

تأثیر برنامه تقویتی عضلات ثبات دهنده مرکزی ستون فقرات در آب بر روی میزان شدت درد و لوردوز کمری

نرگس صداقتی^{۱*}، احمد همت فر^۱، ناصر بهپور^۲

خلاصه:

سابقه و هدف: در سال‌های اخیر، برای درمان کمردرد و کاهش لوردوز کمری بر عضلات عرضی شکم و مولتی‌فیدوس توجه شده است. شواهدی دال بر اختلاف عملکرد این عضلات در این افراد وجود دارد. هدف از این پژوهش بررسی تأثیر یک برنامه تقویتی عضلات ثبات‌دهنده مرکزی بدن در آب بر روی میزان شدت درد و لوردوز کمر دانشجویان دختر بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بوده که در شهر تهران انجام شده است. تعداد ۴۳ نفر (۲۲ نفر در گروه تجربی و ۲۱ نفر در گروه کنترل) با دامنه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال با سابقه کمردرد به‌صورت داوطلبانه در این پژوهش شرکت کردند. گروه تمرینات آب درمانی به‌مدت ۱۲ هفته (هفته‌ای سه جلسه) برنامه تمرینی را تحت نظر محقق انجام دادند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه تمرینی را انجام ندادند. نتایج بر اساس پرسشنامه کبک (شدت درد کمر) و خط‌کش منعطف (درجه لوردوز کمر) در روز اول و آخر برای هر آزمودنی‌ها جمع‌آوری گردید.

نتایج: در بررسی نتایج گروه تجربی میزان کاهش شدت درد کمر ($P \leq 0/001$) و لوردوز کمر ($P \leq 0/001$) تفاوت معنی‌داری داشته و در گروه کنترل، اختلاف معنی‌داری بین داده‌های پیش و پس‌آزمون مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهند تمرینات تقویتی ثبات‌دهنده مرکزی ستون فقرات در آب باعث کاهش میزان درد و زاویه لوردوز کمری می‌شود.

واژگان کلیدی: کمردرد، لوردوز کمری، تمرینات تقویتی ثبات‌دهنده مرکزی، تمرینات آب درمانی

دو ماه‌نامه علمی-پژوهشی فیض، دوره هفدهم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۱۳۹۲، صفحات ۲۷۴-۲۶۷

مقدمه

ستون فقرات به‌عنوان تکیه‌گاه اندام‌ها، ذاتا بی‌ثبات می‌باشد و فقدان ثبات مرکزی ستون مهره‌ای (Core stabilization) به‌عنوان عامل مستعدکننده کمردرد مطرح شده است [۳]. از این‌رو، عوامل مؤثر در بی‌ثباتی را به سه دسته عوامل استخوانی، عوامل رباطی و عوامل عضلانی می‌توان تقسیم کرد. ثبات مرکزی ستون مهره‌ای توسط عضلات خاصی تأمین می‌گردد که این عضلات، ثبات بین مهره‌ای را به شکل موضعی تأمین می‌کنند. عضلات با اتصالات بین مهره‌ای، مانند مولتی‌فیدوس، عرضی شکم و مایل داخلی برای ثبات بین سگمانی مناسب‌تر هستند [۵، ۶]. بسیاری از محققین تغییرات اندازه قوس کمری که ناشی از کم‌تحرکی زندگی ماشینی امروزی یا متعاقب تغییر در تون و اختلال عملکرد عضلات اطراف ستون فقرات از قبیل کاهش قدرت عضلات شکم، کاهش قدرت عضلات اکستانسور هیپ، کوتاهی عضلات ایلئوپسواس و کاهش انعطاف‌پذیری عضلات خلفی کمر شمرده می‌شود را به‌عنوان عامل اصلی درد کمر مزمن عنوان کرده‌اند [۷، ۶]. درمان کمردرد و توان‌بخشی آن در کوتاه‌ترین زمان ممکن، یک آرزوی بزرگ و قدیمی است و حتی دست‌اندرکاران سلامت و بهداشت از کمردرد به‌عنوان فاجعه بهداشتی قرن ۲۱ یاد نموده‌اند [۸]. هرچند پیشرفت‌های درمانی و توان‌بخشی کمردرد به‌ویژه در سال‌های اخیر موفقیت‌های نسبی داشته است، ولی هنوز برنامه‌های درمانی،

