

Combined Exercise-Bandage Protocol on Hallux Valgus Angle in Women with Hallux Valgus Deformity

Khandani B¹, *Seidi F², Minonezhad H³, SHahrbanian SH⁴

Author Address

1. PhD Candidate, Health and Sport Medicine Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran;
2. Associate Professor, Health and Sport Medicine Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Health and Sport Medicine Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran;
4. Assistant Professor, Health and Sport Medicine Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: foadseidi@ut.ac.ir

Received: 2019 January 2; Accepted: 2018 November 6

Abstract

Background & Objectives: Hallux valgus is a common disorder, leading to the external deflection of the first bone of the foot and internal thumb displacement with its external rotation, which highlights the first the metatarsophalangeal joints (MTP joint). This abnormality is more common in women and causes the formation of a hallux valgus to interfere with the first MTP joint and muscle imbalance between the adductor and the abdomen of the thumb. The main reasons for the development of the hallux valgus can divide into two categories; A) The underlying causes include: flat foot, which can be effective in creating a hallux valgus; and foot pronation introduced as the main agent; B) Outer causes that include: wearing inappropriate footwear, which is one of the main factors in the creation of a hallux valgus; in the case of muscle weakness its destructive effects will be greater; inheritance; other factors including fracture, discontinuation of the second finger, gout, rheumatism, and infection. Studies on the effect of protective methods on the crooked thumb are scant and at the same time, contradictory. Therefore, the aim of this study was the effect of a combined exercise–bandage protocol on the hallux valgus angle in women with hallux valgus deformity.

Methods: The research was semi-experimental and the research design was a pretest–posttest with the experimental and control group. The statistical population of the study consisted of women aged 18 to 45 years old who referred to the Baneh city (Kurdistan province, Iran) school of rehabilitation. In this study, 30 women with mild and moderate toes (15 to 30 degrees) with a mean and standard deviation of age: 30.83 ± 8.26 , 161.63 ± 4.41 , 61.77 ± 5.47 , the target group was selected and randomly divided into two groups: training–bandages and control group. First, the angle of the shoulder was determined using radiographs. The training group–bonding for 8 weeks and 24 hours with Kinesio tape and daily two repetitive exercises of the thumb. The control group did not receive intervention. After 8 weeks, radiography was performed using the angle of hallux valgus. The training group –Bondage used a Kinesio tape for 8 weeks and 24 hours, and twice–daily exercises were performed on the hallux valgus, while the control group did not receive the intervention. The exercises include seven exercises, which should be performed for 8 weeks and twice daily. Between each repetition, 5 seconds rest and each move are restrained for 20 seconds. Experimental group exercises included mobility, stretching, tensile strength, strength, tensile strength, strength, strength, strength in each session. When exercising, the subjects were asked to use the muscles of the shoulder and to prevent the creation and production of force by the muscles of the wrists or legs. The angle of hallux valgus was measured in both groups at the beginning and end of the eighth week by radiography. Independent t–test (intra–group comparison) and independent t–test (inter–group comparison) were used to compare the results at 95% significance level and the alpha value smaller or equal to 0.05. Data were analyzed using SPSS version 22 software.

Results: The results showed that there was a significant difference between the pre–test and post–test scales angle in the training group ($p < 0.001$). However, there was no difference between the scores of pre–test and post–test of angle of thumb in the control group. In addition, the difference in post–test scores between test–band and control group was significant ($p < 0.001$). In other words, the combined exercise–bandage program can reduce the angle of the thumb.

Conclusion: It seems that in order to correct hallux valgus in women, we can use the training program–bandage program. Results showed that practicing lumbar spine could have a positive effect on the improvement of angles and in women with hallux valgus.

Keywords: Hallux valgus, Practice, Tapping.

تأثیر برنامه ترکیبی تمرین- بانداژ بر زاویه شست کج زنان دارای ناهنجاری شست کج

بیره‌ور خندانی^۱، * فواد صیدی^۲، هومن مینونژاد^۳، شهناز شهربانیان^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری آسیب‌شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی، پردیس البرز دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
 ۲. دانشیار، گروه بهداشت و طب ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
 ۳. دانشیار، گروه بهداشت و طب ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛
 ۴. استادیار، گروه بهداشت و طب ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
- * رایانامه نویسنده مسئول: foadseidi@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۵ آبان ۱۳۹۷؛ تاریخ پذیرش: ۱۲ دی ۱۳۹۷

چکیده

زمینه و هدف: مطالعات در زمینه تأثیر روش‌های محافظتی بر ناهنجاری شست کج کم و در عین حال متناقض است؛ بنابراین تحقیق حاضر با هدف بررسی تأثیر پروتکل ترکیبی تمرین- بانداژ بر اصلاح زاویه ناهنجاری شست کج در زنان انجام شد.

