

مقایسه میزان بی حرکتی حاصل از ارتزهای پیش ساخته مچ دست در افراد سالم

مینوکلانتری^{۱*}، مهدی رضایی^۲، سید مهدی طباطبایی^۳

۱- مربی، کارشناس ارشد کاردرمانی، عضو هیئت علمی، گروه کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۲- مربی، کارشناس ارشد ارتوپدی فنی، عضو هیئت علمی، گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳- کارشناس ارشد آمار، گروه علوم پایه، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: با وجود شیوع بسیار بالای بیماریهای مچ دست و استفاده عمومی از ارتزهای پیش ساخته موجود در بازار، اطلاع دقیقی در مورد میزان بی حرکتی ناشی از آنها وجود ندارد. لذا هدف از این مطالعه، بررسی و مقایسه میزان محدودیت حرکتی حاصل از چهار نوع ارتز پیش ساخته رایج، در افراد سالم بود.

مواد و روشها: ۴۰ دانشجوی دانشکده توانبخشی (۲۲ دختر و ۱۸ پسر) در محدوده سنی ۱۹-۲۵ سال در این مطالعه شرکت داشتند. دامنه حرکتی مچ دست راست به وسیله الکتروگونیا متر اندازه گیری شد. سپس ۴ نوع ارتز (تکنوتن، طب و صنعت، LP و Oppo) به طور تصادفی بر روی دست نمونه ها بسته شد. هر فرد تا حد امکان، مچ دست خود را خم (Flexion) و باز (Extention) می کرد. هر حرکت سه بار انجام شد و بین هر ارتز، ۶۰ ثانیه برای استراحت در نظر گرفته شد. آزمون آنالیز واریانس با اندازه گیریهای مکرر برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: آنالیز داده ها نشان داد که میانگین دامنه خم کردن ($p < 0/001$) و باز کردن ($p < 0/001$) چهار ارتز، تفاوت معنی داری داشت. آزمون Bonferroni نشان داد که میانگین دامنه خم کردن در ارتز Oppo (40 ± 10) به طور معنی داری کمتر از ارتز طب و صنعت و تکنوتن بود (به ترتیب $p < 0/003$ و $p < 0/002$). همچنین میانگین دامنه باز کردن در ارتز طب و صنعت (52 ± 10) با ارتز LP و تکنوتن، تفاوت معنی داری داشت (به ترتیب $p < 0/001$ و $p < 0/006$).

نتیجه گیری: هیچ کدام از ارتزهای پیش ساخته، منجر به بی حرکتی نمی شوند. بنابراین توجه درمانگران به ویژگیهای ارتز، قبل از تجویز و تناسب آن با دست استفاده کننده، بسیار حائز اهمیت است.

واژگان کلیدی: ارتز پیش ساخته، دامنه حرکتی، مچ دست.

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Kalantari M, Rezaei M, Tabatabaei SM. A comparison study of available range of movement in common commercial wrist orthoses in normal subjects. Pejouhandeh 2011;16(4):187-92.

مقدمه

ارتزهای مچ دست در درمان بسیاری از مشکلات، مثل آرتريت روماتوئید، ضایعات عصب رادیال، بی ثباتی مچ دست و سندرم تونل کارپ (carpal tunnel syndrome) جهت حمایت از مچ و یا محدود کردن حرکات مچ استفاده می شوند (۱). کاربرد این ارتزها به منظور جلوگیری از تغییر شکل، حفاظت از بافتها در

هنگام ترمیم، رهایی از درد در هنگام التهاب و یا به دنبال ضایعات است (۲). استفاده از ارتزهای فوق در بیماران روماتیسمی، باعث کاهش درد در طی فعالیت و بهبود قدرت گرفتن شیء می شود (۳). علاوه بر بیماریهای فوق، انجام حرکتهای تکراری در بعضی از مشاغل نیز منجر به درد مچ و استفاده از ارتزها برای بی حرکتی می شود. به طور مثال، مچ درد و اختلالات ضربه ای تجمعی (Cumulative Trauma Disorder) در بین نوازندگان آماتور سازهای سه تار و دف شایع است (۴). بسیاری از زنان ایرانی که در کارخانه ها کار