یکی از شایع‌ترین آسیب‌هایی که سالانه بسیاری از مردم سراسر جهان به آن مبتلا می‌شوند، کمردرد است. آسیب‌های مرتبط با کمر درد بالاترین رقم شیوع را به‌خود اختصاص داده (بین ۶۰ تا ۸۰ درصد) که علاوه بر جنبه‌های بهداشتی از نظر اقتصادی نیز توجه همگان را به‌خود جلب نموده است [۱]. اگرچه این عارضه معمولاً در ابتدا با یک درد ملایم و صرفاً محدودکننده شروع می‌شود، اما گاهی درد به‌تدریج شدید گردیده تا حدی که در حدود ۱۵ درصد از افراد به‌دلیل پیشرفت بیماری، زمین‌گیر می‌شوند [۲]. تحقیقات متعددی در زمینه کمردرد و مکانیزم بروز آن گزارش شده و عوامل متعددی از جمله بی‌ثباتی و افزایش قوس طبیعی ستون فقرات به‌عنوان علت بروز این عارضه پیشنهاد شده است.

^۱ کارشناسی ارشد، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشکده تحصیلات تکمیلی،

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

^۲ استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد

* نشانی نویسنده مسئول:

قم، خیابان شهید لواسانی، نبش کوچه ۷، جمعیت هلال‌احمر

تلفن: ۰۹۱۲۳۵۳۰۵۰۲ دوتنویس: ۰۲۵۳۷۷۰۷۵۹۲

پست الکترونیک: na_sedaghati@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۱۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۲/۲/۱۸

پژوهشی در رابطه با تأثیرات تمرینات در آب بر روی عضلات ثبات‌دهنده مرکزی بدن در افراد مبتلا به لوردوز و درد کمر با طول درمانی سه ماه مشاهده نشده است که ثابت کند تمرینات آب درمانی برای این افراد مفید است. از این‌رو، پژوهش حاضر به بررسی اثرات تمرینات منتخب عضلات ثبات‌دهنده مرکزی بدن در آب بر میزان شدت درد و لوردوز کمر دانشجویان دختر پرداخته است.

مواد و روش‌ها

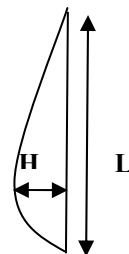
تحقیق حاضر، از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که به شکل میدانی اجرا شده و جامعه آماری مورد مطالعه آن را دانشجویان داوطلب دختر ۱۸-۲۵ ساله با سابقه درد کمر دانشگاه‌های سراسر شهر تهران تشکیل داده‌اند. روش نمونه‌گیری به‌صورت داوطلبانه انجام گردید که ۶۰ نفر پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه مبنی بر شرکت در پژوهش، طی فرآیند معاینه پزشکی و تست‌گیری (از طریق پرسشنامه کبک (Quebec) و خط‌کش منعطف) انتخاب شدند. از بین آزمودنی‌ها، ۴۳ داوطلب که دارای معیارهای انتخاب بودند، به‌طور تصادفی به دو گروه تجربی (۲۲ نفر) و کنترل (۲۱ نفر) تقسیم شدند. کلیه‌ی اندازه‌گیری‌ها و آزمون‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون (ارزیابی اولیه؛ امروز قبل از شروع اولین جلسه تمرینات)، و پس‌آزمون (جلسه پایانی هفته دوازدهم) تکرار گردید. ابتدا هدف و اهمیت این پژوهش برای آزمودنی‌ها تشریح شده و سپس میزان درد کمر آنان با پرسشنامه کبک ارزیابی گردید. این پرسشنامه حاوی ۲۵ پرسش پنج‌گزینه‌ای است که شدت درد را در هر سؤال بین صفر تا چهار لحاظ نموده و امتیازات پرسشنامه بین صفر تا ۱۰۰ رتبه‌بندی می‌گردد. صفر به منزله‌ی سلامت کامل و بدون درد، ۲۵ نشان‌دهنده‌ی بیماری با درد متوسط و رتبه‌های ۵۰، ۷۵ و بیشتر به‌ترتیب مبین درد زیاد، درد خیلی زیاد و کاملاً حاد است [۱۶-۱۳]. با توجه به مزایای خط‌کش منعطف، محققان از آن به‌عنوان یک ابزار غیرتهاجمی برای ارزیابی کلینیکی و غربالگری در افراد سالم و تشخیص ناهنجاری‌های قوس‌های ستون فقرات بهره‌برده‌اند. این وسیله سبک و ارزان قیمت است و به‌علاوه خطر تشعشعات مکرر امواج X را ندارد. در پژوهش حاضر به‌صورت کور (blind) نیز برای اندازه‌گیری قوس کمر با خط‌کش منعطف، از ناحیه S2 تا L1 در حالت ایستاده، مشابه روش استفاده شده، توسط یک‌سری از محققین در نظر گرفته شد [۱۹-۱۷]. جهت انجام تست از آزمودنی خواسته شد با کمترین پوشش در قسمت بالاتنه، پاها را به اندازه عرض شانه باز نموده، سپس خم شده و دست‌ها را روی سطح میز قرار دهد

