

رابطه بین راستای استاتیک اندام تحتانی و آسیب‌های بازیکنان نوجوان فوتبال

مصطفی زارعی*

استادیار گروه تندرستی و بازتوانی ورزشی، دانشکده تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه شهید بهشتی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱۱/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۴/۲۹

چکیده

میزان بروز آسیب‌های اندام تحتانی در بازیکنان جوان فوتبال زیاد است اما اطلاعات اندکی در زمینه خطر فاکتورهای این آسیب‌ها وجود دارد. بنابراین، هدف این مطالعه بررسی رابطه استاتیک اندام تحتانی و بروز آسیب‌های بازیکنان نوجوان فوتبال ایران است. چهار تیم (۷۸ بازیکن) از لیگ برتر آسیا ویزن نوجوان استان تهران (۱۴ تا ۱۶ سال) در این مطالعه مشارکت کردند. قبل از آغاز فصل، میزان افت ناوی، زاوی، Q، زاویه هاپر اکستنشن زانو، زانوی پرانتری و شاخص توده بدنی این بازیکنان اندازه‌گیری شد. سپس، آسیب‌های این بازیکنان در طول یک فصل (۷ ماه) به صورت آینده‌نگر ثبت شد. برای بررسی رابطه بین راستای استاتیک اندام تحتانی و آسیب‌ها از آزمون لجستیک رگرسیون استفاده شد. طبق یافته‌های تحقیق، میزان شیوع آسیب‌ها برابر با ۸/۷ آسیب در هر ۱۰۰۰ ساعت تمرین (۹۵ درصد اطمینان، ۱۰/۱۰-۷/۰۱) بود. نتایج آزمون لجستیک رگرسیون نشان داد که افت ناوی پای برتر (OR=۴/۵، p=۰/۰۰۱)، زاویه Q پای برتر (OR=۲/۷۷، p=۰/۰۴۸) و زانوی پرانتری (OR=۴/۰۶، p=۰/۰۲۱) با بروز آسیب‌ها ارتباط معنی‌داری دارند. بازیکنانی که شاخص افت ناوی آنها بیشتر از ۱/۵ سانتی‌متر باشد، ۴/۵۰ برابر بازیکنان دیگر مستعد بروز آسیب اندام تحتانی هستند. همچنین، بازیکنانی که شاخص زاویه Q پای برتر آنها بیشتر از ۱۵/۵ درجه باشد، ۲/۷۷ برابر بازیکنان دیگر مستعد بروز آسیب اندام تحتانی هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که سنجش راستای اندام تحتانی مانند زاویه Q، زانوی پرانتری و افت ناوی می‌تواند بازیکنان در معرض آسیب‌های اندام تحتانی را مشخص کند. این نتایج می‌تواند به بازیکنان و مربیان برای پیش‌گیری از آسیب‌ها کمک کند.

کلیدواژه‌ها: اندام تحتانی، آسیب، فوتبال، خطر فاکتور.

The relationship between static lower extremity alignment and Injuries in adolescent soccer players

Zarei, M.

Assistant Professor, Health and Sport Rehabilitation Department, Faculty of Physical Education and Sport Sciences, Shahid Beheshti University Iran

Abstract

The incidence of lower extremity injuries in young soccer players is high, but the risk factors for injuries are unknown. Thus, the aim of this study was to investigate relationship between static lower extremity alignment and injuries in adolescent soccer players. Four teams (78 players) playing at Tehran Asia vision adolescence primer league (14-16 years old) participated in this study. Before entering the season Navicular drop, quadriceps angle, knee hyperextension, genu varum and body mass index was measured. Players were monitored for musculoskeletal injuries through a season (7-month period). overall injury rate was 8.7 injuries/1000 player-hours (95% CI 7.01-10.10). Logistic regression modeling indicated that Navicular drop in preferred foot (OR=4.5; 95% CI=0.42-6.83) (p=0.001), Q angel in preferred leg (OR= 2.77; 95%CI=1.43-19.70) (p=0.048), and genu varum (OR=4.06; 95% CI=1.23-13.52) (p=0.021) were all associated with injuries but no association was found in other parameters. Players had an approximately 3.47 times greater chance of suffering a lower extremity injury if they have Navicular drop greater than 1.5 centimeter and approximately 3.77 times greater chance of suffering injury if they have Q angel greater than 15.5 degrees. These findings show that multiple anatomic measures such as Navicular drop, genu varum and Q angle can predict soccer players' injuries. Results of this study are valuable for coaches and players for injury prevention.

Keywords: Lower Extremity, Injury, Soccer, Risk Factors.