*نویسنده مسؤول: مینو کلانتری؛ تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده توانبخشی، گروه کاردرمانی؛ تلفن: ۷۷۵۶۱۷۲۱؛ پست الکترونیک: mn_kalantari@yahoo.com

می کنند (۸). با توجه به اینکه اطلاعات دقیقی در مورد ارتزهای پیش ساخته موجود در ایران در دست نیست، از این رو، این مطالعه به منظور مقایسه میزان بی حرکتی حاصل از چهار نوع ارتز پیش ساخته متداول، انجام شد.

مواد و روشها

این مطالعه شبه تجربی در مورد ۴۰ دانشجوی دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، که به طور تصادفی از لیست کامپیوتری انتخاب شدند انجام شد. افرادی که در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۵ سال، راست دست، با دامنه حرکتی طبیعی در مچ بودند و سابقه هیچگونه ضایعه در مچ دست نداشتند، در مطالعه شرکت داده شدند. معیار خروج از مطالعه نیز داشتن درد در حین تحقیق بود.

پس از انتخاب نمونه ها بر اساس شرایط جامعه آماری و اخذ رضایت آنها، فرم اطلاعاتی برای هر نمونه تکمیل شد و دامنه حرکتی مچ هر دو دست، بوسیله الکتروگونیا متر اندازه گیری و ثبت شد. برای بررسی تکرارپذیری داده ها، به طور تصادفی ده نفر از نمونه ها انتخاب شدند و به فاصله دو ساعت، مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

برای جلوگیری از کشیدگی عضلات قبل از بستن ارتزها، تمرینهای گرم کردن مطابق با مطالعه Ellis و Sawyer انجام شد. این تمرینها شامل ۱۰ حرکت خم و باز کردن مچ دست راست، با ۵ ثانیه کشش در انتهای هر حرکت بود. ارتزها از شماره ۱ تا ۴ نام گذاری شدند و برای جلوگیری از تأثیر احتمالی ترتیب استفاده از ارتزها بر روی نتایج تحقیق، محققین آنها را بدین شکل به کار بردند که برای نفر اول از ارتز شماره ۱ به بعد، نفر دوم از ارتز شماره ۲ به بعد، نفر سوم از ارتز شماره ۳ به بعد و بدین ترتیب، ارتزها با نظم و آرایش خاصی بر روی دست نمونه ها بسته شدند تا اولین ارتز، برای همه نمونه ها یکسان نباشد.

ارتزها شامل ۱- ارتز طب و صنعت (این ارتز از جنس پارچه حوله ای است و بار پالمار آن ۲ سانتیمتر عرض دارد که از جنس پلی آمید ساخته شده است. طول ارتز ۲۰ سانتیمتر است. یک بار دیگر هم در سطح دورسال آن با عرض ۲ سانتیمتر از همان جنس وجود دارد)؛ ۲- ارتز تکنوتن (این ارتز از جنس نئوپرن است، بار پالمار آن ۲ سانتیمتر عرض دارد، از جنس آلومینیوم است و طول ارتز ۲۰ سانتیمتر است)؛ ۳- ارتز LP (این ارتز از جنس نئوپرن است، بار پالمار آن ۳/۷ سانتیمتر عرض دارد، از جنس آلومینیوم است و طول ارتز ۱۸ سانتیمتر است)؛ ۴- ارتز Oppo (این ارتز از جنس نئوپرن

می کنند نیز از آرتریت مچ و التهاب مفاصل دست و انگشتان رنج می برند (۵).