پرهزینه و طولانی مدت است و سالانه انجام هزاران عمل دیسک کمر در سراسر دنیا خود نشانی از این برنامه‌های درمانی می‌باشد. کنترل موفقیت‌آمیز کمردرد در گرو تبیین علمی و دقیق مکانیزم این عارضه است. حال باید به‌دنبال یک روش درمانی کم‌هزینه و مؤثر که بتواند فرد را به زندگی روزانه برگرداند، بود. می‌توان کمردرد را پدیده‌ی چند عاملی دانست؛ بنابراین، وجود نگرش‌های متعدد برای درمان آن غیرمنتظره نیست. برخی از این نگرش‌ها مؤثر نبوده، در حالی که برخی دیگر از جمله تمرین عضلات خاص، مؤثر بوده است. محققین زیادی در جستجوی روش‌های مناسبی برای بالا بردن سطح آمادگی جسمانی و اصلاح اختلالات ایجادکننده این عارضه می‌باشند و هم‌چنین حمایت‌های زیادی از ورزش درمانی جهت کنترل و پیشگیری از کمردرد با هدف برگرداندن ثبات دینامیکی و بهبود و توسعه کنترل حسی - حرکتی فقرات کمری و لگن شده است [۹، ۱۰]. لذا، در کنترل کمردرد طراحی برنامه‌های تمرینی مناسب جهت تقویت عضلات ثبات‌دهنده مرکزی و بهبود عملکرد سیستم مذکور مهم می‌باشد. علی‌رغم مطالعات فراوان در زمینه درمان کمردرد، در مورد مناسب‌ترین، مداخله درمان توافقی وجود نداشته و تحقیقات ادامه دارد. هم‌چنین، بسیاری از بیماران به دلایل اقتصادی، خواهان بازگشت سریع‌تر توانایی‌های عملکردی، کاهش درد و افزایش عملکرد عضلانی می‌باشند؛ از این‌رو، محققین زیادی در پی روش‌های جدید علمی هستند که به نتایج متفاوتی برخورد نموده که یکی از این روش‌ها، تمرینات متفاوت آب درمانی می‌باشد. آب درمانی و ارزش‌های درمانی آن با چنان سرعتی در جوامع پزشکی و ورزشی جا باز کرده که این روش مورد استقبال بیماران و دردمندان قرار گرفته و سال به سال روش‌های کامل‌تر و تمرینات جامع‌تری برای آن ابداع می‌گردد [۱۱]. فشار عمق آب بر روی بدن، مفاصل، ماهیچه‌ها و اندام‌های داخلی در حین ورزش مانند یک ماساژ خوب، به تمام بدن آرامش بخشیده و مانع کوفتگی بدن می‌شود و به‌دلیل کاهش فشار داخل دیسک، اندازه سوراخ بین‌مهره‌ای ممکن است افزایش یابد و یا بین مفاصل فاسیت مقداری فاصله ایجاد شود، که این اثر اغلب به بیماران با مشکلات کمر در هنگام تمرین امکان می‌دهد که ناراحتی کمتری احساس نمایند. در استفاده از آب درمانی هیچ فشاری به بافت آسیب‌دیده وارد نمی‌شود و فرد در حالی به تمرین ادامه می‌دهد که واقعا از آسیب دور است. یکی از مزایای عمده درمان در آب کاهش نیروهای مربوط به تحمل وزن می‌باشد. بیمارانی که در آب تمرین می‌کنند احساس سبک بودن و راحت‌تر حرکت کردن، نموده و به‌علت شناور بودن بار کمتری را روی مفاصل خود احساس می‌کنند [۱۲]. تا آنجا که ما بررسی نمودیم،

پژوهش از نمونه‌هایی با زاویه‌ی قوس کمر ۴۲ درجه به بالا (۸/۷۳+ ۴۲ درجه) استفاده گردید. به منظور مقایسه متغیرهای دو گروه در پیش و پس‌آزمون از روش آماری t مستقل استفاده شده و کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و در سطح آلفا ۰/۰۵ انجام گردید.