روش بررسی: روش تحقیق نیمه تجربی و طرح آن به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه تجربی و گواه بود. جامعه آماری را زنان ۱۸ تا ۴۵ سال مراجعه‌کننده به کلینیک حرکات اصلاحی توان شهرستان بانه تشکیل دادند. در این پژوهش سی زن دارای شست کج خفیف و متوسط (۱۵ تا ۳۰ درجه) با میانگین و انحراف معیار سن $26 \pm 30/83$ به‌طور هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه تمرین- بانداژ و گروه گواه تقسیم شدند. گروه تمرین- بانداژ به مدت هشت هفته و ۲۴ ساعته از بانداژ کینزیولوژی استفاده کرده و روزانه دو نوبت تمرینات اصلاحی شست کج را انجام داد؛ درحالی‌که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. میزان زاویه شست کج در هر دو گروه در ابتدا و پایان هفته هشتم و از طریق رادیوگرافی تعیین شد. آزمون‌های تی وابسته (مقایسه درون‌گروهی) و تی مستقل (مقایسه بین‌گروهی) برای مقایسه نتایج به‌دست‌آمده در سطح معناداری ۹۵ درصد و میزان آلفا کوچکتر یا مساوی ۰/۰۵، به‌کار رفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زاویه شست کج در گروه تمرین- بانداژ تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/001$)؛ درحالی‌که چنین تفاوتی در گروه گواه مشاهده نمی‌شود. همچنین تفاوت نمرات پس از آزمون گروه تمرین- بانداژ با گروه گواه معنادار است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که جهت اصلاح ناهنجاری زاویه شست کج در زنان می‌توان از برنامه ترکیبی تمرین- بانداژ استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شست کج، تمرین، بانداژ.

وضعیت جسمی و ساختار قامتی، با سلامتی جسمانی و روانی ارتباط دارد. از اختلالات بسیار متداول پا ناهنجاری شست کج^۱ است که منجر به تغییر راستای استخوان‌های پا و توزیع فشار کف پای می‌شود. شست کج، ناهنجاری پیشرونده پیچیده در پا است که به عنوان انحراف خارجی انگشت بزرگ و انحراف داخلی استخوان کف پای اول^۲ تعریف می‌شود (۱). براساس مطالعات این عارضه بر کیفیت زندگی افراد نیز تأثیرگذار است؛ به نحوی که با افزایش شدت ناهنجاری رتبه کیفیت زندگی در این افراد به طور معناداری در زمینه‌های جسمی و روحی و اجتماعی کاهش می‌یابد (۲). عارضه شست کج در زنان بسیار شایع‌تر از مردان بوده و نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که شیوع آن در زنان در مقایسه با مردان چهار به یک می‌باشد و در برخی از تحقیقات این نسبت بیشتر هم گزارش شده است (۱،۳). از عوامل تأثیرگذار بر ایجاد شست کج می‌توان به کفش نامناسب، غیرنرمال بودن استخوان‌ها، شکل سر متاتارس‌ها، طول اولین استخوان کف پای، پرونیشن پا، جنسیت زن و وراثت، اشاره کرد (۴).

از روش‌های محبوب‌تر اصلاح و درمان شست کج، جراحی است که درمانی قطعی نبوده و عوارضی نیز دارد (۱،۵). برخی از عوارض مهم‌تر، کاهش دامنه حرکت مفصل و به هم خوردن الگوی صحیح راه رفتن و امکان بازگشت عارضه بعد از عمل جراحی است (۱). در اروپا و آمریکا روش‌های بسیار متنوع و متفاوتی برای اصلاح شست کج پا به کار می‌رود و نشان می‌دهد روش درمانی واحدی وجود ندارد که نتایج خوبی را به همراه داشته باشد (۶). از دیگر راه‌های درمان و اصلاح شست کج می‌توان به استفاده از وسایل ارتوپدیک (بریس‌ها و پدها)، مصرف دارو برای کاهش درد و التهاب، کاردرمانی و ورزش درمانی اشاره کرد (۲). به دلیل استقبال زیاد از درمان جراحی، تحقیقات درخصوص تأثیر درمان محافظتی و تمرین درمانی بسیار اندک است (۷). در برخی کشورها مانند ژاپن شیوه‌های محافظتی بسیار بیشتر از روش‌های جراحی به کار گرفته می‌شود (۷). در صورت وجود اطمینان از مثبت بودن روش‌های غیرجراحی همچون ورزش و بانداژ و اسپلینت، در بسیاری از مواقع افراد می‌توانند با خیالی آسوده شیوه‌های غیرتهاجمی را به کار برند. اگرچه تحقیقات درخصوص بررسی اثربخشی روش‌های مذکور بسیار ناچیز است، بانو بایار و همکاران در یکی از معدود مطالعات با بررسی تأثیر دو نوع تمرین ساده و استفاده از بانداژ با چسب پارچه‌ای غیرالاستیک، نتایج مثبتی را از اثر تمرین گزارش کردند؛ اما تحقیق آن‌ها بیشتر بر زنان مسن بود (۱).