ارتزهای مچ دست را می توان به صورت پیش ساخته، در اندازه های متفاوت خریداری کرد. از مزایای این ارتزها، می توان به مواردی چون قیمت مناسب، صرفه جویی در زمان لازم برای ساخت، طراحی منحصر به فرد و زیبایی آنها اشاره کرد (۱)، بنابراین در بسیاری از موارد، توسط پزشکان و متخصصان توانبخشی تجویز می شوند و یا به دلیل شیوع بالای مچ درد و در دسترس بودن این ارتزها، فرد مستقیماً به داروخانه مراجعه کرده و شخصاً آنها را خریداری می نماید. از میزان مصرف این نوع از ارتزها در کشور ما آمار دقیقی وجود ندارد، اما طبق بررسی Davis و Mercer میزان ارتزهای پیش ساخته ای که دو کار درمان در یک سال مالی تجویز کرده بودند، در حدود ۴۰۰۰ پوند بوده است (۶).

در نعداد کمی از مطالعات، میزان بی حرکتی حاصل از ارتزها بررسی شده است. Carlson و trombly برای اولین بار، دامنه حرکتی مچ را در هنگام پوشیدن ارتز و انجام آزمونهای عملکردی دست، بررسی کردند (۷). Thomas و Collier در سال ۲۰۰۲، مطالعه ای دیگر بر روی ۴۰ زن سالم و داوطلب که بین ۲۰ تا ۳۹ سال، سن داشتند انجام دادند. از آنها خواسته شد در حالی که ارتز نپوشیده اند و همچنین هنگامی که ۴ نوع ارتز متفاوت را پوشیده اند، توپ بسکتبال را پرتاب کنند. ارتزهای آنها شامل ۳ ارتز پیش ساخته و یک ارتز سفارشی از جنس آکوپلاست بود که به صورت انفرادی، برای دست هر شرکت کننده ساخته می شد. آنها عنوان کردند که ارتزهای سفارشی نسبت به ۳ ارتز پیش ساخته، اجازه خم شدن کمتر و باز شدن بیشتری را به مچ می دهند و طول ارتز در بی حرکتی مچ دست تأثیری ندارد (۸). Ellis و Sawyer نیز در سال ۲۰۰۴ دامنه حرکتی دو نوع ارتز پیش ساخته مچ دست (یکی از جنس نئوپرن و دیگری الاستیک) را در ۲۰ دانشجوی با دامنه سنی ۱۸ تا ۳۶ سال بررسی کردند. نتایج نشان دادند که هیچ کدام از ارتزها، مچ را بی حرکت نمی کنند. آنها عنوان کردند که ارتزهای الاستیک، محدودیت حرکتی بیشتری ایجاد می کنند، اما در مواردی که بی حرکتی، هدف درمانی باشد نباید از هیچ کدام از این ارتزها استفاده کرد (۱).

Gault و Spyker اهمیت بالینی میزان بی حرکتی را در درمان مطرح کردند (۹). اطلاع از میزان بی حرکتی حاصل از ارتز، به متخصص کمک می کند تا ارتز متناسب با شرایط بیمار را انتخاب کند. در حال حاضر، درمانگران با تکیه بر تجارب شخصی خود، در مورد مقدار حرکت موجود در ارتزها قضاوت

انجام می‌شد. مدت زمان فاصله استراحت بین هر ارتز، ۶۰ ثانیه در نظر گرفته شد. نتایج بدست آمده با نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد و از آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر (repeated measure ANOVA) استفاده شد. سطح معنی‌داری، $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

۴۰ دانشجو (۲۲ دختر و ۱۸ پسر) با میانگین سنی ۲۱/۲ سال در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین دامنه خم کردن مچ، $83/27 \pm 9/2$ و میانگین دامنه باز کردن $76/31 \pm 11/35$ بود. بررسی پایایی آزمون-بازآزمون در ده نفر از نمونه‌ها، با آزمون پیرسون، نشان داد که داده‌ها از پایایی خوبی برخوردار بود ($r = 0.78$ و $p < 0.008$). جدول ۱ و ۲ شاخصهای آماری (دامنه، میانگین و انحراف معیار) حرکت خم و باز کردن مچ را هنگام پوشیدن چهار ارتز نشان میدهد.

