

دوره یازدهم، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، -

بررسی استئوآرتروز زانو در ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته و افراد غیر ورزشکار

سید صدرالدین شجاع‌الدین^۱، منصور صاحب‌الزمانی^۲، حسین مهراییان^۳

دریافت مقاله: ۹۰/۴/۴ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۰/۷/۲۳ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۰/۱۰/۳ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: امروزه انجام فعالیت‌های بدنی در پیش‌گیری از بیماری‌های مزمنی هم‌چون استئوآرتروز پیشنهاد می‌شود، اما خطرهایی که فعالیت بدنی شدید ممکن است بر روی افراد و مخصوصاً سیستم اسکلتی-عضلانی آنان داشته باشد ناشناخته است. هدف از این مطالعه، مقایسه درجه استئوآرتروز، میزان شدت درد زانو، میزان علائم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته و افراد غیر ورزشکار بوده است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۶۰ ورزشکار مرد حرفه‌ای بازنشسته فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیرورزشکار با محدوده سنی ۵۰ تا ۶۵ سال به عنوان آزمودنی به صورت هدفمند انتخاب و به چهار گروه مساوی تقسیم شدند. علائم بالینی و رادیولوژیکی بیماری توسط پزشک ارتوپد تأیید شد و از پرسش‌نامه جهانی و بومی‌سازی شده پیامد صدمات زانو و استئوآرتروز KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها: بین میانگین درجه استئوآرتروز زانو ($p=0/001$)، شدت درد زانو ($p=0/001$)، میزان علائم ($p=0/001$)، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه ($p=0/001$)، ورزشی تفریحی ($p=0/001$) و کیفیت زندگی ($p=0/001$) در چهار گروه اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. گروه‌های فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار در درجه استئوآرتروز زانو به ترتیب از میانگین بالاتر، و در سایر متغیرها از میانگین پایین‌تری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: ورزش حرفه‌ای و در سطح قهرمانی احتمال ابتلاء به بیماری استئوآرتروز زانو را در بین ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته افزایش داده که در ورزش‌های دارای فعالیت ترکیبی قدرت و استقامت، نسبت به ورزش‌های استقامتی بیشتر مشهود است.

واژه‌های کلیدی: استئوآرتروز زانو، ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته، افراد غیر ورزشکار

۱- (نویسنده مسئول) دانشیار، گروه حرکات اصلاحی و آسیب‌شناسی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه خوارزمی، تهران

تلفن: ۰۲۶۱-۴۵۵۰۷۰۳، دورنگار: ۰۲۶۱-۴۵۵۰۷۰۳ پست الکترونیکی: mehrabian_h@yahoo.com

۲- دانشیار، گروه حرکات اصلاحی و آسیب‌شناسی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، دانشگاه شهید باهنر کرمان،

۳- کارشناس ارشد، گروه حرکات اصلاحی و آسیب‌شناسی ورزشی، دانشکده تربیت بدنی، کانون نخبگان دانشگاه خوارزمی، تهران

مقدمه

استئوآرتروز یکی از شایع‌ترین بیماری‌های سیستم اسکلتی-عضلانی است که با تغییرات دژنراتیو در مفاصل سینوویال، همراه با استخوان‌سازی جدید تظاهر می‌کند [۱]. این بیماری در زانو نسبت به سایر مفاصل، ایجاد ناتوانی و علائم کلینیکی بیشتری نموده و طبق شواهد موجود، در دنیا یک مشکل عمده در برابر سلامتی است [۲].

سالمندی فرآیندی است که بر اساس تغییرات رو به انحطاط و برگشت‌ناپذیر سیستم‌های بدن همراه با افزایش سن، تمامی وجود انسان را در بر می‌گیرد [۳]. دردهای اسکلتی-عضلانی در سالمندان شایع است [۴]. بعضی از محققان تغییرات پیری را همراه با کاهش در چندین ویژگی اسکلتی-عضلانی مهم می‌دانند که منتج به درد، کاهش عملکرد جسمانی و ناتوانی می‌شود. در نتیجه بسیاری از مشکلات سلامتی، منتج از پیر شدن است [۵]. استئوآرتروز در رأس علل ناتوانی در سنین سالمندی قرار دارد [۶]. مطالعات نشان دادند که شیوع استئوآرتروز زانو به عنوان یک عامل ایجادکننده دردهای اسکلتی-عضلانی در بین افراد ۶۵ ساله یا پیرتر بین ۶۰ تا ۹۰٪ است [۷]. این بیماری یکی از دلایل اصلی نقص عملکردی بوده و تأثیر به‌سزایی روی زندگی افراد شامل تحرک، استقلال و فعالیت‌های روزمره گذاشته و منجر به محدود شدن فعالیت‌های تفریحی، ورزشی و شغلی می‌گردد [۸].

