury Trauma in Injured Professional Athletes

Seyed Samira Hosseini ^{*1}, Hassan Gharayegh Zandi ², Fazlullah Bagherzadeh ², Azam Nofaresti³

1. Corresponding Author, Department of Motor behavior, Faculty of Physical Education, University of Tabriz, Tabriz, Iran. E-mail: samir.hosseini65@gmail.com
2. Department of Motor behavior and sports psychology, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

Received Date: 2025 April 27**Review Date:** 2025 December 12**Accepted Date:** 2026 January 10**Published Date:** 2026 May 18

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on stress and self-confidence resulting from injury trauma in injured professional athletes. The statistical population consisted of 32 injured athletes selected via accessible and purposive sampling, who were randomly assigned to a 16-person experimental group and a 16-person control group. The experimental group received eight 90-minute sessions of cognitive-behavioral group therapy, while the control group received no intervention. Cohen's Perceived Stress Scale and the Eysenck Self-Esteem Inventory were administered at pre-test, post-test, and a two-month follow-up. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The findings revealed that cognitive-behavioral group therapy led to a significant reduction in stress and a significant increase in self-confidence in the experimental group compared to the control group ($p < 0.01$). These positive effects were maintained at the two-month follow-up. The results support cognitive-behavioral group therapy as an effective and cost-efficient intervention for improving the psychological health and recovery process of injured professional athletes.

Key words: Behavioral-cognitive intervention, trauma, stress, self-confidence.



Copyright ©The authors

Publisher: University of Tabriz

Extended Abstract

Background and Purpose

Sports injuries represent clinically identified physical dysfunctions or impaired body structures occurring during athletic activities. These injuries profoundly impact athletes' careers and wellbeing, potentially leading to sport discontinuation, chronic pain, disability, and substantial socioeconomic burdens (Li et al., 2020). Primary causative factors encompass excessive stress, concentration deficits, physical trauma, overtraining, and diminished self-confidence (Pujals et al., 2016). Contemporary models in sports medicine recognize that injuries stem not merely from physical factors but significantly from psychosocial stressors (Pensgaard et al., 2018). This study addresses the literature gap by evaluating trauma-focused Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT) efficacy in enhancing psychological resilience among elite injured athletes.

Materials and Methods

A quasi-experimental design employing pre-test/post-test measures with control group was implemented. Thirty-two athletes with trauma-confirmed injuries (10 females, 22 males) were recruited through purposive sampling and randomly allocated to experimental (n=16) and control (n=16) groups. The experimental cohort received 8-weekly 90-minute CBGT sessions, while controls received no intervention. All participants completed standardized assessments at baseline, post-intervention, and 2-month follow-up. Sessions were conducted online under specialist supervision due to COVID-19 restrictions. Inclusion criteria comprised: Federation-approved injury diagnosis, informed consent, concurrent physical rehabilitation participation, and age 18-30 years.

Results

Repeated measures ANOVA revealed significant between-group differences in stress reduction and self-confidence enhancement ($p < 0.001$). Mauchly's test confirmed sphericity assumptions ($p > 0.05$). The group \times time interaction effects were statistically significant for both stress ($F = 13.984$, $p < 0.02$) and self-confidence ($F = 27.354$, $p < 0.001$). CBGT participants demonstrated clinically meaningful improvements across all measurement phases, with sustained effects at follow-up assessment.

Conclusion

Trauma-focused CBGT constitutes an effective intervention for mitigating psychological distress and promoting confidence in injured athletes. The integration of cognitive restructuring techniques within group dynamics provides robust therapeutic framework for sports rehabilitation. Future investigations should examine long-term outcomes through larger randomized trials.

Funding

This study received no funding from public, commercial, or nonprofit organizations.

Authors' Contributions

All authors have participated in designing, implementing and writing all parts of the present study.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgement

We extend gratitude to participating athletes and medical specialists for their valuable collaboration.





سال پنجم، شماره ۱
بهار ۱۴۰۵، صفحات ۹۷-۱۱۶



DOI: [10.22034/mmbj.2026.67024.1172](https://doi.org/10.22034/mmbj.2026.67024.1172)

اثر بخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر استرس و اعتماد به نفس ناشی از ترومای آسیب دیدگی در ورزشکاران حرفه‌ای آسیب دیده

سیده سمیرا حسینی^{۱*}، حسن غرایاق زندی^۲، فضل الله باقرزاده^۲، اعظم نوفرستی^۳

۱. نویسنده مسئول، گروه رفتار حرکتی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. samir.hoseini65@gmail.com

۲. گروه رفتار حرکتی و روانشناسی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۷ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۲۰ تاریخ آنلاین: ۱۴۰۵/۰۲/۲۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری بر استرس و اعتماد به نفس ناشی از ترومای آسیب دیدگی در ورزشکاران حرفه‌ای است. جامعه آماری شامل ۳۲ ورزشکار آسیب دیده بود که به روش در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ نفره‌ی آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان گروهی شناختی-رفتاری قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. از پرسشنامه‌های استرس ادراک شده کوهن و اعتماد به نفس آیزنک در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (پس از دو ماه) استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که درمان گروهی شناختی-رفتاری به صورت معناداری ($p < 0.01$) منجر به کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. این اثرات مثبت نه تنها در مرحله پس‌آزمون، بلکه در پیگیری دو ماهه نیز پایدار باقی ماند. نتایج این مطالعه، از درمان گروهی شناختی-رفتاری به عنوان یک مداخله مؤثر و مقرون به صرفه برای بهبود سلامت روانی و تسریع فرآیند بهبودی در ورزشکاران حرفه‌ای آسیب دیده حمایت می‌کند.

کلید واژه‌ها: مداخله رفتاری - شناختی، تروما، استرس، اعتماد به نفس.



Copyright ©The authors

Publisher: University of Tabriz

مقدمه

آسیب ورزشی به از دست دادن عملکرد فیزیکی یا ساختار بدن به دلیل فعالیت های ورزشی در طول معاینه بالینی اشاره دارد. یک مطالعه اپیدمیولوژی توصیفی آسیب های شدید، توسط برنامه نظارت بر آسیب های انجمن ملی دانشگاهی نشان داد که ۳۱۸۳ آسیب شدید بین سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۵ با میزان آسیب ۰.۶۶ در هر ۱۰۰۰ ورزشکار رخ داده است. صدمات ورزشی می تواند اثرات عمده ای بر ورزشکاران و خانواده های آنها داشته باشد، که منجر به ترک تحصیل، بازنشستگی از ورزش، دردهای مزمن، ناتوانی، افزایش بار خانوادگی، کاهش تعاملات اجتماعی و افزایش هزینه های پزشکی شوند (Li et al., 2020). اطلاعات حاصل از فوتبال نخبگان نشان می دهد که یک بازیکن به طور متوسط سالانه تقریباً دو مصدومیت دارد. از طرفی آسیب های ورزشی می تواند تأثیراتی فراتر از مشارکت ورزشی در سطح فردی، تیمی یا باشگاهی و جامعه داشته باشد. محققان دریافته اند که آسیب دیدگی یکی از دلایل عمده خاتمه ورزش است. علاوه بر این، آسیب ها همچنین با واکنش های شناختی و احساسی همراه هستند، از جمله (درک درد، احساس از دست دادن، غم، عصبانیت، ترس، غم و اندوه)، که به نوبه خود می تواند بر روی سلامتی ورزشکاران تأثیر بگذارد. (Ivarsson et al., 2017)