مقدمه

فوتبال یکی از پرتماشاگرترین ورزش‌ها در سطح جهان است. اما خطر بروز آسیب نیز در آن درخور توجه است. نتایج تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که میزان شیوع و خطر بروز آسیب در فوتبال زیاد است. محققان بروز آسیب در این ورزش را نسبت به ورزش‌های میدانی دیگر بیشتر گزارش کرده‌اند (۱). میزان شیوع آسیب در میان بازیکنان مرد فوتبال در حدود ۱۰ تا ۳۵ آسیب در هر ۱۰۰۰ ساعت مسابقه تخمین زده شده است؛ یعنی هر بازیکن مرد نخبه فوتبال تقریباً در هر سال با یک آسیب محدودکننده عملکرد مواجه می‌شود (۲). ۶۵ تا ۹۵ درصد از این آسیب‌ها در اندام تحتانی اتفاق می‌افتد (۳، ۱). بنابراین، برای افزایش ایمنی و سلامت بازیکنان فوتبال، این آسیب‌ها باید کنترل شوند. برای کنترل و پیش‌گیری از آسیب‌های ورزشی، نخست باید متغیرهای مؤثر در بروز آسیب و عوامل خطر شناسایی شوند. به‌طور کلی، عوامل خطر بروز آسیب‌های بازیکنان فوتبال به دو دسته عوامل خطر داخلی (عوامل فردی) و خارجی (عوامل محیطی) تقسیم می‌شوند. عوامل خطر داخلی عواملی هستند که به ویژگی‌های بیولوژیکی و فیزیولوژیکی فرد مرتبط هستند. این عوامل شامل سن، عدم ثبات مفصل، قدرت عضلانی، سفتی عضلانی، عدم تقارن قدرت عضلانی، آسیب قبلی، کافی نبودن دوره بازتوانی، استرس روانی، گرم‌نکردن مناسب، سطح آمادگی جسمانی، پوشش نامناسب، کوتاهی عضلانی و آسیب قبلی می‌شود (۴-۶). عوامل خطر خارجی عوامل مرتبط با محیط هستند. این عوامل شامل سطح بازی، فشار تمرینی (میزان تمرین و مسابقه در هفته)، پست بازیکنان (۷)، وضعیت آب و هوایی (۸)، موقعیت زمین مسابقه (۹)، وسایل بازیکنان مانند ساق‌بند و کفش (۱۰)، میزبان یا مهمان بودن (۱۱)، قوانین و مقررات و بازی خطرناک حریف می‌شوند. عوامل خطر داخلی و خارجی از یکدیگر جدا نیستند و می‌توانند بر یکدیگر اثرگذارند.

برخی محققان راستای استاتیک اندام تحتانی را نیز عامل خطری در بروز آسیب‌های ورزشی برشمرده‌اند. برای مثال، ون و همکاران (۱۹۹۷) در ۱۲ ماه تحقیق به بررسی راستای اندام تحتانی ۳۰۴ دوندۀ ماراتن و رابطه آن با آسیب‌های ناشی از استفاده بیش‌ازحد پرداختند. این محققان ارتباط معنی‌داری میان قوس‌های کف پای راست با آسیب شین اسپیلنت، قوس‌های کف پای چپ با آسیب‌های عضلات همسترینگ، والگوس پاشنه با آسیب‌های کمر، زاویه Q با آسیب‌های مچ پا، زانوی پراتزی با آسیب‌های مفصل ران و اختلاف طول پاها با آسیب‌های کمر، مچ و کف پا گزارش کردند (۱۲). لاپارد و بورنت (۱۹۹۴) نیز افزایش عرض ناودان بین کندیلی استخوان ران را یکی از عوامل خطر بروز آسیب لیگامنت متقاطع قدامی ذکر کرده‌اند (۱۳). کوان و همکاران (۱۹۹۶) افزایش خطر بروز آسیب‌های اندام تحتانی را در سربازانی که دارای زاویه Q و واروم درشت‌نی افزایش‌یافته هستند گزارش کردند (۱۴). شامبوگ و همکاران (۱۹۹۱) اختلاف زاویه Q پای چپ و راست و همچنین اختلاف طول دو پا را عامل پیش‌بین آسیب‌های اندام تحتانی بازیکنان بسکتبال معرفی کردند (۱۵). بینون و همکاران (۲۰۰۱) در بررسی عوامل خطر بروز آسیب‌های لیگامنتی مچ پا در بازیکنان فوتبال، لاکروس و هاکی روی یخ، افزایش واروم استخوان درشت‌نی را یکی از این عوامل خطر در

زنان بیان کردند. اما هیچ‌یک از مؤلفه‌های راستای اندام تحتانی در مردان با آسیب‌های میچ پا در این مطالعه رابطه‌ای نداشت (۱۶). هرتل و همکاران (۲۰۰۴) افزایش افت ناوی و تیلت لگن را عامل مؤثر پیش‌بین آسیب‌های لیگامنت متقاطع قدامی گزارش کردند (۱۷). اُستبرگ و رز (۲۰۰۰) افزایش زاویه‌های هیپر اکستنشن مفصل زانو را یکی از عوامل خطر بروز آسیب در زنان فوتبالیست اروپایی گزارش کرده‌اند. نیلستد و همکاران (۲۰۱۴) نیز بیان کردند بازیکنان زن فوتبال حرفه‌ای که پرونیشن افزایش یافته پا دارند ۲۳ درصد بیشتر از بازیکنان با ساختار پای طبیعی به آسیب‌های اندام تحتانی دچار می‌شوند، اما همین محققان رابطه معنی‌داری بین زاویه‌های والگوس زانو و بروز آسیب‌های اندام تحتانی مشاهده نکردند.

