

The effectiveness of counseling based on Rational Emotive Behavioral Therapy on improving the mental health and performance of an elite tennis player: a single-subject experimental design

Mohsen Parvazishandi*¹- Reza Khakpour² - Mohammad Vaez Mousavi³

1.PhD Candidate in Counseling, Department of Counseling and Psychology, Roudehen Campus, Islamic Azad University, Roudehen, Iran 2. Associate Professor, Counseling and Psychology Department, Roudehen Campus, Islamic Azad University, Roudehen, Iran 3.Professor, Imam Hossein University, Tehran, Iran

(Received: 2025/01/31; Accepted: 2025/03/12)

Abstract

The aim of this study was to examine the effectiveness of rational emotive behavior therapy (REBT)–based counseling on the mental health and performance of an elite tennis player. A single-case experimental design was employed, with the participant selected via convenience sampling from a pool of elite tennis athletes following an initial evaluation. Data were collected using the General Health Questionnaire (GHQ-28), the Irrational Performance Beliefs Inventory (iPBI), and performance scores at baseline, during the intervention, and at a three-month follow-up. Both visual and statistical analyses demonstrated that REBT-based counseling led to improvements in athletic performance, mental health, and reductions in irrational beliefs, with gains maintained at follow-up. Social validation data from the athlete and coach indicated high satisfaction with the intervention, with both attributing positive changes in performance, belief systems, and overall mental health to the counseling process.

Keywords

Irrational beliefs, REBT, Single-subject experimental design, Tennis, Visual Analysis.

* Corresponding Author: Email: rezakhakpour43@gmail.com

مطالعات المپیک

دوره ۳، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

ص ص: ۱۴۲-۱۱۹

اثربخشی مشاوره مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی بر بهبود سلامت روان و عملکرد یک تنیسور نخبه: طرح تجربی تک - موردی

محسن پروازی شندی^۱ - رضا خاکپور^{۲*} - سیدمحمدکاظم واعظ موسوی^۳

۱. دانشجوی دکتری رشته مشاوره، گروه مشاوره و روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ۳. استاد دانشگاه جامع

امام حسین (ع)، تهران، ایران

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۲۲)

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مشاوره مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی بر بهبود سلامت روان و عملکرد یک ورزشکار نخبه در رشته تنیس بود. این مطالعه با استفاده از طرح تجربی تک موردی انجام شد و شرکت‌کننده از میان ورزشکاران نخبه رشته تنیس انتخاب گردید که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و پس از ارزیابی اولیه، انتخاب شد. داده‌ها از طریق پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی، باورهای غیرمنطقی عملکرد و همچنین نمرات عملکردی در مراحل پایه، مداخله و پیگیری سه‌ماهه جمع‌آوری شدند. تحلیل‌های دیداری و آماری نشان داد که مشاوره مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی تأثیر مثبتی بر عملکرد ورزشی، سلامت روان و کاهش باورهای غیرمنطقی در کوتاه‌مدت و بلندمدت (پیگیری ۳ ماهه) دارد. همچنین، نتایج داده‌های اعتبار سنجی اجتماعی که از ورزشکار و مربی او جمع‌آوری شد، نشان داد که ورزشکار از مداخلات انجام شده رضایت داشته و تغییرات در عملکرد، باورها و سلامت عمومی‌اش را ناشی از این مداخلات می‌داند.

کلمات کلیدی

باورهای غیرمنطقی، تحلیل بصری، تنیس، درمان رفتاری عقلانی هیجانی، طرح تجربی تک - موردی.

مقدمه

هیجانی و... است. از این رو، هدف مداخلات روان‌شناسی ورزشی بهبود این عوامل جهت بهینه‌سازی عملکرد، مدیریت استرس و رشد رفاه کلی است (۶)؛ بنابراین، مداخلات روان‌شناسی ورزشی برای تقویت مهارت‌های ذهنی طراحی شده‌اند و به ورزشکاران اجازه می‌دهند بهترین عملکرد خود را داشته باشند؛ برنامه‌هایی که تکنیک‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، تمرینات آرام‌سازی و تصویرسازی ذهنی را ادغام می‌کنند، تأثیرات مثبتی بر بهزیستی روان‌شناختی و عملکرد ورزشی نشان داده‌اند (۷). علاوه بر این، آموزش روان‌شناختی فردی متناسب با نیازهای ورزشکار می‌تواند منجر به بهبود عملکرد بلندمدت و ثبات بیشتر در رقابت شود (۸).

از طرف دیگر، تحقیقات موجود نشان می‌دهد که باورهای منطقی و غیرمنطقی با طیف وسیعی از علائم سلامت روان مرتبط هستند؛ اگرچه این تحقیقات ورزشکاران را در نظر نگرفته است (۹)، اما به وضوح نتایج سلامت روانی می‌تواند بر ورزشکاران در داخل و خارج از مشارکت ورزشی آن‌ها تأثیر بگذارد. یکی از رویکردهای شناختی-رفتاری^۳ که در ادبیات ورزشی مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است، درمان رفتاری عقلانی هیجانی^۳ است (۱۰). این رویکرد توسط بسیاری از محققان به عنوان درمان شناختی-رفتاری اصلی در نظر گرفته می‌شود و توسط دکتر آلبرت ایس^۴ در دهه ۱۹۵۰ توسعه یافت. درمان رفتاری عقلانی هیجانی که عمدتاً از فیلسوفان رواقی الهام گرفته شده است معتقد است که این رویدادها نیستند که مستقیماً باعث ایجاد احساسات و رفتار می‌شوند،

ورزشکاران حرفه‌ای در طول دوران ورزشی خود با چالش‌های روان‌شناختی متعددی مواجه هستند که می‌توانند بر عملکرد ورزشی و سلامت روانی آن‌ها تأثیر بگذارند. استرس رقابتی، ترس از شکست، فشارهای محیطی و بسیاری از موارد استرس‌زای دیگر از جمله عواملی هستند که می‌توانند موجب افزایش تنش‌های روان‌شناختی و در نهایت افت عملکرد ورزشی شوند (۱).

اوندیاندی و اوکوی^۱ در سال ۲۰۱۵ (۲) اظهار داشتند که با توجه به ویژگی‌های محیط ورزش، برخی از ورزشکاران ممکن است دچار مشکلات روان‌شناختی شوند. همچنین، آنان اختلالاتی نظیر اضطراب و افسردگی را در طی انتقال به سطوح نخبگی نیز تجربه می‌کنند (۳)؛ بنابراین، ماهیت محیط‌های پر اضطراب رقابتی، شرایط را برای ایجاد آسیب‌های روان‌شناختی در ورزشکاران فراهم می‌کند؛ بنابراین، مشاوره روان‌شناسی ورزشی، روش‌ها و رویکردهای مختلفی را در بر می‌گیرد که بر دو هدف اصلی ارتقای سلامت روان و افزایش عملکرد ورزشی تمرکز دارند (۴). در این میان رشته تنیس به‌عنوان یکی از ورزش‌های انفرادی، نیازمند سطح بالایی از تمرکز، تنظیم هیجانی، استقامت روان‌شناختی و به‌طورکلی آمادگی ذهنی است و ورزشکاران این رشته اغلب با فشارهای روانی شدیدی مواجه‌اند که می‌تواند بر عملکرد آن‌ها اثر منفی بگذارد (۵). عملکرد ورزشی نیز یک جنبه حیاتی از موفقیت ورزشی است و تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی مختلف از جمله انگیزه، اعتمادبه‌نفس، تمرکز، تنظیم

³. Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT)

⁴. Albert Ellis

¹. Undiyaundeye & Ukwayi

². Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

بلکه این باورهای فرد در مورد وقایع است که منجر به واکنش عاطفی و رفتاری می شود. این یک فلسفه شناختی-رفتاری مشترک است که در رویکردهای مختلف مشترک است. درمان رفتاری عقلانی هیجانی، این فلسفه مرکزی را در چارچوب ABC قرار می دهد که در آن رویداد با حرف A (رویداد فعال یا ناملایمات)، باورها^۲ به حرف B اختصاص داده می شود و در نهایت احساسات و رفتارها^۳ با C نشان داده می شوند (پیامدها). این چارچوب راهی غیر پیچیده و به یاد ماندنی برای مراجع برای درک احساسات، پیشایندهای احساسات و رفتار آنها است. مهم تر از همه، این به مراجعان این امکان را می دهد که متوجه شوند این رویدادهای بیرونی نیستند که باعث واکنشهای ناکارآمد آنها می شوند، بلکه باورهای غیرمنطقی هستند که باعث بروز پیامدهای رفتاری و هیجانی می شوند؛ بنابراین، آنها بر نحوه واکنش خود به ناملایمات کنترل پیدا می کنند (۱).

درمان رفتاری عقلانی هیجانی را می توان در موقعیت‌هایی که زمان و دسترسی محدود است، مانند محیط‌های ورزشی ارائه کرد؛ بنابراین، روش‌های ارائه مداخلات در این رویکرد مانند گروه‌درمانی، آموزش، و مشاوره فردی به خوبی با مداخلات روان‌شناسی ورزشی مطابقت دارند. شاید بسیاری از متخصصان روان‌شناسی ورزشی از درمان رفتاری عقلانی هیجانی در جلسات مشاوره استفاده کنند، اما ادبیات موجود نمونه‌های اندکی از استفاده از این رویکرد در ورزش را گزارش

کرده است. مطالعات مربوط به استفاده از این رویکرد در ورزش بر روی پژوهش‌های موردی (۱۱) و طرح‌های تک موردی (۱۲) متمرکز شده است. به عنوان مثال، برنارد^۴ در سال ۱۹۸۵ (۱۳) شرح بسیار مفصلی از کار خود با استفاده از یک برنامه تمرینی عقلانی-هیجانی با بازیکنان فوتبال استرالیایی ارائه می دهد. این مداخلات که در یک محیط گروهی ارائه شد، شامل آموزش این رویکرد و همچنین موضوعات گسترده تری مانند آموزش تمرکز و تعیین هدف بود. برنارد (۱۳) گزارش می دهد که ورزشکاران بهتر می توانند افکار خود را کنترل کنند تا مستقیماً بر عملکرد تأثیر بگذارند. کاربرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی در روان‌شناسی ورزشی اخیراً توجه تحقیقاتی را به خود جلب کرده است (۱۴). در مجموع ۳۹ مطالعه با استفاده از این رویکرد در محیط ورزش بین سال‌های ۱۹۸۵ و ۲۰۲۰ شکل گرفت شد که اکثر این مطالعات پس از سال ۲۰۱۳ ظاهر شدند. به عنوان مثال، ترنر، اسپین، دیدیموس، ماک، اولوسوگا، وود، و بنت^۵ در سال ۲۰۲۰ (۱۵) در پژوهشی نشان دادند که استفاده از درمان رفتاری عقلانی هیجانی می تواند سلامت روانی ورزشکاران را از طریق اصلاح خودگویی‌ها بهبود بخشد. بازیکنان راگی آفریقای جنوبی در پژوهشی دیگر تحت ۷ جلسه درمان رفتاری عقلانی هیجانی قرار گرفتند و مشخص شد که این رویکرد در مقایسه با رویکرد ذهن‌آگاهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، بهبود

⁴. Bernard

⁵. Aspin, Didymus, Mack, Olusoga, Wood, & Bennett

¹. External Event/ Adversity/ Activator

². Beliefs

³. Consequences

بیشتری در باورهای غیرمنطقی، اضطراب و همچنین عملکرد ورزشکاران مورد نظر ایجاد کرده است (۱۶).

