

The Effects of Hydrotherapy on Pain, Range of Motion, and Quality of Life After Joint Replacement in the Elderly Women With Knee Arthritis

*Ghiami Rad A¹, Hassan Pour V², Hatemlu H³

Author Address

1. Assistant Professor, University of Tabriz, Department of Biomechanics Sport, Tabriz, Iran;
2. MSc Motor Behavior, University of Tabriz, Department of Human Motor Behavior, Tabriz, Iran;
3. MSc Physiotherapy, University of Tarbiat Modarres, Department of Physiotherapy, Tehran, Iran.
*Corresponding author's email: amirghiami@yahoo.com

Received: 2019 November 28; Accepted: 2020 February 15

Abstract

Background & Objectives: Osteoarthritis is the most common articular and musculoskeletal disease, globally. It is the most prevalent complication in synovial joints, also known as osteoarthritis, osteoarthritis, and hypertrophic arthritis. The exact etiology of osteoarthritis remains unspecified. However, age, gender, genetic issues, congenital defects, overweightness, the overuse of joints in daily living activities or special occupations, severe physical activity, muscle weakness, structural abnormalities, and neuromuscular disorders are among the effective factors in this respect. Despite numerous therapeutic approaches used in patients with orthosis, no definitive non-surgical treatment has been found. Furthermore, the progression of the disease has continued and surgery is the last option for patients with an orthosis. Therefore, the current study aimed to investigate the effects of hydrotherapy on pain, Range of Motion (RoM), and Quality of Life (QoL) after arthritis replacement in elderly women with knee arthritis.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population of this study included the elderly female patients in the age range of 55–70 years who were referred to orthopedic specialists in Shohada Hospital with grade 4 knee arthritis and undergoing one leg knee replacement surgery by a specialist in 2017. According to Krejcie and Morgan's Table (1970), 40 patients with 6 months past surgery was voluntarily selected as the study sample. Then, they were randomly divided into two experimental and control groups (n=20/group). However, 4 samples in the experimental group withdrew due to familial and financial problems; subsequently, the experimental group sample size was reduced to 16 subjects. The inclusion criteria of the study, according to the opinion of the orthopedic specialist, were as follows: adopting a similar lifestyle (approximately equal extent of daily activities); non-regular or irregular use of steroidal and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) within 2 months prior to entering the study, and osteoarthritis only in the knee joint. On the other hand, the study subjects' non-cooperation with the researchers and absence from >3 intervention sessions were considered as the exclusion criteria. Furthermore, before and after conducting the treatment, the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (Roos et al., 1998) was used to assess pain and QoL. Besides, an electro-goniometer was applied to measure RoM in the study participants. The experimental group performed 18 sessions of the hydrotherapy training program in 3 sessions per week for 6 weeks; each session lasted 45–60 minutes. According to the physiological rules, the study subjects first conducted warm-up activities, such as walking, marching, going forward, walking backward, stepping sideways (for 10 minutes). Then, lower extremity exercises were performed for 30 minutes, (stretching & non-weighted power movements, orderly). Eventually, the research subjects were allowed to cool down for 5 minutes and return to the baseline level. The obtained data were analyzed using Paired Samples t-test for intra-group and Independent Samples t-test for analyzing the differences between groups at the significance level of 0.05 in SPSS.

Results: The results of the intergroup test indicated that after providing hydrotherapy training, the pain was significantly decreased in the exercise group ($p<0.001$). Accordingly, RoM ($p=0.011$) and QoL ($p<0.001$) were significantly increased in the exercise group. The results of the in-group test also signified that pain was significantly decreased ($p<0.001$) and RoM ($p=0.001$) and QoL ($p<0.001$) were significantly increased in the test group.

Conclusion: According to the current study findings, hydrotherapy exercises provided positive effects on the study participants. Furthermore, due to the numerous benefits of water-based exercises to patients with knee osteoarthritis, they can be considered as a complementary and useful method along with other conventional physiotherapy and pharmacotherapy approaches. The achieved data highlighted the importance of the rehabilitation of patients with knee arthroplasty and similar characteristics and conditions.

Keywords: Knee arthroplasty, Hydrotherapy, Pain, Range of motion, Quality of life, Elderly women.