بسیاری از محققان نیز معتقدند که رابطه‌ای بین راستای اندام تحتانی و بروز آسیب‌های ورزشکاران وجود ندارد. ایلاهی و کوهل (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای مروری، به بررسی شکل و راستای اندام تحتانی و ارتباط آن با آسیب‌های ناشی از استفاده بیش‌ازحد پرداختند. آنها بیان کردند که برخلاف اعتقادات رایج کلینیکی، ارتباطی بین کاهش قوس طولی پا و زاویه‌های واروس درشت‌نی-رانی با آسیب‌های ناشی از استفاده بیش‌ازحد وجود ندارد (۱۸). لان و همکاران (۲۰۰۴) نیز ارتباط بین آسیب‌دوندگان و راستای طبیعی اندام تحتانی را بررسی کردند. راستای اندام تحتانی ۸۷ دونه در ابتدا اندازه‌گیری شد و سپس، طی ۶ ماه آسیب‌های این دوندگان به صورت آینده‌نگر ثبت گردید. نتایج نشان داد که ۷۹ درصد دوندگان دست‌کم در یک‌پا دچار آسیب شده‌اند، اما هیچ رابطه‌ای بین راستای اندام تحتانی و این آسیب‌ها مشاهده نشد (۱۹). تویلا و همکاران (۱۹۹۷) نیز هیچ رابطه‌ای بین راستای ران، زانو، پا و میچ پا با بروز آسیب در دانشجویان تربیت‌بدنی گزارش نکردند (۲۰). سودرمان و همکاران (۲۰۰۱) در بررسی عوامل خطر آسیب‌های اندام تحتانی زنان فوتبالیست بیان کردند که هیچ رابطه‌ای بین افزایش زاویه Q و بروز آسیب‌ها وجود ندارد (۲۱). پفانیس و همکاران (۲۰۰۹) گزارش کردند رابطه معنی‌داری بین وقوع آسیب اسپرین میچ پا و زاویه Q در ورزشکاران والیبال، بسکتبال و فوتبالیست وجود ندارد (۲۲). بررسی مطالعات پیش‌گفته نشان می‌دهد که بیشتر پژوهش‌هایی که به بررسی راستای استاتیک اندام تحتانی و بروز آسیب‌های ورزشی در بازیکنان فوتبال پرداخته‌اند در جامعه زنان یا مردان بزرگسال انجام شده است. از طرف دیگر، تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که کنترل عصبی عضلانی، ساختار و کینماتیک اندام تحتانی در گروه‌های سنی و جنسی مختلف بازیکنان فوتبال متفاوت است (۲۳، ۲۴) و نمی‌توان نتایج به‌دست‌آمده را به گروه‌های دیگر تعمیم داد؛ بنابراین، با توجه به تناقض نتایج مطالعات گوناگون در زمینه رابطه بین راستای استاتیک اندام تحتانی و بروز آسیب‌ها و همچنین، خلأ پژوهش در این زمینه، بین نوجوانان فوتبالیست، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین راستای استاتیک اندام تحتانی و آسیب‌های بازیکنان مرد نوجوان فوتبال به صورت آینده‌نگر است.

روش‌شناسی

در این مطالعه هم‌گروهی آینده‌نگر، ۷۸ بازیکن از چهار تیم لیگ برتر آسیا ویزن استان تهران (سن ۱۵/۰۳±۰/۷، قد ۱۷۱/۱۳±۶/۹ سانتی‌متر، وزن ۶۰/۳±۷/۳ کیلوگرم) مشارکت کردند. ۱۲ بازیکن از حضور

در ادامه مطالعه منصرف شدند. تمام فعالیت‌های تمرینی بازیکنان از ابتدا تا انتهای فصل در فرم ویژه به صورت روزانه به دست مربی تیم ثبت می‌شد. از کادر پزشکی تیم‌های مشارکت‌کننده درخواست شد آسیب‌های بازیکنان را در فرم ویژه ثبت کنند. این فرم‌ها به صورت هفتگی جمع‌آوری می‌شد. در این مطالعه، آسیبی ثبت می‌شد که در تمرین یا مسابقه رخ داده باشد و بازیکن آسیب‌دیده قادر نباشد در جلسه تمرینی یا مسابقه روز بعد تیم (حداقل ۴۸ ساعت) مشارکت جوید (تعریف آسیب بر مبنای غیبت از تمرین یا مسابقه) (۶، ۲). در ابتدای این مطالعه، فرم رضایت‌نامه اخلاقی به دست بازیکنان امضا شد و سپس، در ابتدای فصل، افت ناوی پای چپ و راست، زاویه Q چپ و راست، زانوی پرانتزی، زانوی ضربدری و زاویه هایپر اکستنشن مفصل زانوی بازیکنان اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری افت ناوی از آزمون برودی استفاده شد. برای این کار، ابتدا از آزمودنی درخواست می‌شد روی صندلی بنشیند، درحالی‌که ران و زانوی او در وضعیت فلکشن ۹۰ درجه، کف پاهای او روی زمین و مفصل ساب تالار او در وضعیت خنثی و در وضعیت بدون تحمل وزن قرار داشت. آزمونگر برجستگی استخوان ناوی آزمودنی را لمس و مشخص می‌کرد و فاصله آن را تا زمین با خطکش اندازه‌گیری می‌کرد. سپس، از آزمودنی خواسته شد در وضعیت ایستاده قرار گیرد و پاها را به اندازه عرض شانه باز کند و وزن بدن را به طور مساوی روی دو پا در وضعیت تحمل وزن قرار دهد. فاصله استخوان ناوی تا زمین دوباره اندازه‌گیری خواهد شد. اختلاف بین این دو وضعیت به میلی‌متر به منزله مقدار افت ناوی ثبت می‌شد (شکل ۱) (۲۳).



وضعیت بدون تحمل وزن

وضعیت تحمل وزن

شکل ۱. نحوه اندازه‌گیری افت ناوی (برگرفته از پیرانی و همکاران، ۱۳۹۰)

برای اندازه‌گیری زاویه Q از گونیامتر یونیورسال با دقت ۱ درجه استفاده شد. زاویه Q هر دو پای آزمودنی‌ها، درحالی‌که آزمودنی ایستاده و زانو و لگن کاملاً در حالت اکستنشن و طبیعی است، بدون کفش و کمترین لباس ممکن اندازه‌گیری شد. قبل از اندازه‌گیری، مرکز کشکک، برجستگی درشت‌نی و خار خاصه قدامی- فوقانی با لمس دقیق مشخص و با ماژیک علامت‌گذاری می‌شد. مرکز گونیامتر روی مرکز کشکک، بازوی بزرگ آن در جهت خار خاصه قدامی- فوقانی (محور مکانیکی پا) و بازوی کوچک آن روی برجستگی درشت‌نی (محور آناتومیک پا) قرار داده می‌شد. درحالی‌که عضلات چهارسر آزمودنی‌ها به صورت شل و آزاد قرار داشت، زاویه Q پای راست و چپ به درجه اندازه‌گیری و ثبت می‌شد (شکل ۲) (۲۴).