اگرچه مطالعات متعددی اثربخشی درمان رفتاری عقلانی هیجانی را در ورزشکاران بررسی کرده‌اند، اما تحقیقات انجام‌شده در ورزش‌های انفرادی مانند تنیس محدود بوده و عمدتاً بر روی ورزش‌های تیمی متمرکز بوده است و اغلب تحقیقات موجود از طرح‌های تجربی گروهی استفاده کرده‌اند و مطالعات با طرح تجربی تک موردی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۵). تحقیقات تک موردی می‌تواند شواهدی را در خصوص اثربخشی مداخلات ارائه دهد که برای پژوهش‌گران و متخصصان اهمیت دارد. علاوه بر این، این نوع اطلاعات به گسترش خدمات روان‌شناسی ورزشی و نیز شناسایی تفاوت‌های فردی در اثربخشی هرچه بیشتر مداخلات کمک می‌کند. از این رو، ارزیابی مداخلات برای متخصصان حائز اهمیت است و بهترین نتایج از طریق به‌کارگیری طرح‌های تحقیق تک موردی دقیق حاصل می‌شود (۱۷). علیرغم کمبود پژوهش‌ها (۹) در خصوص بررسی باورهای منطقی و غیرمنطقی و سلامت روان ورزشکاران، و همچنین عدم توجه به رویکردهای تک موردی در این حوزه، ورزشکاران نخبه معمولاً تحت فشارهای روان‌شناختی شدید رقابتی قرار دارند که می‌تواند متأثر از انتظارات شخصی، خانوادگی، اجتماعی و همچنین رسانه‌ای باشد (۱۸). علاوه بر این، وجود افکار و باورهای غیرمنطقی، یکی از عوامل ایجاد فشارهای روانی ورزشکار و در نتیجه کاهش عملکرد ورزشی آنان در نظر گرفته می‌شود (۱۵). در این میان، تنیس از جمله ورزش‌هایی است که نیازمند

تصمیم‌گیری سریع و تمرکز بالا است، زیرا که در اغلب شرایط، زمان واکنش ورزشکاران این رشته کمتر از یک ثانیه است. پژوهش‌ها نشان دادند که استفاده از رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی می‌تواند به ورزشکاران در مدیریت تمرکز و هیجانات در شرایط پرفشار کمک کند (۱۸). علاوه بر این، برخلاف ورزش‌های تیمی مانند فوتبال که تعداد زیادی ورزشکار حرفه‌ای در سطوح مختلف وجود دارد، تنیس یک ورزش انفرادی است و تعداد ورزشکاران حرفه‌ای در هر کشور محدود است که اغلب درگیر برنامه‌های فشرده تمرینی و مسابقاتی هستند؛ این موضوع باعث کاهش تعداد افراد در دسترس برای شرکت در مطالعات روان‌شناختی نیز می‌شود (۱۹). بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی مشاوره مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی بر سلامت روان و عملکرد ورزشکاران نخبه با استفاده از طرح تک موردی بود. با توجه به هدف پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که بتوان با استفاده از رویکرد تک موردی، پژوهشگران بیشتری را ترغیب به اتخاذ رویکردهای مشابه به منظور استفاده حداکثری از جلسات مشاوره در محیط ورزش، کرد. علاوه بر این، نتایج این مطالعه می‌تواند اطلاعات ارزشمندی برای مربیان، ورزشکاران، و روان‌شناسان ورزشی فراهم کرده و راهکارهای مؤثری برای بهبود عملکرد ورزشکاران به ویژه در رشته تنیس ارائه دهد.

بیشتری در باورهای غیرمنطقی، اضطراب و همچنین عملکرد ورزشکاران مورد نظر ایجاد کرده است (۱۶).

اگرچه مطالعات متعددی اثربخشی درمان رفتاری عقلانی هیجانی را در ورزشکاران بررسی کرده‌اند، اما تحقیقات انجام‌شده در ورزش‌های انفرادی مانند تنیس محدود بوده و عمدتاً بر روی ورزش‌های تیمی متمرکز بوده است و اغلب تحقیقات موجود از طرح‌های تجربی گروهی استفاده کرده‌اند و مطالعات با طرح تجربی تک موردی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۵). تحقیقات تک موردی می‌تواند شواهدی را در خصوص اثربخشی مداخلات ارائه دهد که برای پژوهش‌گران و متخصصان اهمیت دارد. علاوه بر این، این نوع اطلاعات به گسترش خدمات روان‌شناسی ورزشی و نیز شناسایی تفاوت‌های فردی در اثربخشی هرچه بیشتر مداخلات کمک می‌کند. از این رو، ارزیابی مداخلات برای متخصصان حائز اهمیت است و بهترین نتایج از طریق به‌کارگیری طرح‌های تحقیق تک موردی دقیق حاصل می‌شود (۱۷). علیرغم کمبود پژوهش‌ها (۹) در خصوص بررسی باورهای منطقی و غیرمنطقی و سلامت روان ورزشکاران، و همچنین عدم توجه به رویکردهای تک موردی در این حوزه، ورزشکاران نخبه معمولاً تحت فشارهای روان‌شناختی شدید رقابتی قرار دارند که می‌تواند متأثر از انتظارات شخصی، خانوادگی، اجتماعی و همچنین رسانه‌ای باشد (۱۸). علاوه بر این، وجود افکار و باورهای غیرمنطقی، یکی از عوامل ایجاد فشارهای روانی ورزشکار و در نتیجه کاهش عملکرد ورزشی آنان در نظر گرفته می‌شود (۱۵). در این میان، تنیس از جمله ورزش‌هایی است که نیازمند

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش با استفاده از طرح تجربی تک - موردی با کنترل خط پایه و آزمون پیگیری ۳۱ ماهه اجرا شد. طرح‌های تحقیقاتی تک موردی اغلب در علوم رفتاری و سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۰). رویکردهای تک موردی به‌ویژه برای حوزه‌های تحقیقاتی جدید ارزشمند هستند، زیرا می‌توانند اثرات مثبتی را برای افراد آشکار کنند که ممکن است در مطالعات گروهی نادیده گرفته شوند.

این طرح‌ها می‌توانند به تنظیم برنامه‌ها برای موقعیت‌های ورزشی واقعی کمک کنند و اثربخشی مداخلات را به ورزشکاران (شرکت‌کنندگان / مراجعان) نشان دهند (۲۱).

شرکت‌کننده

جامعه پژوهش حاضر شامل تنیسورهای نخبه‌ای بودند که در اردوی تیم ملی حضور داشتند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنان در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است. شرکت‌کننده موردنظر، مرد ورزشکار ۱۹ ساله‌ای بود که به مدت ۱۱ سال در رشته تنیس خاکی فعالیت

داشته و سابقه عضویت در تیم ملی تنیس کشور را به مدت یک سال، در بازه منتهی به اجرای پژوهش حاضر داشته است. او از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس جهت حضور در پژوهش انتخاب شد. ابتدا با ارسال اطلاعات پژوهش به صورت آنلاین به ورزشکاران رشته تنیس که در دسترس پژوهشگر بودند، از آنها درخواست شد تا در صورت تمایل، موافقت حضور خود را در روند اجرای پژوهش اعلام کنند. سپس ۹ نفر از ورزشکاران موردنظر اعلام رضایت داشتند. پیش‌تر در اطلاعیه‌ی ارسالی به ورزشکاران ذکر شده بود که اعلام موافقت به حضور در اجرای پژوهش، به معنای انتخاب افراد نیست. تعیین فرد مورد نظر به این شکل بود که پس از مشخص شدن نفرات موافق جهت حضور در فرایند پژوهش، پرسشنامه‌های سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی عملکردی برای آنها ارسال شد و از آنها خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند. پس از پاسخ ورزشکاران، افراد باتوجه به نمرات رتبه‌بندی شدند و فردی که بالاترین نمرات را در مقیاس سلامت عمومی و باورهای غیرمنطقی عملکردی داشت انتخاب شد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی جامعه پژوهش

تعداد	میانگین سن	سابقه عضویت در تیم ملی	جنسیت
۹	۲۳/۸۸±۴/۴۰	۴/۰۰±۳/۰۸	۴ زن؛ ۵ مرد

آدینه شناخته می‌شود، شرکت می‌کند. او تا زمان اجرای پژوهش، به مدت ۷ ماه در رتبه اول رده‌بندی زیر ۱۸ سال کشور بوده است و باتوجه به حضور وی در رد سنی بزرگسالان، در زمان اجرای پژوهش در

او به طور میانگین روزی ۳ ساعت به تمرین می‌پردازد و در مسابقات داخلی و بین‌المللی نیز شرکت می‌کند. علاوه بر این، او در روزهای جمعه هر هفته، در مسابقات غیر رسمی استانی، که با عنوان

1. Follow-up

هنگامی که به دلیل اشتباه فردی خود است، تجربه می‌کند. او اظهار داشت که پس از این اشتباه معمولاً عملکردش با افت شدیدی مواجه می‌شود و دیگر نمی‌تواند در سطح مورد انتظار عملکردش را اجرا کند. از او خواسته شد تا در خصوص افکاری که در آن لحظات تجربه می‌کند صحبت کند. او گفت که این افکار معمولاً تکراری هستند و هر زمانی که در این موقعیت قرار بگیرد، افکاری مانند من نباید این اشتباه را انجام می‌دادم، من باید فوراً بکند و بکند های بی‌نقصی اجرا کنم، و یا اگر در پی این اشتباه شکست بخورم، ورزشکار ناتوانی هستم، را تجربه می‌کند.