فشار زیاد، استفاده بیش از حد و ضربه به مفاصل یکی از علل آسیب‌دیدگی و فرسایش مفاصل و بروز بیماری استئوآرتروز می‌باشد [۹]. رشته‌های ورزشی مختلف (از جمله: فوتبال، کشتی و دو و میدانی) به دلیل ویژگی‌های

اختصاصی خود و تأکید بر روی عوامل خاصی از آمادگی جسمانی نظیر قدرت و استقامت و غیره، آثار متفاوتی بر وضعیت بدنی ورزشکاران می‌گذارند [۱۰]. کشتی از نوع ورزش‌های قدرتی است که در آن تکرار حرکات کم، اما فشار زیادی به مفاصل وارد می‌شود. دوی استقامت در دو و میدانی، از نوع ورزش‌های استقامتی است که در آن میزان بالایی از تکرار وجود دارد و فوتبال به عنوان یک رشته ورزشی که ترکیبی از قدرت و استقامت است، هم تکرار بالا و هم فشار زیادی به مفاصل وارد می‌کند و علاوه بر این میزان ضربات وارده به مفاصل نیز زیاد است [۱۱].

رسیدن به اوج اجرای ورزشی و برتری نسبت به حریفان از اهداف ورزشکاران و مربیان است [۱۲]. مشاهده شده است که قهرمانان حال حاضر و اسبق رشته فوتبال، کشتی و دو و میدانی اغلب در زانوی خود احساس درد می‌کنند. بنابراین، احتمال دارد انجام این ورزش‌ها به‌صورت حرفه‌ای خطرهایی را بر زانوی ورزشکاران در دوران بازنشستگی ایجاد نماید. با وجود مزایای فراوان فعالیت بدنی، خطرهایی که با فعالیت‌های ورزشی همراه هستند به طور کامل مشخص نمی‌باشند [۱۳]. Spector و همکاران و Szoek و همکاران بیان می‌کنند که بین فعالیت بدنی و خطر استئوآرتروز زانو ارتباط وجود دارد [۱۴-۱۵].

Felson و همکاران و Hootman و همکاران بیان کردند که فعالیت بدنی ممکن است اثرگذار نباشد [۱۶-۱۷]. White و همکاران و Rogers و همکاران بیان کردند که فعالیت بدنی ممکن است مفصل زانو را از تغییرات دژنراتیو حفظ کند [۱۸-۱۹]. Spector و همکاران نتیجه گرفتند که قهرمانان بازنشسته تنیس در مقایسه با گروه کنترل، استئوآرتروز بیشتری را در مفاصل زانو نشان دادند. این تحقیق نشان داد ورزش‌هایی که وزن بدن را تحمل

مصرف شده، وجود یا عدم وجود آسیب، ضربه یا جراحی در مفصل زانو را مشخص می‌نمود، توسط متخصصین طب ورزشی و ارتوپدی مورد تأیید قرار گرفت و سپس به افراد مورد بررسی داده شد.

معیارهای ورود به مطالعه ورزشکاران شامل: ۱- فعالیت در رده ملی، باشگاهی و قهرمانی در دوران جوانی، ۲- کسب مقام‌های کشوری و بین‌المللی در رده پیشکسوتان، ۳- سابقه ورزش حرفه‌ای بین ۵-۳ سال، ۴- سن ۶۵-۵۰ سال بوده است. معیارهای ورود به مطالعه غیر ورزشکاران نیز شامل: ۱- عدم فعالیت ورزشی به صورت حرفه‌ای، ۲- سن ۶۵-۵۰ سال بوده است. بنابراین، تمامی آزمودنی‌ها از نظر سن، جنس (مرد) همگن شدند. معیارهای خروج نمونه‌ها از مطالعه نیز شامل: ۱- داشتن سابقه ضربه، آسیب یا عمل جراحی و شکستگی در اندام تحتانی، ۲- BMI بیشتر از ۳۰، ۳- سابقه بیماری‌های تهدیدکننده مفصل (استئونکروز، دیابت، پوکی استخوان، آرتروز، روماتوئید، بیماری عصبی-عضلانی، سابقه هرگونه علائمی از بیماری کلژن واسکولار، آرتروز پسوریازی، آرتروزهای ناشی از نفرس و شبه نفرس)، ۴- سابقه طولانی مصرف داروی مؤثر بر سیستم اسکلتی-عضلانی و ۵- اعتیاد بوده است.

تعداد نمونه‌ها در گروه‌های دو و میدانی (۱۵ نفر)، فوتبال (۱۸ نفر)، کشتی (۱۶ نفر)، غیر ورزشکار (۲۰ نفر) بود. به دلیل محدود بودن تعداد ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته دارای معیار ورودی و خروجی و به منظور تعیین تعداد نمونه‌ها در یک محدوده کمی مشخص، مقرر گردید از هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شوند. در نهایت، تعداد ۶۰ آزمودنی به صورت هدفمند انتخاب و به چهار گروه مساوی

می‌کنند، ۲ تا ۳ برابر احتمال خطر بروز استئوآرتروز را افزایش می‌دهند [۱۴]. اما Telin و همکاران به بررسی استئوآرتروز زانوی اسکی بازان پرداختند. در این تحقیق، اسکی بازان با گروه کنترل مقایسه شدند و هیچ تفاوت معنی‌داری در بروز بیماری استئوآرتروز بین دو گروه دیده نشد [۱۱].