برنامه تمرینی: پس از انجام معاینات و آزمون‌های اولیه و شکل‌گیری دو گروه، گروه تجربی آب درمانی در یک برنامه تمرینی به مدت ۱۲ هفته و هر هفته سه جلسه (مدت زمان هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه) شرکت نمودند. گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه ورزش منظمی انجام ندادند. بر اساس دستورالعمل تجویز ورزشی (ACSM (American College of Sport Medicine) برنامه تمرینی شامل سه بخش گرم کردن، برنامه اصلی تمرین و سرد کردن می‌باشد. کاربرد گرمای سطحی یا عمقی برای بافت‌های نرم قبل از جلسه استخر به افزایش کشش بافت‌های کوتاه شده کمک می‌کند. درجه حرارت آب در صورتی می‌تواند موجب افزایش درجه دمای بدن شود که از درجه حرارت طبیعی بدن بالاتر باشد. گرمای استخر درمانی، رهاسازی عضلانی را بالا می‌برد، گردش خون را افزایش می‌دهد، و اسپاسم و سطح درد را به‌طور مؤثری کاهش می‌دهد. درجه حرارت یک استخر درمانی ۹۲ تا ۹۸ درجه فارنهایت (۳۲ تا ۳۷ درجه سانتی‌گراد) است. این حرارت برای آماده‌سازی هوازی مناسب نیست و این در صورتی است که حرارت یک استخر شنا معمولاً بین ۸۰ تا ۸۵ درجه فارنهایت (۲۷ تا ۳۰ درجه سانتی‌گراد) می‌باشد [۱۲]. لازم به ذکر است که مدت زمان برنامه اصلی تمرین بر اساس تعداد تکرارهای هر حرکت و پیشرفت آن در ازدیاد حرکات، از ۳۰ تا ۵۰ دقیقه، در جلسات پایانی متغیر است. تمرینات مرحله سرد کردن مشابه تمرینات کششی مرحله اول ولی با شدت کمتری نسبت به مرحله گرم کردن می‌باشد. با توجه به توصیه‌های مختلف در خصوص زمان نگهداری کشش‌ها که اغلب بین ۳۰-۱۰ ثانیه است [۲۳]، این کشش در افراد گودپشت باید به آرامی صورت گیرد؛ به همین خاطر در صورتی که افراد هنگام کشش، احساس درد یا ناراحتی نمودند شدت کشش را کاهش داده و در صورت افزایش شدت درد بعد از انجام تمرین یا احساس درد شدید به هنگام انجام تمرینات، از ادامه انجام تمرینات اجتناب نمودند. در این پژوهش تعدادی حرکت در آب برای گرم کردن و ۹ حرکت نیز جهت برنامه اصلی با رویکرد تقویت عضلات ثبات‌دهنده مرکزی ستون فقرات از منابع معتبر انتخاب شده [۲۷-۲۴] و به گروه تجربی برنامه منتخب آب درمانی ارائه گردید (جدول شماره ۱).

آنگاه آزمون‌گر با لمس دوازدهمین یا به عبارت دیگر آخرین دنده و امتداد آن به سمت پشت، روی خط میانی ستون فقرات زائده خاری مهره T12 را مشخص نموده، سپس مهره‌ی پایینی (L1) را علامت‌گذاری کرده و از آزمودنی خواسته می‌شد به حالت ایستاده قرار گیرد. در این حالت خارخاصره‌ای فوقانی خلفی، توسط آزمون‌گر مشخص شده، سپس نقطه میانی خط اتصال و زائده خاری مهره S2 علامت‌گذاری می‌شد. با علامت‌گذاری نقاط معین به منظور اندازه‌گیری قوس‌های ستون فقرات، از آزمودنی خواسته می‌شد در وضعیت ایستاده طبیعی خود قرار گرفته به‌گونه‌ای که وزن بدن به‌طور یکسان بر روی پاها توزیع شده و در این وضعیت خط‌کش منعطف بر روی خط میانی ستون فقرات میان دو نقطه مشخص، بدون وجود فاصله‌ای قرار داده شده و پس از شکل‌گیری خط‌کش بر روی انحنای ستون مهره‌ای، علامت‌های لازم بر روی خط‌کش زده شد و بدون هیچ‌گونه تغییری در شکل به‌دست آمده، خط‌کش را روی کاغذ شطرنجی گذاشته و با کشیدن قلم در طول خط‌کش، قوس ستون فقرات بر روی کاغذ کپی گردید. ابتداء زوائد خاری مهره‌های S2، L1 و گودترین نقطه قوس کمری را بر روی کاغذ نشانه‌گذاری کرده و سپس با استفاده از فرمول، زاویه لوردوز محاسبه شد. در این پژوهش جهت افزایش دقت از هر آزمودنی دو بار آزمایش که در صورت مغایرت، آزمایش سوم نیز به‌عمل آمد و جهت محاسبات آماری متوسط‌اندازه‌ها در نظر گرفته شده و ثبت گردید.