تأثیر آب‌درمانی بر درد، دامنه حرکتی و کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به آرتروز زانو بعد از تعویض مفصل

*امیر قیامی راد^۱، وحید حسن پور^۲، حمید حاتملو^۳

توضیحات نویسندگان

۱. استادیار بیومکانیک، دانشگاه تبریز، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، تبریز، ایران؛

۲. کارشناس ارشد رفتار حرکتی، دانشگاه تبریز، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، تبریز، ایران؛

۳. کارشناس ارشد فیزیوتراپی، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده فیزیوتراپی، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: amirghiami@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۷ آذر ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ بهمن ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: استئوآرتریت شایع‌ترین بیماری مفصلی و عضلانی اسکلتی در جهان و نیز شایع‌ترین عارضه در مفاصل سی‌نیال است. این بیماری به نام‌های آرتروز، استئوآرتریت و آرتروز هیپرتروفیک شناخته می‌شود. هدف تحقیق حاضر بررسی تأثیر آب‌درمانی بر درد، دامنه حرکتی و کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به آرتروز زانو بعد از تعویض مفصل بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. تعداد ۳۶ بیمار زن سالمند طبق جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) به صورت در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده در گروه تجربی (شانزده نفر) و گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. بیماران گروه تجربی به تعداد هیجده جلسه و هر جلسه به مدت ۶۰ تا ۴۵ دقیقه تمرینات آب‌درمانی انجام دادند. اندازه‌گیری متغیرها در دو مرحله قبل و بعد از پروتکل تمرینی صورت گرفت. برای اندازه‌گیری میزان دامنه حرکتی مفصل زانو از الکتروگونیاومتر و برای اندازه‌گیری درد و کیفیت زندگی از پرسشنامه پیامد صدمات زانو و استئوآرتریت (روس و همکاران، ۱۹۹۸) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی‌زوجی و تی‌مستقل در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: باتوجه به نتایج آزمون بین‌گروهی، پس از تمرین آب‌درمانی، درد کاهش یافت ($p < 0/001$) و دامنه حرکتی ($p = 0/011$) و کیفیت زندگی ($p < 0/001$) به طور معناداری افزایش یافت. همچنین نتایج آزمون درون‌گروهی حاکی از کاهش درد ($p < 0/001$) و افزایش دامنه حرکتی ($p = 0/001$) و کیفیت زندگی ($p < 0/001$) به طور معناداری در گروه آزمایش بود.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش به نظر می‌رسد تمرینات آب‌درمانی می‌تواند به عنوان روشی مفید جهت توان بخشی زنان سالمند بعد از تعویض مفصل زانو استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: تعویض مفصل زانو، آب‌درمانی، درد، دامنه حرکتی، کیفیت زندگی، زنان سالمند.

استئوآرتریت^۱ شایع‌ترین بیماری مفصلی و عضلانی اسکلتی در جهان و نیز شایع‌ترین عارضه در مفاصل سینوئال^۲ است. این بیماری به نام‌های آرتروز، استئوآرتریت و آرتروز هیپرتروفیک شناخته می‌شود (۱). تاکنون علت اصلی و دقیق بیماری استئوآرتریت مشخص نشده است؛ با این وجود، سن زیاد، جنسیت، مسائل ژنتیکی، نقایص مادرزادی، اضافه وزن، استفاده بیش از حد از مفاصل در فعالیت‌های روزمره یا مشاغل خاص، فعالیت‌های ورزشی شدید، ضعف عضلانی، ناهنجاری‌های ساختاری و اختلالات عصبی عضلانی از جمله عوامل دخیل در بروز این بیماری هستند (۲). روش‌های درمانی متعددی برای بیماران مبتلا به آرتروز به کار رفته است؛ اما تاکنون درمان قطعی غیرجراحی برای این بیماری یافت نشده است و روند پیشروی بیماری ادامه دارد. رایج‌ترین روش‌های درمانی غیرجراحی استفاده شده در این بیماران عبارت است از: مسکن‌ها؛ ضدالتهاب‌های استروئیدی؛ آمپول‌های کورتون؛ فیزیوتراپی شامل آموزش‌های ساده به بیماران برای تعدیل و تغییر شیوه زندگی؛ استفاده از وسایل کمکی؛ حرکت درمانی؛ آب درمانی (۳).

عمل جراحی تعویض مفصل زانو^۳ در افراد دارای آرتروز زانو در صورت موفق نبودن روش‌های غیرجراحی به کار می‌رود. بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۲ میزان عمل جراحی تعویض مفصل زانو در ایالات آمریکا از ۱۲۹۰۰۰ به ۳۸۱۰۰۰ افزایش یافت (۳). سالانه ۴۰۰ هزار جراحی تعویض مفصل زانو در آمریکا انجام می‌شود و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۳۰، ۶۳۷ درصد افزایش خواهد یافت و به ۳/۴۸ میلیون نفر در سال می‌رسد (۴). دررفتگی، عفونت، درد، ضعف عضلانی، کاهش حس عمقی، اختلال در شیوه راه رفتن، کاهش دامنه حرکتی، اختلال در عملکرد و کیفیت زندگی به‌ویژه در هفته‌های اول پس از جراحی به‌عنوان عوارض جراحی است (۵)؛ در نتیجه با اطمینان کامل می‌توان گفت، تمام بیمارانی که این جراحی را انجام می‌دهند نیاز مبرمی به توان بخشی دارند (۶). یکی از راه‌حل‌های پیشنهادی توان بخشی برای این افراد حرکت درمانی در آب است (۷).