طبق بررسی‌های انجام شده، مطالعات محدودی در داخل و خارج از ایران انجام شده که نتایج متناقضی را بیان می‌کنند. بنابراین، در راستای کاهش هر چه بیشتر تعداد نفرت مبتلا به این بیماری و خسارات اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن، به نظر می‌رسد بررسی احتمال بروز یا تشدید بیماری استئوآرتروز زانو و شناخت علل و پیامدهای آن در بین ورزشکاران به ویژه بازیکنان حرفه‌ای، امری لازم و ضروری است. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه درجه استئوآرتروز، میزان شدت درد زانو، میزان علائم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته و افراد غیر ورزشکار است.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع توصیفی-مقطعی می‌باشد. جامعه آماری مورد مطالعه را ورزشکاران مرد حرفه‌ای بازنشسته در رشته‌های (فوتبال، کشتی و دو و میدانی) و افراد غیرورزشکار تشکیل می‌دادند. اسامی ورزشکاران از طریق فدراسیون‌ها و هیئت‌های فوتبال، کشتی و دو و میدانی استان تهران در اختیار محققین قرار گرفته است. گروه غیر ورزشکار نیز از کارمندان دانشگاه خوارزمی بودند. در ابتدا فرم جمع‌آوری اطلاعات که توسط محققان تهیه شده و سابقه و میزان فعالیت بدنی، سابقه بیماری یا داروهای

۱۵ نفره فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار، تقسیم شدند.

سپس، پرسش‌نامه جهانی و بومی شده KOOS که به منظور اندازه‌گیری درد زانو، میزان علایم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در مفصل زانو طراحی شده است در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. پرسش‌نامه KOOS دارای ۴۲ سؤال بیمار محور است که ۵ بُعد مربوط به: درد (۹ سؤال)، سایر علایم مربوط به بیماری (۷ سؤال)، فعالیت‌های زندگی روزمره (۱۷ سؤال)، فعالیت‌های ورزشی و تفریحی (۵ سؤال) و کیفیت زندگی در رابطه با مشکل زانو (۴ سؤال) را مورد بررسی قرار می‌دهد. آزمودنی‌ها از مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت برای پاسخ‌دهی استفاده می‌کنند. هر خرده مقیاس به صورت جداگانه و بین ۰ تا ۱۰۰ محاسبه می‌گردد، عدد ۱۰۰ نشان‌گر فقدان مشکل و صفر به عنوان وخیم‌ترین وضعیت در نظر گرفته می‌شود [۸].

با حضور محققان پاسخ‌گویی به سؤالات انجام گرفت. سپس نمونه‌ها توسط پزشک متخصص ارتوپدی (فدراسیون پزشکی ورزشی) از نظر علایم بالینی و کلینیکی معاینه شدند و با تشخیص پزشک و رضایت کتبی آزمودنی‌ها از زانوی هر کدام، در دو نما (نمای قدامی- خلفی، نمای جانبی) عکس رادیولوژی گرفته شد. تمامی عکس‌ها توسط متخصص رادیولوژی مشاهده و بر اساس معیارهای Kellgren-Lawrence بررسی شدند و وضعیت هر یک از نماها گزارش گردید [۲۰]. علایم

کلینیکی و رادیولوژیکی در مجموع توسط پزشک متخصص بررسی و استئوآرتروز زانو به درجات زیر تقسیم‌بندی شد: ۱- هیچ علایم و یا یافته پاتولوژیکی مشهود نیست. ۲- یافته‌ها نشان‌گر تغییرات دژنراتیو (استئوآرتروز) خفیف در زانو می‌باشد. ۳- یافته‌ها نشان‌گر تغییرات دژنراتیو (استئوآرتروز) متوسط در زانو می‌باشد. ۴- یافته‌ها نشان‌گر تغییرات دژنراتیو (استئوآرتروز) پیشرفته یا شدید در زانو می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) به ترتیب به عنوان شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی [با توجه به نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف که نشان‌دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود و آزمون لون (Levene) که نشان‌دهنده برابری واریانس‌ها بود] و از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه به منظور بررسی اختلاف معنی‌داری میانگین‌های بین گروه‌ها استفاده شده در صورت معنی‌دار بودن آن، به منظور انجام مقایسات زوجی از آزمون توکی استفاده گردید. سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که آزمودنی‌های چهار گروه تحقیق از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک و فیزیکی، در شرایط پایه همسان بودند و اختلاف معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

جدول ۱- ویژگی‌های فردی در چهار گروه تحقیق از نظر همسانی گروه‌ها

متغیر	سن (سال)	قد (سانتی‌متر)	وزن (کیلوگرم)	شاخص توده بدن (کیلوگرم / متر مربع)	گروه
	۵۸/۲۰ ± ۲/۳۵	۱۷۸/۴۰ ± ۵/۴۲	۷۸/۶۰ ± ۵/۹۵	۲۳/۴۰ ± ۶/۵۲	فوتبال
	۵۷ ± ۷/۵۰	۱۷۸/۶۰ ± ۵/۹۵	۷۸ ± ۸/۰۲	۲۳/۴۹ ± ۶/۳۹	کشتی
	۵۸/۵۰ ± ۲/۱۰	۱۷۸/۶۷ ± ۵/۳۸	۷۶/۶۷ ± ۵/۴۹	۲۳/۹۲ ± ۵/۲۷	دو و میدانی
	۵۷/۲۰ ± ۲/۱۷	۱۷۹/۲۰ ± ۶/۵۸	۷۸/۳۳ ± ۶/۴۲	۲۳/۵۸ ± ۴/۳۲	غیر ورزشکار
مقدار P	۰/۱۲۱	۰/۹۸۶	۰/۸۵۷	۰/۰۹۲	

