

الحمد لله
البرحمين



دانشگاه اراک

دانشکده علوم انسانی

کارشناسی ارشد تربیت بدنی و علوم ورزشی (گرایش آسیب شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی)

عنوان پایان نامه

ارتباط بین ترس از حرکت و ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به

استئوآرتریت زانو با و بدون سابقه ورزشی

پژوهشگر

علی صفری

اساتید راهنما

سرکار خانم دکتر شهناز شهرجردی

جناب آقای دکتر مسعود گلپایگانی

زمستان ۱۳۹۰

بسم الله الرحمن الرحيم

ارتباط بین ترس از حرکت و ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به
استئوآرتریت زانو با و بدون سابقه ورزشی

پژوهشگر:

علی صفری

پایان نامه

ارائه شده به مدیریت تحصیلات تکمیلی به عنوان بخشی از فعالیت های تحصیلی لازم برای اخذ
درجه کارشناسی ارشد

در رشته تربیت بدنی و علوم ورزشی (گرایش آسیب شناسی ورزشی و حرکات اصلاحی)

از:

دانشگاه اراک

اراک-ایران

ارزیابی و تصویب شده توسط کمیته پایان نامه با درجه:

دکتر شهناز شهرجودی (استاد راهنما) استاد یار

دکتر مسعود گلپایگانی (استاد راهنما) استاد یار

دکتر عباس صارمی (داور) استاد یار

تقدیم به:

پدر و مادرم که دعای خیرشان، همواره بدرقه می‌راهم
بوده و، همسرم که هرگز مهرش را از من دریغ ننمود.

پاس و قدردانی

پاس بی کران پروردگار یکتا را که به ما هستی بخشید و به همنشینی با حروان علم و دانش منتخرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیگان ساخت.

بر خود لازم می دانم پاسگزار تمامی عزیزانی باشم که در برابر سختی ها و ناملایمات راه معرفت و علم آموزشی یاریم نمودند. مراتب پاس صمیمانه خود را از اساتید راهنمای بزرگوار و صبورم جناب آقای دکتر مسعود گلپایگانی و سرکار خانم دکتر شهناز شهر حردی دارم که در تمام این دوران مشوق و پشتیبان من بوده و هستند.

از استاد ارجمندم، جناب آقای دکتر عباس صارمی که از دقت نظر ایشان، همواره استفاده کرده ام، برای داوری این پایان نامه کمال تشکر را دارم.

چکیده:

هدف اصلی این تحقیق، بررسی ارتباط بین ترس از حرکت و ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو با و بدون سابقه ورزشی بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کلیه مردان ۳۰ تا ۵۵ سال مبتلا به استئوآرتریت زانو شهر اراک بود. از این جامعه ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر با سابقه و ۵۰ نفر بدون سابقه ورزشی) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات لازم برای انجام این پژوهش به وسیله‌ی دو پرسشنامه‌ی ترس از حرکت «تامپا» و مقیاس نمره گذاری زانوی «لیشولم» در یک بازه زمانی دو ماهه گردآوری شد. این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی همبستگی بود و در آن از آمار توصیفی برای سازماندهی و خلاصه کردن داده‌ها و از آمار استنباطی (تحلیل رگرسیونی) به منظور بررسی آزمون فرضیه‌های تحقیق استفاده شد. اطلاعات حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که بین ترس از حرکت با ناتوانی عملکردی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت زانو با و بدون سابقه ورزشی رابطه معناداری وجود داشته و بین ترس از حرکت با داشتن یا نداشتن سابقه ورزشی رابطه معناداری وجود دارد. و همچنین بین ناتوانی با داشتن یا نداشتن سابقه ورزشی رابطه معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج تحقیق نشان داد که، بین ترس از حرکت و ناتوانی در هر دو گروه رابطه وجود دارد. همچنین ناتوانی در هر دو گروه قابل مشاهده بود و ترس از حرکت ورزشکاران در مقایسه با غیر ورزشکاران کمتر بود یعنی افراد ورزشکار ترس از حرکت کمتری داشتند.