شکل ۲. نحوه اندازه‌گیری زاویه Q

جهت ارزیابی میزان ناهنجاری‌های زانوی پراتنزی و ضربداری، از یک کولیس با دقت ۱ میلی‌متر استفاده شد. برای اندازه‌گیری زانوی پراتنزی، آزمودنی در حالت ایستاده و راحت، درحالی‌که قوزک‌های داخلی را به هم چسبانده و کاملاً نزدیک کرده است و هیچ‌گونه فشار و انقباض غیرطبیعی را تحمل نمی‌کند قرار دارد. در این وضعیت فاصلهٔ میان دو اپی‌کندیل داخلی استخوان ران از نمای مقابل اندازه‌گیری و به میلی‌متر ثبت می‌شد (شکل ۳) (۲۶، ۲۵).



شکل ۳. نحوه اندازه‌گیری زانوی پراتنزی

برای اندازه‌گیری زانوی ضربداری نیز آزمودنی، در حالت ایستاده و راحت، درحالی‌که کندیل‌های داخلی زانو را به هم چسبانده و کاملاً به هم نزدیک کرده بود و هیچ‌گونه فشار و انقباض غیرطبیعی را تحمل نمی‌کرد، فاصلهٔ میان قوزک‌های داخلی از نمای مقابل اندازه‌گیری و به میلی‌متر ثبت می‌شد (۲۶). زانوی عقب‌رفته به‌وسیلهٔ گونیامتر اندازه‌گیری شد. برای اندازه‌گیری این متغیر، زاویهٔ بین محور طولی استخوان ران و محور طولی استخوان درشت‌نی در حالت خوابیده به پشت اندازه‌گیری شد. تمام آزمودنی‌های حاضر در این مطالعه فرم رضایت داوطلبانه و آگاهانهٔ حضور در این پژوهش را امضاء کردند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ ساخت شرکت IBM کشور آمریکا جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. در این پژوهش،

سطح معنی‌داری ۰/۹۵ (آلفا برابر ۰/۰۵) در نظر گرفته شد. برای بررسی رابطه پیش بین شاخص‌های راستای استاتیک اندام تحتانی با آسیب‌های اندام تحتانی از آزمون رگرسیون لجستیک استفاده شد. حساسیت، ویژگی و نقطه برش متغیرهای وابسته به وسیله منحنی مشخصه سیستم^۱ (ROC) تحت ارزیابی قرار گرفت. سطح زیر نمودار این منحنی، میزان احتمال پیش‌بینی وقوع آسیب براساس نقطه برش مشخص را تعیین می‌کند. مساحت سطح زیر نمودار می‌تواند از ۰/۵ تا ۱ متغیر باشد. هرچه این عدد به ۱ نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده کارایی بالاتر آزمون خواهد بود (۲۷).

نتایج

در این مطالعه هم‌گروهی، نتایج مربوط به ۶۶ بازیکن تحت تجزیه و تحلیل قرار گرفت (۱۲ بازیکن از حضور در ادامه مطالعه منصرف شدند). مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها در جدول ۱ ذکر شده است. ۳۲ نفر (۴۸ درصد) از بازیکنان، ۳۳ آسیب را متحمل شدند. در طول فصل، ۱۰۰۸ ساعت فعالیت بازیکنان ثبت شد. میزان بروز کلی آسیب، ۸/۷ آسیب در هر ۱۰۰۰ ساعت تمرین (۹۵ درصد فاصله اطمینان، ۱۰/۱-۷/۰۱) و ۲۳/۹ آسیب در هر ۱۰۰۰ ساعت مسابقه (۹۵ درصد فاصله اطمینان، ۱۸/۵۸-۳۰/۸۸) بود. مفصل زانو با ۴۸ درصد، مچ پا با ۳۰ درصد و ساق پا با ۱۹ درصد شایع‌ترین مواضع بروز آسیب بودند.

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک آزمودنی‌ها

متغیر	انحراف استاندارد ± میانگین
سن (سال)	۱۵/۱۲ ± ۰/۶۶
قد (سانتی متر)	۱۷۰/۸۵ ± ۱۴/۴۹
وزن (کیلوگرم)	۶۱/۲۱ ± ۷/۰۳
شاخص توده بدنی	۲۰/۴۹ ± ۱/۷۲
درصد چربی	۱۴/۷۵ ± ۲/۱۸

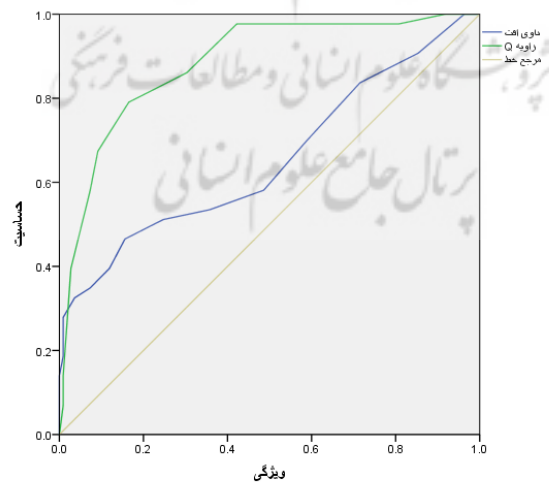
نتایج نشان داد بازیکنانی که افت ناوی پای برتر ($p=0/01$, $OR=4/50$)، زاویه Q پای برتر ($p=0/04$, $OR=2/77$) و زانوی پرانتری ($p=0/02$, $OR=4/06$) بیشتری دارند، در معرض خطر بالاتری برای آسیب دیدگی قرار داشتند، اما ارتباط معنی‌داری بین متغیرهای قد ($OR=0/96$)، وزن ($p=0/29$, $OR=1/07$)، شاخص توده بدنی ($p=0/58$, $OR=0/71$)، افت ناوی پای غیر برتر ($p=0/28$, $OR=1/3$) و زاویه هایپر اکستنشن زانو ($p=0/62$, $OR=1/02$) با بروز آسیب‌ها دیده نشد (جدول ۲).