است، بار پالمار آن ۴ سانتیمتر عرض دارد، از جنس آلومینیوم است و طول ارتز ۱۷ سانتیمتر است.) زاویه بار پالمار در تمام این ارتزها ۳۰-۴۰ درجه است.

ارتزها در سه اندازه کوچک، متوسط و بزرگ تهیه شدند و متناسب با اندازه دست نمونه‌ها، مورد استفاده قرار گرفتند. انتخاب اندازه ارتز با نظر متخصصین ارتز-پروتز و کاردرمان انجام شد و ملاک اصلی انتخاب این بود که دست، کاملاً بر روی میله پالمار قرار گرفته و ارتز در تماس کامل با سطح دورسال مچ دست باشد و هیچ فاصله‌ی بین لبه‌های ارتز نباشد و یا لبه‌ها بر روی هم قرار نگیرند. سپس از افراد پرسیده می‌شد که آیا احساس ناراحتی می‌کنند یا خیر. الکتروگونیا متر با چسب، روی سطح پشتی دست در امتداد متاکارپ سوم و خط وسط ساعد بسته می‌شد و در این حالت زاویه‌ای که مچ دست در داخل ارتز داشت، اندازه‌گیری شد. سپس شرکت‌کننده تا حد امکان، مچ دست را خم و باز می‌کرد. هر حرکت سه بار

جدول ۱- توزیع شاخصهای آماری حرکت خم کردن در چهار ارتز

دامنه حرکت مچ دست	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
خم کردن مچ بدون ارتز	۴۰	۶۰	۱۰۱/۳۰	۸۳/۲۷	۹/۲۲
خم کردن با ارتز LP	۴۰	۱۵	۶۱/۳۰	۴۲/۴۳	۱۰/۴۴
خم کردن با ارتز طب و صنعت	۴۰	۱۷/۶۰	۶۸	۴۴/۹۰	۱۰/۸۵
خم کردن با ارتز Oppo	۴۰	۱۲	۵۹/۶۰	۴۰/۵۶	۱۰/۲۲
خم کردن با ارتز تکنوتن	۴۰	۲۰	۶۵/۳۰	۴۴/۲۴	۹/۳۷

جدول ۲- توزیع شاخصهای آماری حرکت باز کردن در چهار ارتز

دامنه حرکت مچ دست	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
باز کردن بدون ارتز	۴۰	۵۵	۹۹/۳۰	۷۶/۳۱	۱۱/۳۵
باز کردن با ارتز LP	۴۰	۳۴	۸۰	۵۹/۲۹	۱۰/۵۳
باز کردن با ارتز طب و صنعت	۴۰	۳۱	۷۶/۶۰	۵۱/۹۷	۱۰/۱۰
باز کردن با ارتز Oppo	۴۰	۳۳/۶۰	۷۱	۵۶/۲۹	۱۱/۲۷
باز کردن با ارتز تکنوتن	۴۰	۳۴	۷۴/۳۰	۵۷/۴۳	۹/۵۰

ارتز Oppo تفاوت معنی‌داری با ارتز طب و صنعت و تکنوتن داشت، اما با ارتز LP تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۳). همچنین میانگین دامنه باز کردن در ارتز طب و صنعت با ارتز LP و تکنوتن، تفاوت معنی‌داری داشت، اما با ارتز Oppo تفاوت معنی‌داری نداشت (جدول ۴).