داده‌های جدول شامل انحراف معیار ± میانگین می‌باشند. (n=۱۵) آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

نتایج نشان داد بین میانگین درجه استئوآرتروز زانو، شدت درد زانو، میزان علائم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در چهار گروه اختلاف معنی‌داری وجود دارد. میانگین درجه استئوآرتروز زانو در گروه فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار به ترتیب کاهش نشان داد. در حالی که در سایر متغیرها، میانگین گروه فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار به ترتیب افزایش نشان داد ($P < 0/05$). میانگین و انحراف استاندارد برای چهار گروه مورد بررسی و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲- مقایسه درجه استئوآرتروز زانو، شدت درد زانو، میزان علائم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در چهار گروه

متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	مقدار P	متغیر	گروه	انحراف معیار ± میانگین	مقدار P
درجه رادیوگرافیکی استئوآرتروز	فوتبال	۲/۴۷ ± ۰/۶۴	۰/۰۰۱	عملکرد حرکتی در	فوتبال	۶۲/۲۹ ± ۲۳/۵۱	۰/۰۰۱
	کشتی	۲/۱۳ ± ۰/۸۳		فعالیت‌های روزانه	کشتی	۷۵/۳۰ ± ۲۲/۲۸	
	دو و میدانی	۱/۸۰ ± ۰/۹۴		دو و میدانی	دو و میدانی	۸۳/۷۷ ± ۱۵/۸۴	
	غیر ورزشکار	۱/۲۷ ± ۰/۷۰		غیر ورزشکار	غیر ورزشکار	۹۴/۳۹ ± ۵/۲۳	
نمره شدت درد	فوتبال	۶۱/۶۲ ± ۲۵/۵۱	< ۰/۰۰۱	عملکرد حرکتی در	فوتبال	۴۶/۶۷ ± ۲۵/۶۸	۰/۰۰۱
	کشتی	۷۶/۱۲ ± ۱۹/۹۴		فعالیت‌های ورزشی و تفریحی	کشتی	۵۷/۳۳ ± ۲۶/۹۸	
	دو و میدانی	۸۳/۹۷ ± ۱۴/۳۹		دو و میدانی	دو و میدانی	۷۱/۳۳ ± ۲۴/۱۶	
	غیر ورزشکار	۹۲/۵۰ ± ۷/۵۴		غیر ورزشکار	غیر ورزشکار	۹۲/۶۷ ± ۷/۵۲	
نمره شدت علائم	فوتبال	۵۵/۲۴ ± ۹/۷۲	< ۰/۰۰۱	کیفیت زندگی	فوتبال	۷۱/۵۲ ± ۱۳/۰۹	۰/۰۰۱
	کشتی	۵۹/۲۹ ± ۱۲/۱۳		کشتی	کشتی	۷۸/۸۹ ± ۱۳/۵۶	
	دو و میدانی	۶۵/۰۰ ± ۸/۹۷		دو و میدانی	دو و میدانی	۸۷/۵۵ ± ۱۲/۸۳	
	غیر ورزشکار	۷۱/۶۸ ± ۴/۳۸		غیر ورزشکار	غیر ورزشکار	۹۰/۶۵ ± ۹/۲۷	

آزمون تحلیل واریانس یک طرفه

($p < 0.05$). علاوه بر این، میانگین مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های ورزشی، تفریحی در هر سه گروه فوتبال، کشتی و دو و میدانی نسبت به گروه غیر ورزشکار، اختلاف معنی‌داری را نشان می‌دهد ($p < 0.05$). در نهایت، میانگین کیفیت زندگی در گروه فوتبال نسبت به دو گروه دو و میدانی و غیر ورزشکار اختلاف معنی‌داری را نشان داد ($p < 0.05$) (جدول ۴).

نتایج آزمون توکی نشان داد که میانگین شدت درد، میزان علائم و مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، در گروه‌های فوتبال و کشتی نسبت به گروه غیر ورزشکار و نیز گروه فوتبال نسبت به دو و میدانی اختلاف معنی‌داری دارد ($p < 0.05$) (جدول ۳). میانگین درجه استئوآرتروز زانو در گروه‌های فوتبال و کشتی نسبت به گروه غیر ورزشکار نیز اختلاف معنی‌داری را نشان داد

جدول ۳- نتایج آزمون توکی در مورد مقایسه شدت درد زانو، میزان علائم و عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه

مقدار P	اختلاف میانگین \pm انحراف معیار	گروه	متغیر
*.002	30/87 \pm 6/86	فوتبال - غیر ورزشکار	درد
*.045	16/38 \pm 5/50	کشتی - غیر ورزشکار	
.0270	8/53 \pm 4/19	دو و میدانی - غیر ورزشکار	
.0429	14/49 \pm 8/36	فوتبال - کشتی	
*.042	22/34 \pm 7/56	فوتبال - دو و میدانی	
.0766	7/85 \pm 6/35	دو و میدانی - کشتی	
*.001	16/43 \pm 2/75	فوتبال - غیر ورزشکار	علائم
*.009	12/39 \pm 3/33	کشتی - غیر ورزشکار	
.095	6/67 \pm 2/57	دو و میدانی - غیر ورزشکار	
.0889	4/04 \pm 4/01	فوتبال - کشتی	
*.046	9/76 \pm 3/41	فوتبال - دو و میدانی	
.0611	5/71 \pm 3/89	دو و میدانی - کشتی	
*.001	32/09 \pm 6/22	فوتبال - غیر ورزشکار	عمل کرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه
*.030	19/08 \pm 5/91	کشتی - غیر ورزشکار	
.0130	10/61 \pm 4/30	دو و میدانی - غیر ورزشکار	
.0548	13 \pm 8/36	فوتبال - کشتی	
*.041	21/47 \pm 7/32	فوتبال - دو و میدانی	
.0788	8/47 \pm 7/06	دو و میدانی - کشتی	