واژگان کلیدی: ترس از حرکت، ناتوانی عملکردی، ورزشکار و غیر ورزشکار

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات تحقیق

- ۱-۱- مقدمه ۳
- ۲-۱- بیان مسئله: ۳
- ویژگی‌های بالینی و تشخیص ۸
- ۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق: ۱۰
- ۴-۱- اهداف تحقیق ۱۲
- ۴-۱-۱- هدف کلی : ۱۲
- ۴-۱-۲- اهداف جزئی: ۱۲
- ۵-۱- فرضیه های تحقیق: ۱۳
- ۵-۱-۱- فرضیه اصلی ۱۳
- ۵-۱-۲- فرضیه های فرعی ۱۳
- ۶-۱- محدودیتهای تحقیق: ۱۳
- ۷-۱- قلمرو تحقیق ۱۳
- ۸-۱- تعریف واژهها ۱۴

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه‌ی تحقیق

- مبانی نظری و پیشینه‌ی تحقیق ۱۶
- ۱-۲- مقدمه: ۱۸
- ۲-۲- استخوان و انواع آن ۱۹
- ۳-۲- مفصل و انواع آن ۲۰
- ۴-۲- آناتومی مفصل زانو ۲۱

- ۲-۵- آناتومی عضلات مفصل زانو ۲۷
- ۲-۶- انواع حرکات مفصل زانو ۲۹
- ۲-۷- طبقه بندی استئوآرتريت ۳۰
- ۲-۸- اتیولوژی (سبب شناسی) ۳۲
- ۲-۹- بیومکانیک استئوآرتريت مفصل زانو ۳۲
- ۲-۱۰- علائم بالینی ۳۴
- ۲-۱۰-۱- مراحل زودرس ۳۴
- ۲-۱۰-۲- مراحل دیررس ۳۵
- ۲-۱۱- یافته های آزمایشگاهی ۴۱
- ۲-۱۲- معاینه مفصل زانو ۴۲
- ۲-۱۳- اپیدمیولوژی ۴۲
- ۲-۱۳-۱- سن ۴۳
- ۲-۱۳-۲- جنس، نژاد و ارث ۴۴
- ۲-۱۳-۳- آب و هوا ۴۵
- ۲-۱۳-۴- چاقی ۴۵
- ۲-۱۳-۵- شغل، ورزش و تروما ۴۶
- ۲-۱۳-۶- مصرف سیگار ۴۸
- ۲-۱۴- پاتولوژی ۴۸
- ۲-۱۵- پیش آگهی ۴۹
- ۲-۱۶- پیشینه ی تحقیق: ۵۲

فصل سوم: روش شناسی تحقیق

۵۷.....	روش شناسی تحقیق.....
۵۹.....	۳-۱- مقدمه.....
۵۹.....	۳-۲- روش تحقیق.....
۵۹.....	۳-۳- جامعه‌ی آماری.....
۵۹.....	۳-۴- نمونه آماری و نحوه انتخاب.....
۶۰.....	۳-۵- متغیرهای تحقیق:.....
۶۰.....	۳-۵-۱- متغیرهای مستقل.....
۶۰.....	۳-۵-۲- متغیر وابسته.....
۶۰.....	۳-۶- ابزارهای اندازه گیری.....
۶۰.....	۳-۶-۱- پرسشنامه ترس از حرکت.....
۶۱.....	۳-۶-۲- پرسشنامه‌ی ناتوانی.....
۶۲.....	۳-۷- روش اجرای تحقیق.....
۶۳.....	۳-۸- روش تجزیه و تحلیل داده ها:.....