علل عمده آسیب های ورزشی عبارتند از استرس بیش از حد، ناتوانی در تمرکز، ضربه های فیزیکی، تمرین بیش از حد، پایین بودن اعتماد به نفس (Pujals et al., 2016). در واقع، تعداد زیادی از مدل ها در ادبیات آسیب های ورزشی نشان می دهند که آسیب های ورزشی نه تنها ناشی از عوامل استرس زای فیزیکی، بلکه روانی اجتماعی نیز هستند (Pensgaard et al., 2018). تحقیقات در محیط های آزمایشگاهی نشان داده است که درجه شدید استرس می تواند اشکال مختلف فعالیت فکری و بدنی را مختل کند (Martens, 1977). توانایی مقابله با استرس یک ورزشکار، حساسیت به کاهش عملکرد، و همچنین خطر آسیب و بیماری افزایش می یابد. برای توضیح این رابطه از مدل «استرس و آسیب» پیشنهاد شده توسط ویلیامز و اندرسن استفاده شده است (Williams & Andersen, 1997). بر اساس این مدل، پاسخ استرس تنش عضلانی عمومی را در بدن افزایش می دهد، که می تواند منجر به کاهش هماهنگی حرکتی و انعطاف پذیری شود، که هر دو می توانند بر خستگی تأثیر بگذارند. این مدل همچنین نشان می دهد که استرس ممکن است میدان بینایی را کاهش دهد، در نتیجه توجه بصری را کاهش می دهد که ممکن است توانایی استفاده از اطلاعات پیرامونی مربوطه را کاهش دهد (Williams & Andersen, 1998). شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد افزایش استرس روانی اجتماعی خطر آسیب را در ورزشکاران نیز افزایش می دهد (Pensgaard et al., 2018) و کاهش چنین استرسی (از طریق مداخلات مدیریت استرس)



کاهش می یابد. احتمال آسیب (Perna et al., 2003) به طور مشابه، استرس مزمن بار تمرینی بال (Drew & Finch, 2016) یا افزایش ناگهانی و شدید استرس بار تمرینی در یک دوره زمانی کوتاه هالین و همکاران (۲۰۱۶) می تواند به طور قابل توجهی خطر آسیب دیدگی را افزایش دهد. بسیاری از ورزشکاران به خوبی از تأثیر استرس شدید بر سلامت جسمانی و عملکرد ورزشی آگاه هستند. ورزشکاران با اعتماد به نفس بالا، دچار استرس کمتری هستند. در صورتی که ورزشکار متوجه شود که عواقب عملکرد آنها بر حرفه ورزشی یا اعتماد نفس ورزشکار تأثیر منفی می گذارد، پاسخ استرس بیشتر می شود (Williams & Andersen, 1998) از سوی دیگر، اعتماد به نفس بیش از حد ممکن است از استفاده از همه منابع در طول فعالیت جلوگیری کند و منجر به عملکرد ضعیف و آسیب شود. اعتماد به نفس بیش از حد ممکن است منجر به رفتار پرخطر در طول تمرین یا مسابقه شود که همچنین می تواند منجر به افزایش خطر آسیب شود. (Hamlin et al., 2019)

یکی از ویژگیهایی که ورزشکاران برجسته را از سایرین متمایز می سازد، اعتماد به نفس یا خود باوری است. اعتماد به نفس در طی سالها پرورش می یابد و از تفکر مثبت و مؤثر و تجارب موفقیت آمیز حاصل می شود. ورزشکاران به روش های بسیار متفاوتی به صدمات پاسخ می دهند و طیف گسترده ای از پاسخ های شناختی، عاطفی و رفتاری را به نمایش می گذارند. چندین مدل مفهومی چارچوب های مرجعی را برای درک پاسخ روانی به آسیب های ورزشی ارائه می دهند. اینها عمدتاً شامل مدل های فرآیند استرس و فرآیند غم و اندوه می شوند (Weiss, 1986). برای اولین بار اهمیت بررسی عوامل شخصیتی و موقعیتی را به عنوان عوامل تأثیرگذار بر پاسخ ورزشکاران به استرس آسیب شناسایی کردند. در زمان بررسی آنها، شواهد تجربی بسیار محدودی وجود داشت. بنابراین، این نویسندگان مدل پاسخ روان شناختی خود را با تحقیقات مربوط به حوزه های مرتبط با استرس ورزشی، مانند ادبیات اضطراب ورزشی مرتبط کردند (Weiss et al., 1989) یک تصویر ساده از مدل فرآیند استرس اصلی ارائه کردند که توسط ویز و تروکسل به عنوان مدلی مناسب برای درک فرآیند آسیب ورزشی شناسایی شد. این مدل فرآیند آسیب ورزشی را به عنوان یک عامل استرس زا در نظر می گیرد که ارزیابی های شناختی را تحریک می کند. این ارزیابی های شناختی بر پاسخ های عاطفی تأثیر می گذارد که به نوبه خود بر پاسخ های رفتاری نیز تأثیرگذار است. مطالعات اخیر فرآیند استرس و مدل های ارزیابی شناختی، مدل قبل از آسیب اندرسن و ویلیامز (۱۹۸۸) را به مرحله پس از آسیب گسترش داده اند. گرو (۱۹۹۳) همچنین یک مدل مبتنی بر استرس ارائه کرد که بر شخصیت به عنوان عاملی مؤثر بر افکار، احساسات و رفتار ورزشکاران در طول توانبخشی تمرکز داشت. هر دو مؤلفه عمومی و خاص ادراک از خود در ادبیات آسیب های ورزشی مورد بررسی قرار گرفته اند، مانند اعتماد به نفس و خودکارآمدی. ادراک از



خود را می‌توان هم به عنوان تعدیل‌کننده پاسخ و هم به عنوان پاسخ‌های پویا به خودی خود در نظر گرفت. اعتماد به‌نفس، باور تعمیم یافته به خود، و خودکارآمدی، باور به خود به عنوان شایستگی و مؤثر بودن در موقعیت‌های خاص، در یک مطالعه نوآورانه توسط فلینت، (۱۹۹۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. هم اعتماد به‌نفس و هم خودکارآمدی به دنبال مداخله مدل سازی هم‌تا در میان ورزشکاران زن که بازسازی رباط صلیبی قدیمی داشتند، بهبود یافت. ده ورزشکاری که برای تماشای نوار ویدئویی از همسالان شرکت‌کننده در توانبخشی از جراحی تعیین شده بودند، نسبت به ده شرکت‌کننده همسان که به عنوان گروه کنترل خدمت می‌کردند، اعتماد به‌نفس، خودکارآمدی و پایداری به توانبخشی بیشتری داشتند (Wiese-Bjornstal et al., 1998). یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند مورد توجه قرار گیرد روش درمان شناختی-رفتاری به صورت گروهی است. هدف کلی گروه درمانی افزایش آگاهی افراد از خودشان و دیگران و کمک به آنها در جهت روشن ساختن تغییراتی است که در زندگی مایل اند بدانها دست یابند و فراهم ساختن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات. بررسی بروئر، (۱۹۹۴) نشان می‌دهد که مدل‌های ارزیابی شناختی بیشترین نوید را برای درک فرآیند آسیب‌های ورزشی دارند. برخلاف مجموعه غنی از مطالعات تجربی در مورد عوامل روان‌شناختی در وقوع آسیب‌های ورزشی، تعداد کمی از مطالعات مداخله کنترل شده روابط بین متغیرهای خطر روانی و پیامدهای آسیب را بررسی کرده اند (Cupal, 1998). علاوه بر این، توجه کمی به آن دسته از مداخلات مختصر شده است که اغلب هنگام کار با ورزشکاران در این زمینه اتفاق می‌افتند، که به عنوان مداخلات تماس کوتاه نامیده می‌شوند (Giges & Petitpas, 2000). در زمینه روان‌شناسی بالینی، علاقه و تحقیقی در مورد مداخلات مختصر یا متمرکز، به ویژه در درمان‌های شناختی-رفتاری وجود داشته است (Lambert et al., 1994). تحقیقات تجربی کمی راهبردهای مداخله روان‌شناختی را در زمینه آسیب بررسی کرده است (Evans et al., 2006). علیرغم برخی پیشرفت‌ها، پیشرفت‌ها کند بوده است و مطالعات مداخله‌ای عمدتاً بر روی مسائل رفتاری و نتایج بالینی متمرکز شده‌اند. بنابراین پژوهشگران تشویق به اجرای آن می‌شوند. اکثر مطالعات انجام شده با بیان اینکه تلفیق دو رویکرد شناختی و رفتاری باعث کاربردی‌تر شدن مداخله در جهت افزایش اعتماد به‌نفس می‌شود، در مداخله‌ی خود از هر دو رویکرد استفاده نموده‌اند. جالب است که علیرغم تمام تئوری‌های منتشر شده در مورد مقابله، اطلاعات کمی در مورد چگونگی مقابله ورزشکاران آسیب دیده با آسیب‌ها در طول دوره توانبخشی و اینکه آیا استراتژی‌های مقابله‌ای خاص با توجه به توانبخشی و بازیابی آسیب‌سودمندتر هستند، وجود دارد. تحقیقات در این زمینه مدت‌هاست به تاخیر افتاده و بسیار مورد نیاز است (Quinn & Fallon, 1999). درمان رفتاری شناختی متمرکز بر تروما اساساً از اصول رفتاری-شناختی استفاده کرده و مداخلاتی را برای درمان تروما برای کمک به درک مراجع و مدیریت ناراحتی روان‌شناسی استفاده می‌کند. با توجه به ادبیات