1. Receiver Operating Characteristic

جدول ۲. نتایج آزمون لجستیک رگرسیون برای مقایسه بازیکنان آسیب‌دیده و آسیب‌نندیده (میانگین \pm انحراف استاندارد)

سطح معنی‌داری	OR ۹۵٪ اطمینان برای		OR	گروه آسیب‌دیده (n=۳۲)	گروه آسیب‌نندیده (n=۳۴)	
	بالایی	پایینی				
۰/۲۹	۱/۰۸	۰/۸۵	۰/۹۶	۱۶۸/۶۸±۲۰/۲۰	۱۷۲/۴۵±۷/۰۸	قد (سانتی‌متر)
۰/۵۸	۱/۳۰	۰/۸۸	۱/۰۷	۶۱/۸±۵/۵۰	۶۰/۸۰±۸/۰۰	وزن (کیلوگرم)
۰/۶۲	۱/۴۳	۰/۳۵	۰/۷۱	۲۰/۶۰±۱/۸۰	۲۰/۴۰±۱/۷۰	شاخص توده‌ی بدنی
۰/۲۳	۱/۷۶	۰/۹۰	۱/۲۶	۱۵/۱۱±۲/۴۱	۱۴/۵۰±۲/۰۰	درصد چربی
۰/۰۱*	۲۹/۸۳	۲/۴۲	۴/۵۰	۳/۳۱±۱/۶۰	۰/۸۰±۰/۷۱	افت ناوی پای برتر (میلی‌متر)
۰/۲۸	۳۱/۱۳	۱/۱۲	۱/۳۰	۲/۰۰±۱/۴۶	۱/۱۳±۰/۹۴	افت ناوی پای غیربرتر (میلی‌متر)
۰/۰۴*	۱۹/۷۰	۱/۴۳	۲/۷۷	۱۹±۲	۱۵±۱	زاویه Q پای برتر (درجه)
۰/۱۹	۱۸/۶۵	۲/۴۱	۱/۱۰	۱۸±۲	۱۵±۲	زاویه Q پای غیربرتر (درجه)
۰/۰۲*	۱۳/۵۲	۱/۲۳	۴/۰۸	۴/۶۱±۱/۵۱	۱/۰۱±۱/۱۳	پای پرانتری (سانتی‌متر)
۰/۶۲	۶/۸۰	۱/۱۰	۱/۰۲	۴±۲	۲±۲	زاویه هایپر اکستنشن (درجه)

تعیین نقطه برش شاخص‌های افت ناوی، زانوی پرانتری و زاویه Q پای برتر: از منحنی مشخصه عملکرد سیستم برای تعیین نمره برش شاخص‌های افت ناوی، زانوی پرانتری و زاویه Q پای برتر برای تشخیص بازیکنان آسیب‌دیده و غیرآسیب‌دیده استفاده شد (نمودار ۱).



نمودار ۱. منحنی مشخصه عملکرد سیستم برای شاخص‌های افت ناوی، زانوی پرانتری و زاویه Q پای برتر

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، مساحت زیر منحنی مشخصه عملکرد سیستم بیش از ۰/۵۰ است که مبین عملکرد مطلوب شاخص‌های افت ناوی، زانوی پرانتری و زاویه Q پای برتر در پیش‌بینی آسیب‌ها است. براساس نتایج این منحنی و همچنین شاخص یودن^۱ (۲۷) نقطه ۱/۵

1. Youden's index

2. Cut-off

سانتی متر به منزله نقطه برش^۱ شاخص افت ناوی پای برتر، فاصله ۲/۳ سانتی متری به مثابه نقطه برش زانوی پرانتزی و نقطه ۱۵/۵ درجه ای به عنوان نقطه برش شاخص زاویه Q در نظر گرفته شد.

جدول ۳. نتایج آزمون منحنی مشخصه عملکرد سیستم

مسطح معنی داری	خطای معیار	مساحت زیر نمودار	افت ناوی
۰/۷۴-۰/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴	زانوی پرانتزی
۰/۸۹-۰/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵	زاویه Q
۰/۶۷-۰/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰	

نتایج منحنی مشخصه عملکرد سیستم (ROC) برای شاخص افت ناوی در نقطه برش ۱/۵ سانتی متری حساسیت برابر با ۰/۹۶ و ویژگی برابر با ۰/۸۷ نشان داد. همچنین، این منحنی در نقطه برش ۲/۳ سانتی متری زانوی پرانتزی حساسیت ۰/۹۳ و ویژگی ۰/۸۹ را نشان داد. نتایج منحنی مشخصه عملکرد سیستم (ROC) برای زاویه Q در نقطه برش ۱۵/۵ درجه نیز حساسیت برابر با ۰/۹۶ و ویژگی برابر با ۰/۸۶ نشان داد (۲۷). نسبت احتمال (Odds Ratio) برای افت ناوی پای برتر ۴/۵۰ بود؛ به عبارت دیگر، بازیکنانی که شاخص افت ناوی آنها بیشتر از ۱/۵ سانتی متر باشد، ۴/۵۰ برابر بازیکنان دیگر مستعد بروز آسیب اندام تحتانی هستند. همچنین، نسبت احتمال وقوع برای زاویه Q ۲/۷۷ و برای زانوی پرانتزی ۴/۰۸ بود.

