

The Prevalence of Pain and Disability Among Young Elite Volleyball Players in Iran

*Babaei Khorzoghi M¹, Mohammadi Pour M²

Author Address

1. PhD in Sports Injuries and Corrective Exercises, Assistant Professor of Center of Physical Education, Isfahan University of Technology, Isfahan, Iran;

2. MA in Sports Physiology, Instructor of Center of Physical Education, Isfahan University of Technology, Isfahan, Iran.

*Corresponding author's email: babaei@cc.iut.ac.ir

Received: 2019 February 17; Accepted: 2019 May 11

Abstract

Background & Objectives: Volleyball is considered a low-level injury due to the separation of the players of the two teams from each other; however, at competitive levels, serious injuries were recorded in this sport. There is a breakthrough in the development of pain and disability as the main results of sports injuries in elite volleyball players. Research is limited on the prevalence of sports injuries in volleyball players. Therefore, the present study examined the prevalence of pain and disability in young elite national volleyball players in Iran.

Methods: The statistical population of the present descriptive study included all young male volleyball players in the top national league. In total, 81 subjects were selected as the research sample. To collect information about pain and disability, the Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ) (Hedge, 1999) and a researcher-made demographic questionnaire were used. To analyze the obtained data, descriptive statistics (mean & standard deviation) were used in SPSS and Excel.

Results: The collected data indicated that the mean±SD age of the study subjects was 18.48±0.77 years, their weight equaled 73.85±9.55 kg, their height was measured as 185.51±9.10 cm, and they had playing experience of 6.55±2.17 years. Furthermore, 271 cases of pain and disability were registered in different organs, with the prevalence of pain and disability per capita be 3.39. The most frequent pain and disability concerned lower limbs (38.38%), upper limbs (35.42%), and trunk (18.08%), orderly. Additionally, according to the region on the limb, the most pain and disability were presented in shoulders (17.34%), knees (16.24%), and waist (11.81%), respectively. Based on the professional role of players, the Power receivers manifested the highest levels of pain and disability in various body organs. The most frequent pain and disability were reported based on specialist' posts of Receiver attacker and Libero in the shoulders (respectively, with an average value of 136 & 78), and in the Opposite players, Middle blockers, and Setters in knees (respectively, with an average of 132, 122, & 115). Moreover, the Receiver attacker reported the highest (mean: 63.25) and Passer the lowest (mean: 31.75) pain and disability in various organs of the body.

Conclusion: Considering the high level of pain and disability in this age group, the main cause of future injury in volleyball players can be attributed to the high level of pain and disability during the competition practice. The presence of pain and disability can damage future adult players.

Keywords: Volleyball, Injury, Pain, Disability, Youth, Teenagers, Elite.

بررسی شیوع درد و ناتوانی بازیکنان والیبالیست نخبه جوان کشور

*مجتبی بابایی خرزوقی^۱، محمدرضا محمدی پور^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای آسیب شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی، استادیار مرکز تربیت بدنی دانشگاه صنعتی اصفهان، اصفهان، ایران؛

۲. کارشناس ارشد فیزیولوژی ورزشی، مربی مرکز تربیت بدنی دانشگاه صنعتی اصفهان، اصفهان، ایران.

* رایانامه نویسنده مسئول: babaei@cc.tui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۸ بهمن ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۲۱ اردیبهشت ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به پیشرفت والیبال در سطح کشور و به دنبال آن، افزایش علاقه مندی جوانان به این رشته ورزشی و اهمیت سلامتی و تندرستی در این گروه سنی، هدف این پژوهش بررسی شیوع درد و ناتوانی بازیکنان نخبه والیبالیست جوان بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه پسران جوان والیبال حرفه ای فعال در لیگ دسته برتر کشور بود. ۸۱ نفر از بین جامعه آماری مذکور با روش هدفمند در دسترس به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات مرتبط با درد و ناتوانی از پرسشنامه کرنل (هیدگ و همکاران، ۱۹۹۹) به همراه پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و همچنین از نرم افزار اکسل نسخه ۲۰۱۶ استفاده شد.

یافته ها: در مجموع، ۲۷۱ مورد درد و ناتوانی ثبت و به ازای هر بازیکن ۳/۳۹ محاسبه شد. به ترتیب بیشترین میزان درد و ناتوانی مرتبط با اندام تحتانی (۳۸/۳۸ درصد)، اندام فوقانی (۳۵/۴۲ درصد) و تنه (۱۸/۰۸ درصد) بود. همچنین براساس محل اندام، بیشترین میزان درد و ناتوانی به ترتیب متعلق به شانه ها (۱۷/۳۴ درصد)، زانوها (۱۶/۲۴ درصد)، و کمر (۱۱/۸۱ درصد) بود. بیشترین درد و ناتوانی بر اساس پست تخصصی در بازیکنان دریافت کننده قدرتی و لیبرو در شانه ها (به ترتیب با میانگین ۱۳۶ و ۷۸) و در بازیکنان پشت خط زن، دفاع کننده میانی و پاسور در زانوها (با میانگین ۱۳۲، ۱۲۲ و ۱۱۵) گزارش شد. همچنین دریافت کننده قدرتی بیشترین میزان (با میانگین ۶۳/۲۵) و پاسور کمترین میزان (با میانگین ۳۱/۷۵) درد و ناتوانی در اندام های مختلف بدن را گزارش کرده اند.