پژوهشی، پژوهشی در این زمینه در حوزه ورزش انجام نگرفته است. با بررسی های نظام دار، نیاز به یافتن روش های مداخله نظری پایدارتر و کارآمدتری احساس می شود، که اثر خود را بر کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس نشان دهند. براین اساس، می تواند برای ورزشکارانی به کار برده شود که آسیب های ترومای ورزشی را تجربه می کنند تا ناراحتی مرتبط با عارضه شناسی مربوط به ترومای آنها کاهش یابد که در این زمینه تا کنون مطالعه ای یافت نشد. نویسنده استفاده از مداخلات شناختی - رفتاری مبتنی بر تمرکز بر تروما را در گروه به منظور فراهم کردن ابزار، منابع و پشتیبانی اجتماعی لازم را برای ورزشکاران آسیب دیده پیشنهاد می کند تا نشانه های مربوط به تروما خود را مدیریت کنند. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده درباره اهمیت اعتماد به نفس در ورزشکاران نخبه، پیامدهای منفی ناشی از کاهش اعتماد به نفس در این گروه و همچنین استرس ورزشکاران، اهمیت و نقش آن در عملکرد ورزشکاران نخبه و وجود تحقیقات اندک انجام شده در این خصوص، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در ورزشکاران نخبه آسیب دیده ناشی از تروما اجرا شد تا در صورت مؤثر بودن به عنوان یک روش برای ارتقاء اعتماد به نفس و کاهش استرس توصیه شود.

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی در چارچوب یک طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل است. سی و دو ورزشکار آسیب دیده ناشی از تروما به روش در دسترس و هدفمند (۱۰ دختر و ۲۲ پسر) به تایید متخصصان فدراسیون پزشکی ورزشی به صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. به صورت تصادفی در دو گروه ۱۶ و ۱۶ نفره متشکل از یک گروه مداخله و یک گروه کنترل قرار گرفتند. یک گروه مداخله مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یک جلسه) تحت آموزش گروهی رفتار درمانی شناختی قرار گرفت و گروه کنترل هم مداخله مذکور را دریافت نکرد. کلیه نمونه ها در ۲ مقطع پیش آزمون و پس آزمون با فاصله دو ماه و ۲ ماه بعد پیگیری، پرسش نامه مربوطه را تکمیل نمودند. جلسات با توجه به شیوع ویروس کرونا، به گونه آنلاین و با نظارت متخصص با سابقه ۱۵ سال درمان، برگزار گردید. ملاک های ورود افراد گروه نمونه عبارت بودند از: ورزشکاران آسیب دیده ای که مورد تایید مربیان فیزیوتراپ یا متخصصان فدراسیون پزشکی ورزشی باشند، تمام ورزشکاران نخبه رشته های ورزشی، رضایت داشتن، تا حد امکان همزمان در جلسات توانبخشی جسمانی زیر نظر متخصصان توانبخشی در کلینیک ها نیز شرکت کند، رده سنی ۱۸-۳۰ و ملاک های خروج عبارت بودند از: غیبت بیش از ۲ جلسه موجب خارج شدن افراد از گروههای آزمایشی می شود، عدم تمایل ذهنی به ادامه پژوهش، افراد دارای اضطراب صفتی بالاتر از نرمال.



ابزار گردآوری داده‌ها

پرسش‌نامه اعتماد به نفس آیزنک

ابزاری جهت سنجش میزان اعتماد به نفس افراد است که توسط آیزنک تنظیم شده است. پرسش‌نامه- اعتماد به نفس آیزنک (۱۹۷۶؛ به نقل از بیابانگرد، ۱۳۷۳) ۳۰ ماده دارد و آزمودنی برای پاسخ دادن به هر ماده باید یکی از ۳ گزینه «بلی»، «خیر» و یا «؟» را انتخاب کند. در این پرسش‌نامه، پایین‌ترین نمره‌ی ممکن صفر و بالاترین نمره ۳۰ است. هرمزی نژاد (۱۳۷۹) در تحقیقی روی دانشجویان شهید چمران اهواز، اعتبار سازه این آزمون را برای دانشجویان دختر ۰/۷۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۹ گزارش کرده است. همچنین وی آزمون اعتماد به نفس آیزنک و مقیاس اعتماد به نفس را به‌طور هم‌زمان روی دو نمونه دختر و پسر دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا کرده و ضرایب روایی محاسبه شده برای نمونه دختر ۰/۷۹=۲ و برای نمونه پسر ۰/۷۴=۲ را گزارش می‌کند که هر دو در سطح $p < 0.01$ ، معنادار هستند. نتایج یافته‌های وی نشان می‌دهد که این آزمون از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب و رضایت‌بخشی بهره‌مند است.

پرسش‌نامه استرس ادراک شده

پرسش‌نامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده و دارای ۱۴ سوال است و برای سنجش استرس عمومی ادراک شده در یک ماه گذشته به کار می‌رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقیاس تنش درک شده توسط کوهن و همکاران (۱۹۸۳) ساخته شده است که از ۴ گویه و ۲ عامل مثبت (۲ سوال) و منفی (۲ سوال) تشکیل شده است که به منظور سنجش درجه‌ای که موقعیت‌های موجود در زندگی فرد، تنش‌زا ارزیابی می‌شود بکار می‌رود. عامل مثبت شامل سوالات ۲ و ۳ و عامل منفی شامل سوالات ۱ و ۴ می‌باشد. نمره‌گذاری پرسش‌نامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای می‌باشد که برای گزینه‌های «هرگز»، «خیلی کم»، «بعضی اوقات»، «زیاد» و «خیلی زیاد» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ در نظر گرفته می‌شود. مطالعات متعددی در خصوص ویژگی‌های روان‌سنجی اجرا شده است. بررسی‌های تحلیل عاملی بیانگر آن است که نسخه‌های ۱۴، ۱۰ و ۴ عبارتی ساختاری دو عاملی دارد که شامل عبارت‌های مثبت و منفی است؛ هر چند در بعضی پژوهش‌ها، ساختار عاملی را تک عاملی گزارش کردند. پایایی این مقیاس، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی در مطالعات مختلف بررسی شده است. این پرسش‌نامه در کشورهای مختلف کاربردهای فراوانی داشته و به همین خاطر به زبان‌های گوناگون ترجمه



و در کشورهای زیادی مورد استفاده قرار گرفته و هنجاریابی شده است. در این مجموعه نسخه ۱۴ ماده ای آن ارائه می‌شود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ به دست آمده است (Cohen et al., 1983).