خواص فیزیکی و گرمای آب نقش مهمی در توسعه یا حفظ دامنه حرکتی مفاصل دارد. شناوری در آب نیروهای فشاری روی مفصل دردناک را کم می‌کند؛ همچنین با ایجاد حمایت، نیاز به بستن یا محافظت عضو را کاهش می‌دهد و حرکت را آسان می‌کند. افزایش انعطاف پذیری اغلب عضلات و تاندون‌ها را منعطف‌تر و لیگامنت‌های حمایتی را مرتجع‌تر می‌کند. یکی دیگر از اثرات سودمند حرکت درمانی در آب افزایش دامنه حرکتی مفاصل است (۷). تحقیقات نشان داده است، تمرین درمانی در آب از حیث عملکردی با بهبود قدرت عضلانی و افزایش دامنه حرکتی، موجب کاهش درد، افزایش حس اعتماد به نفس و در نهایت بهبود کیفیت زندگی بیمار مبتلا به استئوآرتریت زانو می‌شود (۸). همچنین تمرین درمانی در آب مزایای زیادی در مقایسه با تمرینات در خشکی دارد؛ تمرینات زنجیره بسته در خشکی موجب ایجاد فشار زیاد روی مفاصل اندام تحتانی می‌شود؛ اما نیروی شناوری آب، فشار

وارد بر مفاصل را کاهش می‌دهد و به اجرای تمرینات زنجیره بسته کمک می‌کند. این امر تأثیر زیادی بر کاهش درد مبتلایان به استئوآرتریت زانو دارد (۹)؛ اما لاند و همکاران در بررسی تأثیر ورزش بر آب و ورزش در خشکی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو نشان دادند که ورزش در آب بهبودی معناداری را در شدت درد، علائم بیماری، عملکرد حرکتی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به استئوآرتریت زانو ایجاد نمی‌کند (۱۰).

باتوجه به فقر حرکتی موجود در جامعه و افزایش میانگین سنی مردم کشور، میزان شیوع بیماری استئوآرتریت و هزینه‌های درمانی متحمل آن بر اقتصاد کشور به‌صورت بسیار سریع در حال افزایش است؛ از این رو، نیاز جامعه به تحقیق و مطالعه در این زمینه و بررسی چالش‌های موجود ضروری است. همچنین باتوجه به تعداد کم تحقیقات انجام شده درباره توان بخشی بعد از تعویض مفصل زانو و نتایج گاهی متناقض آن‌ها قطعیت مطالب مذکور به اثبات نرسیده است؛ بنابراین هدف تحقیق حاضر بررسی تأثیر آب درمانی به‌عنوان مکمل عمل جراحی تعویض مفصل زانو بر میزان درد، دامنه حرکتی مفصل و کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به آرتروز زانو بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری تحقیق را بیماران زن سالمند در رده سنی ۵۵ تا ۷۰ سال تشکیل دادند که به متخصصان ارتوپدی بیمارستان شهدای شهر تبریز با مشکل استئوآرتریت مفصل زانو درجه چهار مراجعه کردند و تحت عمل جراحی تعویض مفصل زانوی یک اندام، توسط یک متخصص در دوره زمانی اردیبهشت ۹۸-۱۳۹۶ قرار گرفتند. طبق جدول تعیین حجم نمونه کرجسی و مورگان (۱۱) چهل نفر از افراد دارای آرتروز درجه چهار که عمل جراحی انجام دادند و شش ماه از عمل جراحی آن‌ها گذشته بود، به‌صورت در دسترس به‌عنوان نمونه تحقیق انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی ساده در گروه تجربی (بیست نفر) و گروه گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. چهار نفر از افراد گروه تجربی به دلیل مشکلات خانوادگی و شخصی از ادامه همکاری در این پژوهش انصراف دادند و گروه تجربی به شانزده نفر کاهش یافت. همچنین قبل و بعد از پروتکل تمرینی برای سنجش درد و کیفیت زندگی از پرسشنامه پیامد صدمات زانو و استئوآرتریت^۴ (۱۲) و برای سنجش دامنه حرکتی از الکتروگونیا متر استفاده شد. تمامی جراحی‌های تعویض مفصل با اورتز ثابت و مارک خاص انجام گرفت. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه به شرح ذیل باتوجه به نظر متخصص ارتوپدی در نظر گرفته شد: داشتن سبک زندگی مشابه (میزان مساوی تقریبی فعالیت‌های روزانه)؛ استفاده نکردن منظم یا غیرمنظم از مسکن‌ها و داروهای ضدالتهابی استروئیدی و غیراستروئیدی طی دو ماه قبل از ورود به تحقیق؛ وجود آرتروز فقط در مفصل زانوی یک پا. از طرف دیگر، همکاری نکردن آزمودنی‌ها با پژوهشگران و غیبت بیش از سه جلسه به‌عنوان معیارهای خروج در