بحث

هدف این مطالعه بررسی رابطه استاتیک اندام تحتانی و بروز آسیب های بازیکنان نوجوان فوتبال ایران بود. نتایج نشان داد که افت ناوی پای برتر، زاویه Q پای برتر و زانوی پرانتزی با بروز آسیب در بین بازیکنان نوجوان فوتبال ارتباط معنی داری دارد. در این پژوهش، افزایش زاویه Q یکی از عوامل خطر مهمی شناخته شد که میزان بروز آسیب های بازیکنان را افزایش می دهد مسیر و همکاران (۱۹۹۱) هم نتایج مشابهی به دست آوردند. آنها بیان کردند افرادی که زاویه Q بیش از ۱۶ درجه دارند، بیشتر در معرض بروز سندرم درد قدامی زانو قرار دارند (۲۸). پوکری و همکاران (۲۰۰۹) نیز گزارش کردند دوندگانی که زاویه Q غیرنرمال داشته اند بیشتر به آسیب های جسمانی مبتلا شده اند (۲۹). همچنین، در مطالعه هم گروهی مشابهی، بیان شد خطر بروز آسیب هایی مانند استرس فراکچر و استرین عضلانی در نظامیانی که افزایش زاویه Q بیش از ۱۵ درجه دارند، افزایش می یابد (۳۰) کوان و همکاران (۱۹۹۶) نیز افزایش خطر بروز آسیب های اندام تحتانی را

در سربازانی که دارای زاویه Q افزایش یافته هستند گزارش کردند (۱۴). شامبوآگ و همکاران (۱۹۹۱) نیز اختلاف زاویه Q پای چپ و راست و نیز اختلاف طول دو پا را عامل پیش‌بین آسیب‌های اندام تحتانی بازیکنان بسکتبال معرفی کردند (۱۵). افزایش یا کاهش زاویه Q می‌تواند سبب تغییر زاویه کشش عضلات مؤثر در زانو و ران شود. تغییر در خط کشش عضلات نیز نیروهای برشی و فشاری وارد بر مفاصل اندام تحتانی خصوصاً زانو را در زمان اجرای تمرینات گوناگون افزایش می‌دهد و این مسئله می‌تواند به افزایش خطر بروز آسیب منجر شود (۳۱). از سوی دیگر، پرنیس و همکاران (۲۰۰۱) بیان کردند که افزایش زاویه Q و افت ناوی سبب اختلال در راستایی طبیعی اندام تحتانی و مخصوصاً مفصل زانو می‌شود. افزایش زاویه Q می‌تواند سبب افزایش نیروی والگوس در زانو و اختلال در انتقال نیرو در اندام تحتانی گردد. این اختلال در انتقال نیرو، سبب ایجاد حرکات جانبی در مفاصل زانو و میچ پا می‌شود و بدین ترتیب احتمال بروز آسیب افزایش می‌یابد (۳۲).

اما کایرول و همکاران (۱۹۹۳) رابطه معنی‌داری بین بروز آسیب‌ها و افزایش زاویه Q گزارش نکرده‌اند (۳۳). سودرمان و همکاران (۲۰۰۱) نیز در بررسی عوامل خطر آسیب‌های اندام تحتانی زنان فوتبالیست بیان کردند که هیچ رابطه‌ای بین افزایش زاویه Q و بروز آسیب‌ها وجود ندارد (۲۱). پفانیس و همکاران (۲۰۰۹) گزارش کردند رابطه معنی‌داری بین وقوع آسیب اسپرین میچ پا و زاویه Q در ورزشکاران وجود ندارد (۲۲). تفاوت در ویژگی‌های آزمودنی‌ها و روش اندازه‌گیری زاویه Q از دلایل تناقض یافته‌های مطالعه حاضر و تحقیقات مذکور است. آزمودنی‌های مطالعه سودرمان و کایرول را زنان تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های مطالعه پفانیس و همکاران نیز مردان با میانگین سنی ۲۴ سال بودند. مطالعات گذشته نشان داده است که سن و جنسیت از عوامل بسیار مؤثر بر زاویه Q است (۲۲). همچنین، مطالعات مذکور از روش‌هایی مانند اندازه‌گیری زاویه Q در حالت خوابیده یا روش رادیوگرافی استفاده کرده‌اند که این مسئله نیز می‌تواند از علل احتمالی تفاوت در نتایج به دست آمده با مطالعه حاضر باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان افت ناوی و خطر بروز آسیب‌ها رابطه معنی‌داری وجود دارد. هرچه افت ناوی بیشتر باشد، خطر بروز آسیب نیز بیشتر می‌شود. نتایج این پژوهش با امرایی و همکاران (۲۰۱۳)، سیم کین و همکاران و کافمن و همکاران مطابقت دارد (۳۴، ۳۵، ۳۶). کافمن خطر بروز آسیب‌های ناشی از استفاده بیش‌ازحد را برای افرادی که صافی کف پا دارند بیش از دوبرابر در مقایسه با افراد دارای کف پای نرمال گزارش کرده‌اند (۳۷). چین و همکاران (۲۰۰۷) نیز نتایج مشابهی در بازیکنان فوتسال استرالیایی گزارش کردند (۳۸). تونگ و کانگ (۲۰۱۳) در بررسی نظام‌مند مطالعات انجام‌شده در زمینه رابطه بین ساختار قوس‌های کف پا و بروز آسیب‌ها با استفاده از فرا تحلیل ۲۹ مطالعه را بررسی و گزارش کردند که رابطه معنی‌داری بین