*: اختلاف معنی‌دار در سطح $p < 0.05$

جدول ۴- نتایج آزمون توکی در مورد مقایسه درجه استئوآرتروز زانو، عملکرد حرکتی در فعالیت‌های ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در چهار گروه

متغیر	گروه	اختلاف میانگین \pm انحراف معیار	مقدار P
استئوآرتروز	فوتبال - غیر ورزشکار	۱/۲۰ \pm ۰/۲۸	۰/۰۰۱*
	کشتی - غیر ورزشکار	۰/۸۶ \pm ۰/۲۸	۰/۰۲۰*
	دو و میدانی - غیر ورزشکار	۰/۵۳ \pm ۰/۲۸	۰/۲۶۰
	فوتبال - کشتی	۰/۳۳ \pm ۰/۲۸	۰/۶۵۵
	فوتبال - دو و میدانی	۰/۶۶ \pm ۰/۲۸	۰/۱۰۷
	دو و میدانی - کشتی	۰/۳۳ \pm ۰/۲۸	۰/۶۵۵
عملکرد حرکتی در فعالیت‌های ورزشی و تفریحی	فوتبال - غیر ورزشکار	۴۶/۰۰ \pm ۶/۹۱	*۰/۰۰۱*
	کشتی - غیر ورزشکار	۳۵/۳۳ \pm ۷/۲۳	۰/۰۰۱*
	دو و میدانی - غیر ورزشکار	۲۱/۳۳ \pm ۶/۵۳	۰/۰۲۶*
	فوتبال - کشتی	۱۰/۶۶ \pm ۹/۶۱	۰/۸۴۰
	فوتبال - دو و میدانی	۲۴/۶۶ \pm ۹/۱۰	۰/۰۶۴
	دو و میدانی - کشتی	۱۴/۰۰ \pm ۹/۳۵	۰/۵۸۹
کیفیت زندگی	فوتبال - غیر ورزشکار	۱۹/۱۳ \pm ۴/۴۹	*۰/۰۰۱*
	کشتی - غیر ورزشکار	۱۱/۷۵ \pm ۴/۴۹	۰/۰۵۴
	دو و میدانی - غیر ورزشکار	۳/۰۹ \pm ۴/۴۹	۰/۹۰۱
	فوتبال - کشتی	۷/۳۷ \pm ۴/۴۹	۰/۳۶۵
	فوتبال - دو و میدانی	۱۶/۰۳ \pm ۴/۴۹	۰/۰۰۴*
	دو و میدانی - کشتی	۸/۶۵ \pm ۴/۴۹	۰/۲۲۹

* اختلاف معنی‌دار در سطح $p < ۰/۰۵$

بحث

چهار گروه، فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار، اختلاف معنی‌داری وجود دارد که در درجه استئوآرتروز زانو، گروه فوتبال، کشتی، دو و میدانی و غیر ورزشکار به ترتیب از میانگین بالاتری و در سایر متغیرها به ترتیب از میانگین پایین‌تری برخوردار بودند. نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های سایر محققین مطابقت دارد [۲۶، ۲۴، ۲۲، ۱۴].

بر اساس یافته‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین درجه استئوآرتروز زانو، شدت درد زانو، میزان علائم، مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی، تفریحی و کیفیت زندگی در

گروه کنترل که از جامعه عمومی بودند، مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد که فوتبالیست‌های حرفه‌ای و قدیمی به طور معنی‌داری شیوع بالاتر استئوآرتروز زانو را در مقایسه با گروه کنترل داشتند که با نتایج تحقیق حاضر مطابقت دارد [۲۴]. از جمله دلایل آن، فشار مداومی است که فعالیت بدنی بر روی مفاصل ایجاد می‌کند و ممکن است ضرباتی را بر روی مفصل وارد کرده و منجر به فرسایش غضروف مفصلی شود و در نتیجه فعالیت زیاد در ورزش‌های با فشار بالا، خصوصاً پس از مدت زمان طولانی و در سطح حرفه‌ای می‌تواند احتمال بروز بیماری استئوآرتروز را افزایش دهد [۲۵].