^۳. Total knee arthroplasty

^۴. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)

^۱. Osteoarthritis

^۲. Synovial joint

نظر گرفته شد. در ابتدای پژوهش فرم رضایت‌نامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ هزینه‌ای در هیچ‌یک از مراحل تحقیق به آن‌ها تحمیل نخواهد شد؛ ضمناً به آن‌ها یادآور شد که در هر مرحله از پژوهش مختار هستند بدون ارائه دلیل یا احساس آسیب دیدن از پژوهش کناره‌گیری کنند. آزمودنی‌های گروه گواه نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و همچنین این اطمینان حاصل شد که میزان فعالیت روزانه خود را حفظ کردند و در هیچ برنامه توان‌بخشی شرکت نداشتند. از ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

– پرسشنامه پیامد صدمات زانو و استئوآرتروز: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط روس و همکاران براساس پرسشنامه WOMAC^۱ ساخته شد (۱۲). پرسشنامه شامل ۴۲ سؤال در پنج قسمت است که پنج مفهوم از بیماری استئوآرتروز را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه، بیماری خشکی مفصل ۷ سؤال، درد ۹ پرسش، کارهای روزانه یا عملکرد ۱۷ پرسش، فعالیت ورزشی و تفریحی ۵ پرسش و کیفیت زندگی ۴ سؤال را شامل می‌شود. این پرسشنامه نمره کلی ندارد و نمره هر قسمت جداگانه محاسبه می‌شود. هر پرسش دارای پنج گزینه است و آیت‌ها از صفر تا ۴ امتیازدهی می‌شود. نمره هر قسمت در بیشترین حالت صد و در کمترین حالت صفر است. نمره صد یعنی فرد بدون مشکل است و نمره صفر وضعیت وخیم را نشان می‌دهد (۱۲).

همچنین سرایی‌پور نسخه فارسی این پرسشنامه را به منظور ارزیابی علائم و عوارض استئوآرتروز زانو برای جامعه ایرانی تهیه کرد و همخوانی درونی هریک از خرده‌مقیاس‌ها توسط آلفای کرونباخ حداقل ۰/۷۶ تخمین زده شد (۱۳).

– برنامه تمرینی آب‌درمانی (جدول ۱) هجده جلسه به صورت سه جلسه شش هفته‌ای و هر جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود. طبق رعایت قوانین تطابق فیزیولوژیک، در ابتدا برای گرم کردن بدن، به مدت ده دقیقه فعالیت‌هایی مانند راه رفتن، مارش زدن، راه رفتن به جلو، راه رفتن به عقب و گام برداشتن به پهلو اجرا شد. در ادامه تمرینات اندام تحتانی به مدت سی دقیقه انجام پذیرفت که ابتدا حرکات کششی و سپس حرکات قدرتی بدون وزنه بود. در انتهای هر جلسه، آزمودنی‌ها پنج دقیقه به سرد کردن و برگشت به حالت اولیه پرداختند. انتخاب تمرینات و نحوه اجرای آن از ساده به مشکل بود؛ به این صورت که جلسات اولیه حرکات آسان‌تر و از شدت، تعداد تکرار و زمان کمتری برخوردار بود و آزمودنی‌ها حرکات را با زمان استراحت بیشتری انجام دادند. با گذشت زمان جهت رعایت اصل اضافه بار و باتوجه به افزایش یافتن توانایی‌های آزمودنی‌ها، برنامه تمرینی با افزایش زمان تمرین، شدت و تعداد تکرار بیشتری انجام شد (۱۴).

جدول ۱. برنامه تمرینی برای گروه تجربی

مراحل	حرکات
گرم کردن (ده دقیقه)	انجام حرکات کششی، راه رفتن به جلو، راه رفتن به عقب، راه رفتن به پهلو، گام برداشتن به پهلو (دوتا چپ دو تا راست)، سه گام به جلو با یک حرکت اسکات با زاویه ۴۵° در عرض استخر، سه گام به عقب با یک اسکات در عرض استخر، سه گام به پهلو با یک اسکات با زاویه ۴۵° در عرض استخر، راه رفتن با بالا آوردن پا از مفصل ران، راه رفتن به جلو و چرخش پا از خارج به داخل، برگشت به عقب و چرخش پا از داخل به خارج، گرم کردن اندام فوقانی.
تمرینات اندام تحتانی (سی دقیقه)	برای انجام این حرکات از دیواره استخر کمک گرفته می‌شود. ۱. بالا آوردن پا از جلو به صورت صاف؛ ۲. بالا آوردن پا به صورت صاف و چرخش آن؛ ۳. بالا آوردن پا از پهلو؛ ۴. خم کردن زانو؛ ۵. خم کردن مفصل ران؛ ۶. خم کردن مفصل ران و باز کردن مفصل زانو؛ ۷. اسکات با زاویه ۶۰°؛ ۸. باز کردن پا بیشتر از عرض شانه و انتقال وزن به روی یک پا؛ ۹. انتقال وزن به جلو؛ ۱۰. بلند شدن روی انگشتان هر دو پا.
سرد کردن (پنج دقیقه)	انجام حرکات کششی، راه رفتن به جلو، راه رفتن به عقب، راه رفتن به پهلو، گام برداشتن به پهلو (دوتا چپ دو تا راست)، راه رفتن به صورت ضربدری.