بانداژ کینزیولوژی در سال ۱۹۷۰ توسط کنزو کاسه^۳ ژاپنی اختراع شد که هم‌اکنون در زمینه توان بخشی و نیز در ارتباط با پیشگیری از آسیب به طور گسترده‌ای استفاده می‌شود. مهمترین عملکرد این بانداژ حمایت اندام حین حرکت است (۸). بانداژ کینزیولوژی بانندی با فیبرهای الاستیکی و رنگی که چسبیده بوده و صد در صد از جنس کتان است و با گرما فعال‌تر می‌شود. این بانداژ می‌تواند تا ۱۴۰ درصد طول اولیه

خود کشیده شود (۸،۹). بانداژ کینزیولوژی در سال‌های اخیر طرفداران زیادی‌تری پیدا کرده است و بسیار بیشتر از قبل استفاده می‌شود (۸،۱۰). ساخت بانداژ مذکور براساس تقلید از پوست انسان طراحی شده است (۸). کاسه و همکاران معتقدند که باتوجه به میزان کشش، بانداژ کینزیولوژی می‌تواند این مزیت‌ها را داشته باشد: ۱. فراهم کردن محرک وضعیتی از طریق پوست؛ ۲. تنظیم راستای بافت فاشیا؛ ۳. ایجاد فضا با بلند کردن فاشیا و بافت نرم روی ناحیه درد؛ ۴. فراهم کردن محرک حسی جهت کمک به حرکت یا محدود کردن حرکت.

کاسه در سال ۱۹۹۸ مشخص کرد که گردش خون اطراف محل چسبندگی بانداژ افزایش می‌یابد (۱۱). پیشنهاد شده که با تحریک مکانوسپتورهای سطحی می‌توان حس عمقی را بهبود بخشید (۱۰). تحقیقاتی که اثر بانداژ کینزیولوژی را بر اصلاح شست کج بررسی کرده، بسیار اندک است. کارابیکاک و همکاران اثر کوتاه مدت بانداژ کینزیولوژی را روی ۲۱ خانم دارای شست کج ارزیابی کردند (۱۲). نتایج اثر زود هنگام بانداژ کینزیولوژی را بر اصلاح شست کج نشان می‌دهد. همچنین در تحقیق جئون و همکاران بانداژ کینزیولوژی به مدت چهار هفته و مداوم برای آزمودنی‌ها به کار رفت که یافته‌ها کاهش محسوسی را در زاویه شست کج مشخص می‌کند (۱۳).

در جمع بندی کلی از دلایل ایجاد شست کج دو عامل اصلی را می‌توان برای آن عنوان کرد: یکی ضعف عضلات اداکتور و کوتاهی عضلات اداکتور شست (نبود تعادل عضلانی) و دیگری قرارگرفتن مفصل کف پای-انگشتی اول^۴ در راستا و وضیت نامناسب به مدت طولانی؛ در نتیجه باتوجه به این دو دلیل اصلی، هدف این تحقیق بررسی تأثیر پروتکلی ترکیبی شامل تمرینات اصلاحی (جهت رفع نبود تعادل عضلانی) و استفاده از بانداژ (به منظور اصلاح راستای شست) در کاهش زاویه ناهنجاری شست کج بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش نیمه تجربی و طرح تحقیق به صورت پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه تجربی و گواه بود. جامعه آماری را زنان ۱۸ تا ۴۵ سال مراجعه کننده به کلینیک حرکات اصلاحی توان شهرستان بانه تشکیل دادند. برای نمونه آماری، سی نفر زن با میانگین و انحراف معیار (سن ۳۰/۸۳±۸/۲۶، قد ۱۶۱/۶۳±۴/۵۱، وزن ۶۱/۷۷±۵/۳۴) ساکن شهرستان بانه دارای ناهنجاری شست کج ۱۵ تا ۳۰ درجه، به طور هدف مند و باتوجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و در دو گروه پانزده نفری به صورت تصادفی تقسیم شدند. گروه اول به مدت هشت هفته از ترکیب تمرین-بانداژ استفاده کرد؛ در حالی که گروه دوم، گروه گواه بود و مداخله‌ای دریافت نکرد. معیارهای ورود در این تحقیق عبارت بود از: شاخص توده بدنی^۵ نرمال (۱۸ تا ۲۵)؛ نداشتن سابقه جراحی در شست پا؛ غیرمنعطف بودن شست پا (شست کج نوع سخت)؛ مبتلای نبودن به بیماری آرتریت روماتوئید. معیارهای خروج از