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری

۶۴.....	تجزیه و تحلیل آماری.....
۶۵.....	تحلیل توصیفی متغیرهای تحقیق.....
۶۶.....	تحلیل استنباطی فرضیات پژوهشی تحقیق.....
۶۶.....	تحلیل توصیفی متغیرهای تحقیق.....
۶۷.....	تحلیل توصیفی ویژگیهای دموگرافیک در نمونه مورد مطالعه.....
۶۷.....	-بررسی سن پاسخگویان در گروه ورزشکار.....
۶۸.....	-بررسی سن پاسخگویان در گروه غیر ورزشکار.....

۶۹.....	-بررسی توصیفی متغیر ترس از حرکت در گروه ورزشکار
۷۰.....	-بررسی توصیفی متغیر ترس از حرکت در گروه غیر ورزشکار
۷۱.....	- بررسی توصیفی متغیر ناتوانی در گروه غیر ورزشکار
۷۲.....	-بررسی توصیفی متغیر ناتوانی در گروه ورزشکار
۷۳.....	تحلیل استنباطی فرضیات

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۸۹.....	بحث و نتیجه گیری
۹۲.....	مقدمه
۹۲.....	الف - خلاصه‌ی تحقیق
۹۳.....	ب - بحث و نتیجه‌گیری:

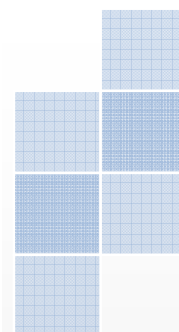
منابع و پیوست

۱۰۱.....	منابع و مأخذ:
۱۰۴.....	پیوست
۶۷.....	جدول ۴-۱- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر سن پاسخگو - گروه ورزشکار
۶۸.....	جدول ۴-۲- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر سن پاسخگو - گروه غیرورزشکار
۶۹.....	جدول ۴-۳- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر ترس از حرکت - گروه ورزشکار
۷۰.....	جدول ۴-۴- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر ترس از حرکت - گروه غیرورزشکار
۷۱.....	جدول ۴-۵- توزیع فراوانی متغیر ترس از حرکت - گروه غیر ورزشکار
۷۱.....	جدول ۴-۶- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر ناتوانی - گروه غیر ورزشکار
۷.....	جدول ۴-۷- توزیع فراوانی متغیر ناتوانی - گروه غیر ورزشکار
۷۲.....	جدول ۴-۸- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر ناتوانی - گروه ورزشکار

- جدول ۹-۴- توزیع فراوانی متغیر ناتوانی - گروه ورزشکار..... ۷۳
- جدول ۱۰-۴- آماره‌های پیوند مربوط به فرضیه‌ی شماره‌ی یک ۷۴
- جدول ۱۱-۴- تحلیل واریانس مربوط به فرضیه‌ی شماره‌ی یک..... ۷۵
- جدول ۱۲-۴- ضرایب رگرسیون ۷۶
- جدول ۱۳-۴- آماره‌های پیوند مربوط به فرضیه‌ی شماره‌ی دو..... ۷۸
- جدول ۱۴-۴- تحلیل واریانس مربوط به فرضیه‌ی شماره‌ی ۷۸
- جدول ۱۵-۴- ضرایب رگرسیون ۷۹
- جدول ۱۶-۴- ضریب همبستگی ۸۰
- جدول ۱۷-۴- آماره‌های توصیفی در خصوص متغیر ترس از حرکت به تفکیک دو گروه ورزشکار
و غیر ورزشکار..... ۸۲
- جدول ۱۸-۴- آماره‌ی آزمون T دو نمونه‌ی مستقل ۸۳
- جدول ۱۹-۴- ضریب همبستگی ۸۴
- جدول ۲۰-۴- آماره‌های توصیفی در خصوص ناتوانی به تفکیک دو گروه ورزشکار و غیر
ورزشکار..... ۸۵
- جدول ۲۱-۴- آماره‌ی آزمون T دو نمونه‌ی مستقل..... ۸۶
- نمودار ۱-۴- خط برازش ترس از حرکت و ناتوانی در گروه ورزشکار ۷۷
- نمودار ۲-۴- خط برازش ترس از حرکت و ناتوانی در گروه غیر ورزشکار..... ۸۰