نتیجه گیری: باتوجه به بالا بودن میزان درد و ناتوانی در این گروه سنی، می توان علت اصلی بروز آسیب های آتی در این بازیکنان را به میزان بالای درد و ناتوانی حین تمرین و مسابقه نسبت داد. این تحقیق می تواند برای پیشگیری از بروز آسیب های آتی نوجوان و جوانان به کار رود.

کلیدواژه ها: والیبال، آسیب، درد و ناتوانی، جوانان و نوجوانان، نخبه.

والیبال یکی از محبوب‌ترین ورزش‌ها در جهان است. این ورزش با جمعیتی بالغ بر ۲۰۰ میلیون شرکت‌کننده در جهان انجام می‌پذیرد (۱). پیشرفت والیبال در سطح کشور و به دنبال آن افزایش علاقه‌مندی نوجوانان و جوانان به رشته ورزشی والیبال و همچنین اهمیت سلامتی و تندرستی در این گروه سنی برای دستیابی به موفقیت در مسیر زندگی، اهمیت بررسی شیوع آسیب‌های ورزشی در این رشته را دوچندان می‌کند. لازم به ذکر است، ماهیت بعضی از رشته‌های ورزشی تعیین‌کننده نوع آسیب ورزشی در بخشی از اندام‌ها می‌شود. رشته ورزشی والیبال به نظر کم‌برخورد می‌رسد؛ چراکه بازیکنان دو تیم با تور وسط زمین از هم جدا می‌شوند؛ با این حال، در سطوح رقابتی آسیب‌هایی حاد و جدی در این رشته ورزشی به ثبت رسیده است (۲). علاوه بر این، به نظر می‌رسد میزان آسیب‌های مزمن این رشته ورزشی به علت داشتن حرکات پرتکرار زیاد است؛ به طور مثال، در رشته ورزشی والیبال به علت تماس‌های مداوم پایین تنه با زمین و بالاتنه با توپ، آسیب‌های رایج در اندام‌های بالاتنه و پایین تنه رخ می‌دهد (۳). همچنین پیچش‌های مچ پا و آسیب تاندون پتلا از آسیب‌های حاد رایج هستند و پیچش‌های مکرر احتمال وقوع آرتروز را نیز افزایش می‌دهند (۴). آسیب تاندونیت شانه‌ها در فعالیت‌های بالاسر در اسپک و سرویس در والیبال از آسیب‌های رایج‌اند که در دومین رتبه آسیب‌ها قرار دارند. همچنین در سال‌های اخیر، آسیب‌های غیرمعمول مثل پیچیدن تارهای عصبی مهارکننده عضله روی‌کنفی و تحت‌کنفی به طور فزاینده‌ای در والیبال مشخص شده است (۴).

با توجه به اهمیت این موضوع در بین جوانان، تحقیقات محدودی در این زمینه، به‌ویژه در کشورمان انجام شده است. در ادامه، به معرفی برخی از تحقیقات پرداخته می‌شود: می‌توان به تحقیق علی‌آبادی و همکاران اشاره کرد که در داخل کشور درباره میزان آسیب‌دیدگی اندام فوقانی بازیکنان والیبال و هندبال انجام شد. آن‌ها در مجموع ۲۶۹ آسیب کشیدگی عضلانی (۴۲/۰۱ درصد مربوط به بازیکنان والیبال)، ۶۷ مورد آسیب پارگی تاندون ولیگامنت (۶۱/۱۲ درصد مربوط به بازیکنان والیبال)، ۱۴۳ مورد آسیب کوفتگی و ضرب‌دیدگی (۳۷/۷۷ درصد مربوط به بازیکنان والیبال)، ۴۷ مورد آسیب دررفتگی (۳۶/۱۸ درصد مربوط به بازیکنان والیبال) را گزارش کردند (۳). همچنین در یک مطالعه ده‌ساله که توسط ماجوسکی و همکاران در خارج از کشور در زمینه آسیب‌های همه‌گیر و مربوط به دو رشته ورزشی والیبال و هندبال انجام گرفت، مشخص شد که بیشترین آسیب متعلق به زانو و لیگامان صلیبی قدامی با فراوانی ۲۰/۳ درصد در بازیکنان والیبال و هندبال است (۵). علاوه بر این، در تحقیق دیگری که توسط بمبئی‌چی و همکاران بر ۷۴ بازیکن زن نخبه والیبال ایران برای تعیین میزان شیوع آسیب‌های ورزشی انجام گرفت، آسیب‌های مچ پا (۵۱/۹ درصد) و سپس زانو (۲۲/۲ درصد) بیشترین آسیب‌ها گزارش شدند. همچنین نتایج نشان داد که ۷۷/۸ درصد از آسیب‌ها در اندام تحتانی، ۱۸/۵ درصد از آسیب‌ها در اندام‌های فوقانی و ۳/۷ درصد از آسیب‌ها در تنه این بازیکنان ایجاد شدند (۶). صادقی