کاهش قوس‌ها و بروز آسیب‌های اندام تحتانی وجود دارد (۳۹). نینگ و همکاران اثبات کردند که در اثر تغییر قوس کف پا نیروی اینورژنی به ساق پا وارد می‌شود. این نیرو سبب چرخش به داخل ساق پا می‌شود و این مسئله سبب افزایش نیروهای وارد بر مفاصل اندام تحتانی و به دنبال آن، افزایش خطر بروز آسیب می‌شود (۴۰) از سوی دیگر، در هنگام برخورد پاشنه با زمین در هنگام دویدن ۲ تا ۵ برابر وزن بدن از طرف زمین به سوی بدن نیرو وارد می‌شود. اما این نیروی بسیار زیاد توسط عضلات، لیگامنت‌ها و قوس‌های کف پا تعدیل می‌گردد. بنابراین، کاهش قوس نیروی وارد به اندام تحتانی را افزایش می‌دهد و به دنبال آن، میزان بروز آسیب‌ها نیز افزایش خواهد یافت. همچنین، بورنز و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که تغییر قوس‌های کف پا سبب تغییر الگوی فشار در کف پا در هنگام راه رفتن می‌شود. در حقیقت، تغییر قوس‌ها سبب افزایش فشار وارد شده از طریق نیروی عکس‌العمل زمین می‌شود و این مسئله نیز می‌تواند در افزایش خطر بروز آسیب مؤثر باشد (۴۱).

البته گیلادی و همکاران (۱۹۸۵) نتایج متناقضی را گزارش کردند. این محققان بیان کردند که سربازان نظامی با قوس کاهش یافته کف پا کمتر به آسیب‌های ناشی از استفاده بیش از حد مبتلا شده‌اند (۳۵). البته در این مطالعه، قوس کف پا در حالت بدون تحمل وزن ارزیابی شده بود که این مسئله صحت اطلاعات را با تردید مواجه می‌سازد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زانوی پرانتزی رابطه معنی‌داری با بروز آسیب‌ها در بازیکنان دارد. نتایج مطالعات پیشین نیز در این زمینه بسیار متناقض است. برای مثال، مونگومری و همکاران هیچ رابطه معنی‌داری بین راستای زانو و بروز آسیب‌ها به دست نیاوردند (۴۲). اما کووان و همکاران خطر بروز آسیب‌های اورپوز را برای افرادی که زانوی پرانتزی دارند ۱/۹ برابر دیگران گزارش کردند (۳۰). لون و همکاران نیز بروز آسیب در افراد دارای زانوی پرانتزی را بیشتر از دیگران گزارش کرده‌اند (۱۹). بروز وضعیت زانوی پرانتزی سبب تغییر نیروها در مفاصل اندام تحتانی و مخصوصاً زانو می‌شود. افرادی که زانوی پرانتزی دارند مقدار بیشتری نیرو را در بخش داخلی مفصل زانوی خود تحمل می‌کنند این مقدار نیرو می‌تواند حتی به سه یا چهار برابر نیروی وارد شده بر بخش خارجی زانو نیز افزایش یابد. همچنین، وضعیت زانوی پرانتزی مفصل کشکی رانی را نیز تغییر می‌دهد و این مسائل می‌تواند سبب بروز آسیب شود (۴۳).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که سنجش راستای اندام تحتانی مانند زاویه Q، زانوی پرانتزی و افت ناوی شاخص‌هایی معتبر در پیش‌بینی آسیب‌های بازیکنان فوتبال نوجوان است بنابراین پیشنهاد می‌گردد این شاخص‌ها در طراحی برنامه‌های پیش‌گیرانه از آسیب مورد نظر مریبان قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این مقاله از طرح پژوهشی استخراج شده است که با حمایت مالی پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی وزارت علوم انجام شده بود. از مربیان، مدیران و بازیکنان تیم‌های شرکت‌کننده در این مطالعه تشکر می‌کنم. همچنین از دوستان و همکاران گران‌قدرم که در انجام آزمون‌ها مشارکت فعال داشتند قدردانی می‌کنم.