Shojaedin و همکاران به بررسی استئوآرتروز زانو در ورزش کشتی پرداختند و بیان کردند که بین میانگین درجه استئوآرتروز زانو در دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار اختلاف معنی‌داری وجود دارد که این میانگین در گروه ورزشکار بالاتر بود. بین میانگین میزان شدت درد، میزان علائم، میانگین نمره مشکلات عملکرد حرکتی در فعالیت‌های روزانه، ورزشی و تفریحی و کیفیت زندگی در دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار اختلاف معنی‌داری وجود داشت و این میانگین در گروه ورزشکار پایین‌تر بود که یافته‌های تحقیق حاضر را تأیید می‌کند [۲۶]. از جمله دلایل آن عدم جذب مناسب نیروهای وارده به مفصل در طی فعالیت‌های روزمره، ورزشی، تفریحی است که موجب شکستگی‌های ریز در بافت زیر غضروف می‌شود و در نتیجه، موجب فعال شدن مراکز استخوان‌سازی ثانویه می‌گردد. این فرآیند سبب نازک شدن غضروف مفصلی و افزایش انهدام غضروف مفصلی می‌شود. در ادامه افزایش دانسیته استخوان زیر غضروف خاصیت جذب ضربه بافت زیر غضروف را کاهش می‌دهد و احتمال بروز بیماری

Spector و همکاران به بررسی استئوآرتروز زانو در ورزش‌های همراه با تحمل وزن پرداختند و نتیجه گرفتند ورزش‌هایی که وزن بدن را تحمل می‌کنند به میزان ۲ تا ۳ برابر احتمال بروز استئوآرتروز زانو را افزایش می‌دهند که یافته‌های تحقیق حاضر را تأیید می‌کند [۱۴]. از جمله دلایل آن افزایش بروز آسیب‌های مفصلی است که احتمال استئوآرتروز در مفاصل پایین تنه را شدت می‌بخشد [۲۱].

در سال ۱۹۹۴، Kujala و همکاران مجموع ۲۱ سال مراجعه به بیمارستان به علت آرتروز زانو در قهرمانان حرفه‌ای بازنشسته و گروه کنترل را مقایسه کردند. در واقع این مطالعه ورزشکارانی را مورد بررسی قرار داده که وخیم‌ترین حالت استئوآرتروز را داشته‌اند تا حدی که به بیمارستان مراجعه کرده بودند. پژوهشگران بیان کردند که ورزش‌های استقامتی، ترکیبی و قدرتی همگی به دلیل ابتلا به استئوآرتروز زانو دفعات بیشتری به بیمارستان رجوع کرده بودند که یافته‌های تحقیق حاضر را تأیید می‌کند [۲۲].

در مطالعه Kujala و همکاران در مورد استئوآرتروز زانو در ورزش‌های همراه با تحمل وزن نشان دادند که ورزشکاران حرفه‌ای نشانه‌هایی مانند درد و محدودیت عملکرد بیشتری در زانوی خود نسبت به نمونه‌های بدون استئوآرتروز دارند که با نتایج تحقیق حاضر تطابق دارد [۲۲]. از جمله دلایل آن از بین رفتن غضروف مفصلی و حجیم شدن حاشیه استخوان ناشی از استئوآرتروز است که درد، سفتی و محدودیت حرکتی در محل مفصل را به دنبال دارد و با ادامه فعالیت نیز وخیم‌تر می‌شود [۲۳].

در تحقیقی که توسط Shepard و همکاران انجام شد، شیوع استئوآرتروز زانو در فوتبالیست‌های بازنشسته با

دراز مدت و پس از سال‌ها مشخص می‌گردد و مفصل را دچار فرسایش می‌کند. در نتیجه، فعالیت ورزشی شانس وارد شدن ضربات را به غضروف مفصلی بالا می‌برد و این مطلب ممکن است طریقه وارد شدن نیروها به مفصل و همچنین انتقال آن‌ها را نیز دستخوش تغییرات کند و احتمال آسیب‌های بعدی را افزایش دهد. ممکن است طریقه انتقال نیرو به مفاصل مجاور را تغییر داده و این مفاصل را نیز در معرض آسیب قرار دهد [۲۹].

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های تحقیق می‌توان اظهار داشت، ورزش حرفه‌ای و در سطح قهرمانی احتمال ابتلا به بیماری استئوآرتروز زانو را در بین ورزشکاران حرفه‌ای بازنشسته افزایش داده که این احتمال در ورزش‌هایی که ترکیبی از قدرت و استقامت را دارند نسبت به ورزش‌های استقامتی بیشتر است. لذا پیشنهاد می‌شود متخصصین امر، ورزشکاران و مربیان رشته‌هایی که این فاکتورهای آمادگی جسمانی را دارا هستند، اقدامات لازم جهت ارائه راه‌کارهایی در خصوص چگونگی انجام تمرینات بدن‌سازی یا تغییر در روش تمرینات اختصاصی برای پیش‌گیری از بروز استئوآرتروز زانو در این ورزشکاران را انجام دهند.

تشکر و قدردانی

مؤلفین مراتب سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت معلم تهران برای تصویب این طرح تحقیقاتی با شماره ثبت ۴/۱۹۳۶ در تاریخ ۱۳۸۹/۸/۲۳ ابراز می‌دارند.

استئوآرتروز را افزایش دهد [۲۷]. اما یافته‌های این تحقیق با نتایج مطالعه Telin و همکاران که به بررسی استئوآرتروز زانوی اسکی‌بازان پرداختند، مغایرت دارد. در این تحقیق اسکی‌بازان با گروه کنترل مقایسه شدند و هیچ تفاوت معنی‌داری در بروز بیماری استئوآرتروز بین دو گروه دیده نشد. دلایل احتمالی تفاوت‌های بدست آمده در یافته‌های این تحقیق را می‌توان چنین بیان کرد که در مطالعه Telin و همکاران متغیرهایی مانند قد، وزن و آسیب‌های زانو، کنترل نشده بود [۱۱].