شیوه گردآوری داده‌ها:

پژوهشگر پس از اخذ مجوز های لازم (اخلاق و...)، اطلاعات آسیب‌دیدگی های ورزشکاران نخبه در ورزش در سطح استان تهران و با مراجعه به فدراسیون پزشکی ورزشی را دریافت نمود. تیم تحقیق با هماهنگی مربیان و سرپرستان تیم ها با ورزشکاران آسیب دیده ارتباط برقرار کرد. بعد از تکمیل پرسش‌نامه ها توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت گروه درمانی مبتنی بر روش رفتاری شناختی قرار گرفتند و پس از جلسات، دو گروه مجددا پرسش‌نامه ها را تکمیل نمودند و در مرحله ی پیگیری پس از سه ماه از پایان جلسات پرسش‌نامه ها توسط افراد دو گروه تکمیل شد. خلاصه جلسات آموزشی به شرح جدول ۱ می باشد (Wason, 2018).

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزشی

جلسه	برنامه ها
۱	معارفه و اجراء پیش آزمون، ایجاد ارتباط و جلب اعتماد، آگاهی بیمار از ساختار جلسات، تعیین اهداف درمان، آموزش روان‌شناختی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۲	مرور تکالیف جلسه قبل، بیان زنجیره (افکار، هیجان، رفتار)، ثبت افکار ناکارآمد، کشف افکار منفی و اصلاح این افکار، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۳	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه اولین روش تکنیک های مدیریت استرس، تکنیک کنترل تنفس، متوقف کردن فکر، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۴	مرور تکالیف جلسه قبل، ارائه دومین روش تکنیک های مدیریت استرس، تکنیک آرمیدگی، تکنیک هیجانی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۵	مرور تکالیف جلسه قبل، تاثیر بر بیان و نوسانات، نحوه راحت صحبت کردن در مورد احساسات، سطوح مختلف شدت احساسات، استراتژی های بیان عاطفی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۶	مرور تکالیف جلسه قبل، مقابله شناختی، تغییر فکر و رفتار با تفکر متفاوت، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۷	مرور تکالیف جلسه قبل، مدیریت علائم پس از آسیب، بررسی آسیب های اعضای گروه، مدیریت علائم تروما مربوط به آسیب روحی، ارائه تکالیف برای جلسه بعد.
۸	مرور تکالیف جلسه قبل، تغییر شناخت های مرتبط با آسیب، نتیجه گیری و اتمام درمان

در این پژوهش از میانگین، انحراف معیار و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شده است.



یافته ها:

ویژگی های جمعیت شناختی ورزشکاران آسیب دیده در گروه های مورد پژوهش به شرح ذیل می باشند:

سن آزمودنی های کمتر از ۲۰ سال به ترتیب گروه کنترل صفر درصد و گروه درمان ۱۲/۵ درصد، بین ۲۰ تا ۳۰ سال به ترتیب گروه کنترل ۵۰ و گروه درمان ۳۷/۵ درصد و بین ۳۰ تا ۴۰ سال به ترتیب گروه کنترل ۵۰ و گروه درمان ۵۰ درصد را تشکیل دادند. جنسیت آزمودنی های آقا به ترتیب در گروه کنترل ۶۲/۵ درصد و در گروه درمان ۷۵ درصد، خانم به ترتیب در گروه کنترل ۳۷/۵ درصد و گروه درمان ۲۵ درصد می باشند. وزن آزمودنی ها زیر ۶۰ کیلو گرم به ترتیب گروه کنترل ۲۵ درصد و گروه درمان ۱۸/۷۵ درصد، بین ۶۰ تا ۷۰ کیلو گرم به ترتیب در گروه کنترل ۳۱/۲۵ درصد و گروه درمان ۳۱/۲۵ درصد، ۷۰ کیلو گرم به بالا به ترتیب در گروه کنترل ۴۳/۷۵ درصد و گروه درمان ۵۰ درصد را تشکیل دادند. در حوزه تحصیلات در گروه کنترل مقطع فوق دیپلم و پایین تر ۱۲/۵ درصد، گروه درمان ۴۳/۷۵ درصد، لیسانس در گروه کنترل ۴۳/۷۵ درصد، گروه درمان ۱۸/۷۵ درصد و در مقطع فوق لیسانس و بالاتر گروه کنترل ۴۳/۷۵ درصد، گروه درمان ۳۷/۵۰ درصد را تشکیل دادند و مدت زمان بیرون از ورزش کمتر از ۶ ماه به ترتیب گروه کنترل ۴۳/۷۵ درصد و گروه درمان ۴۳/۷۵ درصد، بین ۶ تا ۱۲ ماه به ترتیب گروه کنترل ۳۷/۵ درصد و گروه درمان ۳۱/۲۵ درصد، بالاتر از ۱۲ ماه به ترتیب گروه کنترل ۱۸/۷۵ درصد و گروه درمان ۲۵ درصد را تشکیل دادند. ضمناً وضعیت آسیب در هر دو گروه در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

جدول ۲. وضعیت آسیب ورزشکاران در هر دو گروه کنترل و درمان

Treatment group گروه درمان		control group گروه کنترل		Property ویژگی
Frequency درصد فراوانی	Abundance فراوانی	Frequency درصد فراوانی	Abundance فراوانی	
Injury آسیب				
۶۲/۵	۱۰	۱۲/۵	۲	Knee زانو
۱۸/۷۵	۳	۱۸/۸	۳	Shoulder کتف
۶/۲۵	۱	۱۲/۵	۲	Ankle مچ پا
۱۲/۵	۲	۲۵	۴	Wrist مچ دست
۰	۰	۱۸/۸	۳	Waist کمر
۰	۰	۱۲/۵	۲	Head سر

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای استرس و اعتماد به نفس در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

Standard deviation انحراف استاندارد	Mean میانگین	Level مرحله	Variable متغیر
۶/۱۰	۴۸/۵۶	Pre-test پیش آزمون	Control کنترل
۴/۹۵	۴۵	Post-test پس آزمون	
۲/۱۹	۴۳/۱۸	Follow up پیگیری	
۴/۶۳	۴۹/۷۱	Pre-test پیش آزمون	CBT
۶/۵۸	۳۷/۸۸	Post-test پس آزمون	
۱/۳۶	۳۵/۶۴	Follow up پیگیری	
۳/۸۳	۴۱/۹۴	Pre-test پیش آزمون	Control کنترل
۳/۹۶	۴۲	Post-test پس آزمون	
۴/۹۱	۴۲/۰۶	Follow up پیگیری	
۳/۰۷	۴۱/۲۴	Pre-test پیش آزمون	CBT
۳/۱۲	۴۴/۸۸	Post-test پس آزمون	
۲/۸۶	۴۳/۱۱	Follow up پیگیری	

نتایج جدول ۳ انحراف معیار و میانگین اعتماد بنفس و استرس ورزشکاران آسیب دیده در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در گروه آزمایشی با رویکرد شناختی- رفتاری و کنترل نشان می دهد. برای بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری بر کاهش استرس و افزایش اعتماد بنفس ورزشکاران آسیب دیده در بخشی از آمار توصیفی استفاده شده است. قبل از اجرای آزمون آنها با اندازه گیری مکرر، آزمون مفروضه های مربوط به این روش آماری ضروری است. در هریک از این مفروضه های اساسی نرمال بودن داده ها با آزمون های ضریب کشیدگی، ضریب چولگی، آزمون شاپیرو- ویلک مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول ۴. مقادیر کجی و کشیدگی و آزمون شاپیرو-ویلک جهت ارزیابی نرمال بودن متغیره