با توجه به اظهارات او و همچنین نمرات مقیاس باورهای غیرمنطقی عملکردی که پیش‌تر جمع‌آوری شده بود، استفاده از رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی برای وی می‌توانست کارآمد باشد. علاوه بر این، کیگان^۴ و همکاران در سال ۲۰۱۷ (۲۲)، اظهار داشتند که نتایج حاصل از جلسه تحلیل نیازها می‌تواند به فرمول‌بندی مداخلات و همچنین تفاوت بین نیازهای ادراک شده ورزشکار و نیازهای واقعی او، به پژوهشگر و یا متخصصان کمک کند.

روش اجرای پژوهش

با مروری بر ادبیات کاربردی در روان‌شناسی ورزشی، ۲۳ مطالعه منتشر شده با میانگین مرحله مداخلاتی بین ۷ تا ۸ هفته نشان داده می‌شود (میانگین=۷،۵۸) که شامل بیش از چهار جلسه فردی با ورزشکار بوده است. با توجه به این موضوع و

میان ۱۰ نفر برتر تنیس بازان بزرگسال کشور قرار دارد.

پس از انتخاب ورزشکار مورد نظر، جلسه‌ای تحت عنوان تحلیل نیازها با وی به صورت آنلاین برگزار شد تا مشخص شود که آیا در نظر گرفتن رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی برای وی مناسب است یا خیر. ترنر و بارکر در سال ۲۰۱۴ (۲۳) اظهار داشتند که اگر یافته‌های جلسه اولیه فردی (تحلیل نیازها) با یافته‌های کمی حاصل از مقیاس باورهای غیرمنطقی عملکردی در ورزش مطابقت داشت، استفاده از این رویکرد می‌تواند کارآمد باشد. این جلسه به مدت ۴۰ دقیقه به طول انجامید. پس از ارتباط‌گیری اولیه با شرکت‌کننده مورد نظر، از وی خواسته شد تا آخرین عملکرد ورزشی که از آن رضایت کافی نداشته است را به یاد بیاورد و راجع به افکار و احساسات ناکارآمد و همچنین موقعیت‌هایی که این احساسات و افکار را تجربه کرده است، صحبت کند. او اظهار داشت که تقریباً همیشه، پیش از زدن سرویس، افکاری دارد که نگرانی‌های او را در مورد اجرای عملکردش بیشتر می‌کند؛ مانند اگر نتوانم سرویس خوبی بزنم، فاجعه رخ خواهد داد، و یا اگر دو خطای سرویس بدهم، اتفاق وحشتناکی است. او همچنین بیان کرد که علی‌رغم اینکه در تمرینات، سرویس‌های فوق‌العاده‌ای را می‌تواند اجرا کند، اما در زمان مسابقات عملکرد قابل انتظاری در هنگام سرویس زدن ندارد. علاوه بر این، ورزشکار مورد نظر اضطراب شدیدی را نیز گزارش کرد که درست زمان از دست‌دادن امتیاز به‌ویژه

³. Double Fault

⁴. Keegan

¹. Needs Analysis

². Rapport

کشیدن باورهای فرد، یکی از مهم ترین مراحل اجرای کار بود. از این رو، برای پژوهش گر مهم بود تا بتواند سطوحی از شوخ طبعی را در میان جلسات مدیریت و به اجرا درآورد. در نهایت، مرحله تقویت و یا جایگزینی نیز، در این پژوهش به انجام یک الی دو جلسه انفرادی کفایت شد (۲۳). مرحله تقویت معمولاً به مرحله آخر مداخلات گفته می شود و می تواند همزمان با دو مرحله اول تکمیل شود. یک جنبه مهم درمان رفتاری عقلانی هیجانی از ارائه تکالیف خانگی، کمک به خوداندیشی فرد و تأیید مجدد اصول آن است (۲۴). بنابراین، تکالیف خنگی نیز در انتهای جلسات و باتوجه به محتوای همان جلسه به شرکت کننده ارائه شد. علاوه بر این، از روش های شناختی، عاطفی و رفتاری برای تقویت و درونی کردن فلسفه عقلانی شرکت کننده استفاده شد. روش های شناختی شامل کار از طریق کاربرد کار برگ های خود یاری ABCDE و همچنین ایجاد خودگویی های منطقی^۴ بود. تکالیف رفتاری نیز به شرکت کننده ارائه شد تا به طور فعالانه فلسفه های منطقی تازه توسعه یافته خود را در موقعیت های چالش برانگیز بررسی و اجرا کنند.

در مجموع برای شرکت کننده مورد نظر هشت جلسه انفرادی با رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی در زمان های ۳۰ الی ۴۵ دقیقه ای برگزار شد. یکی از مهم ترین محدودیت های اجرای پژوهش های با اندازی گیری های مکرر^۵ اثر آزمون است. از آنجاییکه این مسئله در این پژوهش نیز می توانست اخلال ایجاد

همچنین نتایج جلسه تحلیل نیازها با شرکت کننده، تصمیم گرفته شد که هشت جلسه ۳۰ تا ۴۵ دقیقه ای برای وی برگزار شود (۲۳). هدف اصلی رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی این است که به طور فعالانه، فلسفه غیرمنطقی مراجع به چالش کشیده و آن را با یک جایگزین منطقی جدید و موثر جایگزین کند (۱۰). از این رو، پژوهشگران پیشنهاد کرده اند که استفاده از این رویکرد به صورت انفرادی طی یک سری جلسات، بیشترین اثربخشی خود را داشته است (۹). مداخلات صورت گرفته با هماهنگی دو تن از اساتید و متخصصان این حوزه تدوین و اجرا شد. مداخلات صورت گرفته با بهره مندی از مدل ABCDE به مراحل آموزش^۱، مجادله^۲ و تقویت^۳ تفکیک شد.

مرحله آموزش در دو جلسه که بنا بر زمان جلسات و نیاز ورز شکاران بود، اجرا شد. در واقع ترنر، و بارکر در سال ۲۰۱۴ پیشنهاد کردند که تشکیل یک جلسه در مرحله آموزشی درمان رفتاری عقلانی هیجانی در صورت برگزاری جلسات ۴۵ الی ۶۰ دقیقه ای کفایت می کند؛ اما اگر این جلسات در زمان های ۲۰ الی ۳۰ دقیقه ای برگزار می شود، بهتر است تا محتوای جلسات آموزشی در دو یا سه جلسه ارائه شود. مرحله مجادله که از مهم ترین مراحل اجرای درمان رفتاری عقلانی هیجانی در محیط های کاربردی است، در پنج جلسه انفرادی به ورز شکار مورد نظر، باتوجه به زمان جلسات ارائه شد. این مرحله به دلیل به چالش

^۴. Rational Self-talk

^۵. Repeated measurements

^۱. Education phase

^۲. Disputation phase

^۳. Reinforcement phase

کتاب متخصص منطقی که توسط ترنر در سال ۲۰۲۲ (۲۶) منتشر شده است، مورد نظر قرار گرفت. در پایان هر جلسه، شرکت کنندگان تشویق شدند تا ادراک خود را از محتوای جلسه منعکس کنند و به صورت شفاهی بیان کنند و در برخی از جلسات تکالیفی نیز ارائه شد.

در شروع هر جلسه، بررسی نکات جلسات قبلی انجام شد و تکمیل تکالیف برای روشن شدن درک شرکت کنندگان و همچنین تأثیر گذاری بر محتوای جلسه فعلی صورت گرفت. جدول شماره ۲ خلاصه‌ای از مداخلات صورت گرفته برای شرکت کنندگان مورد نظر است.

کند، جهت کاهش این اثر، از شرکت کنندگان در هر مرحله خواسته شد تا افکار، احساسات و نظرات خود در خصوص سوالات مطرح شده را دقیقاً با توجه و در نظرگیری حالات آن لحظه، بی آنکه به پاسخ‌های پیشین توجهی داشته باشند، اعلام کنند.

برای اطمینان از اینکه مداخلات به شیوه‌ای ثابت و معتبر ارائه، و به طور موثر از سوی شرکت کنندگان دریافت شده است، و همچنین شرکت کنندگان در مداخله به وضوح متوجه روند آن شده‌اند (اعتبار رویه)، دستورالعمل‌های حاضر با توجه به راهنمایی‌های دیجیوسپ و همکاران در سال ۲۰۱۴ (۲۵) که در کتابی به عنوان راهنمای درمان رفتاری عقلانی هیجانی برای متخصصان چاپ شده است، و همچنین

جدول ۲: پروتکل اجرای مداخلات با رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی در پژوهش حاضر

مراحل	جلسات	مداخلات	
آموزشی	جلسه اول	<ul style="list-style-type: none"> آشنایی با ماهیت و مفهوم درمان رفتاری عقلانی هیجانی آموزش و آشنایی با مدل ABC(DE) نحوه اثرگذاری باورها بر هیجانات و عملکرد در ورزش ارائه تکلیف خانگی 	
	جلسه دوم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکالیف جلسه گذشته به همراه مطالب پیشین تمرکز بر پیامدهای رفتاری و هیجانی باورهای غیرمنطقی تأکید بر پذیرش مسئولیت هیجانی تأکید بر افزایش خودآگاهی ارائه تکلیف خانگی 	
	جلسه سوم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکالیف جلسه گذشته به همراه مطالب پیشین سنجش باورهای غیرمنطقی بررسی انتظارات، الزام‌ها، و موقعیت‌های فاجعه ساز بررسی موقعیت‌هایی که منجر به پریشانی روان‌شناختی و افت عملکرد می‌شود ارائه تکلیف خانگی 	مجادله
	جلسه چهارم	<ul style="list-style-type: none"> بررسی تکالیف جلسه گذشته به همراه مطالب پیشین به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی به‌کارگیری مدل ABCDE در خصوص باورهای به چالش کشیده شده استفاده از فنون شناختی و هیجانی مانند کمک به ورزشکار در جهت ساخت عبارات تأکیدی مناسب (خودگویی) 	

جلسه پنجم	• به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی
•	• به کارگیری مدل ABCDE در خصوص باورهای به چالش کشیده شده
•	• ایجاد باورهای منطقی و جایگزین کردن آن
•	• استفاده از فنون شناختی و هیجانی
جلسه ششم	• به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی
•	• به کارگیری مدل ABCDE در خصوص باورهای به چالش کشیده شده
•	• ایجاد باورهای منطقی و جایگزین کردن آن
•	• استفاده از فنون شناختی و هیجانی
جلسه هفتم	• تأیید مجدد بر باورهای منطقی جدید ایجاد شده از طریق به چالش کشیده آن‌ها
•	• بررسی موقعیت‌های جدید در ورزش در مقایسه با موقعیت‌های پیشین
•	• استفاده از فنون و تکالیف رفتاری
تقویت یا جایگزینی	• بررسی اثرات مداخله و آموزش‌های صورت گرفته
•	• آموزش خودارزیابی در موقعیت‌های مختلف
•	• ارائه تکالیف شناختی، هیجانی و رفتاری جهت اجرا در موقعیت‌های واقعی در ورزش
•	• جمع‌بندی جلسات برگزار شده

ابزار

امضای داوطلبانه فرم رضایت آگاهانه، فرایند پژوهش

شروع شد.