در همین رابطه، Lane و همکاران نیز طی تحقیقی بر روی دوندگان، نتایجی مغایر با یافته‌های مطالعه حاضر را گزارش نمودند. در این تحقیق، دوندگان با گروه کنترل مقایسه شدند و هیچ تفاوت معنی‌داری در بروز بیماری استئوآرتروز، از لحاظ کلینیکی و رادیولوژیکی بین دو گروه دیده نشد. تنها دوندگان زن میزان بیشتری ساب‌کندرال اسکروزیس در ناحیه زانو داشتند. محققان دلایل احتمالی تفاوت‌های بدست آمده در یافته‌های این تحقیق را چنین بیان کردند که در مطالعه Lane و همکاران نیز نمونه‌هایی با مشکلات سلامتی و متغیرهایی مانند شغل افراد کنترل نشده بود [۲۸].

در مجموع، برخی از محققین میزان بروز استئوآرتروز را در ورزشکاران حرفه‌ای با بروز آسیب‌هایی در مفصل مرتبط دانسته‌اند و هنگامی که نمونه‌های آسیب‌دیده را حذف کردند، میزان بروز استئوآرتروز نیز کاهش یافت. اما آسیب‌های دیگری مربوط به استفاده بیش از حد از مفاصل وجود دارد که ارتباطی با آسیب‌های وارده بر بافت نرم مانند پارگی تاندون یا مینیسک یا شکستگی ندارد بلکه ضرباتی است که به مرور زمان بر مفصل وارد می‌شود و در

References

- [1] Silva ALP, Imoto DM, Croci AT. Comparison of cryotherapy, exercise and short waves in knee osteoarthritis treatment. *Ortop Bras* 2007; 15(4): 204-9.
- [2] Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Phys Ther* 2005; 85(12): 1301-17.
- [3] Clemson L, Fiatarone Singh M, Bundy AC, Cumming RG, Weissel E, Munro J, et al. Life pilot study: a randomized trial of balance and strength training embedded in daily life activity to reduce falls in older adults. *Aust Occup Ther* 2010; 57(1): 42-50.
- [4] Scudds RJ. Musculoskeletal pain and physical disability in senior citizens. *Physiother. Theory Pract* 1997; 13: 39-51.
- [5] Yagci N, Cavlak U, Aslan U, Akdag B. Relationship between balance performance and musculoskeletal pain in lower body comparison healthy middle aged and older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 45(1): 109-19.
- [6] Felson DT. Osteoarthritis. In: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Longo DL, Hauser SL, Jameson JL, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th. Washington USA: *McGraw-Hill* 2008, 21: 58-65.
- [7] Williams MK, Spector TD. Osteoarthritis. *Med* 2006; 34(9): 364-8.
- [8] Salavati M, Mazaheri M, Akhbari B, Kazemnezhad A. Validation of a persian-version of knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS) in Iranians with knee injuries. *osteoarthritis and cartilage* 2008; 3(4): 42-6. [Farsi]
- [9] Joseph A, Buckwalter MD, Nancy E, Lane, MD. Athletics and osteoarthritis. *The American J Sport Med* 1997; 25: 873-81.
- [10] Daneshmandi H, Hemmatinejad M, Saghebjo M. Spinal abnormalities in former athletes. *Research On Sports Sci* 2002; 1(1): 51-64. [Farsi]
- [11] Telin N, Holmberg S, Thelin A. Knee injuries account for the sport-related increased risk of knee osteoarthritis. *Journal Med & Sci in Sports* 2006; 16(5): 329-33.
- [12] Ziaei V, Akbarnejad A, Kordi R, Ahmadinejad Z, Ravasi AA, Mansournia MA. The effects of weight loss and glutamine-creatine supplementation on peripheral white blood cells in elite athletes. *Zahedan Journal of Research in Med Sci* 2008; 10(1): 191-9. [Farsi]
- [13] Klusmann A, Gebhardt H, Nubling M, Liebers F, Quiros Perea E, Cordier W, et al. Individual and occupational risk factors for knee osteoarthritis: results of a case-control study in Germany. *Arthritis Res Ther* 2010; 12(3): R88.
- [14] Spector TD, Harris PA, Hart DJ, Cicuttini FM, Nandra D, Etherington J, et al. Risk of osteoarthritis