فصل اول

کلیات تحقیق



فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه و کلیات

- مقدمه
- بیان مسئله
- ضرورت و اهمیت تحقیق
- اهداف تحقیق
- فرضیه‌های تحقیق
- محدودیت‌های تحقیق
- واژه‌های عملیاتی

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

درد یکی از عمده ترین مشکلات و ناراحتیهای جسمی در افراد دارای آسیبهای مفصل زانوست. زانو در حقیقت بزرگترین مفصل بدن است و علاوه بر احتمال زیاد آسیب فیزیکی تقریباً در برابر انواع التهاب مفصل نیز آسیب پذیر است. به علت فشار نسبتاً زیادی که در مواقع راه رفتن، دویدن و پریدن بر آن وارد می شود بیش از دیگر مفاصل بدن آسیب می بیند (۱). این عارضه فعالیت‌های روزمره افراد را تحت تاثیر قرار داده و منجر به بروز درد و ناتوانی‌های عملکردی می گردد (۲). درد، مهمترین مشکل بیماران استئوآرتریت است که نه تنها یک تجربه تلخ و زیان آور به شمار می رود، بلکه به تنهایی می تواند به شدت بر سایر ابعاد زندگی تاثیر منفی گذاشته و عدم کنترل آن تاثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان خواهد گذاشت.

۱-۲- بیان مسئله:

استئوآرتریت^۱ یک بیماری تخریبی مفصل است. از این بیماری به نام‌های آرتروز و استئوآرتروز نیز یاد شده است. تخمین زده می شود که در سراسر جهان ۴۰٪ افراد بالای ۷۰ سال از استئوآرتریت زانو رنج می برند. سیر طبیعی این بیماری نیز منجر به ناتوانی بیمار می شود (۴). مفصل زانو از جمله مفاصل مهم بدن است که سه استخوان ران^۲، درشت نی^۳ و کشکک^۴ در ساختمان آن شرکت دارند. مفصل زانو خود شامل دو بخش مفصلی است که عبارتند از: ۱- مفصل

¹-Osteoarthritis

²-Femur

³-Tibia

⁴-Patella

فصل اول

کلیات تحقیق

تیبیوفمورال^۱ ۲ - مفصل پتلافمورال^۲. مفصل تیبیوفمورال در انتقال وزن و حرکات زانو شرکت می کند و قسمت مهم تر مفصل زانو محسوب می شود. نقش اصلی مفصل پتلافمورال در افزایش قدرت و تسهیل انتقال نیروی اعمال شده توسط عضله چهارسر است. قسمت دو انتهای هر استخوان، از غضروف که بافتی است انعطاف پذیر ساخته شده است. با شروع بیماری آرتروز زانو، غضروف انتهای تحتانی استخوان ران و غضروف قسمت فوقانی استخوان درشت نی به تدریج دچار تغییرات تخریبی (دژنراتیو) می گردد. به همین ترتیب درگیری و آسیب غضروف کشکک به آرتروز این ناحیه منجر می شود. بنابراین آرتروز مفصل زانو در دو ناحیه تیبیوفمورال و پتلافمورال می تواند ایجاد شود. این مفصل تحت تاثیر بیماری های التهابی و دژنراتیو مختلفی قرار می گیرد که در نهایت تخریب غضروف مفصلی و از بین رفتن کارایی مناسب مفصل را باعث می شود. این بیماری به عنوان شایع ترین بیماری تخریبی مفاصل بدن می باشد. میزان ابتلا در خانم ها نسبت به آقایان بیشتر است. علت تخریب غضروف در بیماری آرتروز، عدم وجود عروق خونی جهت تغذیه این ناحیه می باشد و از طرفی غضروف مفصلی فاقد عصب است و به هنگام آسیب دردی حس نمی شود که همین مسئله زمینه تخریب بیشتر را فراهم می کند. البته تغذیه غضروف از طریق غشای سینوویال^۳ و پدیده انتشار و حرکات مفصل انجام می شود. عواملی که روند آرتروز زانو را تسهیل می کنند عبارتند از: ضربه، پارگی عناصر مفصل زانو (مثلا مینیسک ها، رباط ها و کپسول مفصلی)، بیماری کندرومالاسی کشکک^۴، شکستگی های درون مفصلی و دررفتگی ها، وجود بیماری های مفصلی (همانند آرتريت روماتوئید^۵ یا بیماری عفونی در مفصل و...)