و ملک‌محمدی تحقیقی درباره ارتباط آسیب‌های عملکردی با ساختار اندام فوقانی در بازیکنان والیبال سوپرلیگ کشور با تأکید به طبقه‌بندی نوع و درجه و پتانسیل بروز آسیب‌های عملکردی در اندام فوقانی روی ۱۰۷ ورزشکار انجام دادند. نتایج نشان داد که ۴۷/۷ درصد از ورزشکاران در اندام فوقانی دچار محدودیت حرکتی و محدودیت در زندگی روزمره شدند و ۳۶/۶ درصد پتانسیل بروز آسیب‌های مذکور را داشتند (۷). تحقیقی توسط ورهاگن و همکاران بر اندام تحتانی ۴۸۶ بازیکن والیبال سطح دوم و سوم هلند که در طول یک فصل بررسی شدند، انجام شد. نتایج نشان داد که از ۱۰۰ آسیب گزارش شده، ۴۱ آسیب متعلق به پیچش‌های مچ پا بود که بیشترین میزان آسیب حاد را به خود اختصاص دادند (۱).

با توجه به تحقیقات محدود انجام‌شده در زمینه شیوع آسیب‌های ورزشی در رشته ورزشی والیبال، نکته درخور توجه در این تحقیقات اشاره نکردن به علت بروز این‌گونه آسیب‌هاست. به نظر می‌رسد می‌توان علت این‌گونه آسیب‌ها را می‌توان به میزان بروز درد و ناتوانی‌های حاد و مزمن‌شده در حین مسابقه و تمرین مرتبط دانست. هدف از شناسایی آسیب‌های ورزشی این است که اطلاعات مربوط به درد و ناتوانی‌ها را که به‌صورت رایج با عواقب جدی رخ می‌دهند، به بازیکنان و مربیان ارائه دهیم تا برای پیشگیری از آن‌ها، اقداماتی اساسی فراهم و تدبیر شود. مطالعه حاضر به بررسی میزان شیوع درد و ناتوانی در بازیکنان والیبالست دسته برتر جوانان کشور می‌پردازد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی پسران جوان والیبال حرفه‌ای حاضر در لیگ دسته برتر کشور بود. ۸۱ نفر از جامعه مذکور با روش هدفمند در دسترس به عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. برای شناسایی نوع آسیب و درجه‌های آن در ورزش، از دو روش مستقیم (معاینات پزشکی) و غیرمستقیم (پرسشنامه‌ها) استفاده می‌شود (۴) که در مطالعه حاضر از روش غیرمستقیم استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات مرتبط با شیوع درد و ناتوانی از پرسشنامه کرنل^۱ (۸) به‌همراه پرسشنامه دموگرافیک محقق ساخته استفاده شد.

— پرسشنامه کرنل (CMDQ): این پرسشنامه یک ابزار جمع‌آوری اطلاعات برای درد و ناتوانی‌های اسکلتی-عضلانی است. این پرسشنامه توسط آلان هیدگ و همکاران در سال ۱۹۹۹ تدوین شده است (۸). این پرسشنامه در سه مرحله تعداد تجربه درد و ناتوانی، شدت درد و ناتوانی و تأثیر میزان درد و ناتوانی در توان کاری در هفته کاری گذشته تنظیم شده است که دارای نقشه بدن است و ۱۲ عضو بدن را که در مجموع ۲۰ ناحیه از بدن است (گردن، شانه‌ها، پشت، بازوها، کمر، ساعدها، مچ‌های دست، لگن، ران‌ها، زانو‌ها، ساق‌های پا و مچ‌های پا) آنالیز می‌کند. برای محاسبه نمره این پرسشنامه، نتایج سه قسمت پرسشنامه برای هر عضو در هم ضرب می‌شود. نکته درخور توجه آنکه تعداد درد و ناتوانی در پنج سؤال، می‌تواند اعدادی بین صفر تا ۱۰ را به خود اختصاص دهد و در صورت وجود درد و

^۱ 1. Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ)

نمره در هر ردیف (جدول ۲)، درواقع بیانگر میزان شدت درد و ناتوانی و جمع تمام نمرات اکتسابی توسط شرکت‌کنندگان در خصوص آن ردیف است.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ و همچنین از نرم‌افزار اکسل نسخه ۲۰۱۶ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

ویژگی‌های نمونه‌های پژوهش، از لحاظ اطلاعات دموگرافیک شامل میانگین سن، قد، وزن و سابقه ورزشکاران در جدول ۱ آورده شده است.