^۴. First metatarsophalangeal joint

^۵. Body Mass Index

^۱. Hallux Valgus

^۲. First metatarsal bone

^۳. Kenzo kase

این گروه به مدت هشت هفته این بانداژ را به کار برد. نحوه صحیح استفاده از بانداژ کینزیولوژی به افراد این گروه کامل آموزش داده شد و آن‌ها هر دو یا سه روز یک بار بانداژ را عوض کردند. از آنجاکه بانداژ کینزیولوژی محدودیت حرکتی خاصی را برای آزمودنی‌های این گروه ایجاد نکرد، افراد کل ساعات شبانه‌روز از پوشش بانداژ استفاده نمودند. همچنین این اشخاص هر شبانه‌روز دو بار تمرینات انتخابی مخصوص اصلاح شست کج را انجام دادند (جدول ۱). این تمرینات شامل هفت تمرین به مدت هشت هفته و هر روز دو بار بود. هر هفته یک بار با آزمودنی‌ها تماس گرفته شد تا از روند انجام تمرینات و استفاده از بانداژ کینزیولوژی مطمئن شده و در صورت سؤال یا بروز مشکلی بتوان به آن‌ها کمک کرد. در ضمن برای تمام آزمودنی‌ها گروه تلگرامی تشکیل داده شد و از طریق این رسانه مجازی مکرراً در طول روز پیام‌هایی مبنی بر انجام تمرینات در طول روز یادآوری گردید. از تاریخ شروع کار برای هر فرد تا پایان هفته هشتم به مدت هشت هفته پروتکل مذکور تحت استفاده قرار گرفت. سپس با استفاده از رادیوگرافی مجدداً میزان انحراف زاویه شست کج افراد تعیین شد. نحوه بستن بانداژ کینزیولوژی در شکل ۱ نشان داده شده است.

مطالعه شامل غیبت کلی سه جلسه با دو جلسه متوالی از انجام تمرینات بود. تمامی آزمودنی‌ها با پرکردن فرم رضایت‌نامه و کاملاً داوطلبانه در این تحقیق شرکت کردند. در ابتدا زاویه شست افراد به وسیله گونیامتر براساس عکس‌های رادیوگرافی اندازه‌گیری شد. سپس در صورت بودن این زاویه بین ۱۵ تا ۳۰ درجه، افراد در یکی از گروه‌های تحقیق یا گواه برای انجام پروسه پژوهش به صورت تصادفی تقسیم‌بندی شدند. روش اجرای تمرینات برای آزمودنی‌هایی که به شکل تصادفی در گروه بانداژ-تمرین قرار گرفته بودند، به طور کامل توضیح داده شد. به منظور اندازه‌گیری دقیق، زاویه شست کج تمامی آزمودنی‌ها با استفاده از رادیوگرافی در حالت قدامی-خلفی اندازه‌گیری گردید. تاریخ شروع تمرینات یک روز بعد از انجام رادیوگرافی بود. سپس برای گروه تحقیق پروتکلی اصلاحی شامل بانداژ و تمرین به مدت هشت هفته اجرا شد؛ درحالی‌که گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از هشت هفته مجدداً زاویه شست کج با استفاده از رادیوگرافی مشخص شده و نتایج تجزیه و تحلیل شدند. در پروتکل اصلاحی تمرین-بانداژ، آموزش نحوه صحیح پروتکل تمرینی و استفاده از بانداژ کینزیولوژی به آزمودنی‌ها صورت گرفت.



شکل ۱. نحوه بستن بانداژ کینزیولوژی

جدول ۱. تمرینات ویژه اصلاح شست کج

شماره تمرین	نوع تمرین	زمان و تعداد	توضیح
۱	افزایش تحرک پذیری و کشش	سی ثانیه	حرکت دادن فعال شست
۲	کششی	سی دقیقه	حرکت دادن غیرفعال شست
۳	قدرتی	سه بار و هر بار ده ثانیه	ابداکشن غیرفعال شست
۴	کششی	سه بار و هر بار ده ثانیه	کشیدن شست به جلو
۵	قدرتی	سه بار و هر بار پانزده ثانیه	ابداکشن فعال شست با فشار
۶	قدرتی	سه بار و هر بار پانزده ثانیه	حرکت فلکشن و اکستنشن به صورت غیرفعال
۷	قدرتی	سه بار و هر بار پانزده ثانیه	گرفتن توپ تنیس با انگشتان و نگه داشتن آن
			انجام ابداکشن فعال شست با اعمال مقاومت
			ابداکشن فعال در هر دو شست پا

در بین هر تکرار پنج ثانیه استراحت و بین هر حرکت بیست ثانیه استراحت داده می‌شود.