Kurtosis کشیدگی	Skewness کجی	Shapiro-Wilk test آزمون شاپیرو-ویلک		Variable متغیر
		Std. Error معنی داری	Statistic آماره	
-۰/۹۰۴	-۰/۰۶۳	۰/۸۷۹	۰/۹۷۴	Perceived stress استرس درک شده
-۰/۰۳۲	۰/۴۰۷	۰/۱۵۹	۰/۹۲۲	Confidence اعتماد به نفس

خوشبختانه نتایج جدول ۴ نشان می دهد آماره ی چولگی و کشیدگی به ترتیب در بازه ی مجاز (+۱ تا -۱) قرار دارد، بنابراین شرط لازم برای نرمال بودن توزیع وجود دارد. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نیز نشان دهنده این است که فرض توزیع غیر نرمال بودن داده ها رد می شود. ($P > ۰/۰۵$) سطح معناداری تمام متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ است، پس فرض نرمال بودن داده ها تایید می شود. نتایج آزمون کرویت موچلی این فرض صفر را آزمون می کند که ماتریس کوواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته تبدیل شده نرمال یک ماتریس همانی است. بنابراین آزمون کرویت موچلی درباره همگنی ماتریس واریانس-کواریانس و آزمون لوین برای بررسی یکسانی خطای واریانس درباره متغیرهای وابسته رعایت شده است. جدول ۵ نتایج آنوا با اندازه گیری مکرر را نشان می دهد. همانطور که مشاهده می شود نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی ها را نشان می دهد. براساس این جدول و ستون *Sig* می توان، فرض صفر (یعنی برابری میانگین طی تیمارها) را رد کرد. زیرا مقدار *Sig* کوچکتر از حداقل احتمال خطای نوع اول (۰/۰۵) شده است. در این آزمون چند متغیره اثر شاخص لامبدای ویلکز برای هر یک از اثرات درون گروهی و بین گروهی گزارش شده است، به طور معمول در بیشتر ادبیات پژوهش لامبدای ویلکز گزارش می شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری

Partial Eta Squared مجذور اتای پاره ای	p	Hypothesis df فرضیه	Error df خطای	F	Value ارزش	Effect اثر
۰/۳۳۲	۰/۰۰۲	۲	۳۰	۷/۴۳۹	۰/۶۶۸	Time زمان
۰/۵۸۵	۰/۰۰۱	۲	۳۰	۲۱/۱۲۵	۰/۴۱۵	Time * Groups زمان * گروه

در نتایج جدول ۵ اثر زمان بر اعتماد بنفس و استرس در آزمون ویلکز (۰/۶۶۸) معنادار است ($P > ۰/۰۰۲$) و $F=۷/۴۳۹$). علاوه بر این بین گروه های کنترل و شناختی - رفتاری در اعتماد به نفس و استرس تفاوت معناداری



وجود دارد. اثر تعامل بین گروه‌های آزمایش و کنترل و زمان اندازه‌گیری نیز بر اعتماد بنفس و استرس نیز در آزمون ویلکز (۰/۴۱۵) معنادار است. ($F = ۲۱/۱۲۵$ و $P > ۰/۰۰۱$) همچنین میانگین اعتماد به‌نفس و استرس در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می‌توان اظهار داشت که میانگین اعتماد بنفس و استرس در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری با توجه به سطوح متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج تحلیل درون آزمودنی برای متغیرهای استرس درک شده و اعتماد به‌نفس بیان‌کننده این است که (۱) اثر زمان بر استرس ($F = ۲۸/۷۴۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، و اعتماد به‌نفس ($F = ۴/۹۵۴$ ، $P < ۰/۰۱$) معنادار است. علاوه بر این بین نمرات استرس در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. (۲) اثر تعامل زمان و گروه بر استرس ($F = ۷/۴۶۰$ ، $P < ۰/۰۰۱$)، و اعتماد به‌نفس ($F = ۱۴/۴۴۵$ ، $P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. همچنین تفاوت میانگین نمرات استرس در زمان‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با توجه به سطوح متغیر گروه‌ها (گروه‌های آزمایش و کنترل) متفاوت است. نتایج مقابله‌های درون آزمودنی برای متغیرهای استرس و اعتماد به‌نفس نشان می‌دهد که (۱) اثر زمان بر استرس درک شده ($F = ۱۶/۴۷۸$ ، $P < ۰/۰۰۱$) و اعتماد به‌نفس ($F = ۱۳/۱۳۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. علاوه بر این بین زمان‌ها در استرس و اعتماد به‌نفس تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از روند درجه ۲ (تغییرات غیرخطی) برخوردار است. به بیان دیگر متغیر اعتماد به‌نفس در سه مرحله با یکدیگر تفاوت دارد. (۲) اثر تعامل زمان و گروه بر استرس ($F = ۱۳/۹۸۴$ ، $P < ۰/۰۲$) و اعتماد به‌نفس ($F = ۲۷/۳۵۴$ ، $P < ۰/۰۰۱$) معنادار است.

جدول ۶. نتایج مقایسه زوجی دو گروه آزمایش و کنترل برای استرس و اعتماد به‌نفس

Sig. سط معناداری	Standard deviation error خطای انحراف استاندارد	Mean (I, j) difference تفاوت میانگین	group (j) گروه	group (i) گروه	Dependent Variables متغیر وابسته
۰/۰۱	۲/۰۲۴	۱۱/۳۲۲	Control کنترل	CBT	Perceived stress استرس درک شده
۰/۰۳	۱/۰۶۰	۲/۴۰۸	Control کنترل	CBT	Confidence اعتماد به‌نفس

نتایج جدول شماره ۶ تفاوت بین اعتماد بنفس و استرس در دو گروه کنترل و آزمایش با رویکرد شناختی- رفتاری نشان می‌دهد که میانگین اعتماد بنفس و استرس در هر دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. به عبارت دیگر مداخله درمانی در گروه آزمایش که گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در ورزشکاران آسیب دیده، اثر بخش



بوده است. افزون بر این اعتماد بنفس و استرس در بین گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند. میانگین اعتماد بنفس و استرس در گروه درمانی CBT با رویکرد شناختی-رفتاری پایین تر از گروه کنترل می باشد. به عبارت دیگر اثربخشی گروه درمانی CBT با رویکرد شناختی-رفتاری در کاهش اعتماد بنفس و استرس بیشتر از گروه کنترل در ورزشکاران آسیب دیده می باشد. سرانجام مقایسه زوجی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش در جدول ۹ گزارش شده است.

جدول ۷. نتایج مقایسه زوجی سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای استرس درک شده و اعتماد به نفس در گروه آزمایش

Sig.	Standard deviation error	Mean difference	Time (j)	Time (i)	Dependent Variables
سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	زمان	زمان	متغیر وابسته
۰/۰۰۱	۱/۰۰۳	۷/۸۱۸	Post-test پس آزمون	Pre-test پیش آزمون	Perceived stress
۰/۰۰۱	۱/۱۴۹	۴/۶۶۴	Follow up پیگیری	Pre-test پیش آزمون	استرس درک شده
۰/۰۰۷	۰/۹۵۰	-۳/۱۵۴	Follow up پیگیری	Post-test پس آزمون	استرس درک شده
۰/۰۰۳	۰/۴۵۳	-۱/۶۶۷	Post-test پس آزمون	Pre-test پیش آزمون	اعتماد به نفس
۰/۰۰۱	۰/۶۲۹	۰/۳۷۳	Follow up پیگیری	Pre-test پیش آزمون	Confidence اعتماد به نفس
۰/۰۹۲	۰/۵۷۲	۱/۲۹۴	Follow up پیگیری	Post-test پس آزمون	اعتماد به نفس