مقیاس سلامت عمومی - فرم ۲۸ سؤالی

پرسش‌نامه سلامت عمومی توسط گلدبرگ^۶ در سال ۱۹۷۲ ابداع شده و هدف از طراحی آن کشف و شناسایی اختلالات روانی در مراکز درمانی و موقعیت‌های مختلف بوده است (۲۸). این پرسشنامه از جمله شناخته‌ترین ابزار غربالگری سلامت روان شناختی است. فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمام افراد جامعه طراحی شده است (۲۹). این پرسشنامه دارای ۴ خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی خوابی، کارکردهای اجتماعی، و افسردگی است. ضریب اعتبار نسخه فارسی پرسشنامه ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی با روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۷ تا

به منظور جمع‌آوری داده‌های موردنظر از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی^۱ ۲۸ سؤالی و باورهای غیرمنطقی عملکردی^۲ استفاده شد. جهت ارزیابی عملکرد ورزشکار مورد نظر نیز، درصد نمرات عملکردی در سه مهارت اصلی سرویس^۳، فورهند^۴ و بک‌هند^۵ به روش مشاهده مستقیم محاسبه شد. داده‌های هر سه متغیر، در مراحل پیش‌آزمون (خط پایه)، پس از آزمون (مداخله) و همچنین مرحله پیگیری (۳ ماه پس از اجرای آخرین جلسه مداخله) جمع‌آوری شد. از آنجاییکه حضور شرکت‌کننده در پژوهش نیازمند رضایت آگاهانه وی است (۲۷)، پیشاپیش شرکت‌کننده از اهداف، روش اجرای پژوهش، میزان مشارکت وی، و مزایا و معایب احتمالی آن مطلع شد و در پایان با

۴. Forehand

۵. Backhand

۶. Goldenberg

۱. General Health Questionnaire (GHQ-28)

۲. Irrational Performance Beliefs Inventory (iPBI)

۳. Serve

می‌سند؛ باورهای غیرمنطقی اولیه^۲ عدم تحمل ناکامی^۳، فاجعه‌سازی^۴ و ناچیزانگاری^۵. پاسخ‌ها در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱، کاملاً مخالفم، تا ۵، کاملاً موافقم، ساخته شده است. این پرسشنامه نمایانگر روایی سازه و روایی همزمان در زمینه‌های سازمانی و ورزشی است (۳۴) و در شاخص‌های $CFI=0/93$ ، $RMSEA=0/07$ ، $SRMR=0/06$ ، $NNFI=0/92$ اعداد قدرتمندی را ارائه می‌کند (۳۳). پرسشنامه باورهای غیرمنطقی عملکرد اغلب برای اندازه‌گیری باورهای غیرمنطقی در نمونه‌های ورزشی استفاده می‌شود (۱۴). نجاتی، فارسی، متشرعی و ترنر در سال ۲۰۲۳ نسخه فارسی پرسشنامه مذکور را در میان ورزشکاران نخبه و نیمه حرفه‌ای اعتباریابی کردند. در ۲۸ مورد اصلی، همبستگی درونی^۶ ($\alpha=0/0-90/96$) و روایی ملاکی^۷ ($r=0/0-47/81$) قابل قبولی را در محیط کار حرفه‌ای نشان داد و در نمونه‌های ورزشکار فقط ۲۲ مورد از آیتم‌های موجود پرسشنامه همبستگی درونی ($\alpha=0/79-0/87$) و شاخص‌های برازندگی قابل قبولی را نشان دادند. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مقیاس ۲۸ عاملی این پرسشنامه از شاخص‌های برازندگی مناسبی برخوردار نیست. مدل ۲۲ سؤالی پرسشنامه حاضر با استفاده از تحلیل عاملی نشان داد که همه شاخص‌ها دارای مقادیر مناسب و قابل قبولی هستند که نشان می‌دهد مدل اصلاح‌شده دارای شاخص‌های برازندگی مناسبی برای داده‌ها است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی کلی

۱۰ روز بر روی گروه ۸۰ نفره به میزان ۰/۹۱ برآورده شده که معنادار است (۳۰). یعقوبی، نصر، و شاه‌محمدی در سال ۱۹۹۵ (۳۱) ضریب اعتبار کلی این آزمون را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار خرده‌آزمون را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است. میزان اعتبار این پرسشنامه به شیوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای مقیاس‌های علایم جسمی ۰/۸۵، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۷۸، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۷۹ و افسردگی و خیم ۰/۹۱ و کل پرسشنامه ۰/۸۵ به دست آمده است (۳۲). نمره کلی هر فرد از مجموع نمرات چهار خرده‌مقیاس آن به دست می‌آید. پایین بودن نمرات در این مقیاس نشان‌دهنده سلامت روان بالاتر و نمرات بالاتر نشان از اختلال در سلامت روان فرد است. نمرات ۱۶ الی ۲۱ در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده بدکارکردی آن خرده‌مقیاس است. نمره کلی ۲۲ تا ۴۲ نشانگر آن است که سلامت روان فرد در برخی از حوزه‌ها در معرض خطر و تهدید قرار دارد. همچنین، نمرات ۴۳ تا ۶۳ نشان‌دهنده خطراتی در بسیاری از حوزه‌های سلامت روان فرد است و در نهایت، نمرات ۶۴ تا ۸۴ نشان از وخامت سلامت روان در اغلب حوزه‌هاست (۲۹).

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی عملکردی^۱

پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی عملکرد (۳۳) که توسط ترنر و آلن در سال ۲۰۱۸ توسعه یافت، یک مقیاس خوداظهاری ۲۸ آیتمی است که چهار باور غیرمنطقی اصلی در درمان رفتاری عقلانی هیجانی را

۵. Depreciation (DEP)

۶. internal consistency

۷. criterion validity

۱. Irrational Performance Beliefs Inventory (iPBI)

۲. Primary irrational beliefs (PIB)

۳. Low frustration tolerance (LFT)

۴. Awfulizing (AWF)

ضربه‌ای است که به تور برخورد نکرده و یا از زمین خارج نشود، درحالی‌که برای سرویس اول، موفقیت به معنای سرویس‌هایی است که به داخل منطقه سرویس حریف اصابت کرده‌اند. درصد موفقیت در هر کدام از سه مهارت منتخب، به این صورت محاسبه شد که ابتدا تعداد کل ضربه‌های انجام شده در مهارت موردنظر یادداشت شد و پس از آن ضربه‌های موفق نیز محاسبه شد. در نهایت نسبت تعداد ضربه‌های موفق بر تعداد کل ضربه‌ها در عدد ۱۰۰ ضرب و درصد موفقیت عملکرد محاسبه شد.

اعتبارسنجی اجتماعی^۱

استفاده از اعتبارسنجی اجتماعی به‌عنوان ابزاری برای تعیین رضایت از مداخلات صورت گرفته در پژوهش مهم است؛ زیرا ادعا می‌شود که اثرات مداخله را به بافت اجتماعی مرتبط می‌کند و همچنین جمع‌آوری داده‌های اعتبارسنجی اجتماعی می‌تواند هم به هدایت پژوهش‌ها و هم امور کاربردی کمک شایانی کنند (۳۵). با در نظر گرفتن این موضوع، توجه به این نکته مهم است که اعتبار اجتماعی به در نظر گرفتن معیارهای اجتماعی برای ارزیابی تمرکز درمان، رویه‌هایی که استفاده می‌شود و تأثیراتی که دارند، اشاره دارد (۳۶). این معیار اهمیت اجتماعی است (۳۷) و به‌عنوان معیاری مستند شده است که تجزیه و تحلیل‌های آماری داده‌های عینی را با ارزیابی ذهنی پیامدهای مهم اجتماعی تکمیل می‌کند (۳۸). علاوه بر این، استدلال می‌شود که ارزیابی‌های اعتبار اجتماعی چارچوب مناسبی برای بررسی رضایت

نسخه فارسی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی عملکرد با ۲۲ گویه ۰/۸۷ و همسانی درونی سایر خرده مقیاس‌های پرسشنامه در محدوده قابل قبول ($\alpha < 0.70$) بود. اعتبار آزمون-بازآزمون، تکرارپذیری یک معیار و توانایی آن برای ارائه نمرات پیوسته در طول زمان در یک جمعیت ثابت شده را نشان می‌دهد. معیار قابل اعتماد و معتبر برای باورهای غیرمنطقی باید نشان دهد که نمرات در طول زمان ثابت هستند و در صورت استفاده از درمان رفتاری عقلانی هیجانی نمرات به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد (۳۳).

عملکرد ورزشی

نمرات عملکرد شرکت‌کننده در این پژوهش با مشورت از دو مربی حرفه‌ای تنیس که در سطح ملی فعالیت می‌کنند، تعیین گردید. اولین شاخص عملکرد در این مطالعه، سرویس اول بود. هر ورزشکار در هنگام زدن سرویس، دو فرصت دارد و در صورت عدم موفقیت در سرویس اول، شانس دوم به او داده می‌شود. همچنین، ضربات فوره‌ند و بک‌هند به‌عنوان دیگر شاخص‌های عملکردی انتخاب شدند. در هر مرحله از پژوهش، شامل مراحل پایه، مداخله و پیگیری، درصد موفقیت ضربات در هر یک از این سه مهارت به‌عنوان نمرات عملکردی در نظر گرفته شد. تمامی تمرینات و مسابقات که نیاز به جمع‌آوری داده داشت، با استفاده از دوربین فیلم‌برداری ضبط شدند و سپس تعداد سرویس‌های اول و ضربات فوره‌ند و بک‌هند شمارش گردید. در نهایت، درصد موفقیت هر یک از این مهارت‌ها محاسبه شد؛ در اینجا، ضربه موفق به معنای

1. Social Validation

در پژوهش‌های تک موردی بهتر است پس از پنج نقطه نسبتاً پایدار متوالی که در مرحله پایه جمع‌آوری می‌شود، اجرا شود؛ بنابراین، در هفته نهم و پس از پنج نقطه نسبتاً پایدار متوالی در متغیرهای موردنظر، مرحله مداخله شروع شد. لازم به ذکر است، از آنجایی که سؤالات مقیاس سلامت عمومی در خصوص احساسات فرد نسبت به ۱ ماه گذشته است، بنابراین، تکمیل این پرسش‌نامه از سوی شرکت‌کننده در بازه‌های زمانی سه تا چهار هفته‌ای صورت گرفت؛ اما پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی عملکردی و همچنین نمرات عملکردی به صورت هفتگی جمع‌آوری شد.