تکمیل رضایت‌نامه آگاهانه افراد شروع شد. لازم به ذکر است که در تمامی مراحل تحقیق، آزمودنی‌ها این اجازه را داشتند تا در صورت تمایل نداشتن به ادامه همکاری با محقق، تمرین و استفاده از بانداژ را متوقف کنند.

۳ یافته‌ها

همان‌طور که مشاهده می‌شود شاخص‌های توصیفی متغیرهای قد و وزن و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها در جدول ۲ به تفکیک ارائه شده است.

در این پژوهش، آمار توصیفی جهت تعیین میانگین، میان، انحراف معیار و رسم جداول و نمودارها به کار رفت. قبل از آزمون و تحلیل آماری، بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته با آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف صورت گرفت. فرض برابری واریانس‌ها از طریق تست لوین ارزیابی شد و از تی مستقل جهت بررسی تغییرات بین‌گروهی و از تی وابسته به منظور ارزیابی تغییرات درون‌گروهی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این تحقیق مطابق با موازین اخلاقی تصویب شده در پژوهش دانشکده تربیت بدنی و علوم ورزشی دانشگاه تهران عمل کرد و مداخلات بعد از

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای قد و وزن و شاخص توده بدنی آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون

متغیر	گروه	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
سن (سال)	گواه	۱۵	۱۹	۴۵	۳۰/۳۳	۹/۵۸
	تمرین- بانداژ	۱۵	۱۹	۴۲	۳۱/۳۳	۷/۰۰
قد (سانتی‌متر)	گواه	۱۵	۱۵۵	۱۶۹	۱۶۲/۲۷	۴/۲۸
	تمرین- بانداژ	۱۵	۱۵۳	۱۶۸	۱۶۱	۴/۷۹
وزن (کیلوگرم)	گواه	۱۵	۵۷	۷۰/۷	۶۲/۴۷	۳/۹۶
	تمرین- بانداژ	۱۵	۵۰	۷۱	۶۱/۰۷	۶/۷۳
شاخص توده بدنی	گواه	۱۵	۲۱/۶۹	۲۵	۲۳/۷۵	۱/۰۶
	تمرین- بانداژ	۱۵	۱۹/۴۲	۳۵	۲۴/۱	۳/۵۵

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی زاویه رادیوگرافی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین زاویه	انحراف معیار
زاویه رادیوگرافی	پیش‌آزمون	گواه	۱۵	۲۵/۲۷	۰/۹۴۳
		تمرین- بانداژ	۱۵	۲۴/۱۳	۰/۸۸۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۵	۲۵/۲۷	۰/۹۴۳
		تمرین- بانداژ	۱۵	۱۹/۵۳	۰/۸۰۴

نرمال نیز این امر را تأیید کرد، از آزمون تی وابسته جهت مقایسه درون‌گروهی و از آزمون تی مستقل برای مقایسه بین‌گروهی استفاده شد. نتایج مربوط به مقایسه درون‌گروهی در جدول ۴ آورده شده است.

بر اساس جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مرحله پس‌آزمون میانگین و انحراف معیار زاویه رادیوگرافی گروه تمرین- بانداژ در مقایسه با گروه گواه کاهش یافته است. از آنجاکه توزیع داده‌های مربوط به رادیوگرافی نرمال فرض شده و آزمون

جدول ۴. مقایسه میانگین زاویه رادیوگرافی در گروه تمرین- بانداژ

گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار پیش‌آزمون	میانگین $\pm$ انحراف معیار پس‌آزمون	درجه آزادی	مقدار احتمال
تمرین- بانداژ	۲۲/۹۳ $\pm$ ۴/۴۶	۲۰/۷۳ $\pm$ ۳/۲۱	۱۴	< ۰/۰۰۱

باتوجه به مقدار احتمال ارائه شده در جدول ۴ میانگین زاویه رادیوگرافی ($p < ۰/۰۰۱$) قبل و بعد از تمرین- بانداژ اختلاف آماری معناداری دارد

جدول ۵. مقایسه میانگین زاویه رادیوگرافی در دو گروه تمرین- بانداژ و گواه

گروه	میانگین زاویه رادیوگرافی	انحراف معیار	مقدار احتمال
گواه	۲۵/۲۶	۳/۵۳	$\leq ۰/۰۰۱$
تمرین- بانداژ	۲۰/۷۳	۳/۲۱	

مطابق با جدول ۵ نتایج آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که زاویه رادیوگرافی گروه‌ها در پس‌آزمون دارای اختلاف معناداری است ($p \leq 0.001$). به عبارت دیگر اثربخشی برنامه ترکیبی تمرین-بانداز بر اصلاح زاویه شست در زنان مبتلا به ناهنجاری انگشت شست پای کج تأیید می‌شود.