نتایج جدول ۷ نشان می دهد که بین اعتماد بنفس و استرس در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین می توان نتیجه گرفت میانگین متغیر استرس در گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری میانگین در سطح ۰/۰۰۱ تفاوت معنادار داشته است. افزون بر این مقایسه میانگین متغیر اعتماد به نفس در زمان پیش آزمون با زمان پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی باشد و نشان می دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است. ولی متغیر اعتماد بنفس در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش معنادار می باشد و نشان می دهد که در مرحله پس آزمون تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد شده است ولی در پیگیری تغییرات ایجاد نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

توسعه منطقی مطالعه حاضر بررسی این است که آیا درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما برای ورزشکاران حرفه‌ای که آسیب دیده اند مفید است یا خیر. همانطور که در بخش یافته‌های پژوهش بیان شد استرس درک شده و اعتماد به نفس در ورزشکاران آسیب دیده نخبه دستخوش تغییرات معناداری شد. نتایج پژوهش از درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما جهت کاهش علائم استرس درک شده و افزایش اعتماد به نفس حمایت می‌کند. نتایج نشان داد که مداخله درمانی در گروه آزمایش گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در ورزشکاران آسیب دیده حرفه‌ای، اثر بخش بوده است. افزون بر این اعتماد بنفس و استرس در بین گروه‌های آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری دارند. میانگین اعتماد بنفس و استرس در گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری پایین تر از گروه کنترل می‌باشد. به عبارت دیگر اثربخشی گروه درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری در افزایش اعتماد بنفس و کاهش استرس بیشتر از گروه کنترل در ورزشکاران آسیب دیده می‌باشد. از طرفی نتایج نشان داد که میانگین متغیر استرس در گروه آزمایش از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پیش آزمون تا پیگیری میانگین در سطح $0/01$ تفاوت معنادار داشته است. افزون بر این مقایسه میانگین متغیر اعتماد بنفس در زمان پیش آزمون با زمان پیگیری در گروه آزمایش معنادار نمی‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پیگیری تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد نشده است. ولی متغیر اعتماد بنفس در پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش معنادار می‌باشد و نشان می‌دهد که در مرحله پس آزمون تغییر معناداری در گروه آزمایش ایجاد شده است ولی در پیگیری تغییرات ایجاد نشده است. علاوه بر این بین زمان‌ها در اعتماد بنفس و استرس تفاوت معناداری وجود دارد و تغییرات روند در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از روند درجه ۲ (تغییرات غیرخطی) برخوردار است. به بیان دیگر متغیرهای اعتماد بنفس و استرس در سه مرحله با یکدیگر تفاوت دارند. اثر تعامل زمان و گروه بر اعتماد بنفس و $(F = 27/354, P < 0/001)$ ، استرس $(F = 13/984, P < 0/02)$ نیز معنادار است. صرف نظر از تجربه یا توانایی، هیچ ورزشکاری از آسیب مصون نیست (Steadman, 1993) برای ورزشکاران نخبه، زمان و انرژی زیادی برای دستیابی به عملکرد مطلوب در ورزش صرف می‌شود، از این رو هر آسیب قابل توجهی احتمالاً به عنوان یک رویداد آسیب زای زندگی با پیامدهای جسمی و روانی تلقی می‌شود. عوامل زیادی می‌توانند بر روند بهبودی یک ورزشکار آسیب دیده تأثیر بگذارند. در حالی که مدل‌های مرحله‌ای نمی‌توانند تفاوت‌های فردی در پاسخ به آسیب‌های ورزشی را در نظر بگیرند، مدل‌های ارزیابی شناختی برای توضیح چنین تفاوت‌هایی ایجاد شده‌اند (Brewer, 1994). یکی از مدل‌های ارزیابی شناختی که با پاسخ‌های روان‌شناختی به آسیب مرتبط است عبارت است از: مدل شناختی- رفتاری. در جریان شناخت درمانی درمانجو تشویق می‌شود تا رابطه‌ی بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این روش هدف علاوه بر تسریع بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (Nazari AM, 2011). این درمان به صورت گروهی نیز انجام



می‌شود. طبیعت کاتالیزوری عکس العمل گروه باعث می‌شود که فرد، ادراک دیگران در مورد خودش را نیز مدنظر قرار داده و قادر به کسب آگاهی کامل‌تری از ذات و جوهره خود شود (Mohammadzadeh, 2016). اگر چه تحقیقی که تاثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی متمرکز بر تروما بر میزان اعتماد به نفس و استرس ورزشکاران آسیب دیده حرفه‌ای را بسنجد، یافت نشد. ولی نتایج مطالعات مختلف صورت گرفته در زمینه استفاده از درمان شناختی- رفتاری به منظور افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس یافت شد که با نتایج این مطالعه هم راستا می‌باشند. این پژوهش همچنین با مدل‌های شناختی-رفتاری (الیس و بک) و نظریه خودکارآمدی (بندورا)، اثربخشی درمان گروهی در کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس ورزشکاران مصدوم همسو است.

مداخلات با مؤلفه‌های روانی با اجزای شناختی-رفتاری به طور بالقوه در نظرسنجی‌های گروه‌های حرفه‌ای مختلف سودمند تلقی می‌شوند (Davis et al., 2008). تحقیقات انجام شده توسط (Asken, 1999) نشان داده است که پاسخ‌های روانی به آسیب، مانند استرس، اضطراب یا افسردگی در موارد آسیب شدید تقویت می‌شوند و منجر به افزایش روند توانبخشی می‌شود. استرس عاملی است که بر فرد تأثیر منفی می‌گذارد، هم در سطح روانی و هم در سطح فیزیولوژیکی (Mihăilă, 2015). در همین زمان، پدرسون (۱۹۸۶) درباره واکنش ورزشکاران به غم و اندوه پس از آسیب ورزشی بحث کردند. همانند مدل‌های مبتنی بر استرس، عملاً هیچ پشتیبانی تجربی برای مستندسازی واکنش غم و اندوه مبتنی بر مرحله وجود نداشت. مطالعات اخیر فرآیند استرس و مدل‌های ارزیابی شناختی، مدل قبل از آسیب اندرسن و ویلیامز (۱۹۸۸) را به مرحله پس از آسیب گسترش داده‌اند. گرو (۱۹۹۳) همچنین یک مدل مبتنی بر استرس ارائه کرد که بر شخصیت به عنوان عاملی مؤثر بر افکار، احساسات و رفتار ورزشکاران در طول توانبخشی تمرکز داشت. جنسن (۲۰۱۴) مطالعه دیگری را با مقایسه اثربخشی TFCBT با درمان معمول برای جمعیت جوان در معرض تکانش ارایه کردند. نتایج تأیید کردند که جوانان در هر دو گروه درمان، پیشرفت را در درمان قبل و بعد از عوارض درمان، عوارض استرس پس از تکانش، افسردگی، اضطراب و کارکرد عمومی سلامت روان ابراز داشته‌اند. تفاوت‌های مهمی نیز بین گروه‌های درمانی شناسایی شدند که با نتایج پژوهش حاضر همسوست. این پژوهش با مدل استرس-آسیب ویلیامز و اندرسن و نظریه شناختی-رفتاری بک همسو است که بر تأثیر متقابل عوامل روانشناختی و فیزیولوژیکی در فرآیند بهبودی آسیب‌های ورزشی تأکید دارند.

ترس از آسیب تمرکز و اعتماد به نفس را کاهش می‌دهد (تغییرات روانی) و باعث افزایش تنش عضلانی و تحریک بیش از حد (تغییرات فیزیولوژیکی) می‌شود (Heil, 1993) ورزشکاران همچنین ترس از آسیب دیدگی مجدد را به عنوان یکی از برجسته ترین منابع استرس خود در بازگشت به ورزش شناسایی کرده اند (Bianco et al., 1999).