¹-Tibia-Femural

²-Patello-Femural

³-Synovial membrane

⁴-Condromalacia

⁵-Rheumatoid arthritis

فصل اول

کلیات تحقیق

تغییر شکل‌ها مفصل زانو (پای ضربدری^۱، پای پرانتزی^۲، خم شدن مفصل زانو، حرکت بیش از اندازه مفصل به سمت عقب)، عدم کنترل فعالیت‌های روزمره که منجر به استرس بیش از اندازه به ناحیه زانو می‌گردد (مواردی چون چهار زانو نشستن، دوزانو نشستن، توالی طولانی مدت غیرفرنگی و بالا و پایین رفتن از پله‌ها به دفعات متوالی به خصوص پله‌هایی که شیب تند دارند)، شغل و حرفه‌ای که باعث فشار بیش از حد به زانو می‌شود به ویژه افرادی که در طول فعالیت‌های کاری سخت، هیچ‌گونه استراحتی به مفاصل جهت ترمیم و احیای مجدد نمی‌دهند، سن، چاقی، عوامل ژنتیکی، نژاد، عوامل هورمونی، بیماری استئوآرتریت دیسکان^۳.
علائم و نشانه‌های آرتروز زانو شامل مواردی چون: درد، تغییر وضعیت عناصر مفصلی همانند التهاب تاندون‌ها و بورس‌ها، ضخیم شدن پرده سینوویال و درگیر شدن استخوان‌های زیرغضروف، خشکی صبحگاهی، کاهش دامنه حرکتی مفصل، ضعف و آتروفی عضلات اطراف مفصل گاه‌ها وجود کریپتاسیون^۴ در حرکات مفصل. گاهی نیز تجمع مایع در مفصل^۵ دیده می‌شود. تغییر شکل در مفصل در ارتباط با آرتروز زانو، بیشتر به صورت پای پرانتزی^۶ است. احتمال ایجاد کیست در ناحیه پشت مفصل که به کیست بیکر^۷ معروف است، نیز به عنوان نشانه بیماری آمده است. کاهش فضای مفصلی به خصوص در سمت داخل زانو، وجود اسکروز^۸ زیر غضروف، ایجاد زواید استخوانی به نام استئوفیت^۹ در حاشیه استخوان‌ها می‌باشد (۴). ضعف عضله چهارسرانی^{۱۰} جزء اولین نشانه‌های استئوآرتریت زانو بوده