۴ بحث

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر پروتکل ترکیبی تمرین-بانداز بر اصلاح زاویه شست کج در زنان بود. نتایج تحقیق نشان داد که پروتکل اصلاحی تمرین-بانداز به مدت هشت هفته می‌تواند زاویه شست کج را در زنان دارای ناهنجاری شست کج اصلاح کند. یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش با نتایج مطالعات بانو و همکاران (۱) همسوست. نتایج تحقیق بانو و همکاران که شامل تمرین اصلاحی فعال و غیرفعال ابداعش به‌همراه بانداز بر بیست زن بود، بعد از هشت هفته مشخص کرد که هر دو گروه کاهش معناداری را در زاویه شست کج و درد دارند. از نکات مهم مطالعه مذکور این است که گروه تمرینی به میزان بیشتری کاهش درد و کاهش زاویه شست کج را در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهد. جئون و همکاران نیز با بررسی اثر بانداز کینزیولوژی بر درد و کاهش زاویه شست کج دریافتند که بانداز بعد از چهار هفته اثر معناداری بر کاهش درد و نیز بر اصلاح زاویه شست کج دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های تحقیق حاضر همسوست (۱۳). همچنین نتایج مطالعه کارابیکاک و همکاران (۱۲) که اثر بانداز کینزیولوژی را بر درد و زاویه شست کج در ۲۲ زن تحت مطالعه قرار داده، مشخص می‌کند که بانداز بر کاهش درد و اصلاح شست کج دارای اثر معناداری است و نتایج این تحقیق نیز با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست؛ ولی با نتایج حاصل از تحقیقات کیم و همکاران (۱۴) غیرهمخوان است. باید گفت تنها تحقیقی که از لحاظ موقعیت و روش‌ها و پروتکل اصلاحی بسیار شبیه به این مطالعه بوده، به پژوهش بانو و همکاران مربوط می‌شود. در این مطالعه بیست زن دارای شست کج به دو گروه تمرینی و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه تمرینی پروتکلی ترکیبی شامل تمرین-بانداز را دریافت کرده و گروه کنترل تنها از تمرین استفاده کرد (۱). هر دو گروه کاهش محسوسی را در زاویه شست نشان دادند. این تحقیق مشخص کرد که برنامه اصلاحی تمرین-بانداز در مقایسه با تمرینی تنها نتایج بهتری را به‌همراه دارد. در پژوهش بانو و همکاران دو مشکل وجود داشت که تا حدی در تحقیق حاضر برطرف شد (۱): ۱. تعداد آزمودنی کم که برای هر گروه ده نفر بوده است؛ ۲. بانداز غیرالاستیک که ماهیت و عملکرد آن با بانداز کینزیولوژی الاستیک در این تحقیق، کاملاً تفاوت دارد. از آنجاکه نبود تعادل عضلانی بین عضلات اداکتور و اداکتور شست به‌عنوان یکی از عوامل اصلی در ایجاد شست کج معرفی شده است (۱۵)، بانو و همکاران نقش تمرینات را در بهبود تعادل عضلانی مؤثر می‌دانند. همچنین نکته مهم در تحقیق آن‌ها این است که هر دو گروه دارای تمرین بودند و هر دو گروه تأثیر مثبتی بر بهبود زاویه شست کج داشتند و نیز گروه مطالعه که بانداز را شامل شده، بهبود بیشتری را نشان داد؛ این خود بیانگر تأثیر بانداز بر بهبود راستا در شست کج است (۱). دلیل آنان برای نتایج بهتر پروتکل ترکیبی در تحقیقشان این بود

که در گروه مطالعه شامل تمرین و بانداز، وضعیت‌دهی صحیح به شست و کشش بافت نرم اداکتورها و تقویت عضلات اداکتور در مقایسه با گروه تمرینی تنها بهتر صورت می‌گیرد و به همین دلیل آنان نتایج مطلوب‌تر را به وجود بانداز در این گروه ربط می‌دهند که باعث راستای صحیح شست در طول شبانه‌روز و حتی راه‌رفتن می‌شود. در پژوهش حاضر نیز که از هر دو روش به‌طور ترکیبی استفاده شد، می‌توان دلایل اصلی را برای کاهش زاویه شست به وجود تمرینات که سبب بهبود تعادل عضلانی بوده و نیز به وجود بانداز که باعث راستای صحیح شست شده، مربوط دانست.