- associated with long-term weight-bearing sports: a radiologic survey of the hips and knees in female ex-athletes and population controls. *Arthritis Rheum* 1996; 39: 988-95.
- [15] Szoek C, Dennerstein L, Guthrie J, Clark M, Cicuttini F. The relationship between prospectively assessed body weight and physical activity and prevalence of radiological knee osteoarthritis in postmenopausal women. *J Rheumatol* 2006; 33(9): 1835-40.
- [16] Felson DT. The epidemiology of knee osteoarthritis: results from the Framingham Osteoarthritis Study. *Semin Arthritis Rheum* 1990; 20(3): 42-50.
- [17] Hootman JM, Macera CA, Helmick CG, Blair SN. Influence of physical activity-related joint stress on the risk of self-reported hip/knee osteoarthritis: a new method to quantify physical activity. *Prev Med* 2003; 36(5): 636-44.
- [18] White JA, Wright V, Hudson AM. Relationships between habitual physical activity and osteoarthrosis in ageing women. *Public Health* 1993; 107(6): 459-70.
- [19] Rogers LQ, Macera CA, Hootman JM, Ainsworth BE, Blair SN. The association between joint stress from physical activity and self-reported osteoarthritis. *Osteoarth Cartilage* 2002; 10(8): 617-22.
- [20] Kellgren J, Lawrence J. Radiologic assessment of osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*, 1957; 16(4): 494-501.
- [21] Lequesne MG, Dang N. Sport practice and osteoarthritis of the limbs. *Osteoarthritis Cartilage* 1997; 5(2): 75-86.
- [22] Kujala UM, Kaprio J, Sarna S. Osteoarthritis of weight bearing joints of lower limbs in former elite male athletes. *BMJ* 1994; 308(6923): 231-4.
- [23] Hutton CW. Osteoarthritis: the causes not result of joint failure? *Rheum Dis* 1989; 48(11): 958-61.
- [24] Shepard GJ, Banks AJ, Ryan WG. Ex-Professional association footballers have an increased prevalence of osteoarthritis of the knee compared with age matched controls despite not having sustained notable knee injuries. *Br J Sport Med* 2003; 37(1): 80-1.
- [25] Roos H. Increased risk of knee and hip arthrosis among elite athletes. Lower level exercise and sport seem to be "harmless". *Lakartidningen* 1998; 95(42): 4606-10.
- [26] Shojaedin SS, Mehrabian H. Comparison of knee osteoarthritis between ex-elite male wrestling athletes and age matched controls. *Zahedan Journal of Research in Med Sci. Available From: www.zjrms.ir*. 3 .30. 2011. Press, [Farsi]
- [27] Burr DB, Radin EL. Microfractures and microcracks in subchondral bone: Are they relevant to osteoarthritis? *Rheum Dis Clin North Am* 2003; 29(4): 675-85.
- [28] Lane NE, Bloch DA, Jones HH. Long distance, bone density and osteoarthritis. *JAMA* 1986; 255(9): 1147-51.
- [29] Robert H, Sandmeier MD. Osteoarthritis and exercise: Dose increased activity wear out joints? *The Permanente Journal*, 2000; 4(4): 26-8.

Knee Joint Osteoarthritis in Retired Professional Athletes and Non-athletic Persons

S.S. Shojaedin¹, M. Sahebozamani², H. Mehrabian³

Received: 25/06/2011 Sent for Revision: 15/10/2011 Received Revised Manuscript: 24/12/2011 Accepted: 08/02/2012

Background and Objectives: Physical activities have been recently recommended for the prevention of some chronic diseases such as osteoarthritis. However, the detrimental effects of severe physical activity on musculoskeletal system of athletes are still under debate. The current study aimed to compare the following parameters between retired professional athletes and non-athletic persons; radiographic grading scales of osteoarthritis of the knee joint, arthralgia, musculoskeletal dysfunctions during exercise, daily living or recreation activities, and life quality.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 60 retired professional sportsmen aged 50-65 years involved in football, wrestling, and track and field sports with the same number of age-matched non-athletic controls were included. The participants were then divided into four equal groups of 15. The gathering data tools were as follows; Clinical diagnosis and radiological findings confirmed by an orthopedic surgeon. The globalized and localized questionnaire of Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) was used as the data gathering tool. Analysis of variance (ANOVA) and post Hoc (Tukey) test were used to analyze the data.

Results: The four above-mentioned groups had a significant difference regarding the following parameters; radiographic grading scales of the knee osteoarthritis ($p=0.001$), knee pain ($p<0.001$), symptoms ($p<0.001$), dysfunction in daily living ($p<0.001$) recreational activities ($p<0.001$) and quality of life ($p<0.001$). Groups of football, wrestling, track and field sports and non-athletic persons had a higher score than the average in radiographic grading scales of knee osteoarthritis respectively, while they possessed a lower score for the other variables.

Conclusion: Professional sports may cause a higher risk of knee osteoarthritis particularly in sports which required a combination of strength and endurance activities than the endurance only sports.

Key words: Knee Osteoarthritis, Retired Professional Athletes, Non-Athletic Persons

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest : None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Kharazmi University of Kharazmi approved the study.

How to cite this article: Shojaedin S.S, Sahebozamani M, Mehrabian H. Knee Joint Osteoarthritis in Retired Professional Athletes and Non-athletic Persons. *J Rafsanjan Univ Med Scie* 2012; 11(3): 247-58. [Farsi]

1- Associate Prof., Dept. of Corrective Exercises and Sports Injuries, School of Physical Education and Sport Sciences, University of Kharazmi, Tehran, Iran

(Corresponding Author) Tel:(0261) 4550703, Fax: (0261) 4550703, E-mail: msport96@yahoo.com

2- Associate Prof., , Dept. of Corrective Exercises and Sports Injuries, School of Physical Education and Sport Sciences, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

3- MSc, Dept. of Corrective Exercises and Sports Injuries, School of Physical Education and Sport Sciences, Elite Institute of Kharazmi University, Tehran, Iran