ناتوانی، به دو قسمت دیگر (شدت و میزان تأثیر درد و ناتوانی) پاسخ داده می‌شود که در سه سؤال به صورت لیکرت تنظیم می‌شود و می‌تواند از ۱ تا ۳ نمره بگیرد. نتیجه نهایی این پرسشنامه برای هریک از نواحی ۲۰ گانه عددی بین صفر تا ۹۰ است (۸). عقیقه‌زاده کاشانی و همکاران روایی و پایایی بالای (آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹) نسخه فارسی این پرسشنامه را در پژوهش خود تأیید کردند (۹). همچنین کروزفلد و همکاران در پژوهش خود روایی و پایایی بالای نسخه انگلیسی این پرسشنامه را تأیید کردند (۱۰). با توجه به اینکه ابزار مطالعه یک نمره به افراد ارائه می‌کند، سعی شد تا تمام نمرات کسب‌شده در این بخش با یکدیگر جمع و ارائه شود. در واقع سعی شد تا تمام نمرات کسب‌شده در هریک از ۲۰ بخش پرسشنامه با یکدیگر جمع شود و به عنوان نمره درد و ناتوانی ارائه شود. نمایش این

جدول ۱. اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

سن (سال)	قد (سانتی‌متر)	وزن (کیلوگرم)	سابقه بازیکن (سال)
میانگین	۱۸۵/۱۵	۷۳/۸۵	۶/۵۵
انحراف معیار	۹/۱۰	۹/۵۵	۲/۱۷

براساس یافته‌های مندرج در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار سن، قد، وزن و سابقه بازیکنان به ترتیب ۱۸/۴۰±۰/۷۷ سال، ۱۸۵/۱۵±۹/۱۰ سانتی‌متر، ۷۳/۸۵±۹/۵۵ کیلوگرم و ۶/۵۵±۲/۱۷ سال است.

جدول ۲. فراوانی و درصد درد و ناتوانی مرتبط با ناراحتی‌های اسکلتی-عضلانی بازیکنان والیبال در رده سنی جوانان پسر

مکان وقوع درد و ناتوانی	محل درد و ناتوانی	مجموع نمره پرسشنامه کرنل*	فراوانی درد و ناتوانی	درصد فراوانی (%)		درصد کل (%)
				تفکیک شده	بدون تفکیک	
سر	گردن	۱۵۷	۲۲	-	۸/۱۲	۸/۱۲
	پشت	۱۱۸	۱۷	۶/۲۷	۱۸/۰۸	۱۸/۰۸
	کمر	۳۴۰	۳۲	۱۱/۸۱		
اندام فوقانی	شانه	۳۴۸	۳۳	۱۲/۱۸	۱۷/۳۴	۳۵/۴۲
	چپ	۱۱۵	۱۴	۵/۱۷		
	راست	۱۳۷	۱۳	۴/۸۰		
	بازو	۵۰	۷	۲/۵۸	۷/۳۸	
	چپ	۶۲	۷	۲/۵۸		
	راست	۴۳	۶	۲/۲۱	۴/۸۰	
	ساعد	۷۴	۹	۳/۳۲	۵/۹۰	
	مچ	۵۲	۷	۲/۵۸		
اندام تحتانی	دست	۳۹	۳	-	۱/۱۱	۳۸/۳۸
	لگن	۷۳	۱۰	۳/۶۹	۷/۰۱	
	ران	۸۱	۹	۳/۲		
	چپ	۳۰۱	۲۴	۸/۳۸۶	۱۶/۲۴	
	راست	۲۱۶	۲۰	۷/۳۸		
	زانو	۴۱	۷	۲/۵۸		
	چپ	۷۱	۸	۲/۹۵	۵/۵۴	
	راست	۱۰۳	۱۱	۴/۰۶	۸/۴۹	
	مچ پا	۹۱	۱۲	۴/۴۳		
	چپ					
جمع کل		۲۵۱۳	۲۷۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

* نشان‌دهنده جمع تجمعی تمامی نمرات کسب شده در هر ۲۰ بخش در پرسشنامه کرنل است (نحوه نمره‌دهی این پرسشنامه در بخش روش بررسی ذکر شده است).

کمر (۱۱/۸۱ درصد) است. کمترین میزان درد و ناتوانی متعلق به ناحیه گردن (۸/۱۲ درصد) است. لازم است ذکر شود که در مجموع ۲۷۱ مورد درد و ناتوانی در نقاط مختلف بدن توسط شرکت‌کنندگان (۸۱ نفر) بیان و ثبت شد که نشان‌دهنده میزان درد و ناتوانی بالا در ورزشکاران جوان است. همچنین این میزان نشان‌دهنده وجود ۳/۳۹ مورد درد و ناتوانی به‌طور متوسط در هر ورزشکار والیبالیست جوان است.