ابتدا نرمال بودن داده‌ها با آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، بررسی و تأیید شد. آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌گیریهای مکرر، نشان داد که میانگین دامنه خم کردن ($p < 0.001$) و باز کردن ($p < 0.001$) در چهار ارتز، تفاوت معنی‌داری دارد. آزمون Bonferroni نشان داد که میانگین دامنه خم کردن

جدول ۳- نتایج آزمون Bonferroni برای خم کردن مچ

نوع ارتز	تفاوت میانگین	خطای معیار	معنی داری
LP با Oppo	-۱/۸۷۰	۱/۳۳۵	NS
Oppo با طب و صنعت	-۴/۳۴۰	۱/۱۴۲	$P < ۰/۰۰۳$
Oppo با تکنوتن	-۳/۶۸۰	۱/۱۸۹	$p < ۰/۰۲۲$
LP با طب و صنعت	۲/۴۷۰	۱/۱۴۳	NS
LP با تکنوتن	۱/۸۱۰	۱/۱۳۱	NS
تکنوتن با طب و صنعت	۰/۶۶۰	۱/۱۱۲	NS

NS=Not Significant

جدول ۴- نتایج آزمون Bonferroni برای باز کردن مچ

نوع ارتز	تفاوت میانگین	خطای معیار	معنی داری
طب و صنعت با LP	-۷/۳۲۷	۱/۷۸۳	$P < ۰/۰۰۱$
طب و صنعت با Oppo	-۴/۳۲۳	۱/۶۳۹	NS
طب و صنعت با تکنوتن	-۵/۴۶۵	۱/۵۲۶	$P < ۰/۰۰۶$
LP با تکنوتن	۱/۸۶۲	۱/۴۵۵	NS
Oppo با LP	۳/۰۰۵	۱/۷۱۴	NS
Oppo با تکنوتن	۱/۱۴۲	۱/۵۹۹	NS

NS=Not Significant

بحث

در این مطالعه، مقایسه میانگین خم کردن مچ دست، پس از پوشیدن چهار نوع ارتز پیش ساخته متداول، نشان داد که میانگین دامنه خم کردن در ارتز Oppo با ارتز LP تفاوت معنی داری ندارد. مقایسه ویژگیهای این دو ارتز نشان می دهد که آنها یک سانتیمتر از نظر طول با هم تفاوت دارند و عرض بار پالمار آنها تقریباً مشابه است. بنابراین به نظر میرسد که این میزان تفاوت طول، در محدودیت دامنه حرکتی خم کردن تأثیری نداشته است. در مطالعه Collier و Thomas نیز طول ارتز در بی حرکتی مچ دست، تأثیری نداشت (۸).

مقایسه میانگین دامنه خم کردن در ارتز Oppo، با ارتزهای طب و صنعت و تکنوتن، تفاوت معنی داری را نشان داد. ارتز Oppo با ارتز طب و صنعت، تفاوتی بیشتری دارد. تفاوت طول این دو ارتز، ۳ سانتیمتر و تفاوت عرض بار پالمار آنها ۲ سانتیمتر است. ضمناً جنس این دو ارتز نیز با هم متفاوت است. ارتز Oppo و ارتز تکنوتن از یک جنس هستند اما تفاوت طول آنها ۳ سانتیمتر و تفاوت عرض بار پالمار آنها ۲ سانتیمتر است. از این رو بنظر می رسد تفاوت طول ارتز در کنار تفاوت عرض بار پالمار، می تواند بر میزان محدودیت دامنه خم کردن،

مؤثر باشد. از آنجا که مقایسه میانگین خم کردن ارتزهای تکنوتن و LP نیز معنی دار نبود و این دو ارتز، یکی طول بیشتر و دیگری عرض بار پالمار بیشتری دارد، به نظر می رسد این دو فاکتور (طول ارتز و عرض بار پالمار) در کنار هم، باعث تفاوتی معنی دار در دامنه حرکتی می شوند، اما هر کدام به تنهایی می توانند اثر یکدیگر را خنثی کنند. این موضوع با مقایسه ویژگیهای ارتز طب و صنعت و LP نیز تأیید می شود.