همچنین در تحقیق جئون و همکاران بانداز کینزیولوژی به‌تهایی و به مدت چهار هفته و مداوم برای آزمودنی‌ها به‌کار رفت که در این مدت پانزده بار تعویض شد و نتایج کاهش محسوسی را در زاویه شست کج نشان داد. این میزان از ۲۱/۹۵ به ۱۸/۷۵ کاهش یافت. پژوهش مذکور مشخص کرد که اگرچه بانداز کینزیولوژی بیشتر جهت کاهش درد عضلانی و بهبود خون‌رسانی و جلوگیری از آسیب استفاده می‌شود، در این مطالعه تأثیر بانداز بر بهبود راستا و نگهداری شست در وضعیت صحیح برای یک‌ماه می‌تواند بر شست کج اثر مثبتی داشته باشد (۱۳). در پژوهش حاضر بانداز به مدت هشت هفته یعنی دو برابر تحقیق جئون و همکاران استفاده شد؛ بنابراین میزان بیشتر بهبود زاویه شست کج را می‌توان به زمان بیشتر بستن بانداز کینزیولوژی در پژوهش حاضر نسبت داد. در تحقیق جئون و همکاران مقدار بهبود زاویه شست به میزان ۳/۲ درجه بود (۱۸/۷۵ تا ۲۱/۹۵) و در پژوهش حاضر زاویه شست کج به اندازه ۴/۶ درجه اصلاح شد (۱۹/۵۳ تا ۲۴/۱۳). همچنین در تحقیق حاضر بانداز به مدت هشت هفته و شبانه‌روز تحت استفاده قرار گرفت و به‌نظر می‌رسد که توانسته است علاوه بر کشش عضلات اداکتور که دچار کوتاهی شدند، راستای مفصل کف پای-انگشتی اول را نیز بهبود بخشد. در همین راستا یافته‌های کارابیکاک و همکاران در ارزیابی اثر کوتاه‌مدت بانداز کینزیولوژی بر خانم‌های دارای شست کج، اثر زود هنگام این بانداز را بر اصلاح شست کج نشان داد. هرچند که در مطالعه آن‌ها بانداز به مدت ده روز استفاده شد؛ اثر آن یک‌ماه بعد نیز ماندگار بود. به‌نظر می‌رسد بهبود الاینمنت از تأثیرات اولیه به‌کارگیری بانداز در تحقیق حاضر بوده است (۱۲). لی و لی در مطالعه‌ای موردی دریافتند که استفاده از بانداز کینزیولوژی به مدت سه ماه می‌تواند بر اصلاح شست کج تأثیر داشته باشد. بهبود راستای مفصل کف پای-انگشتی اول و در نتیجه آن بهبود کینماتیک پا، از دلایل آن‌ها برای توجیه این نتایج بود (۱۶).

همچنین نبود تعادل عضلانی بین اداکتور و اداکتور شست به‌عنوان یکی از دلایل اصلی در ایجاد شست کج معرفی شده است (۱۴). تمرینات به‌کاررفته در این تحقیق نیز با توجه به اینکه همه‌روزه و هر روز دو بار انجام شد به‌نظر توانسته است به بهبود تعادل عضلانی کمک کند. با توجه به تمرینات متنوع استفاده‌شده در این مطالعه که جنبش‌پذیری مفصل و کشش عضلات اداکتور شست و نیز تقویت عضلات اداکتور شست را در بر گرفته، نبود تعادل عضلانی تا حد زیادی جبران شده است. در این راستا کیم و همکاران تأثیر دو نوع تمرین را بر تقویت و بهبود تعادل عضلانی بین اداکتور و اداکتور

تمرینات توانسته است تعادل عضلانی مختل شده در اشخاص دارای شست کج را بهبود بخشد؛ بنابراین، براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر می‌توان به متخصصان ارتوپدی، متخصصان حرکات اصلاحی، فیزیوتراپیست‌ها، پزشکان و نیز افراد عادی توصیه کرد که از پروتکل ترکیبی تمرین-بانداز استفاده شده در این تحقیق، جهت اصلاح شست کج خفیف و متوسط در خانم‌های میانسال بهره برند.

۵ نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر به اثربخشی تمرینات ترکیبی تمرین-بانداز اشاره دارد. به نظر می‌رسد از این نوع تمرینات تمرین-بانداز که برای کاهش زاویه شست پا اثربخش بوده، می‌توان در جهت اصلاح ناهنجاری استفاده کرد.

شست بررسی کردند: یک نوع تمرینات کوتاه پا جهت تقویت عضلات اینترنسیک پا و تمرین دیگر تمرینات بازکردن انگشتان بود که بیشتر جهت تقویت عضلات اکسترنسیک به کار می‌رود. نتایج تأثیر بیشتر تمرینات بازکردن انگشتان را بر فعال کردن اداکتور شست نشان می‌دهد؛ درحالی‌که این دو نوع تمرین اثر مشابهی بر فعالیت اداکتور شست دارد. به نظر می‌رسد تمرینات اکسترنسیک شست می‌تواند جهت جلوگیری از شست کج یا حتی درمان آن در مراحل اولیه استفاده شود (۱۴).