روش تحلیل داده‌ها

جهت پردازش و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده در پژوهش حاضر از روش تحلیل دیداری^۱ (نموداری) استفاده شده است. به طور سنتی، داده‌ها طرح تک موردی به طور گرافیکی ارائه می‌شوند. اثرات مداخله در این روش زمانی استنباط شد که حداقل دو مورد از این معیارها برآورده شود: ۱. چند داده نهایی مرحله پایه، باثبات باشند و یا در جهت مخالف اثرات پیش‌بینی شده مداخله باشند. ۲. حداقل نقاط داده‌های همپوشانی بین مراحل پایه و مداخله وجود داشته باشد. ۳. اثر آنی پس از مداخله وجود داشته باشد. ۴. اندازه اثر بزرگی بین مراحل به دست بیاید (۴۱). علاوه بر این، به منظور تحلیل آماری داده‌ها، درصد تغییرات بین فازها و درصد نقاط داده‌های غیر همپوشانی محاسبه شد. آزمون تی زوجی نیز جهت معناداری تغییرات بین مرحله ای (پایه- مداخله) برای متغیرها

مراجعه ارائه می‌دهد (۳۹). اعتبارسنجی اجتماعی به‌عنوان "روش تکمیلی که مشارکت چند شرکت‌کننده در فرایند ارزیابی را تسهیل می‌کند" تعریف شده است و داده‌های ذهنی را به داده‌های عینی اضافه می‌کند (۴۰). از این رو، سه حوزه کلیدی که نیاز به توجه از طریق فرایند اعتبارسنجی اجتماعی دارند، عبارت‌اند از: اهمیت اجتماعی هدف، تناسب اجتماعی رویه‌ها، و اهمیت اجتماعی تأثیرات (۳۷). به همین منظور در انتهای فرایند پژوهش و با استفاده از سؤالات گزینه‌ای با مقیاس لیکرت از ۱ (اصلاً) تا ۷ (بسیار) اهمیت مداخلات صورت‌گرفته در تغییرات به وجود آمده، میزان رضایت شرکت‌کننده از مداخلات، و همچنین مفید بودن مداخلات انجام گرفته در فرایند پژوهش بررسی شد. در انتها نیز با یک سؤال باز پاسخ از شرکت‌کننده خواسته شد تا درک خود نسبت به مکانیسم‌هایی که باعث ایجاد تغییرات در عملکرد و سلامت روان وی شده را است را شرح دهد.

روش گردآوری داده‌ها

پس از انتخاب شرکت‌کننده و اجرای جلسه تحلیل نیازها و مشخص شدن این موضوع که استفاده از درمان رفتاری عقلانی هیجانی برای او مفید است، ابتدا شروع به جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پایه شد. با استفاده از پرسش‌نامه باورهای غیرمنطقی عملکردی، سلامت عمومی و همچنین ثبت نمرات عملکردی ورزشکار موردنظر به صورت هفتگی، پس از ۹ هفته جمع‌آوری داده‌ها در این مرحله به پایان رسید. ترنر و بارکر در سال ۲۰۱۳ (۱۲) پیشنهاد کردند که مرحله مداخلاتی

1. Visual Analysis

شد زیرا رویکرد پژوهش حاضر نیز تک موردی (۱) ورزشکار) بود.

بررسی دیداری داده‌ها (نمودار ۱، جدول ۳) نشان داد که در سه شاخص، سرویس‌های موفق اول، فورهند، و بک‌هند، که به منظور ارزیابی عملکرد شرکت کننده در نظر گرفته شده بود، بین مراحل پایه و مداخله به ترتیب افزایش $۳۶/۶۸\%$ ($d=۳/۴۱$)، $۴/۱۹۵\%$ ($d=۱/۴۹$) برای دو شاخص اول و کاهش $۳/۰۹\%$ ($d=۰/۷۷$) برای بک‌هند مشاهده شد. علاوه بر این، درصد تغییرات مشاهده شده بین مراحل مداخله به پیگیری و همچنین مرحله پایه به پیگیری برای شاخص‌های بالا به ترتیب، $۷/۲۲\%$ ، $-۰/۱۵\%$ ، $۷/۱۶\%$ و $۴۶/۵۵\%$ ، $۴/۱۷۹\%$ و $۳/۸۳\%$ گزارش شد که نشان از افزایش نسبی شاخص‌ها سه ماه پس از اتمام پژوهش است. اما تنها تغییری که پس از اتمام پژوهش، در مرحله پیگیری با کاهش روبرو شد، مهارت فورهند شرکت کننده (مداخله-پیگیری) بود. در مجموع، نتایج نشان داد که اجرای مداخلات مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی، باعث افزایش نمرات عملکردی ورزشکار مورد نظر (به غیر از بک‌هند) شده است.

علاوه بر این، نتایج (جدول ۳) نشان داد که کاهش قابل توجهی در علائم مربوط به تجربه مشکلات سلامت روان برای شرکت‌کننده رخ داده است. در مرحله پایه به مداخله برای سلامت روان و همچنین خرده مقیاس‌های مربوط به آن شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی و خواب، علائم کنش اجتماعی، و علائم افسردگی به ترتیب کاهش $۵۳/۱۲\%$ درصدی ($d=۵/۵۸$)،

با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. در نهایت باتوجه به داده‌های به دست آمده از اعتبارسنجی اجتماعی، از طریق تحلیل محتوا، به بررسی نتایج آن نیز پرداخته شد.

نتایج

سطوح میانگین برای متغیرهای عملکرد و سلامت روان و همچنین خرده مقیاس‌های آن، نشان داد که نمره شرکت‌کننده از مرحله پایه به مداخله تغییر کرده است (جدول ۳). همانطور که در جدول مربوطه و همچنین نمودار شماره ۱ مشاهده می‌شود، تغییر آنی برای اغلب متغیرها به جز عملکرد فورهند، و بک‌هند اتفاق افتاده است. علاوه بر این، برای تمامی متغیرها، به جز بک‌هند، درصد داده‌های غیر همپوشانی قابل قبول بود. نمرات بین $۵۰-۷۰$ در این آزمون، اثرات احتمالی و همچنین نمرات بالای ۷۰ ، اثر مداخله‌ای قوی را نشان می‌دهد و همچنین، اندازه اثر نیز برای تمامی متغیرها به جز بک‌هند، بزرگ بود. کوهن^۱ نیز در سال ۱۹۹۲ (۴۲) دسته بندی خاصی را برای تفسیر اندازه اثر پیشنهاد کرد. به این ترتیب، اندازه اثری با بزرگی $۰,۲$ به عنوان کوچک، $۰,۵$ به عنوان متوسط و $۰,۸$ به عنوان بزرگ تفسیر می‌شود؛ اما با این حال، در ارزیابی طرح‌های تک موردی، پارکر و ونست^۲ در سال ۲۰۰۹ مشخص کردند که $۰/۸۷$ یک اثر کوچک را نشان می‌دهد، در حالی که $۲/۶۷-۰/۸۷$ یک اثر متوسط و هر عدد بزرگ‌تر $۲/۶۷$ یک اثر بزرگ را نشان می‌دهد (۴۳). بنابراین تفسیر دوم برای این تجزیه و تحلیل انتخاب

2. Parker & Vannest

1. Cohen

در نهایت باتوجه به نتایج به دست آمده، نشان داده شد که کاهش در باورهای غیرمنطقی و خرده مقیاس‌های آن در مرحله مداخله به پیگیری نیز برابر با $۰.۲۳/۷۹$ ؛ $۰.۲۸/۱۲۰$ ، $۰.۳۰/۹۳$ ، $۰.۷/۹۶$ ، و $۰.۳۰/۱۱۲$ بود.

تحلیل آماری نیز به منظور تکمیل یافته‌های به دست آمده از تحلیل دیداری، انجام شد. همان‌طور که در جدول شماره ۴ قابل مشاهده است، آزمون تی زوجی به منظور بررسی معناداری تغییرات در متغیرهای وابسته پژوهش اجرا شد. به منظور بررسی توزیع نرمال داده‌ها از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد و نتایج نشان داد که تمامی داده‌ها دارای توزیع طبیعی هستند. تغییرات در متغیرهای وابسته از مرحله پایه به مداخله به وسیله آزمون تی زوجی، با آلفای $p < ۰/۰۵$ انجام شد. نتایج آزمون تی (جدول ۴) افزایش معناداری در نمرات عملکردی شرکت کننده مورد نظر در شاخص‌های سرویس موفق اول ($p < ۰/۰۰۰۱$ ، $t(15) = ۶/۹۲$)، و همچنین فورهند ($p = ۰/۰۰۷۷$ ، $t(15) = ۳/۰۷$) نشان داد؛ درحالی‌که نتایج آزمون تی زوجی برای شاخص بک‌هند در ارزیابی عملکرد ورزشکار افزایش معناداری را نشان نداد ($p = ۰/۱۳$ ، $t(15) = ۱/۵۷$). علاوه بر این، نتایج کاهش معناداری را نیز در نمرات مقیاس سلامت روان ورزشکار نشان داد ($p = ۰/۰۰۴۸$ ، $t(15) = ۷/۵۵$). نتایج آزمون تی زوجی برای خرده مقیاس‌های مقیاس سلامت روان در جدول ۱ مشاهده می‌شود. نتایج به دست آمده از آزمون تی زوجی برای نمرات باورهای غیرمنطقی عملکردی شرکت کننده برابر $p < ۰/۰۰۰۱$ ، $t(15) = ۷/۵۵$ بود که نشان از کاهش معنادار نمرات از