کیلوگرم و قد $166/8 \pm 5/97$ سانتی‌متر و گروه گواه (بیست نفر) با میانگین و انحراف معیار سنی $56/2 \pm 6/22$ سال، وزن $75/21 \pm 4/42$ کیلوگرم و قد $165/6 \pm 6/66$ سانتی‌متر بود. نتایج آزمون شاپیروویلک برای بررسی توزیع طبیعی داده‌ها پیش از شروع طرح تحقیق نشان داد که تمام متغیرهای مطالعه شده دارای توزیع طبیعی است ($p > 0/05$)؛ از این رو از آزمون‌های آماری پارامتریک برای بررسی آن‌ها استفاده شد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار شاخص‌های اندازه‌گیری آزمودنی‌های دو گروه آورده شده است.

از آزمون‌های آماری شاپیروویلک برای نرمال بودن داده‌ها، تی‌زوجی برای مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تی‌مستقل برای مقایسه تفاوت‌های بین‌گروهی در سطح معناداری ۰/۰۵ و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل گروه تجربی (شانزده نفر) با میانگین و انحراف معیار سنی $59/1 \pm 5/37$ سال، وزن $73/25 \pm 8/1$

^۱. Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار هریک از شاخص‌های اندازه‌گیری‌شده قبل و پس از مداخلهٔ تمرینی

متغیر	مراحل	گروه	آزمایش	تعداد
درد	پیش‌آزمون	۴۳/۱۱±۲/۹۱	۴۴/۸±۹/۹۹	۳۶
	پس‌آزمون	۴۵/۹±۲/۴۷	۱۲±۵۱/۴۷	۳۶
دامنهٔ حرکتی	پیش‌آزمون	۱۰۰/۹±۷/۱۵	۱۰۲/۱۱±۲/۲۴	۳۶
	پس‌آزمون	۱۰۲/۸±۵/۴۳	۱۱۸/۹±۸/۱۳	۳۶
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۳۶/۵±۶/۹۶	۳۷/۸±۵/۹۷	۳۶
	پس‌آزمون	۳۸/۷±۷/۴۹	۵۰/۴±۷/۵۶	۳۶

در ادامه به منظور بررسی تفاوت احتمالی بین گروه‌های بررسی‌شده در (۳).
مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون تی مستقل استفاده شد (جدول

جدول ۳. بررسی تفاوت احتمالی بین گروه‌های بررسی‌شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

آزمون‌ها	مراحل آزمون‌ها	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین	T	مقدار p
درد	پیش‌آزمون	گواه	آزمایش	۲	۰/۳۵۸	۰/۵۶۴
	پس‌آزمون	گواه	آزمایش	۶/۱*	۴/۳۵	<۰/۰۰۱
دامنهٔ حرکتی	پیش‌آزمون	گواه	آزمایش	۱/۸	۰/۸۴۵	۰/۷۴۲
	پس‌آزمون	گواه	آزمایش	۱۶/۶*	۳/۵۷۸	۰/۰۱۱
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	گواه	آزمایش	۰/۹	۰/۱۰۲	۰/۳۶۲
	پس‌آزمون	گواه	آزمایش	۱۲/۷*	۴/۶۸	<۰/۰۰۱

همچنین، نتایج مقایسهٔ اختلاف میانگین پیش‌آزمون-پس‌آزمون ($p=۰/۰۱۱$) و کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری افزایش بین‌گروهی (آزمون تی مستقل) نشان داد که پس از تمرین آب‌درمانی،
درد ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری کاهش یافت و دامنهٔ حرکتی

جدول ۴. بررسی تفاوت احتمالی درون‌گروهی متغیرهای تحقیق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	T	مقدار p
درد	کنترل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۱/۷	۰/۲۵۶	۰/۹۸۷
	تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۵/۸	۴/۹۲	<۰/۰۰۱
دامنهٔ حرکتی	کنترل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۱/۵	۱/۰۵	۰/۲۱۱
	تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۱۶/۳	۳/۶۵	۰/۰۰۱
کیفیت زندگی	کنترل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۰/۹	۰/۹۳۵	۰/۴۳۵
	تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	۱۲	۴/۹	<۰/۰۰۱