منابع

1. Wong, P., Hong, Y. (2005). Soccer injury in the lower extremities. *British Journal of Sports Medicine*. 39(8):473-82.
2. Junge, A., Dvorak, J. (2004). Soccer injuries: a review on incidence and prevention. *Sports Medicine*. 34(13): 929-38.
3. Hawkins, R., Hulse, M., Wilkinson, C., Hodson, A., Gibson, M. (2001). The association football medical research programme: an audit of injuries in professional football. *British Journal of Sports Medicine*. 35(1): 43-7.
4. Watson, A. (2005). Sports injuries in footballers related to defects of posture and body mechanics. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*. 35(4): 289-95.
5. Inklaar, H. (2004). Soccer injuries. II: Aetiology and prevention. *Sports Medicine*. 18(2): 81-93.
6. Dvorak, J., Junge, A. (2000). Football injuries and physical symptoms. A review of the literature. *American Journal of Sports Medicine*. 28(5): 3-9.
7. Zarei, M., Rahnama, N., Rajabi, R. (2009). The effect of soccer players' positional role in Iran super league on sport injury rates. *World Journal of Sport Science*. 2(1): 60-4.
8. Orchard, J. (2002). Is there a relationship between ground and climatic conditions and injuries in football?. *Sports Medicine*. 32(7): 419-32.
9. Ekstrand, J., Nigg, B. (2002). Surface-related injuries in soccer. *Sports Medicine*. 8(1): 56-62.
10. Ekstrand, J., Gillquist, J. (2000). The avoidability of soccer injuries. *International Journal of Sports Medicine*. 4(2): 124-8.
11. Zarei, M., Rahnama, N., Bambaiechi, E. (2010). Performance and injury incidence rate in home and away games in Iran premier league teams. *British Journal of Sports Medicine*. 44(1): 15.
12. Wen, D., Puffer, J., Schmalzried, T. (2010). Lower extremity alignment and risk of overuse injuries in runners. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 29(10): 1291-8.
13. LaPrade, R., Burnett, Q. (1994). Femoral intercondylar notch stenosis and correlation to anterior cruciate ligament injuries. A prospective study. *American Journal of Sports Medicine*. 22(2): 198-202.
14. Cowan, D., Jones, B., Frykman, P., Polly J., Harman, E., Rosenstein, R., Rosenstein, M. (2006). Lower limb morphology and risk of overuse injury among male infantry trainees. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 28(8): 945-51.
15. Shambaugh, J., Klein, A., Herbert, J. (2001). Structural measures as predictors of injury basketball players. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 23(5): 522-9.
16. Beynon, B., Renstrom, P., Alosa, D., Baumhauer, J., Vacek, P. (2001). Ankle ligament injury risk factors: a prospective study of college athletes. *Journal of Orthop Reserch*. 19(2): 213-20.
17. Hertel, J., Dorfman, J., Braham, R. (2004). Lower extremity malalignments and anterior cruciate ligament injury history. *Journal of Sports Science Medicine*, 3(4): 220-5.
18. Ilahi, O., Kohl, H. (1998). Lower extremity morphology and alignment and risk of overuse injury. *Clinic Journal Sport Medicine*. 8(1): 38-42.
19. Lun, V. (2004). Relation between running injury and static lower limb alignment in recreational runners. *British Journal of Sports Medicine*. 38(5): 5-18.
20. Twellaar, M. (2007). Physical characteristics as risk factors for sports injuries: a four year prospective study. *International Journal of Sports Medicine*. 18(1): 66-71.
21. Söderman, K., Alfredson, H., Pietilä, T., Werner, S. (2001). Risk factors for leg injuries in female soccer players: a prospective investigation during one out-door season. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 9(5): 313-21.
22. Pefanis, N., Papaharalampous, X., Tsiganos, G., Papadaku, E., Baltopoulos, P. (2009). The effect of Q angle on ankle sprain occurrence. *Foot & Ankle Specialist*. 2(1): 22-6.
23. McKeon, J., Hertel, J. (2009). Sex differences and representative values for 6 lower extremity alignment measures. *Journal of Athletic Training*. 44(3): 249-54.
24. Yu, B., McClure, S.B., Onate, J.A., Guskiewicz, K.M., Kirkendall, D.T., Garrett, W.E. (2005). Age and gender effects on lower extremity kinematics of youth soccer players in a stop-jump task. *The American Journal of Sports Medicine*. 33(9): 1356-64.
25. Gheytsi, m., Alizadeh, M., Rajabi, R. (2009) Is Q-Angle a predictor of knee ligament and meniscus injury in elite wrestlers? *Harakat*. 39(1): 53-70.
26. Witvrouw, E., Danneels, L., Thijs, Y., Cambier, D., Bellemans, J. (2009). Does soccer participation lead to genu varum?. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*. 17(4): 422-7.
27. Bewick, V., Cheek, L., Ball, J. (2004). Statistics review 13: receiver operating characteristic curves. *Critical Care*. 8(6): 508-12.
28. Messier, S.P., Davis, S.E., Curl, W.W., Lowery, R.B., Pack, R.J. (2001). Etiologic factors associated with

- patellofemoral pain in runners. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 23(9): 1008-15.
29. Puckree, T., Govender, A., Govender, K., Naidoo, P. (2009). The quadriceps angle and the incidence of knee injury in Indian long-distance runners. *South African Journal of Sports Medicine*. 19(1): 9-11.
 30. Cowan, D.N., Jones, B.H., Frykman, P.N., Polly Jr, D.W., Harman, E.A., Rosenstein, R.M., Rosenstein, M.T. (1996). Lower limb morphology and risk of overuse injury among male infantry trainees. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 28(8): 945-52.
 31. Sikorski, J., Peters, J., Watt, I. (2009). The importance of femoral rotation in chondromalacia patellae as shown by serial radiography. *Journal of Bone & Joint Surgery, British Volume*. 61(4): 435-42.
 32. Prentice, W., Voight, M. (2001). *Techniques in musculoskeletal rehabilitation*. McGraw Hill Professional.
 33. Caylor, D., Fites, R., Worrell, T.W. (1993). The Relationship between quadriceps angle and anterior knee pain syndrome 1. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 17(1): 11-6.
 34. Amraee, D., Alizadeh, M.H., Razi, M., Yazdi, H.R., Minoonejad, H. (2013). Risk factors associated with noncontact injuries of the anterior cruciate ligament in male athletes. *Minerva Ortopedica E Traumatologica*. 64(4): 435-44.
 35. Giladi, M. (1995). The low arch, a protective factor in stress fractures. A prospective study of 295 military recruits. *Orthopaedic Reviews*. 14(11): 81-4.
 36. Simkin, A. (2009). Combined effect of foot arch structure and an orthotic device on stress fractures. *Foot & Ankle International*. 10(1): 25-9.
 37. Kaufman, K.R. (1999). The effect of foot structure and range of motion on musculoskeletal overuse injuries. *The American Journal of Sports Medicine*. 27(5): 585-93.
 38. Cain, L. (2007). Foot morphology and foot/ankle injury in indoor football. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 10(5): 311-19.
 39. Tong, J., Kong, P. (2013). Association between foot type and lower extremity injuries: systematic literature review with meta-analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 43(10): 700-14.
 40. Nigg, B., Cole, G., Nachbauer, W. (2003). Effects of arch height of the foot on angular motion of the lower extremities in running. *Journal of Biomechanics*. 26(8): 909-16.
 41. Burns, J., Crosbie, J., Hunt, A., Ouvrier, R. (2005). The effect of pes cavus on foot pain and plantar pressure. *Clinical Biomechanics*. 20(9): 877-82.
 42. Montgomery, L.C., Nelson, F.R., Norton, J.P., Deuster, P.A. (1989). Orthopedic history and examination in the etiology of overuse injuries. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 21(3): 237-43.
 43. Espandar, R., Mortazavi, S.M.J., Baghdadi, T. (2010). Angular deformities of the lower limb in children. *Asian Journal of Sports Medicine*. 1(1): 46-50.