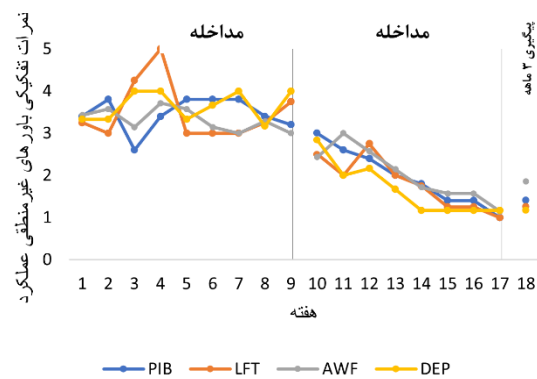
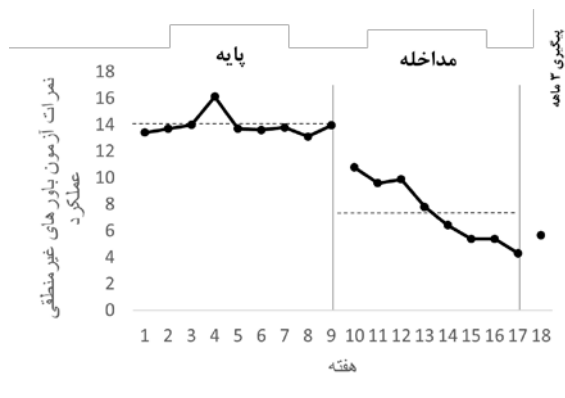
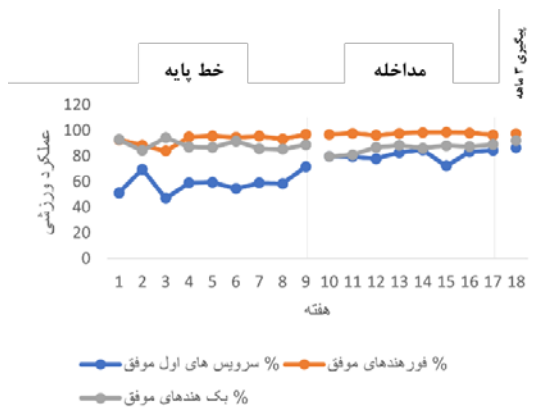
$۰.۶۲/۴۷$ (d=۶/۳۹)، $۰.۵۱/۲۳$ (d=۳/۷۴)، $۰.۴۳/۰۶$ (d=۶/۵۶)، $۰.۵۹/۰۱$ (d=۳/۴۱)، به دست آمده است. همچنین در مرحله پایه به پیگیری نیز، تغییرات کاهش یافته برای هر کدام از متغیرها برابر با $۰.۵۹/۱$ ؛ $۰.۶۲/۱۴۷$ ، $۰.۴۷/۴۸$ ؛ $۰.۳۷/۸۸$ ؛ و $۰.۴۵/۳۵$ بود. در نهایت، تغییرات به وجود آمده برای متغیرهای مذکور در سلامت روان شرکت کننده در مرحله مداخله به پیگیری، شامل افزایش $۸/۵۷$ درصدی در نمره کل سلامت روان، تغییر ۰ درصدی در علائم جسمانی، افزایش $۷/۶۹$ درصدی در علائم اضطرابی و خواب، افزایش $۹/۰۹$ درصدی در علائم کنش اجتماعی، و در نهایت افزایش $۳۳/۳۳$ درصدی در علائم مربوط به افسردگی بود. بنابراین، نمرات مقیاس سلامت روان و همچنین خرده مقیاس‌های مربوط به آن برای شرکت کننده مورد نظر پس از سه ماه مجدداً افزایش داشته است که نشان از برگشت تجربه علائم مربوط به مشکلات سلامت روان است.

علاوه بر این، نمره باورهای غیرمنطقی شرکت کننده و همچنین تمام خرده مقیاس‌های مرتبط با آن نیز در تمامی مراحل پژوهش با کاهش روبرو شده‌اند. در مرحله پایه به مداخله، باورهای غیرمنطقی شرکت کننده و خرده مقیاس‌های آن شامل باورهای غیرمنطقی اولیه، تحمل کم ناکامی، فاجعه‌سازی، و خود ناچیزانگاری همگی به ترتیب $۴۶/۵۹$ درصد ($d = ۳/۶۷$)، $۴۳/۶۴$ درصد ($d = ۲/۷۵$)، $۴۸/۲۸$ درصد ($d = ۲/۵۵$)، $۳۹/۲۷$ درصد ($d = ۲/۸۰$)، و $۵۴/۳۹$ درصد ($d = ۴/۰۰$)، کاهش یافته‌اند. همچنین در مرحله پایه به پیگیری به ترتیب، با کاهش $۰.۵۹/۲۹$ ؛ $۰.۵۹/۵۳$ ؛

مرحله پایه به مرحله مداخله بود. همچنین تغییر در تمامی خرده مقیاس‌های این آزمون شامل باورهای غیرمنطقی اولیه، تحمل کم ناکامی، فاجعه‌سازی و خود ناچیزانگاری از مرحله پایه به مداخله، کاهش معناداری را نشان داد (جدول ۴).

اعتبارسنجی اجتماعی

در انتهای پژوهش حاضر با استفاده از اعتبارسنجی اجتماعی به بررسی اهمیت مداخلات، رضایت، و در نهایت مفید بودن آن برای شرکت کننده و مربی وی پرداخته شد. نتایج نشان داد که شرکت کننده و مربی، هر دو مداخلات صورت گرفته در حین پژوهش را مهم می‌دانند و علاوه بر این، اثرات به جا مانده از مداخلات را در جهت بهبود عملکرد ورزش مفید و می‌دانند و از مداخلات صورت رفته رضایت دارند. علاوه بر این، با استفاده از نرم‌افزار تحلیل محتوا، پس از کدگذاری سؤال باز پاسخ مبنی بر اینکه چه عواملی باعث ایجاد



نمودار ۱: نمایش دیداری نمرات سلامت روان، عملکرد، و باورهای غیرمنطقی در مراحل پایه، مداخله، و پیگیری

جدول ۳: میانگین، انحراف معیار، درصد تغییرات، اندازه اثر، درصد داده‌های غیرهمپوشانی، و تغییر آنی متغیرهای پژوهش

متغیر	خط پایه	مداخله (درصد تغییر پایه - مداخله)	اندازه اثر (Cohen's d)	درصد داده‌های غیر همپوشانی	تغییر آنی	پیگیری (درصد تغییر پایه - پیگیری)	نمره مرحله تغییرات	درصد مداخله - پیگیری
سلامت روان	۳۷/۳۳ ± ۱/۵۲	۱۷/۵۰ ± (-۵۳/۱۲) ۴/۹۴	-۵/۵۸	۱۰۰	بله	۱۹(-۴۹/۱۰)	۸/۵۷	
علائم جسمانی	۱۰/۶۶ ± ۰/۵۷	۴ ± ۱/۴(-۶۲/۴۷)	-۶/۳۹	۱۰۰	بله	۴(-۶۲/۴۷)	۰	
علائم اضطرابی و خواب	۱۳/۳۳ ± ۱/۵۲	۶/۵ ± (-۵۱/۲۳) ۲/۱۲	-۳/۷۴	۱۰۰	بله	۷(-۴۷/۴۸)	۷/۶۹	
علائم کنش اجتماعی	۹/۶۶ ± ۰/۵۷	۵/۵۰ ± ۷۰(-۴۳/۰۶)	-۶/۵۶	۱۰۰	بله	۶(-۳۷/۸۸)	۹/۰۹	
علائم افسردگی	۲/۶۶ ± ۰/۵۷	۱/۵۰ ± ۰/۷۰(-۵۹/۰۱)	-۳/۴۱	۱۰۰	بله	۲(-۴۵/۳۵)	۳۳/۳۳	
سرویس	۵۸/۹۶ ± ۷/۹۱	۸۰/۵۹ ± ۴/۱۳(۳۶/۶۸)	۳/۴۱	۸۷/۵	بله	۸۶/۴۱(۴۶/۵۵)	۷/۲۲	
فورهند	۹۲/۹۰ ± ۴/۱۳	۹۷/۵۰ ± ۰/۹۲(۴/۹۵)	۱/۷۹	۶۲/۵	خیر	۹۷/۳۵(۴/۷۹)	-۰/۱۵	
بک هند	۸۸/۵۴ ± ۳/۵۸	۸۵/۸۰ ± ۳/۵۷(-۳/۰۹)	-۰/۷۷	۲۵	خیر	۹۱/۹۵(۳/۸۳)	۷/۱۶	
نمره کل باورهای غیرمنطقی	۱۳/۹۳ ± ۰/۸۶	۷/۴۴ ± ۲/۴۲(-۴۶/۵۹)	-۳/۶۷	۱۰۰%	بله	۵/۶۷(-۵۹/۲۹)	-۲۳/۷۹	
باورهای غیرمنطقی اولیه	۳/۴۶ ± ۰/۴۰	۱/۹۵ ± ۰/۶۸(-۴۳/۶۴)	-۲/۷۵	۷۵	بله	۱/۴۰(-۵۹/۵۳)	-۲۸/۲۰	
تحمل کم ناکامی	۳/۵۰ ± ۰/۷۰	۱/۸۱ ± ۰/۶۲(-۴۲/۲۸)	-۲/۵۵	۱۰۰	بله	۱/۲۵(-۶۴/۲۸)	-۳۰/۹۰	
فاجعه‌سازی	۳/۳۱ ± ۰/۲۶	۲/۰۱ ± ۰/۶۲(-۳۹/۲۷)	-۲/۸۰	۸۷/۵	خیر	۱/۸۵(-۴۴/۱۰)	-۷/۹۶	
خودناچیزانگاری	۳/۶۴ ± ۰/۳۵	۱/۶۶ ± ۰/۶۲(-۴۵/۳۹)	-۴/۰۰	۱۰۰	بله	۱/۱۶(-۶۸/۱۳)	-۳۰/۱۲	

جدول ۴: نتایج آزمون تی زوجی برای متغیرهای پژوهش

متغیر	t	درجه آزادی	p
سلامت روان	۷/۵۵	۳	۰/۰۰۴۸
علائم جسمانی	۷/۸۲	۳	۰/۰۰۴۴
علائم اضطرابی و خواب	۴/۲۹	۳	۰/۰۲۳
علائم کنش اجتماعی	۷/۳۹	۳	۰/۰۰۵۱
علائم افسردگی	۳/۸۸	۳	۰/۰۳۱
سرویس	۶/۹۲	۱۵	<۰/۰۰۰۱
فورهند	۳/۰۷	۱۵	۰/۰۰۷۷
بک هند	۱/۵۷	۱۵	۰/۱۳۵
باورهای غیرمنطقی	۷/۵۵	۱۵	<۰/۰۰۰۱
باورهای غیرمنطقی اولیه	۵/۶۶	۱۵	<۰/۰۰۰۱
تحمل کم ناکامی	۵/۲۳	۱۵	<۰/۰۰۰۱
فاجعه‌سازی	۵/۷۶	۱۵	<۰/۰۰۰۱
خود ناچیزانگاری	۸/۲۳	۱۵	<۰/۰۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

فشرده و ... دشوار است، از این رو، استفاده از رویکرد تک‌موردی، یک روش پژوهشی عملی‌تر خواهد بود. در نهایت، این رویکرد به متخصصان کمک می‌کند تا مداخلات را در محیط واقعی مسابقه یا تمرین اجرا و تنظیم کنند (۱۷). از این رو، با توجه به مزایای ذکر شده، در این پژوهش با استفاده از طرح تجربی تک‌موردی، به بررسی اثربخشی مشاوره مبتنی بر درمان رفتاری عقلانی هیجانی بر بهبود سلامت روان و عملکرد ورزشی یک تنیسور نخبه پرداخته شد.