L = فاصله میان نشانه S2 و L1

H = فاصله گودترین نقطه قوس تا خط

$\theta = \text{Arc tang} (2H/L)$ = زاویه لوردوز کمری

در یک تحقیق زاویه قوس کمر از مهره اول تا پنجم، ۶۱ درجه گزارش شده است [۲۰]، حال آن‌که در تحقیقی دیگر قوس کمر از مهره اول و دوم کمری تا مهره اول و دوم خاجی اندازه‌گیری شده و زاویه‌ی طبیعی کمر ۱۸۲ آزمودنی ۴۲ درجه گزارش شده است [۲۱]. محققین دیگر میزان طبیعی قوس کمر را ۵۹/۲ درجه اعلام نموده‌اند [۲۲]. با توجه به یافته‌های مختلف تحقیقات انجام شده، بسیار مشکل است میزان قوس کمر آزمودنی‌های پژوهش حاضر را غیرطبیعی یا طبیعی تلقی نمود، زیرا انجام تحقیقات با شیوه‌های مختلف و روش‌های متنوع دامنه‌ی بسیار گسترده‌ای از قوس کمر را در اختیار قرار می‌دهد و تاکنون بر روی اندازه معین یا دامنه‌ی خاصی اتفاق نظر نبوده است؛ با توجه به مطالب ذکر شده در این

جدول شماره ۱- تمرینات اصلی گروه تجربی آب درمانی

ردیف	عنوان تمرین	شرح تمرین	هدف	تصویر تمرین
۱	کشش عضلات همسترینگ	پاشنه پا را بر روی پله استخر بگذارید و با دست‌هایتان پله را بگیرید. اکنون در حالی که ستون فقرات را صاف نگه‌داشته‌اید، از ناحیه ران به جلو خم شوید و تنه را به سمت جلو بیاورید.	ایجاد کشش و انعطاف‌پذیری در عضلات همسترینگ	
۲	کشش عضله گلو تنوس ماگزیموس	یک زانوی خود را بلند کنید و با هر دو دست زیر زانو را بگیرید و زانو را تا حد امکان به طرف قفسه‌سینه بکشید.	ایجاد کشش در عضلات سرینی و همسترینگ	
۳	کشش عضلات پشت تنه	به طور عمودی درون یک تیوب شناور شوید. هر دو زانو را به طرف سینه بیاورید و با دست‌ها زیر زانوها را بگیرید.	ایجاد کشش در عضلات سرینی	
۴	متمایل کردن لگن	پشت به دیوار استخر بایستید. اکنون عضلات شکمی و سرینی را منقبض کرده و سعی کنید قوس کمر را به دیوار بچسبانید طوری که لگن شما به سمت بالا حرکت کند.	ایجاد انقباض در عضلات شکم و کاهش انحنای قوس کمر	
۵	جمع کردن لگن	پشت به دیوار استخر بایستید و لبه استخر را با دو دست گرفته، بدون جدا شدن کمر از دیوار استخر، با انقباض عضلات شکمی پاها را به آرامی از کف استخر بلند کنید تا زانوها ۹۰ درجه خم شوند.	ایجاد کشش در عضلات سرینی و تقویت عضلات شکمی و چهارسر ران	
۶	خم کردن تنه با نوار الاستیک	یک نوار کشی را به نزدیکان استخر محکم ببندید و رو به دیواره استخر بایستید و نوار را در حالی که دست‌ها خم هستند، بگیرید عضلات شکم را برای خم کردن مهره‌ها منقبض کنید، نوار را بکشید.	ایجاد انقباض در عضلات شکم	
۷	آوردن زانو به سمت قفسه‌سینه	به پشت داخل یک تیوب شناور دراز بکشید. در حالی که یک تیوب کوچک‌تر دور میچ پاها قرار داده‌اند و زانوها را به آهستگی خم کنید، زانوها را به طرف سینه بالا بیاورید. ستون فقرات را به آرامی خم کنید.	ایجاد انقباض در عضلات شکم و چهار سر ران	
۸	حفظ تیلت لگن در وضعیت ایستاده	صاف بایستید یک توپ را جلو قفسه سینه نگه دارید و عضلات شکم و سرینی را منقبض کنید تا قوس کمر صاف شود. اکنون به آرامی تنه را کمی به جلو خم کنید.	ایجاد انقباض در عضلات سرینی و شکم و کاهش انحنای قوس کمر	
۹	دور کردن پاها در وضعیت نشسته	به صورت معلق در آب قرار گرفته به طوری که ران‌ها ۹۰ درجه خم، زانوها صاف و دست‌ها دور از بدن قرار گیرد. پاها را از مفصل ران از هم دور کنید و به یکدیگر مجدداً نزدیک کنید	تقویت عضلات شکم و نزدیک‌کننده‌های ران	

نتایج

تجزیه و تحلیل آماری میزان کاهش شدت درد کمر ($P \leq 0/0001$) و لوردوز کمر ($P \leq 0/001$) در گروه تجربی تفاوت معنی‌داری پس از مداخله مشاهده شد و در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری بین داده‌های پیش و پس‌آزمون نشان داده نشد (جدول شماره ۳).