زندگی زنان سالمند مبتلا به آرتروز زانو بعد از تعویض مفصل، انجام شد. نتایج نشان‌دهندهٔ تأثیر معنادار روش آب‌درمانی بر کاهش درد، افزایش دامنهٔ حرکتی و بهبود کیفیت زندگی بیماران بعد از تعویض مفصل زانو بود. در همین راستا لپ و همکاران با بررسی تأثیر تمرین آب‌درمانی بر درد و دامنهٔ حرکتی بیماران استئوآرتریت بعد از تعویض مفصل ران، به این نتیجه رسیدند که آب‌درمانی باعث کاهش درد و افزایش دامنهٔ حرکتی می‌شود (۱۵)؛ درحالی‌که وانگ و همکاران در مطالعه‌ای به ارزیابی میزان درد افراد از طریق پرسشنامهٔ ارزیابی سلامت و مقیاس بصری درد پرداختند و تأثیر معناداری را بر کاهش درد و

درنهایت نتایج آزمون مقایسهٔ پیش‌آزمون-پس‌آزمون درون‌گروهی (نتایج آزمون تی همبسته) نشان داد که پس از تمرین آب‌درمانی، اوقات درد ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری در گروه تجربی کاهش یافت و دامنهٔ حرکتی ($p=۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) به‌طور معناداری در گروه تجربی افزایش یافت؛ درحالی‌که در گروه گواه تفاوتی مشاهده نمی‌شود (جدول ۴).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تأثیر آب‌درمانی بر درد، دامنهٔ حرکتی و کیفیت

بهبود عملکرد جسمانی مبتلایان به استئوآرتریت از طریق تمرینات آب درمانی مشاهده نکردند (۱۴). از دلایل احتمالی تفاوت در نتایج تحقیق وانگ و همکاران با تحقیق حاضر می‌توان به استفاده از مقیاس‌های متفاوت ارزیابی درد اشاره کرد.

انجام تمرینات ورزشی چه در خشکی چه در آب، موجب افزایش قدرت عضلات اطراف زانو مانند چهارسر ران و همسترینگ می‌شود. به همین دلیل افزایش قدرت عضلات، بار سطوح مفصلی را کاهش می‌دهد؛ چراکه با فرورفتن در آب فشار وزن کمتری بر مفاصل و دیسک‌های بین مهره‌ای وارد می‌شود و مفاصل ثبات بیشتری خواهد داشت. این امر احتمالاً کاهش التهاب و درد و افزایش دامنه حرکتی را به دنبال دارد؛ با این حال به نظر می‌رسد بخش درخورتوجهی از کاهش درد ناشی از تمرین در آب علاوه بر افزایش ثبات مفصلی به دست آمده از نیروی هیدروستاتیک آب، احتمالاً از طریق کاهش وزن ناشی از نیروی شناوری آب صورت می‌گیرد (۱۶).

یکی دیگر از عوارض ناشی از بیماری استئوآرتریت و متعاقب آن یعنی تعویض مفصل زانو، افت عملکرد فرد است؛ در نتیجه بر چگونگی ایفای نقش در جامعه، زندگی شخصی، وضعیت شغلی و در نهایت کیفیت زندگی تأثیرات درخورتوجهی می‌گذارد. سطح تحمل بیماران تعویض مفصل زانو به علت نبود توانایی انجام وظایف در فعالیت‌های جسمانی روزمره محدود است (۱۷)؛ از این رو با کاهش قدرت انجام کار مواجه خواهند شد. این امر موجب می‌شود افراد مذکور در مقایسه با افراد سالم دارای سطح عملکرد جسمانی ضعیف‌تری باشند و در انجام مسئولیت‌های فردی و اجتماعی با مشکل مواجه شوند (۱۸)؛ ملک‌زاده و همکاران به بررسی تأثیر یک دوره تمرینات آب درمانی بر عملکرد و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به استئوآرتریت مفصل زانو پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد، تمرینات آب درمانی می‌تواند به عنوان روشی ایمن و مؤثر در بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا به استئوآرتریت زانو مدنظر قرار گیرد (۱۹). نتایج پژوهش ملک‌زاده و همکاران نیز با یافته پژوهش حاضر همسوس است. بهبود در کیفیت زندگی احتمالاً به دلیل آن است که غوطه‌وری در آب موجب کاهش فشار وزن بدن روی مفاصل و کاهش احساس درد و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌شود و بیمار فرصت می‌یابد حتی برای ساعتی در طول روز با آرامش و آسایش خیال تحرک و فعالیت جسمانی و تعامل اجتماعی داشته باشد (۲۰). از طرف دیگر، تمرین درمانی در آب موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس‌های روانی شده و به‌طور طبیعی در ترغیب بیماران از لحاظ روانی مؤثر است (۱۸).