نتایج به دست آمده نشان داد که باورهای غیرمنطقی عملکردی شرکت‌کننده در پژوهش حاضر با اجرای مداخلات مبتنی بر رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی کاهش یافته است. علاوه بر این، نتایج نشان داد که در پی اجرای مداخلات با رویکرد مذکور، خرده مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی نیز که شامل باورهای غیرمنطقی اولیه، تحمل کم ناکامی، فاجعه‌سازی، و

طرح‌های تجربی تک‌موردی اخیراً در حوزه روان‌شناسی ورزشی مورد توجه قرار گرفته‌اند، زیرا که امکان تجزیه و تحلیل دقیق فردی مداخلات و اثربخشی آن بر عملکرد و وضعیت روان‌شناختی فرد را فراهم می‌کند (۲۸). دلایل متعددی در توجیه استفاده از این رویکرد در ورزش نخبگان وجود دارد. از آنجاییکه ورزشکاران به طور متفاوتی به مداخلات روان‌شناختی واکنش نشان می‌دهند، این رویکرد به محققان و متخصصان اجازه می‌دهد تا تغییرات در عملکرد و ویژگی‌های روان‌شناختی وی را در طول زمان مشاهده کنند. همچنین، این رویکرد روشی را برای کنترل تفاوت‌های فردی با استفاده از همان شرکت‌کننده به عنوان کنترل خود فراهم می‌کند. علاوه بر این، در محیط ورزش نخبگان، در دسترس بودن گروه بزرگی از شرکت‌کنندگان، به دلیل تعهد به برنامه‌های تمرینی

شرکت‌کننده، علائمی که ورزشکار مورد نظر در مشکلات مربوط به سلامت روان نیز تجربه کرده بود، در مرحله مداخله و پیگیری کاهش یافت. نتایج به دست آمده با پژوهش ترنر و بارکر (۲۳) در سال ۲۰۱۴ مبنی تأثیر بلندمدت مداخلات با رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی بر باورهای غیرمنطقی در طول یک فصل و بهبود سلامت روان و انعطاف پذیری در بین ورزشکاران، همسو بود. علاوه بر این، ترنر و موور (۳۴) در سال ۲۰۱۶ نشان دادند که باورهای غیرمنطقی در ورزشکاران با اجرای پروتکل هشت هفته‌ای درمان رفتاری عقلانی هیجانی باعث کاهش خستگی جسمانی و هیجانی می‌شود و در نتیجه منجر به بهبود علائم سلامت روان خواهد شد. در حالی که درمان رفتاری عقلانی هیجانی در افزایش سلامت روان ورزشکاران نویدبخش بوده است، برخی از مطالعات یافته‌های غیرمعناداری را در رابطه با اثربخشی آن در زمینه‌های ورزشی گزارش کرده‌اند. به عنوان مثال، مطالعه‌ای توسط توت، ترنر، مانیون (۴) در سال ۲۰۲۳ مبنی بر مقایسه مداخلات درمان رفتاری عقلانی هیجانی با مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در بین بازیکنان جوان هاکی روی یخ انجام دادند. نتایج نشان داد که هیچ کدام از رویکردها به بهبود قابل توجهی در معیارهای روان‌شناختی مانند اضطراب رقابتی، کمال‌گرایی یا باورهای غیرمنطقی منجر نشدند. این نشان می‌دهد که رویکرد مذکور ممکن است همواره مزایای قابل توجه در بهبود سلامت روان در جامعه ورزشی را نداشته باشد. در نهایت، نتایج به دست آمده نشان داد که استفاده از رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی، موجب کاهش علائم مرتبط با مشکلات سلامت روان شده

خود ناچیزانگاری است، نیز کاهش یافته است. نتایج حاصل از این پژوهش در خصوص متغیر باورهای غیرمنطقی عملکردی با نتایج پژوهش‌های بسیاری (۱۴، ۴۴) مبنی بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر این رویکرد بر کاهش باورهای غیرمنطقی و افزایش باورهای منطقی همسو است. علاوه بر این، پژوهش‌های صورت گرفته در این حوزه، نشان داده است که پروتکل انتخاب شده در این پژوهش اثربخشی بالایی در جهت کاهش و افزایش باورهای غیرمنطقی و باورهای منطقی دارد. از این رو جوردانا و همکاران (۱۴) اظهار کردند که مداخلات این رویکرد به منظور دستیابی به اهداف مربوطه بهتر است از ۴ هفته بیشتر باشد. به نظر می‌رسد که قسمتی از اثربخشی مداخلات را می‌توان به پروتکل هشت هفته‌ای اجرا شده در این پژوهش نیز نسبت داد. علاوه بر این، نتایج حاصل اعتبارسنجی اجتماعی نیز نشان داد که ورزشکار و مربی وی معتقدند که با کاهش باورهای غیرمنطقی نسبت به پیروزی و شکست و همچنین پذیرش اشتباهات و عدم سرزنش خود در مواقعی پرفشار، توانسته است که عملکرد ورزشی و همچنین علائم سلامت روان خود را بهبود بخشد.

وجود باورهای غیرمنطقی باعث ایجاد احساسات منفی ناکارآمد و در نتیجه رفتار ناکارآمد می‌شود (۱). همانطور که در بخش نتایج مشاهده شد، در ارزیابی‌های به دست آمده در خط پایه، نمرات باورهای غیرمنطقی و همچنین علائم مرتبط با مشکلات سلامت روان بالا بود. در پی اجرای مداخلات، مشخص شد که با کاهش باورهای غیرمنطقی عملکردی

عملکرد است (۹). به عنوان مثال، مطالعه موردی توسط وود، بارکر، ترنر، و شفیلد^۲ (۱۸) در سال ۲۰۱۷ کاربرد رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی را با کماندار نخبه نشان داد که منجر به کاهش اضطراب و افزایش عملکرد وی شد. مداخله بر شناسایی و به چالش کشیدن باورهای غیرمنطقی متمرکز بود که منجر به بهبود تنظیم هیجانی و دقت تیراندازی شد. علاوه بر این، در پژوهشی دیگر که به اثربخشی این رویکرد بر عملکرد ورزشکاران نخبه پارالمپیک پرداخته بود، مشخص شد که مداخلات مبتنی بر رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی نه تنها سلامت روانی را تسهیل می‌کند، بلکه عملکرد ورزشی را نیز افزایش می‌دهد (۴۶).

در حالیکه روند کلی داده‌ها در پژوهش حاضر مثبت است و نشان دهنده اثرات بالقوه رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی است، اما برخی از متغیرها مانند عملکرد بک‌هند، روند ثابت و یا حتی کاهش (منفی) داشته اند. علاوه بر این، علائم مربوط به مشکلات سلامت روان در مرحله پیگیری، برگشت داشته‌اند؛ به این معنی که احتمالاً این علائم با فشارهای رقابتی، و یا حتی فشارهای روان‌شناختی خارج از ورزش، مجدداً افزایش پیدا کرده اند. این نوسانات، در کنار سایر علائم، می‌تواند ناشی از متغیرهای خارج از کنترل باشد که ممکن است تشخیص و مقابله با باورهای غیرمنطقی را برای شرکت‌کننده دشوارتر کند. این امر نیاز شرکت‌کننده را برای دریافت جلسات بیشتر نشان می‌دهد تا زمان کافی برای اجرای مهارت‌هایی را که آموخته‌اند، داشته باشند.

است. علاوه بر این، تمامی خرده مقیاس‌های سلامت روان شامل علائم جسمانی، علائم اضطرابی و مشکلات خواب، کنش اجتماعی، و علائم افسردگی نیز در پی اجرای مداخلات با رویکرد مذکور کاهش یافته است. گروه^۱ و همکاران (۴۵) در سال ۲۰۲۳ نیز در پژوهشی مبنی بر اثر کاهش باورهای غیرمنطقی بر اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، و علائم اضطرابی، نشان دادند که با کاهش باورهای غیرمنطقی و جایگزین شدن آن‌ها به وسیله باورهای منطقی، علائم اضطرابی، نشانگان افسردگی و همچنین علائم اختلال استرس پس از سانحه کاهش می‌یابد.

همچنین، نتایج نشان داد که با اجرای پروتکل هشت هفته‌ای درمان رفتاری عقلانی هیجانی، عملکرد شرکت‌کننده نیز بهبود پیدا کرده است. از آنجایی که در فضای رقابتی ورزش، تمامی افراد حاضر در آن شامل ورزشکار مربی، مدیران، کادر پزشکی و... به دنبال دستیابی به حداکثر نتایج هستند، به نظر می‌رسد که با نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان اظهار داشت که مداخلات روان‌شناختی در ورزش با رویکرد رفتاری عقلانی هیجانی می‌تواند از جایگاه ویژه‌ای به دلیل اثربخشی زودهنگام و همچنین پایداری در اثرات آن بر عملکرد ورزشی، برخوردار باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که باورهای غیرمنطقی می‌تواند منجر به احساسات منفی ناسالم و رفتارهای ناسازگار شود و بر عملکرد ورزشکاران تأثیر منفی بگذارد. هدف از اتخاذ این رویکرد با ترویج تفکر منطقی، تقویت پاسخ‌های عاطفی سالم‌تر و بهبود نتایج

2. Sheffield

1. Crove

محدودیت‌های پژوهش

ورزشکاران نخبه، شاید استفاده از جلسات مختصر (۲۰-۱۵ دقیقه‌ای)، بتواند اثربخشی لازم را نیز داشته باشد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود تا مداخلات مختصر با رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی نیز بررسی شود. در نهایت، به منظور افزایش اثربخشی مداخلات، به نظر می‌رسد که محققان و متخصصان باید از تعهد به انجام تکالیف خانگی ورزشکاران اطمینان حاصل کنند.