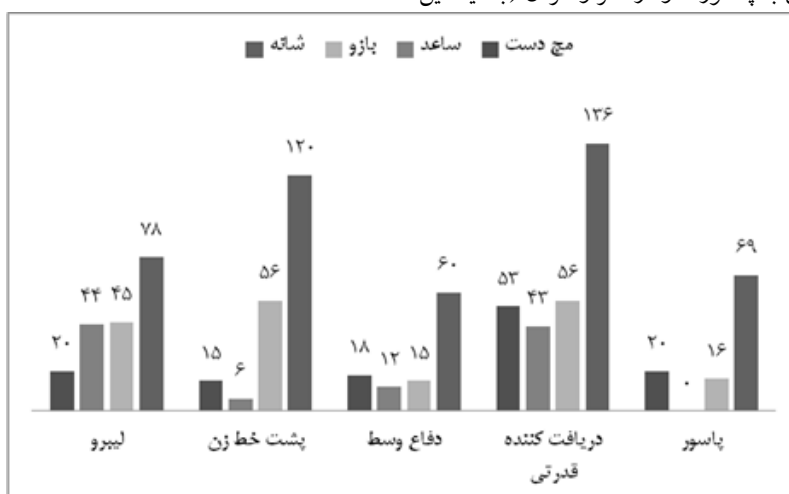
همان‌طور که در جدول ۲ گزارش شده است، بیشترین درصد درد و ناتوانی مرتبط با مشکلات اسکلتی-عضلانی متعلق به اندام تحتانی (۳۸/۳۸ درصد) است و در این اندام بیشترین درصد درد و ناتوانی متعلق به زانوها (۱۶/۲۴ درصد) گزارش شد. میزان درد و ناتوانی در اندام فوقانی نیز با ۳۵/۴۲ درصد در مرتبه دوم قرار گرفته است و در این اندام بیشترین درصد درد و ناتوانی متعلق به شانه‌ها (۱۷/۳۴ درصد) است. همچنین در مجموع ۱۸/۰۸ درصد از آسیب‌ها در تنه رخ داده است که بیشترین درد و ناتوانی در این بخش متعلق به



نمودار ۱. میانگین درد و ناتوانی مرتبط با سر (گردن) و تنه (پشت و کمر) براساس پست تخصصی بازیکنان والیبال در رده سنی نوجوانان پسر

نمودار ۱. میانگین درد و ناتوانی مرتبط با سر (گردن) و تنه (پشت و کمر) براساس پست تخصصی بازیکنان والیبال در رده سنی نوجوانان پسر (۱۸) متعلق به پست دفاع‌کننده میانی گزارش شد. با توجه به نمودار ۱، در مجموع کل میانگین‌های درد و ناتوانی مرتبط به سر و تنه، بیشترین میزان به‌ترتیب متعلق به پست دریافت‌کننده قدرتی و پشت خط زن و کمترین میزان به‌ترتیب متعلق به پاسور و دفاع‌کننده میانی است.

همان‌طور که در نمودار ۱ ملاحظه می‌شود، بیشترین میزان درد و ناتوانی در تنه (با میانگین ۹۶ در کمر و ۵۴ در پشت) و سر و گردن (با میانگین ۴۵) گزارش شد که متعلق به بازیکنان دریافت‌کننده قدرتی است و کمترین میزان درد و ناتوانی در تنه (با میانگین ۸ در پشت و ۴۷ در کمر) متعلق به پاسورها و در سر و گردن (با میانگین



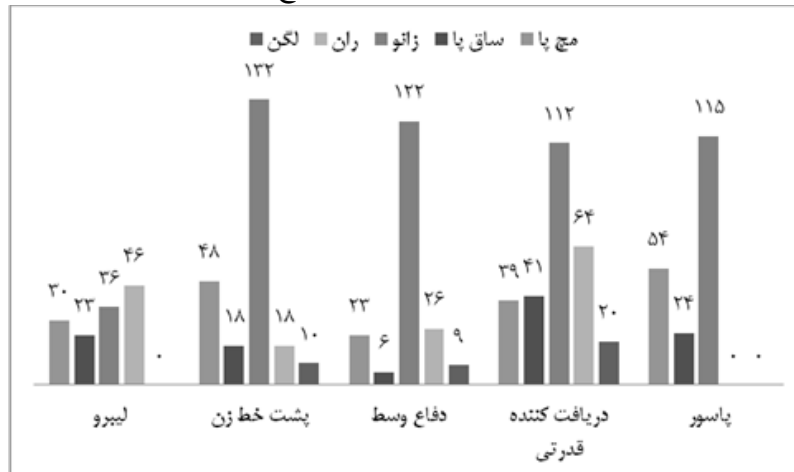
نمودار ۲. میانگین درد و ناتوانی مرتبط با اندام فوقانی (شانه، بازو، ساعد و مچ دست) براساس پست تخصصی بازیکنان والیبال در رده سنی نوجوان پسر

همان‌طور که در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود، بالاترین میزان درد و ناتوانی مرتبط با اندام فوقانی در مچ دست (۵۳ میانگین) گزارش شد که متعلق به دریافت‌کننده قدرتی است. بالاترین میزان درد و ناتوانی در بازو (۵۶ میانگین) متعلق به پاسور و در شانه (۱۵ میانگین) متعلق به پاسور و در ساعد (۱۲ میانگین) متعلق به پاسور است.

همان‌طور که در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود، بالاترین میزان درد و ناتوانی مرتبط با اندام فوقانی در مچ دست (۵۳ میانگین) گزارش شد که متعلق به دریافت‌کننده قدرتی است. بالاترین میزان درد و ناتوانی در بازو (۵۶ میانگین) متعلق به پاسور و در شانه (۱۵ میانگین) متعلق به پاسور و در ساعد (۱۲ میانگین) متعلق به پاسور است.

۶۰) متعلق به دفاع‌کننده میانی است. با توجه به گزارش‌های مشاهده‌شده در این نمودار و در مجموع کل میانگین‌های درد و ناتوانی مرتبط با اندام فوقانی، بیشترین میزان به‌ترتیب متعلق به پست دریافت‌کننده قدرتی و بازیکن آزاد، کمترین میزان به‌ترتیب متعلق به پاسور و دفاع‌کننده میانی است.