به طور خلاصه همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، هدف از طراحی پروتکل ترکیبی تمرین-بانداز، وجود دو مشکل اصلی در افراد دارای شست کج بوده و پروتکل ترکیبی مذکور برای حل این دو مشکل طراحی شده است. به نظر می‌رسد که بستن بانداز به مدت هشت هفته می‌تواند راستای شست کج را به میزان درخور توجهی اصلاح کند و نیز انجام

References

1. Bayar B, Erel S, Simşek I, Sumer E, Bayar K. The effects of taping and foot exercises on patients with hallux valgus: A preliminary study. *Turk J Med Sci.* 2011;41:403-9.
2. Nguyen U-SDT, Hillstrom HJ, Li W, Dufour AB, Kiel DP, Procter-Gray E, et al. Factors associated with hallux valgus in a population-based study of older women and men: the MOBILIZE Boston Study. *Osteoarthritis Cartil.* 2010;18(1):41-6. doi: [10.1016/j.joca.2009.07.008](https://doi.org/10.1016/j.joca.2009.07.008)
3. Gudas C, Marcinko D. The Complex Deformity Known as Hallux Abductor Valgus. In: 1. Marcinko DE. *Comprehensive textbook of hallux abductor valgus reconstruction.* Mosby Year Book; 1992. pp: 1-17.
4. D'Arcangelo PR, Landorf KB, Munteanu SE, Zammit GV, Menz HB. Radiographic correlates of hallux valgus severity in older people. *Journal of Foot and Ankle Research.* 2010;3(1):20. doi: [10.1186/1757-1146-3-20](https://doi.org/10.1186/1757-1146-3-20)
5. Hardy RH, Clapham JCR. Observations on hallux valgus; based on a controlled series. *J Bone Joint Surg Br.* 1951;33(3):376-91.
6. Coughlin MJ, Jones CP. Hallux valgus: demographics, etiology, and radiographic assessment. *Foot Ankle Int.* 2007;28(7):759-77. doi: [10.3113/FAI.2007.0759](https://doi.org/10.3113/FAI.2007.0759)
7. Mann RA. Disorders of the First Metatarsophalangeal Joint. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* 1995;3(1):34-43.
8. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesio tape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2008;38(7):389-95. doi: [10.2519/jospt.2008.2791](https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2791)
9. Csapo R, Alegre LM. Effects of Kinesio® taping on skeletal muscle strength-A meta-analysis of current evidence. *J Sci Med Sport.* 2015;18(4):450-6. doi: [10.1016/j.jsams.2014.06.014](https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.06.014)
10. Kase K, Wallis J, Kase T. *Clinical Therapeutic Applications of the Kinesio Taping Method.* Albuquerque: Kinesio Taping Association International; 2003.
11. Tsai C-T, Chang W-D, Lee J-P. Effects of Short-term Treatment with Kinesiotaping for Plantar Fasciitis. *Journal of Musculoskeletal Pain.* 2010;18(1):71-80. doi: [10.3109/10582450903495882](https://doi.org/10.3109/10582450903495882)
12. Karabicak GO, Bek N, Tiftikci U. Short-Term Effects of Kinesiotaping on Pain and Joint Alignment in Conservative Treatment of Hallux Valgus. *J Manipulative Physiol Ther.* 2015;38(8):564-71. doi: [10.1016/j.jmpt.2015.09.001](https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2015.09.001)
13. Jeon M-Y, Jeong H-C, Jeong M-S, Lee Y-J, Kim J-O, Lee S-T, et al. [Effects of taping therapy on the deformed angle of the foot and pain in hallux valgus patients]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi.* 2004;34(5):685-92. [Korean] doi: [10.4040/jkan.2004.34.5.685](https://doi.org/10.4040/jkan.2004.34.5.685)
14. Kim M-H, Kwon O-Y, Kim S-H, Jung D-Y. Comparison of muscle activities of abductor hallucis and adductor hallucis between the short foot and toe-spread-out exercises in subjects with mild hallux valgus. *J Back Musculoskeletal Rehabil.* 2013;26(2):163-8. doi: [10.3233/BMR-2012-00363](https://doi.org/10.3233/BMR-2012-00363)
15. Arinci Incel N, Genç H, Erdem HR, Yorgancioglu ZR. Muscle imbalance in hallux valgus: an electromyographic study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2003;82(5):345-9. doi: [10.1097/01.PHM.0000064718.24109.26](https://doi.org/10.1097/01.PHM.0000064718.24109.26)
16. Lee S-M, Lee J-H. Effects of balance taping using kinesiology tape in a patient with moderate hallux valgus: A case report. *Medicine.* 2016;95(46):e5357. doi: [10.1097/MD.0000000000005357](https://doi.org/10.1097/MD.0000000000005357)