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد، حرکت درمانی در آب تأثیر زیادی بر به دست آوردن مجدد دامنه حرکتی از دست رفته مفصل دارد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتیجه تحقیق ویات و همکاران همخوان نیست. احتمالاً دلیل نتایج به دست آمده در مطالعه غیرهمسو مربوط به نوع پروتکل تمرینی به کاررفته است (۲۱). طبق پروتکل ارائه شده در

تحقیق حاضر، بیماران در بخشی از جلسه تمرینی به انجام تمرینات گرم کردن و ریلکس‌سازی پرداختند که شاید در تحقیقات غیرهمسو به این مسئله توجه نشده باشد. از دلایل افزایش دامنه حرکتی مفصل زانو بیماران بر اثر تمرین درمانی در آب می‌توان به انجام تمرینات انعطاف‌پذیری و کششی بدون ترس از درد اشاره کرد. نیروهای شناوری و هیدروستاتیک موجب می‌شود تا اندام‌ها راحت‌تر و آزادتر از خشکی حرکت کنند. تمرینات خاص گرم کردن، کششی و ریلکس‌سازی نیز به نوبه خود در کاهش اسپاسم، تورم و التهاب بافت‌ها، کاهش سفتی و خشکی مفصل، انعطاف‌پذیری مطلوب بافت‌ها، رفع محدودیت حرکت و نهایتاً به دست آوردن دامنه حرکتی مطلوب مفاصل مؤثر بوده‌اند (۱۷).

در مجموع، نتایج به دست آمده نشان داد که پروتکل تمرین درمانی در آب موجب بهبود دامنه حرکتی مفصل زانو می‌شود و تأثیر معناداری بر کاهش درد و عوارض ناشی از بیماری دارد؛ همچنین کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد. اهمیت نتایج تحقیق حاضر زمانی افزایش می‌یابد که در طول اجرای پروتکل تمرین درمانی در آب هیچ‌گونه درمان دارویی یا راهکار درمانی دیگری استفاده نشد. با وجود این یافته‌ها به نظر می‌رسد تمرین درمانی در آب در بهبود سلامت عمومی (جسمانی و روانی) بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو سودمند است. پیشنهاد می‌شود تمرینات آب درمانی با سایر روش‌های تمرینی مقایسه شود و نتایج بررسی شود. همچنین توصیه می‌شود تأثیر تمرینات آب درمانی بر سایر بیماری‌های مزمن ارزیابی شود.

۵ نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش و اثرات مثبت تمرینات آب درمانی، همچنین مزایای زیاد تمرین درمانی در آب در مقایسه با خشکی برای بیماران استئوآرتریت زانو می‌توان آب درمانی را به عنوان روشی مکمل و مفید در کنار سایر روش‌های معمول فیزیوتراپی و دارودرمانی برای توان بخشی بیماران تعویض مفصل زانو با ویژگی و شرایط مشابه بیماران این پژوهش توصیه کرد.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بدین وسیله از تمامی بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش، خانواده‌های بیماران، کارکنان و مسئولان بیمارستان شهدا و بیمارستان بین‌المللی تبریز قدردانی و سپاسگزاری می‌کنند.

۷ بیانیه

در ابتدای پژوهش فرم رضایت‌نامه در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد که هیچ هزینه‌ای در هیچ‌یک از مراحل تحقیق به آن‌ها تحمیل نخواهد شد؛ ضمناً به آن‌ها یادآور شد که در هر مرحله از پژوهش مختار هستند بدون ارائه دلیل یا احساس آسیب دیدن از پژوهش کناره‌گیری کنند.