1 . Pedersen

2 . Grove

3 . Jensen

4 . Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy



نتایج بررسی روش‌های مؤثر و کاربردی در پرداختن به مؤلفه ترس از آسیب مجدد نشان می‌دهد که تصویرسازی ذهنی، تعیین هدف و حمایت اجتماعی سه مورد از پرکاربردترین تکنیک‌های روان‌شناختی در مرحله بهبودی از آسیب‌های اسکلتی-عضلانی هستند. (Williams, 2025) اینها شامل کاهش روانی مانند کاهش اعتماد به نفس و تمرکز ضعیف است که مانع از پیشرفت در بازگشت به ورزش می‌شود. (Chase et al., 2005; Tripp et al., 2007) بهبود شاخص‌های کلیدی روان‌شناختی و رضایت‌مندی بالایی شرکت‌کنندگان، حاکی از اثربخشی مداخلات است (Ogunsami, 2025). برور (۲۰۱۷) اظهار داشت که "آمادگی روان‌شناختی برای بازگشت به ورزش پس از آسیب یک مفهوم نوظهور است که پاسخ‌های شناختی، عاطفی و رفتاری به آسیب‌های ورزشی را کاهش می‌دهد." اکثر مطالعات انجام شده با بیان اینکه تلفیق دو رویکرد شناختی و رفتاری باعث کاربردی‌تر شدن مداخله در جهت افزایش اعتماد به نفس می‌شود، در مداخله‌ی خود از هر دو رویکرد استفاده نموده‌اند. به عنوان مثال، کاظمینی (۲۰۱۱) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر بهبود اعتماد به نفس و خود اثرمندی دانشجویان پرداخت. نتایج نشان دهنده تاثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری بر اعتماد به نفس بوده است. مطالعه دیگری پاسخ‌های روان‌شناختی مختلف ورزشکارانی را که پس از جراحی بهبود می‌یابند در طول زمان مقایسه کرد لاموت^۱ (۱۹۹۴) در میان یافته‌های دیگر، اعتماد به نفس در ورزشکاران آسیب‌دیده که جراحی ترمیمی انجام داده‌اند در مقایسه با گروه کنترل همسان بدون آسیب به طور قابل توجهی افزایش یافت. هم اعتماد به نفس و هم خودکارآمدی به دنبال مداخله مدل سازی همتا در میان ورزشکاران زن که بازسازی رباط صلیبی قدامی داشتند، بهبود یافت. کروناودو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به توصیف امکان سنجی، پایداری، پذیرش و نتایج پیامدهای شناختی-رفتاری مبتنی بر مداخله فیزیوتراپی برای بهبود بعد از عمل بعد از قدامی بازسازی رباط صلیبی پرداختند. و به این نتیجه رسیدند که یک برنامه برای پرداختن به عوامل خطر روانی پس از ACL3 عملی و قابل قبول است. همچنین لیدی^۳ و همکاران (۱۹۹۴) اثرات روان‌شناسی یک جراحی فیزیکی بر ورزشکاران نخبه را بررسی و طیفی از اثرات روانی مشاهده شده را ثبت کردند. هدف آنها بهبود مطالعات قبلی با آزمودن ورزشکاران قبل و بعد از آسیب جسمی بود. نتایج آنها نشان می‌دهد که ورزشکاران مصدوم شده و بهبود یافته به طور معناداری، در زمینه اعتماد به نفس کلی و فیزیکی پس از مصدومیت، امتیازاتی پایین‌تر از ورزشکاران مصدوم نشده یا مصدوم شده در فاز پیگیری نشان می‌دهند. نتایج مطالعات مورد اشاره با نتایج پژوهش حاضر همسوست. ضمن اینکه هیچگونه مطالعه‌ی غیر همسویی که در آن شناخت درمانی گروهی و یا هرگونه گروه درمانی مورد استفاده، در بهبود مؤلفه مورد بررسی بی‌تاثیر بوده، یافت نشد. این مداخله ممکن است به طور خاص برای ورزشکارانی که اعتماد به نفس و انگیزه بالایی برای بازگشت به ورزش دارند (و اعتماد به نفس و انگیزه خود را از طریق توانبخشی حفظ کنند)، یا ورزشکارانی که حمایت روانی را دوست ندارند، سودی نداشته باشد.

1. LaMott

2. Coronado

3. Anterior Cruciate Ligament

4. Leddy



مطالعات آینده ایجاب خواهد کرد که توانبخشی آسیب شامل اجزای فیزیکی و روانی باشد. (Rotella & Heyman, 1986) برای رسیدن به هدف نهایی، ریکاوری و بازگشت به رقابت بسیار مهم است. با این حال، در حال حاضر، فرآیندهای روانی یک ورزشکار آسیب دیده در طول دوره بهبودی با توجه به روند اجرای پروتکل آموزشی تحقیق حاضر مشخص شده است. درمان رفتاری شناختی متمرکز بر تروما (TFCBT) می‌تواند متناسب با درمان مصدومیت‌های ورزشی باشد که همان طور که قبلاً نشان داده شد، یک مدل درمانی اثربخش برای سایر انواع تروما است. (Bisson & Andrew, 2007).

با عنایت به یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیقات بالا، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری گروهی با بهره‌گیری از فواید و ساختار درمان گروهی، روش‌های بالینی موفق، راهکارهای منظم و طبقه‌بندی شده در خصوص استفاده از مولفه‌های شناختی، به عنوان یک راهکار ساده و ارزان در جهت بهبود اعتماد به نفس و کاهش استرس قابل استفاده می‌باشد. بنابراین روان‌شناسان ورزشی، مربیان ورزشی و فیزیوتراپ‌ها، که همواره با ورزشکاران حرفه‌ای در معرض آسیب، در ارتباط هستند می‌توانند از گروه درمانی به شیوه شناختی به عنوان یک روش استاندارد، جدید و مقرون به صرفه از نظر هزینه و زمان، در ارتقاء اعتماد به نفس و کاهش استرس استفاده کنند. محدودیت این مطالعه این است که اولاً، پروفایل‌های قبل از آسیب همه متغیرهای مورد آزمایش به دست نیامد. این امر درک بسیار واضح‌تری از تأثیر عاطفی کامل آسیب بر ورزشکاران نخبه را ممکن می‌کند. ثانیاً، تغییرات زیادی در آسیب‌ها و زمان‌های بهبودی وجود داشت که قابل کنترل نبود و در نتیجه به واریانس خطا کمک می‌کرد. ثالثاً، با توجه به قواعد گروه درمانی و محدود بودن تعداد اعضای شرکت‌کننده در هر گروه، بهتر است مطالعات دیگری با تعداد گروه‌های بیشتر، فاصله زمانی بیشتر بین پس‌آزمون و آزمون پیگیری و همچنین دریافت پروفایل‌های قبل از آسیب، در هر دو گروه صورت گیرد تا بتوان با دقت و اطمینان بیشتری در خصوص تعمیم نتایج و تأثیر شناخت درمانی گروهی بر میزان اعتماد به نفس و استرس بحث نمود. این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان گروهی شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس در ورزشکاران حرفه‌ای آسیب‌دیده پرداخته است. نتایج نشان می‌دهد که این مداخله به‌طور معناداری منجر به کاهش استرس ادراک شده و افزایش اعتماد به نفس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. اثرات مثبت این درمان نه تنها در مرحله پس‌آزمون، بلکه در پیگیری دو ماهه نیز تداوم داشته است. بنابراین، درمان گروهی شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان یک روش مؤثر و مقرون به صرفه در توانبخشی روان‌شناختی ورزشکاران آسیب‌دیده مورد استفاده قرار گیرد.