گروه‌ها از لحاظ توزیع داده‌ها نرمال بوده و هیچ اختلاف معنی‌داری بین گروه‌ها در اطلاعات پایه تست‌های پیش‌آزمون یافت نشد (جدول شماره ۲). به‌منظور بررسی متغیرهای وابسته در هر دو گروه از روش آزمون t دو نمونه مستقل استفاده گردید. در

جدول شماره ۲- مشخصات اولیه نمونه‌ها

گروه کنترل		گروه تجربی برنامه منتخب آب درمانی						
دامنه تغییرات		$\bar{X} \pm SD$		دامنه تغییرات		$\bar{X} \pm SD$		شاخص‌های آماری
حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	
۱۹	۲۵	۲۲/۸۶±۲/۰۰		۱۸	۲۵	۲۲±۲/۲۸		سن (سال)
۴۹/۹۰	۶۹	۵۷/۷۰±۵/۷۸		۴۷/۶۰	۷۰/۶۰	۵۶/۵۱±۶/۳۶		وزن (Kg)
۱۵۶	۱۷۱	۱۶۲/۱۰±۵/۲۸		۱۵۰	۱۷۰	۱۶۰/۱۴±۵/۵۳		قد (Cm)
۱۹/۱۱	۲۶/۵۶	۲۱/۹۹±۲/۱۳		۱۹/۴۸	۲۶/۹۰	۲۱/۹۹±۱/۷۳		BMI

جدول شماره ۳- مقایسه تغییرات در گروه‌ها

پس‌آزمون		پیش‌آزمون				شاخص‌های آماری	
دامنه تغییرات		دامنه تغییرات		$\bar{X} \pm SD$			
حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر	حداقل	حداکثر		
۱۷	۲۸	۲۰/۲۲±۰/۵۶		۱۹	۳۱	۲۴/۶۸±۰/۶۸	میزان درد (امتیاز)
۴۳/۳۳	۴۸/۲۲	۴۶/۰۹±۰/۳۰		۴۵/۶۸	۵۰/۷۲	۴۸/۳۳±۰/۲۴	زاویه لوردوزکمری (درجه)
گروه کنترل							
۱۹	۳۰	۲۵/۰۹±۰/۶۰		۱۸	۳۰	۲۵/۱۴±۰/۶۷	میزان درد (امتیاز)
۴۳/۶۸	۵۰/۹۰	۴۷/۶۶±۰/۳۲		۴۳/۹۰	۵۰/۷۳	۴۷/۵۶±۰/۳۵	زاویه لوردوزکمری (درجه)

دست آمده در پژوهش نیز بیان می‌کند که تمرینات آب درمانی به- کار گرفته شده در جهت کاهش میزان لوردوزکمر مؤثر بوده است. در همین راستا بر طبق یافته‌های پژوهش، اجرای برنامه منتخب عضلات ثبات‌دهنده مرکزی ستون فقرات در آب باعث کاهش میزان شدت درد کمر نیز شده است. تمرینات ثبات‌دهنده به دلیل تأثیر مستقیمی که بر روی عضلات ثبات‌دهنده ستون فقرات کمری می‌گذارند، سبب اصلاح الگوهای حرکتی شده در نتیجه کاهش درد بیشتری را برای فرد به وجود می‌آورند. مطالعه MacDonald و همکاران نشان داد عضلات ثبات‌دهنده موضعی ستون کمری به دلیل داشتن درصد فیبرهای نوع I بیشتر، تراکم شبکه مویرگی بالا و میتوکندری‌های زیاد در اثر تمرینات ثبات‌دهنده با افزایش زمان تحمل عضلانی بیشتری روبه‌رو خواهند شد [۲۹]. مطالعات مختلف آب درمانی نتایج مشابهی با تحقیق حاضر، در زمینه کاهش میزان شدت درد کمر به دست آورده‌اند و برخلاف این تحقیق نیز برخی اعتقاد دارند که برنامه یک ماهه آب درمانی، هیچ تأثیر مثبتی بر درد نداشته است [۳۰]. بسیاری از محققان، اساس درمان را در پیشگیری از پیشرفت علائم در بیماران مبتلا به کمردرد بر پایه حذف نیروهای وارده بر ستون فقرات و کمر بنا نهاده‌اند؛ بنابراین ورزش در خشکی را که سبب افزایش نیروهای وارد بر ستون فقرات می‌گردد، مضر دانسته [۳۱-۳۳] و این در حالی است که در هنگام ورزش در آب فرد می‌تواند وزن خود را کنترل کرده و نیروهای وارد بر ستون فقرات را کاهش دهد [۳۴]. Baker بر این