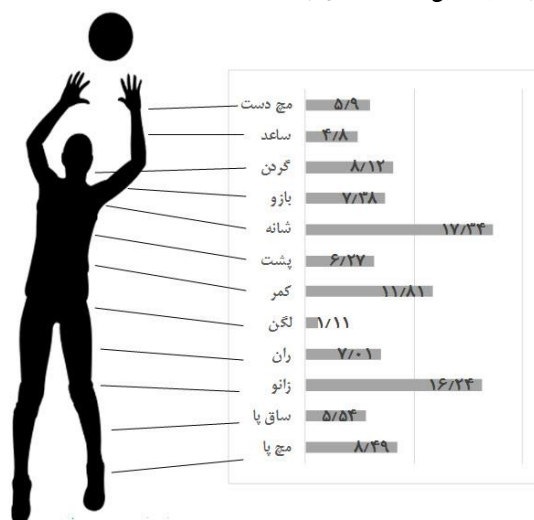
میزان درد در شانه (با میانگین ۱۳۶) متعلق به دریافت‌کننده قدرتی است. کمترین میزان درد و ناتوانی ساعد دست بدون درد متعلق به پاسور است و همچنین کمترین میزان درد در بازو (با میانگین ۱۵) متعلق به دفاع‌کننده میانی، کمترین میزان درد در مچ دست (با میانگین ۱۵) متعلق به پشت خط زن و کمترین میزان درد در شانه (با میانگین



نمودار ۳. میانگین درد و ناتوانی مرتبط با اندام تحتانی (لگن، ران، زانو، ساق پا و مچ پا) بر اساس پست تخصصی بازیکنان والیبال در رده سنی نوجوان پسر

دریافت‌کننده قدرتی است. کمترین میزان درد و ناتوانی لگن بدون درد متعلق به پاسور و بازیکن آزاد و ران بدون درد متعلق به پاسور است و سپس کمترین میزان درد در ساق پا (با میانگین ۶) متعلق به دفاع‌کننده میانی، کمترین میزان درد در زانو (با میانگین ۳۶) متعلق به لیبرو و کمترین میزان درد در مچ پا (با میانگین ۳۹) متعلق به دفاع‌کننده میانی است.

همان‌طور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، بالاترین میزان درد و ناتوانی مرتبط با اندام تحتانی در ران (با میانگین ۶۴) و بالاترین درد در ساق پا (با میانگین ۴۱) متعلق به دریافت‌کننده قدرتی است. همچنین بالاترین میزان درد در مچ پا (با میانگین ۵۴) متعلق به پاسور، بالاترین میزان درد در زانو (با میانگین ۱۳۲) متعلق به پشت خط زن و بالاترین میزان درد در لگن (با میانگین ۲۰) متعلق به



نمودار ۴. میزان درد و ناتوانی در اندام‌های مختلف بازیکنان والیبال

۴ بحث
با توجه به اینکه والیبال به‌عنوان یکی از رشته‌های ورزشی مطرح در بین جوانان و نوجوان کشور است، توجه به شیوع درد و ناتوانی در این رشته ورزشی در این گروه سنی می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل پیشگیری در بروز انواع آسیب‌های اسکلتی-عضلانی در بزرگسالی و

میزان درد و ناتوانی در اندام‌های مختلف بازیکنان جوان والیبالیست در نمودار ۴ مشخص شده است. بیشترین میزان درد و ناتوانی در اندام‌های مختلف بدن به‌ترتیب متعلق به شانه‌ها (با میانگین ۱۷/۳۴)، زانوها (با میانگین ۱۶/۲۴)، کمر (با میانگین ۱۱/۸۱) و در آخر مچ پا (با میانگین ۸/۴۹) است.

میان‌سالی مطرح شود. در همین راستا هدف از انجام تحقیق حاضر بررسی شیوع درد و ناتوانی در بازیکنان جوان والیبال دسته برتر کشور بود. همان‌طور که در نمودار ۴ میانگین درد و ناتوانی در اندام‌های مختلف بازیکنان جوان والیبال نشان داده شد، بیشترین درصد آسیب درد و ناتوانی به ترتیب در شانه، زانو، کمر و در نهایت مچ پا گزارش شد که نتایج تحقیق حاضر به صورت مجزا (در اعضای نام‌برده شده) با تحقیقات دیگر مقایسه می‌شود.