1-Genu valgum

2-Genu varum

3-Osteochondrit discas

4-Cription

5- Joint Effusion

6- Genu Varum

7- Baker Cyst

8- Sclerosis

9- Osteophyte

10- Quadriceps

فصل اول

کلیات تحقیق

و همراه با درد از علائم بالینی ابتدایی در این بیماران می باشد. افرادی که علائم رادیو گرافیک استئوآرتریت زانو را دارند حتی اگر شکایتی از درد نداشته باشند، ضعف این عضله در آن‌ها آشکار می‌باشد. کاهش قدرت عضله چهارسررانی احتمالاً به این دلیل است که گیرنده‌های مکانیکی آسیب دیده مفصلی، پیام‌های آوران غیر طبیعی به سیستم عصبی مرکزی می‌فرستد که پیام‌های وایران آن، تحریک پذیری واحدهای حرکتی تغذیه‌کننده عضله چهارسررانی را کاهش می‌دهد. اگر چه ضعف عضلات همسترینگ^۱ نیز در برخی مطالعات گزارش شده است، ضعف عضله چهارسررانی بارزتر از ضعف همسترینگ می باشد. در این رابطه دو علت عمده وجود دارد که عبارتند از : ۱- همسترینگ یک عضله دومفصلی است که به هیپ و به زانو اتصال دارد. بنابراین اگر پایین هم بی حرکت شود، از سر بالا تحت انقباض متناوب قرار می‌گیرد. اما عضله چهارسررانی به جز قسمت مستقیم رانی آن یک عضله تک مفصلی بوده و نقش ضعیفی روی مفصل ران دارد. ۲- در وضعیت‌های عملکردی مثل ایستادن طولانی مدت، عضله چهارسررانی نقش موثرتری را نسبت به عضله همسترینگ روی زانو دارد و بیشتر تحت تاثیر اثرات مهاری پیام‌های غیر طبیعی مفصلی در بیماران مبتلا به استئوآرتریت قرار می‌گیرد. بنابراین جهت تعیین میزان دقت در تعیین حس وضعیت مفصل، از عضله چهارسررانی و در جهت حرکتی اکستانسیون زانو استفاده می شود(۵). همچنین شایع‌ترین دردهای مفاصل مربوط به کشکک زانوست که در واقع استخوانی است که داخل تاندون عضله چهارسرران قرار گرفته و در هر خم و راست شدن زانو حدود ۱۵ سانتیمتر این استخوان روی زانو حرکت می کند(۶).

استئوآرتریت با افزایش سن، شیوع بیشتری پیدا می کند و در سنین بالای ۵۰ سال، زنان بیشتر از مردان گرفتار می شوند. برای مثال مطالعه روترداوم بر گروهی

^۱ - Hamstring Muscles

فصل اول

کلیات تحقیق

از جمعیت بالغ بر ۳۶۰۶ فرد ۵۵ ساله و بیشتر گزارش کرد که ۶۷٪ از زنان و ۵۵٪ از مردان در رادیوگرافی دست‌ها دچار استئوآرتروز هستند. در افراد بالای ۸۰ سال، ۵۳٪ درصد از زنان و ۳۳٪ از مردان، یافته‌های رادیولوژیک استئوآرتروز را در زانوها داشتند. میزان بروز استاندارد شده با سن و جنس برای استئوآرتروز زانوها، ۲۴۰ مورد در هر ۱۰۰۰۰۰ هزار فرد در سال است.

استئوآرتروز به طور معمول به طور پیشرونده ای طی سال‌های متمادی ایجاد می‌شود، هر چند که علایم بیماری ممکن است در همین دوران به مدتی طولانی بمانند. تشخیص بیماری بر اساس ویژگی‌های رادیولوژیک استئوآرتروز، هیچ علامتی ندارند و عکس این موضوع نیز صادق است. عوامل خطر بروز و پیشرفت استئوآرتروز مشخص شده‌اند و بر اساس مفاصل درگیر متفاوت هستند.

معیارهای رادیولوژیک و بالینی کالج روماتولوژی آمریکا برای استئوآرتروز زانو:

تایید استئوآرتروز در صورت وجود موارد ۱، ۲، ۳ و ۴ یا ۱، ۲ و ۵ یا ۴ و ۵

۱ درد زانو در اغلب روزهای ماه گذشته

۲ کریپتاسیون در حرکت فعال مفاصل

۳ خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه

۴ سن ۳۸ سال یا بیشتر

۵ تورم استخوان زانو در معاینه زانو (بالینی و رادیوگرافیک)

تایید استئوآرتروز در صورت وجود موارد ۱ و ۲ یا ۱، ۳، ۴ و ۵ یا ۱، ۴ و ۵ و ۶

۱ درد زانو در اغلب روزهای ماه گذشته

۲ وجود استئوفیت در حاشیه مفاصل در رادیوگرافی

فصل اول

کلیات تحقیق

۳ آنالیز مایع سینو ویال مشخصه استئوآرتروز

۴ سن چهل سال یا بالاتر

۵ کریپتاسیون در حرکت فعال مفاصل

۶ خشکی صبحگاهی کمتر از سی دقیقه

ویژگی‌های بالینی و تشخیص

درد، اولین و غالبترین علامت استئوآرتروز است که باعث میشود بیماران به پزشک مراجعه کنند.