References:

- Andersen, M. B., & Williams, J. M. (1988). A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. *Journal of sport and exercise psychology*, 10(3), 294–306 .
- Asken, M. (1999). Counseling athletes with catastrophic injury and illness. *Counseling in Sports Medicine. Champaign, IL: Human Kinetics*, 293–309 .
- Bianco, T., Malo, S., & Orlick, T. (1999). Sport injury and illness: Elite skiers describe their experiences. *Research quarterly for exercise and sport*, 70(2), 157–169 .
- Bisson, J., & Andrew, M. (۲۰۰۷). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*(3 .)
- Brewer, B. W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of applied sport psychology* . ۱۰۰–۱۱۷ ,(۱) ۶ ,
- Brewer, B. W. (2017). Psychological responses to sport injury. In *Oxford research encyclopedia of psychology* .
- Chase, M. A., Magyar, T. M., & Drake, B. M. (2005). Fear of injury in gymnastics: Self-efficacy and psychological strategies to keep on tumbling. *Journal of sports sciences*, 23(5), 465–475 .
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385–396 .
- Coronado, R. A., Sterling, E. K., Fenster, D. E., Bird, M. L., Heritage, A. J., Woosley, V. L., Burston, A. M., Henry, A. L., Huston, L. J., & Vanston, S. W. (2020). Cognitive-behavioral-based physical therapy to enhance return to sport after anterior cruciate ligament reconstruction: an open pilot study. *Physical Therapy in Sport*, 42, 82–90 .
- Cupal, D. D. (1998). Psychological interventions in sport injury prevention and rehabilitation. *Journal of applied sport psychology*, 10(1), 103–123 .
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *The relaxation and stress reduction workbook*. New Harbinger Publications .
- Drew, M. K., & Finch, C. F. (2016). The relationship between training load and injury, illness and soreness: a systematic and literature review. *Sports medicine*, 46(6), 861–883 .
- Evans, L., Mitchell, J., & Jones, S. (2006). Psychological responses to sport injury: A review of current research. *Literature reviews in sport psychology*, 289–319 .
- Giges, B., & Petitpas, A. (2000). Brief contact interventions in sport psychology. *The Sport Psychologist*, 14 . ۱۸۷–۱۷۶ ,(۲)
- Grove, B. (1993). Personality and injury rehabilitation among sport performers. In *Psychological bases of sport injuries* (pp. 99–120). Fitness Information Technology .
- Hamlin, M. J., Wilkes, D., Elliot, C. A., Lizamore, C. A., & Kathiravel, Y. (2019). Monitoring training loads and perceived stress in young elite university athletes. *Frontiers in physiology*, 10, 34 .
- Heil, J. (1993). Sport psychology, the athlete at risk, and the sports medicine team. *Psychology of sport injury*, 2, 6–7 .
- Ivarsson, A., Johnson, U., Andersen, M. B., Traanaeus, U., Stenling, A., & Lindwall, M. (2017). Psychosocial factors and sport injuries: meta-analyses for prediction and prevention. *Sports medicine*, 47(2), 353–365 .
- Jensen, T. K., Holt, T., Ormhaug, S. M., Egeland, K., Granly, L., Hoaas, L. C., Hukkelberg, S. S., Indregard, T., Stormyren, S. D., & Wentzel-Larsen, T. (2014). A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(3), 356–369 .
- Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Encyclopedia of psychotherapy*, 1, 709–714 .
- LaMott, E. E. (1994). *The anterior cruciate ligament injured athlete: The psychological process* University of Minnesota . [
- Leddy, M. H., Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (1994). Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. *Research quarterly for exercise and sport*, 65(4), 347–354 .



- Li, S., Wu, Q & ,Chen, Z. (2020). Effects of psychological interventions on the prevention of sports injuries: A meta-analysis. *Orthopaedic journal of sports medicine*, 8(8), 2325967120928325 .
- Martens, R. (1977). Sport competition anxiety test .
- Mihăilă, T. (2015). Perceived stress scale as a predictor of professional behavior and aspects of wellbeing. *Rom J. Cogn. Behav. Ther. Hypn*, 2, 1–14 .
- Mohammadzadeh, H., Mohtashami, J., Bahreinian, A., Shakeri, N., & JamshidiKhezli, T. (2016). The Effectiveness of Group Cognitive Therapy on Self-Esteem of High School Female Students [Research]. . *Journal of Nursing Education*, 4, 9 (in Persian).
- Nazari AM, A. M. (2011). The effectiveness of cognitive group therapy on decreasing depression among high school students. *Knowledge &Health*, 6, 4 (in Persian).
- Ogunsami, D. T. (2025). Effectiveness of a CBT-based Mental Skills Program Among Adolescent Girls' Soccer Players .
- Pedersen, P. (1986). The grief response and injury: A special challenge for athletes and athletic trainers. *Athletic Training*, 21(4), 31 .۳۱۴-۲
- Pensgaard, A. M., Ivarsson, A., Nilstad, A., Solstad, B. E., & Steffen, K. (2018). Psychosocial stress factors, including the relationship with the coach, and their influence on acute and overuse injury risk in elite female football players. *BMJ open sport & exercise medicine*, 4(1)
- Perna, F. M., Antoni, M. H., Baum, A., Gordon, P., & Schneiderman, N. (2003). Cognitive behavioral stress management effects on injury and illness among competitive athletes: a randomized clinical trial. *Annals of behavioral medicine*, 25(1), 66–73 .
- Pujals, C., Rubio, V. J., Marquez, M. O., Sánchez Iglesias, I., & Ruiz Barquín, R. (2016). Comparative sport injury epidemiological study on a Spanish sample of 25 different sports. *Revista de psicología del deporte*, 25(2 .۰۲۷۹-۰۲۷۱)،(
- Quinn, A. M., & Fallon, B. J. (1999). The changes in psychological characteristics and reactions of elite athletes from injury onset until full recovery. *Journal of applied sport psychology*, 11(2), 210–229 .
- Rotella, R. J., & Heyman, S. R .(۱۹۸۶) .Stress, injury, and the psychological rehabilitation of athletes. *Applied sport psychology: Personal growth to peak performance*, 2, 343–364 .
- Steadman, J. R. (1993). A Physician's Approach to the Psychology of Injury. In *Psychology of sport injury*) Vol. 3). Human Kinetics Champaign, IL .
- T., K. (2011). The effectiveness of cognitive- behavioral therapy to improve self-esteem and self- efficacy students. *Journal of the Psychological*, 4(1), 191–206. (In Persian .(
- Tripp, D. A., Stanish, W., Ebel-Lam ,A., Brewer, B. W., & Birchard, J. (2007). Fear of reinjury, negative affect, and catastrophizing predicting return to sport in recreational athletes with anterior cruciate ligament injuries at 1 year postsurgery. *Rehabilitation psychology*, 52(1), 74 .
- Wason, S. (2018). *Psychological Reactions Post-athletic Injury: A Trauma-Informed Cognitive Behavioral Group Therapy Approach*. Azusa Pacific University .
- Weiss, M. R. (1986). Psychology of the injured athlete. *Athletic Training* .
- Weiss, M. R., Wiese, D. M & ,Klint, K. A. (1989). Head over heels with success: The relationship between self-efficacy and performance in competitive youth gymnastics. *Journal of sport and exercise psychology*, 11(4), 444–451 .
- Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M & ,Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. *Journal of applied sport psychology*, 10(1), 46–69 .
- Williams, J. M., & Andersen, M. B. (1997). Psychosocial influences on central and peripheral vision and reaction time during demanding tasks. *Behavioral medicine*, 22(4), 160–167 .
- Williams, J. M., & Andersen, M. B. (1998). Psychosocial antecedents of sport injury: Review and critique of the stress and injury model'. *Journal of applied sport psychology*, 10(1), 5–25 .
- Williams, N. L. (2025). *Psychological Techniques for Athletes With Orthopedic Musculoskeletal Injuries: A Systematic Review* Antioch University .