بحث

با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله سن، جنس، دمای آب و انتخاب نمونه‌ها متناسب با معیارهای نمونه‌گیری، نتایج به دست آمده در پژوهش بیان می‌کند که اجرای برنامه منتخب آب درمانی به کار گرفته شده با تواتر ۳ روز در هفته، پس از ۱۲ هفته متوالی، بر روی عضلات ثبات‌دهنده مرکزی ستون فقرات در جهت کاهش و رفع درد کمر و لوردوزکمر مؤثر بوده است. در همین راستا می‌توان به این نکته اشاره نمود که با بروز افزایش انحنا کمر، مرکز ثقل از نزدیکی وسط به قسمت پشت مهره‌ها انتقال می‌یابد و زائده‌های شوکی به یکدیگر نزدیک و در نتیجه، از اندازه‌ی مجرا یا منفذ بین‌مهره‌ها که عصب‌های نخاعی از آنجا می‌گذرند، کاسته می‌شود. فرد در آب تأثیر کششی خفیفی را در مهره‌های کمری احساس می‌کند؛ این مسئله عمدتاً به علت نیروی فشار جاذبه که به وسیله‌ی تأثیر شناوری آب خنثی شده است، اتفاق می‌افتد. در هنگام این کشش فشار درون دیسکی کاهش می‌یابد، اندازه‌ی مجرای نخاعی افزایش می‌یابد و ممکن است بین سطوح مفاصل فاصله کمی ایجاد شود. در هنگام تمرین در آب به دنبال انقباض عضله اسکلتی پاسخ بازتابی و رهاسازی وجود دارد. هر چه انقباض قوی‌تر باشد در پی آن رهاسازی عضله بیشتر است. به نظر می‌رسد که احساس کاهش وزن در آب، گرفتگی عضلانی را از بین برده یا به‌طور چشم‌گیری کاهش می‌دهد و این امر سبب کاهش اسپاسم عضلانی می‌گردد [۲۸]. هم‌چنین، نتایج به

منتخب آب درمانی با رویکرد به کار گرفته شده در جهت کاهش و رفع درد کمر مؤثر بوده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله پایان نامه دانشجویی بوده و بدینوسیله از گروه تربیت بدنی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و مسئولین مرکز مشاوره دانشگاه تربیت مدرس سپاسگزاری می‌نمایم.

References:

[1] Farahpour N, Marvi Esfahani M. Postural deviations from chronic low back pain and correction through exercise therapy. *Tehran Univ MedJ* 2007; 65(2): 69-77. [in Persian]
[2] Mayer TG, Tencer AF, Kristofersson S, Mooney V. use of non invasive techniques for quantification of spinal range- of-motion in normal subject and chronic low-back dysfunction patients. *Spine (Phila Pa 1976)* 1984; 9(6): 588-95.
[3] George SZ, Childs JD, Teyhen DS, Wu SS, Wright AC, Dugan JL, et al. Rationale, design and protocol for the prevention of low back pain in the military (POLM) trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2007; 8: 92.
[4] Bergmark A. Stability of the lumbar Spine: a study in mechanical engineering. *Acta Orthop Scand Suppl* 1989; 230:1-54.
[5] O Sullivan PB, Phytty GD, Twomey LT, Allison GT. Evaluation of specific stabilization exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. *Spine* 1997; 22(24):2959-67.
[6] Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Muscle testing and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1993. p.512
[7] McKenzie RA. The Lumbae Spine: Mechanical Diagnosis and Therapy. Lower Hutt, New Zealand: Spinal Publication; 1981. p. 163.
[8] Salvati M. The effects of disfunctions of postural stability control and effectiveness spine stability training in chronic low back pain patients. [Dissertation]. Tehran; Tarbiat Modares University 2002. [in Persian]
[9] Ebenbichler GR, Oddsson LI, Kollmitzer J, Erim Z. Sensory-motor control of the lower back: implications for rehabilitation. *Med Sci Sports Exerc* 2001; 33(11): 1889-98.
[10] Manniche C, Lundberg E, Christensen I, Bentzen L, Hesselsoe G. Intensive dynamic back exercises for chronic low back pain. *Pain* 1991; 47(1): 53-63.
[11] Parmon A. Effect of a selected hydrotherapy program in male patients suffering from mechanical back pain [Thesis]. Islamic Azad University, Brojerd Branch. 2003.