References

1. Holstege MS, Lindeboom R, Lucas C. Preoperative quadriceps strength as a predictor for short-term functional outcome after total hip replacement. *Arch Phys Med Rehabil*. 2011;92(2):236–41. doi: [10.1016/j.apmr.2010.10.015](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.10.015)
2. Kurtz S, Mowat F, Ong K, Chan N, Lau E, Halpern M. Prevalence of primary and revision total hip and knee arthroplasty in the United States from 1990 through 2002. *J Bone Joint Surg Am*. 2005;87(7):1487–97. doi: [10.2106/jbjs.d.02441](https://doi.org/10.2106/jbjs.d.02441)
3. Vandervert LR. The Neurophysiological basis of innovation. In: *The international handbook on innovation*. New York, US: Elsevier Science; 2003. pp: 17–30.
4. Hochman MG, Melenevsky YV, Metter DF, Roberts CC, Bencardino JT, Cassidy RC, et al. ACR Appropriateness Criteria® imaging after total knee arthroplasty. *J Am Coll Radiol* 2017;12(11):S211-S28. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.08.036>
5. Piva SR, Gil AB, Almeida GJM, DiGioia AM, Levison TJ, Fitzgerald GK. A balance exercise program appears to improve function for patients with total knee arthroplasty: a randomized clinical trial. *Phys Ther*. 2010;90(6):880–94. doi: [10.2522/ptj.20090150](https://doi.org/10.2522/ptj.20090150)
6. Gibson AJ, Shields N. Effects of aquatic therapy and land-based therapy versus land-based therapy alone on range of motion, edema, and function after hip or knee replacement: a systematic review and meta-analysis. *Physiother Can*. 2015;67(2):133–41. doi: [10.3138/ptc.2014-01](https://doi.org/10.3138/ptc.2014-01)
7. Gur A, Cosut A, Sarac AJ, Cevik R, Nas K, Uyar A. Efficacy of different therapy regimes of low-power laser in painful osteoarthritis of the knee: a double-blind and randomized-controlled trial. *Lasers Surg Med*. 2003;33(5):330–8. doi: [10.1002/lsm.10236](https://doi.org/10.1002/lsm.10236)
8. Mehrabian H, Shojaedin SS, Barati AH, Ghasemi M. Effects of aquatic exercise on the pain, symptoms, motor performance and quality of life of elderly women with knee osteoarthritis. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2012;8(2):337–45. [Persian]
9. Olson DA, Kolber MJ, Patel C, Pabian P, Hanney WJ. Aquatic exercise for treatment of low-back pain: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2013;7(2):154–60. doi: [10.1177/1559827612457323](https://doi.org/10.1177/1559827612457323)
10. Lund H, Weile U, Christensen R, Rostock B, Downey A, Bartels EM, et al. A randomized controlled trial of aquatic and land-based exercise in patients with knee osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2008;40(2):137–44. doi: [10.2340/16501977-0134](https://doi.org/10.2340/16501977-0134)
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(3):608–10. <https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
12. Roos EM, Roos HP, Ekdahl C, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)--validation of a Swedish version. *Scand J Med Sci Sports*. 1998;8(6):439–48. doi: [10.1111/j.1600-0838.1998.tb00465.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.1998.tb00465.x)
13. Saraei-Pour S, Salavati M, Akhbari B, Kazem-Nezhad A. Translation and adaptation of Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) in to Persian and testing Persian version reliability among Iranians with osteoarthritis. *Archives of Rehabilitation*. 2007;8(1):42–6. [Persian] <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-10-en.pdf>
14. Wang T-J, Lee S-C, Liang S-Y, Tung H-H, Wu S-FV, Lin Y-P. Comparing the efficacy of aquatic exercises and land-based exercises for patients with knee osteoarthritis. *J Clin Nurs*. 2011;20(17–18):2609–22. doi: [10.1111/j.1365-2702.2010.03675.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03675.x)
15. Łyp M, Kaczor R, Cabak A, Tederko P, Włostowska E, Stanisławska I, et al. A water rehabilitation program in patients with hip osteoarthritis before and after total hip replacement. *Med Sci Monit*. 2016;22:2635–42. doi: [10.12659/msm.896203](https://doi.org/10.12659/msm.896203)
16. Lenguerrand E, Artz N, Marques E, Sanderson E, Lewis K, Murray J, et al. Effect of group-based outpatient physical therapy on function after total knee replacement: results from a multicenter randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020;72(6):768–77. doi: [10.1002/acr.23909](https://doi.org/10.1002/acr.23909)
17. Resende S, Rassi C. Effects of hydrotherapy in balance and prevention of falls among elderly women. *Brazilian Journal of Physical Therapy*. 2008;12(1):57–63. doi: [10.1590/S1413-35552008000100011](https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000100011)
18. Roddy E, Zhang W, Doherty M. Aerobic walking or strengthening exercise for osteoarthritis of the knee? A systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(4):544–8. doi: [10.1136/ard.2004.028746](https://doi.org/10.1136/ard.2004.028746)
19. Malekzadeh M, Ghasemi B, Mirnasuri R. Effect of aquatic exercises on the motor performance and the quality of life in patients with knee joint osteoarthritis. *Hormozgan Medical Journal*. 2014;18(3):211–8. [Persian] <https://hmj.kowsarpub.com/cdn/dl/3c217390-01da-11e9-9aa9-e36b013d1c78>
20. Gottardi R. Load-induced osteoarthritis on a chip. *Nat Biomed Eng*. 2019;3(7):502–3. doi: [10.1038/s41551-019-0427-y](https://doi.org/10.1038/s41551-019-0427-y)
21. Wyatt FB, Milam S, Manske RC, Deere R. The effects of aquatic and traditional exercise programs on persons with knee osteoarthritis. *J Strength Cond Res*. 2001;15(3):337–40.