از آنجاییکه پژوهش حاضر جز اولین مطالعات در زمینه بررسی اثربخشی رویکرد درمان رفتاری عقلانی هیجانی در ورزش نخبگان با استفاده از رویکرد تک‌موردی در کشور بود، اجرای آن نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. اولین محدودیتی که می‌توان به آن اشاره کرد، فقدان ادبیات پیشینه در این موضوع بود که منجر به استناد یافته‌ها به نتایج مطالعات خارجی شد. علاوه بر این، باتوجه به شرایط تمرینی و رقابتی ورزشکار، امکان جمع‌آوری داده‌های بیشتری در مرحله پیگیری نبود. همچنین، از دیگر محدودیت‌هایی که نه تنها پژوهش حاضر با آن مواجه بود، بلکه یکی از محدودیت‌های طرح تجربی تک‌موردی به شمار می‌رود، استفاده مکرر از آزمون‌های مورد استفاده در طول زمان است که می‌تواند خطر خستگی و اثر آزمون را افزایش دهد. یکی دیگر از محدودیت‌های جدی در استفاده از درمان رفتاری عقلانی هیجانی، این است که اثربخشی مداخلات وابستگی زیادی به انجام تکالیف خانگی دارد.

پیشنهادها

باتوجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان پیشنهادهایی را برای پژوهشگران در مطالعات آینده ارائه کرد. ابتدا، با در نظر داشتن محدودیت‌های ورزش نخبگان، محققان امکان جمع‌آوری داده‌های بیشتری را در مرحله پیگیری فراهم کنند. همچنین، ماهیت آموزشی و فعالانه جلسات مشاوره می‌تواند تأثیرات عمده‌ای بر اثربخشی مداخلات داشته باشد. علاوه بر این، به دلیل برنامه‌های تمرینی فشرده

References

1. Turner M, Jones M, Wood A, editors. Applying cognitive behavioural therapeutic approaches in sport. Taylor & Francis; 2023 Apr 21.
2. Undiyaundeye F, Ukwayi G. U. Counseling Approaches and Sports Issues in Athletics. International Journal of Social Science and Humanities Research. 2015;3(1):166-8.
3. Lavalley D, Robinson HK. In pursuit of an identity: A qualitative exploration of retirement from women's artistic gymnastics. Psychology of sport and exercise. 2007 Jan 1;8(1):119-41.
4. Tóth, R., Turner, M.J., Mannion, J. *et al.* The effectiveness of rational emotive behavior therapy (REBT) and mindfulness-based intervention (MBI) on psychological, physiological and executive functions as a proxy for sports performance. *BMC Psychol* **11**, 442 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01486-8>
5. Kremer J, Moran A, Kearney CJ. Pure sport: Sport psychology in action. Routledge; 2019 May 28.
6. Weinberg RS, Gould D. Foundations of sport and exercise psychology. Human kinetics; 2019.
7. Birrer D, Röthlin P, Morgan G. Mindfulness to enhance athletic performance: Theoretical considerations and possible impact mechanisms. *Mindfulness*. 2012 Sep;3(3):235-46.
8. Vealey RS, Chase MA, Cooley R. Developing self-confidence in young athletes. In *Sport psychology for young athletes 2017 Oct 2* (pp. 94-105). Routledge.
9. Turner MJ. Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the mental health of athletes. *Frontiers in psychology*. 2016 Sep 20;7:1423.
10. Ellis A. Rational psychotherapy and individual psychology. *Journal of individual psychology*. 1957 May 1;13(1):38.
11. Marlow C. Creating positive performance beliefs: The case of a tenpin bowler. *Applied sport psychology: A case based approach*. 2009 Aug 10:65-87.
12. Turner M, Barker JB. Examining the efficacy of rational-emotive behavior therapy (REBT) on irrational beliefs and anxiety in elite youth cricketers. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2013 Jan 1;25(1):131-47.
13. Bernard ME. A rational-emotive mental training program for professional athletes. In *Clinical applications of rational-emotive therapy 1985* (pp. 277-309). Boston, MA: Springer US.
14. Jordana A, Turner MJ, Ramis Y, Torregrossa M. A systematic mapping review on the use of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) with athletes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*. 2023 Dec 31;16(1):231-56.
15. Turner MJ, Aspin G, Didymus FF, Mack R, Olusoga P, Wood AG, Bennett R. One case, four approaches: The application of psychotherapeutic approaches in sport psychology. *The Sport Psychologist*. 2020 Mar 12;34(1):71-83.
16. Munnik JB, van Niekerk RL, Turner MJ. A cluster randomized trial of a rational emotive behavior therapy (REBT) program and a mindfulness-acceptance-commitment (MAC)

- program, with South African adolescent rugby players. *Psychology of Sport and Exercise*. 2024 Nov 1;75:102706.
17. Barker J, McCarthy P, Jones M, Moran A. *Single-case research methods in sport and exercise psychology*. Routledge; 2011 Apr 14.
 18. Wood AG, Barker JB, Turner MJ. Developing performance using rational emotive behavior therapy (REBT): A case study with an elite archer. *The Sport Psychologist*. 2017 Mar 1;31(1):78-87.
 19. Rees T, Hardy L, Freeman P. Supporting athletes under pressure: Social support, stress, and performance. *J Appl Sport Psychol*. 2016;28(1):76-89.
 20. Kazdin AE. Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour research and therapy*. 2019 Jun 1;117:3-17.
 21. Hrycaiko D, Martin GL. Applied research studies with single subject designs: why so few? *J Appl Psychol*. 1996;8:183-199.
 22. Keegan RJ, Schinke R, Chirban S, Durand-Bush N, Cotterill S. Guidelines for writing applied case studies in sport and exercise psychology. *Revista de psicología del deporte*. 2017;26(3):85-90.
 23. Turner MJ, Barker JB. Using rational emotive behavior therapy with athletes. *The Sport Psychologist*. 2014 Mar 1;28(1):75-90.
 24. Turner M. *The rational practitioner: The sport and performance psychologist's guide to practicing rational emotive behaviour therapy*. Routledge; 2022 Dec 26.
 25. Wolpe J. Individualization: The categorical imperative of behavior therapy practice. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1986 Sep 1;17(3):145-53.
 26. DiGiuseppe RA, DiGiuseppe R, Doyle KA, Dryden W, Backx W. *A practitioner's guide to rational-emotive behavior therapy*. Oxford University Press, USA; 2014 Aug 15.
 27. Hoeksema SN, Fredrickson BL, Loftus GR, Wagenaar WA. *Atkinson & Hilgard's introduction to psychology*. Hampshire: Cengage Learning. 2009.
 28. Goldenberg D. Detection of illness: the detection of psychiatric illness by questionnaire. *Maudsley Monograph*. 1972;21.
 29. Fathi-Ashtiani A, Dastani M. *Psychological tests: Personality and mental health*. Tehran: besat. 2009;46.
 30. Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Palahang H. *Nationwide Integration of Mental Health into Primary Health Care in Iran: Case Summary for WHO*. Tehran: Majd Publications. 1994.
 31. Yaghoubi N, Nasr M, Shahmohammadi D. Epidemiological study of mental disorders in urban and urban areas of SoumaahSara city- Gilan. *Andisheh and Raftar Journal* 1995; 4: 55- 65.
 32. Bahmani B, Askari A. National normative data and psychometric properties of mental health questionnaire for medical students of Iran. In *Proceeding of the National Congress of student's mental health* 2006.

33. Turner MJ, Allen MS. Confirmatory factor analysis of the irrational Performance Beliefs Inventory (iPBI) in a sample of amateur and semi-professional athletes. *Psychology of Sport and Exercise*. 2018 Mar 1;35:126-30.
34. TURNER M, Moore M. Irrational beliefs predict increased emotional and physical exhaustion in Gaelic football athletes. *International Journal of Sport Psychology*. 2016 Mar 31;47(2):187-201.
35. Storey K, Horner RH. An evaluative review of social validation research involving persons with handicaps. *The Journal of Special Education*. 1991 Oct;25(3):352-401.
36. Kratochwill TR, Mission P, Hagermoser E. Single Case Experimental Designs. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. 2014 Dec 29:1-2.
37. Wolf MM. Social validity: the case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart 1. *Journal of applied behavior analysis*. 1978 Jun;11(2):203-14.
38. Dempsey T, Matson JL. General methods of treatment. In *Social behavior and skills in children 2009* Aug 5 (pp. 77-95). New York, NY: Springer New York.
39. Milne D, editor. *Evaluating mental health practice (psychology revivals): Methods and applications*. Routledge; 2015 Mar 27.
40. Pates J, Cummings A, Maynard I. The effects of hypnosis on flow states and three-point shooting performance in basketball players. *The Sport Psychologist*. 2002 Mar 1;16(1):34-47.
41. Ellis A, Dryden W. *The practice of rational emotive behavior therapy*. Springer publishing company; 2007 Jul 31.
42. Alresheed F, Hott BL, Bano C. Single Subject Research: A Synthesis of Analytic Methods. *Journal of Special Education Apprenticeship*. 2013 May;2(1):n1.
43. Cohen J. A Power Primer *Psychological Bulletin*, 112. T55–159 [https://doi.org/10.1037/0033-2909](https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.55).
44. Parker RI, Vannest K. An improved effect size for single-case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior therapy*. 2009 Dec 1;40(4):357-67.
45. Grove AB, Sheerin CM, Wallace RE, Green BA, Minnich AH, Kurtz ED. The effect of a reduction in irrational beliefs on posttraumatic stress disorder (PTSD), depression, and anxiety symptoms in a group treatment for post-9/11 Veterans. *Mil Psychol*. 2023 Jul 30: 1–11.
46. Wood AG, Barker JB, Turner MJ, Sheffield D. Examining the effects of rational emotive behavior therapy on performance outcomes in elite paralympic athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*. 2018 Jan;28(1):329-39.