در رابطه با آسیب‌های زانو می‌توان به تحقیقاتی همچون سولی و همکاران با عنوان بررسی آسیب‌های بازیکنان زن والیبال‌یست دانشگاهی در طول چهار سال اشاره کرد که آسیب زانو را بیشترین میزان اعلام کردند (۱۱). پژوهش حاضر با نتایج پژوهش آن‌ها همخوانی دارد. همچنین نتایج پژوهش حاضر با تحقیق بنکا و همکاران همخوانی دارد. آن‌ها در یک مطالعه درباره میزان شیوع آسیب رايچ روی بازیکنان زن و مرد والیبال دانشگاه‌ها، متوجه بیشترین تکرار آسیب‌های پیچش مچ پا و زانو در بازیکنان والیبال شدند (۱۲). علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات ورهاگن و همکاران (۱)، باوق و همکاران (۲)، ماجوسکی و همکاران (۵)، صادقی و همکاران (۷) و آگوست سون و همکاران (۱۳) همسوست. با توجه به داده‌های تحقیق حاضر، به نظر می‌رسد درصد زیاد درد و ناتوانی در زانو و مچ پا را که یکی از عوامل مهم از کارافتادگی ورزشکاران این رشته ورزشی است، می‌توان به تحمل فشار پرش‌ها، فرودهای مکرر و جابه‌جایی‌های سریع برای جاگیری مناسب به صورت طولانی مدت و مکرر بر روی زانو‌ها در حین بازی و تمرین مرتبط دانست.

درصد زیاد درد و ناتوانی در مفصل شانه براساس یافته‌های تحقیق حاضر و گزارش‌های دیگر محققین می‌تواند به علت انجام دادن حرکات پرتکرار دست و بازو در بالای شانه و سر باشد (۴) در همین راستا می‌توان به انجام حرکات پاس پنجه، دریافت توپ توسط پنجه، انواع سرویس و انواع اسپک‌ها و دفاع‌ها روی تور اشاره کرد که این حرکات با انواع فلکشن‌های بازو، آرنج و مچ دست در بالای سر همراه چرخش بالای کتف همراه‌اند. این یافته‌ها با نتایج تحقیق سولی و همکاران که پس از آسیب زانو، به شیوع زیاد آسیب‌های شانه و انگشتان دست اشاره کردند (۱۱) و تحقیق حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات آگوست سون و همکاران (۱۳) و نوبلوچ و همکاران (۱۴) همسوست.

با توجه به داده‌های پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد درصد زیاد درد و ناتوانی در کمر می‌تواند ناشی از فلکشن و اکستنشن و حتی هایپر اکستنشن‌های مکرر ستون فقرات در مراحل دریافت، اسپک، ارسال پاس پشت و همچنین شیرجه باشد. در همین راستا براساس تحقیق آگوست سون و همکاران در زمینه آسیب‌ها و اعمال پیشگیری از آسیب در بازیکنان نخبه والیبال سوئد، آسیب کمر و پشت در رتبه سوم قرار داشتند (۱۳) که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی دارد. علاوه بر این، نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات ورهاگن و همکاران (۱) و ناپلوچ و همکاران (۱۴) همخوانی دارد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر، به ترتیب پایین‌ترین میزان درد و ناتوانی در لگن، ساق پا و

پشت گزارش شده است.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به سطح بالای درد و ناتوانی و نتایج حاصل از تحقیق در این گروه سنی، علت اصلی آسیب‌های آینده در بازیکنان والیبال را می‌توان به میزان بالای درد و ناتوانی در طول تمرین رقابت تا حدودی مربوط دانست. همچنین بالاترین سطح درد و ناتوانی در اندام تحتانی گزارش شده است که بیشترین میزان آسیب‌های بازیکنان بزرگ سال براساس تحقیقات پیشین در اندام تحتانی ایجاد می‌شود. به نظر می‌رسد، درصد زیاد درد و ناتوانی در زانو و مچ پا را که یکی از عوامل مهم از کارافتادگی ورزشکاران این رشته ورزشی است، می‌توان به تحمل فشار پرش‌ها و فرودهای مکرر در حین بازی و تمرین مرتبط دانست. درصد زیاد درد و ناتوانی در مفصل شانه می‌تواند به علت انجام حرکات پرتکرار دست و بازو در بالای شانه و سر باشد. در همین راستا می‌توان به انجام حرکات پاس پنجه، دریافت توپ توسط پنجه، انواع سرویس و انواع اسپک‌ها و دفاع‌ها روی تور اشاره کرد. درصد زیاد درد و ناتوانی در کمر می‌تواند ناشی از فلکشن و اکستنشن و حتی هایپر اکستنشن‌های مکرر ستون فقرات در مراحل دریافت، اسپک، ارسال پاس پشت و همچنین شیرجه باشد. با توجه به اینکه رده سنی جوانان، برای ادامه ورزش حرفه‌ای و زندگی روزمره بسیار حائز اهمیت است و همچنین با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات قبلی، به نظر می‌رسد با توجه به آسیب‌های موجود در رشته ورزشی والیبال و جمعیت علاقه‌مند به این رشته ورزشی، باید مربیان باشگاه‌ها، مدرسان و مسئولان ذی‌ربط برای جلوگیری از بروز آسیب‌ها به عوامل ایجاد آن بپردازند و بهتر است به عوامل پیشگیری از آسیب‌ها بیشترین توجه شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمام مدیران، مسئولان، مربیان و به‌ویژه بازیکنان تیم‌های شرکت کننده در رقابت‌های والیبال دسته ۱ کشور در سال ۱۳۹۷ که ما را در انجام این تحقیق یاری رساندند، تقدیر و تشکر می‌کنیم.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در انجام این تحقیق، تمامی شرکت‌کنندگان با اختیار و به صورت داوطلبانه اقدام به تکمیل پرسشنامه‌ها و شرکت در پژوهش کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

برای دسترسی به داده‌ها می‌توان به این لینک مراجعه کرد.