اعتقاد است که تمریناتی که در آنها وزن بدن تحمل نمی‌شود، گزینه خوبی برای کاهش کمردرد هستند و فرد در صورتی می‌تواند وزن خود را در کنترل خود قرار دهد که در داخل آب قرار گیرد. شنا کردن و دراز کشیدن بر روی آب یکی از بهترین درمان‌های کمردرد شدید به‌شمار می‌رود [۲۵].

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش، تمرینات

[12] Bites A. Hanson N. editors. Motion therapy in water. Mahdavi Nejad R. (translators). Isfahan: Jahade Daneshgahi Isfahan, 2010.
[13] Firooze A. Effect of a selected PNF training program in females suffering from mechanical back pain [Thesis]. Islamic Azad University, Brojerd Branch. 2003.
[14] Kopek JA, Esdaile JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wool Dauphine S, Humping DL, et al. The Quebec Back pain Disability scale. Measurement properties. *Spine* 1995; 20(3): 341-52.
[15] Nachemson A, Lindh M. Measurement of abdominal and back muscle strength with and without Low-back pain. *Scand J Rehabil Med* 1969; 1(2): 60-3.
[16] Rowe ML, Low back pain in industry: a position paper. *J Occup Med* 1969; 11(4): 161-9.
[17] Hart DL, Rose SJ. Reliability of a non. Invasive method for measuring the Lumbar curve. *J Orthop Sport Phys Ther* 1986; 8(4): 180-4.
[18] Levine D, Walker JR, Tillman LJ. The effect of abdominal muscle strengthening on pelvic. Lumbar Lordosis. *Physiotherapy Theory Practice* 1997; 13: 217-26.
[19] Link CS, Nicholson GG, Shaddeau SA, Birch R, Gossman MR. Lumbar curvature in standing and sitting in two types of chairs: relationship of hamstring and hip flexor muscle length. *Phys Ther* 1990; 70(10): 611-8.
[20] Jackson RP, McManus AC. Radiographic analysis of sagittal plane alignment and balance in standing volunteers and patients with low back pain matched for age, sex, and size. *Spine* 1994; 19(14):1611-8.
[21] Farfan HF, Huberdeau RM, Dubow HI. Lubar intervertebral disc degenartion. *J Bone Joint Surg* 1972; 54(3): 492.
[22] Anderson GB, Burke ER. Schientific, Medical, and practical aspect of stretching. *Clin Sports Med* 1991; 10(1): 63-86.
[23] Godges JJ, MacRae PG, Engelke KA. Effects of exercise on hip range of motion, trunk muscle performance, and gait economy physical therapy. 1993; 73(7): 468-76.

- [24] Bahrpeyma F. Comparison between the Effect of Medical Training Therapy and Stability Exercises on Functional Lumbar Instability. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2006; 5(1): 31-6.
- [25] Baker KL, Dawes H, Hansford P, Shamley D. Perceived and measured Levels of Exertion of Patients with Chronic back pain Exercising in a hydrotherapy pool. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84(9): 1319-23.
- [26] Kesiktas N, Paker N, Erdogan N, Gülsen G, Biçki D, Yilmaz H. The use of hydrotherapy for the management of Spasticity. *Neurorehabilitation Neural Repair* 2004; 18(4): 268-73.
- [27] Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother* 2002; 48(4):297-302.
- [28] Seyedi L. Advanced training program in water. Tehran: Sarmadi Publication; 2008. [in Persian].
- [29] MacDonald DA, Moseley GL, Hodges PW. The lumbar multifidus: Does the evidence support clinical beliefs beliefs? *Man Ther* 2006; 11(4): 254-63.
- [30] Lee JH, Ooi Y, Nakamura K. Measurement of muscle strength of the trunk & the lower extremities in subjects within history of low back pain. *Spine* 1995; 20(18): 1994-6.
- [31] Pedretti LW, Occupational therapy Practice skill for physical dysfunction. 3rd ed. Battimore: Mosby; 1990. p. 532, 552 .
- [32] Nordin M, Frankel VH. Basic Biomechanics of the muscaloskeletal System, Philadelphia: Williams Wilkins Lippincott. 2nd ed. 1989.
- [33] Braggins, back care 1th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. p.265
- [34] Arioshi M, Sonoda K, Nagata K, Mashima T, Zenmyo M, Paku CH, et al. Efficacy of aquatic exercises for patients with low back pain. *Kurume Med J* 1999; 46(2): 91-6.