درد معمولاً متناوب است و اغلب در حین یا پس از فعالیت های تحمیل کننده وزن، بیشترین شدت را دارد.

حملات التهاب ممکن است طی سیر بیماری ایجاد شوند. بیماران مبتلا به استئوآرتروز همچنین دچار سفتی در هنگام صبح، پس از دوره های عدم فعالیت و یا به ویژه در هنگام عصر میشوند. این سفتی معمولاً طی چند دقیقه از بین میرود (بر خلاف سفتی طولانی مدت ناشی از آرتروز روماتوئید که معمولاً بیش از ۳۰ دقیقه طول میکشد). از بین رفتن تحرک و عملکرد، دلیل دیگری است که بیماران به پزشک خود مراجعه میکنند. بیماران دچار علائمی میشوند که فعالیتهای روزمره آنها از جمله بالارفتن از پله، پیاده روی و انجام کارهای منزل را محدود میکند. استئوآرتروز علامت دار ممکن است با افسردگی و اختلال خواب همراهی داشته باشد که منجر به ایجاد ناتوانی هم میشود. علایم استئوآرتروز، کیفیت زندگی بیمار را کاهش میدهد. معاینه بالینی برای تایید و مشخص کردن درگیری مفصلی و همچنین رد سایر علل درد و سندرم های کارکردی از جمله آرتروز های التهابی لازم است. تورم مفاصل، ناشی از افوزیون مفصلی و تورم

فصل اول

کلیات تحقیق

استخوانی و یا هر دو می باشد. افوزیون سینوویال نه تنها ممکن است طی حملات استئوآرتریت مشاهده شود، بلکه به عنوان یک مشخصه ثابت در مرحله مزمن نیز ایجاد میشود. محدودیت حرکات غیر فعال، ممکن است اولین و تنها نشانه بالینی بیماری علامت دار باشد(۷).

در بیماران مبتلا به استئوآرتریتی که دچار ناتوانی و کاهش عملکرد شده اند واکنش های روحی نظیر عصبانیت و افسردگی مشابه بیماران با بیماری های مزمن می باشد. این بیماری با کاهش پیشروندهی غضروف مفصلی و نیز با تشکیل استخوان جدید در سطوح مفصلی، مشخص می شود. استئوآرتریت ماهیت منفرد و جداگانه ای نیست، بلکه نتیجه یک مسیر مشترک نهائی برای انواع مختلفی از حالات است که منجر به تخریب غضروف مفصلی می شود(۸).

بیمارانی که مدت زیادی مبتلا به بیماری مزمن استئوآرتریت زانو هستند، مستعد مشکلات جسمی و دامنه ای از مشکلات روانشناختی و اجتماعی می باشند که بطور غیرمستقیم هزینه هایی را برای فرد در پی دارد(۱). تاثیر عملکرد جسمی، روانشناختی و اجتماعی آسیبهای مزمن جسمی به اندازه سبب شناسی آنها پیچیده و اختصاصی است. در میان نتایج آسیبهای مزمن، ناتوانی جسمی به عنوان موضوعی با اهمیت در پژوهشهای مرتبط با درد مطرح بوده و انتظار می رود حدود ۳۰٪ از افراد مبتلا به آسیب های نواحی مختلف بدن مثلا زانو، گردن و کمر، دردهای ناتوان کننده ای را در زندگی تجربه می کنند(۸).

درد، مهمترین مشکل بیماران استئوآرتریت است که نه تنها یک تجربه تلخ و زیان آور به شمار می رود، بلکه به تنهایی می تواند به شدت بر سایر ابعاد زندگی تاثیر منفی گذاشته و عدم کنترل آن تاثیر عمیقی بر کیفیت زندگی مبتلایان خواهد گذاشت(۳).