<https://iutbox.iut.ac.ir/index.php/s/5Z2JCRPJpKTe>

sG

تزامن منابع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تمام مراحل این مقاله با هزینه شخصی محققان انجام شده است.

وارد کردن داده‌ها در نرم‌افزارهای آماری و نگارش متن اولیه مقاله را برعهده داشت. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

نویسنده اول مقاله تهیه و ویرایش پرسشنامه‌ها، تحلیل داده‌ها و استخراج نتایج و ویرایش نهایی مقاله را انجام داد. نویسنده دوم، مسئولیت توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط شرکت‌کنندگان،

References

1. Verhagen E, Van der Beek AJ, Bouter L, Bahr R, Mechelen W. A one season prospective cohort study of volleyball injuries. *Br J Sports Med*. 2004;38(4):477–81. doi: [10.1136/bjsm.2003.005785](https://doi.org/10.1136/bjsm.2003.005785)
2. Baugh CM, Weintraub GS, Gregory AJ, Djoko A, Dompier TP, Kerr ZY. Descriptive epidemiology of injuries sustained in national collegiate athletic association men's and women's volleyball, 2013-2014 to 2014-2015. *Sports Health*. 2018;10(1):60–9. doi: [10.1177/1941738117733685](https://doi.org/10.1177/1941738117733685)
3. Aliabadi M, Daneshmandi H, Norasteh A. study of upper extremity injuries in Iranian clubs handball and volleyball players and its relationship with some physical features. *Journal of Practical Studies of Biosciences in Sport*. 2017;5(9):85–95. [Persian] doi: [10.22077/jpsbs.2017.624](https://doi.org/10.22077/jpsbs.2017.624)
4. Briner WW, Kacmar L. Common injuries in volleyball. Mechanisms of injury, prevention and rehabilitation. *Sports Med*. 1997;24(1):65–71. doi: [10.2165/00007256-199724010-00006](https://doi.org/10.2165/00007256-199724010-00006)
5. Majewski M, Susanne H, Klaus S. Epidemiology of athletic knee injuries: A 10-year study. *Knee*. 2006;13(3):184–8. doi: [10.1016/j.knee.2006.01.005](https://doi.org/10.1016/j.knee.2006.01.005)
6. Bambaichi E, Rahnama N, Barani A, Rahnama M. Injuries in Iranian elite female volleyball players. *Journal of Exercise Science and Medicine*. 2010;2(1):55-71. [Persian] https://jsmed.ut.ac.ir/article_23336.html
7. Sadeghi H, Malekmohammadi M. The relationship among functional and anatomical injuries of upper extremity in elite volleyball players. *Journal of Exercise Science and Medicine*. 2009;1(3):71–81. [Persian] https://jsmed.ut.ac.ir/article_23178_60c1b29712b710495bfec9002a7e09e.pdf
8. Hedge A. Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaires (CMDQ). Cornell University Ergonomics; 1999. Available at: <http://ergo.human.cornell.edu/ahmsquest.html>
9. Afifehzadeh-Kashani H, Choobineh A, Bakand SH, Gohari MR, Abbastabar H, Moshtaghi P. Validity and Reliability Farsi Version Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ). *Iran Occupational Health*. 2011;7(4):69–75. [Persian] <http://ioh.iums.ac.ir/article-1-397-en.pdf>
10. Kreuzfeld S, Seibt R, Kumar M, Rieger A, Stoll R. German version of the Cornell Musculoskeletal Discomfort Questionnaire (CMDQ): translation and validation. *J Occup Med Toxicol*. 2016;11(1):13. doi: [10.1186/s12995-016-0100-2](https://doi.org/10.1186/s12995-016-0100-2)
11. Sole CJ, Kavanaugh AA, Stone MH. Injuries in Collegiate Women's Volleyball: A Four-Year Retrospective Analysis. *Sports (Basel)*. 2017;5(2):26. doi: [10.3390/sports5020026](https://doi.org/10.3390/sports5020026)
12. Beneka A, Malliou P, Tsigganos G, Giftoisidou A, Michalopoulou M, Germanou E, et al. A prospective study of injury incidence among elite and local division volleyball players in Greece. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2007;20(2–3):115–21. doi: [10.3233/BMR-2007-202-309](https://doi.org/10.3233/BMR-2007-202-309)
13. Augustsson SR, Augustsson J, Thomeé R, Svantesson U. Injuries and preventive actions in elite Swedish volleyball. *Scand J Med Sci Sports*. 2006;16(6):433–40. doi: [10.1111/j.1600-0838.2005.00517.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00517.x)
14. Knobloch K, Rossner D, Gössling T, Richter M, Krettek C. Volleyballverletzungen im Schulsport. *Sportverletz Sportschaden*. 2004;18(04):185–9. [Germany] doi: [10.1055/s-2004-813481](https://doi.org/10.1055/s-2004-813481)