ارتز طب و صنعت و تکنوتن نیز از نظر میانگین دامنه خم کردن، تفاوت معنی داری نداشتند. با مقایسه ویژگیهای این دو ارتز که از نظر جنس ارتز با هم تفاوت دارند، به نظر می رسد که جنس ارتز (نئوپرن در مقایسه با پارچه حوله ای)، فاکتور مؤثری در محدودیت دامنه خم کردن نبوده است.

مقایسه میانگین باز کردن مچ دست پس از پوشیدن چهار نوع ارتز پیش ساخته متداول، نشان داد که میانگین دامنه باز کردن در ارتز طب و صنعت با ارتز Oppo تفاوت معنی داری ندارد. مقایسه ویژگیهای این دو نشان می دهد که با وجود تفاوتی آنها از نظر طول، عرض بار پالمار، جنس و داشتن بار دوسال در میزان باز کردن تفاوت معنی داری ایجاد نکرده است. البته بار پالمار، عامل محدودیت خم کردن به شمار

می‌رود و تفاوت عرض بار پالمار این دو ارتز که در دامنه خم کردن مؤثر بود، در اینجا مؤثر واقع نشده است.

مقایسه میانگین دامنه باز کردن در ارتز طب و صنعت با ارتز تکنوتن، تفاوت معنی‌داری داشت. ارتز طب و صنعت و تکنوتن از نظر طول و عرض بار پالمار، یکسان هستند و تفاوت آنها صرفاً در جنس ارتز و وجود بار دورسال است. از آنجا که این دو ارتز در دامنه خم کردن تفاوت معنی‌داری نداشتند و در خم شدن مچ، بار دورسال، عامل محدودیت به حساب نمی‌آید، به‌نظر میرسد که بار دورسال باعث این تفاوت شده است.

میانگین دامنه باز کردن در ارتز طب و صنعت با ارتز LP نیز تفاوت معنی‌داری داشت. این دو ارتز از نظر طول، عرض بار پالمار، جنس و داشتن بار دورسال با هم تفاوت دارند. اینکه چرا این تفاوتها در مورد ارتز Oppo مؤثر نبود، ممکن است به دلیل عرض بار پالمار باشد که در این ارتز، باعث استحکام بیشتر سطح پالمار ارتز و جلوگیری از کشش بیشتر بافت ارتز و حرکت مچ شده و با اثر بار دورسال، مقابله کرده باشد. البته تفاوت میانگین باز کردن ارتز طب و صنعت و ارتز Oppo با سطح معنی‌داری ۰/۰۷۲ رد شد.

ارتزهای Oppo و LP نیز تفاوت معنی‌داری در باز کردن نداشتند. از آنجا که این ارتزها در خم کردن هم با یکدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند، به‌نظر میرسد تفاوت طول ارتز (یک سانتیمتر) در باز کردن نیز مؤثر نیست. ارتز تکنوتن با ارتز LP و ارتز Oppo با تکنوتن نیز تفاوت معنی‌داری نداشتند. طول ارتز و عرض بار پالمار که در خم کردن مؤثر بود، در باز کردن مؤثر نبوده است.

نکته دیگری که لازم به ذکر است، زاویه بار پالمار ارتزها است. با اینکه بار تمام ارتزها در ۳۰-۴۰ درجه باز شدگی قرار داشتند، وقتی نمونه‌ها ارتزها را می‌پوشیدند، دامنه‌ای که الکتروگونیا متر نشان می‌داد در ارتزهای مختلف، حداکثر ۲۳ درجه باز شدگی تا ۱۹ درجه خم‌شدگی بود. این تفاوت ممکن است بدین خاطر باشد که طول بار پالمار ارتزها و همچنین قسمتی از بار که در کف دست قرار می‌گیرد، در تمام سایزها یکسان است. بنابراین تناسب آنها بادست استفاده کننده، بسیار حائز اهمیت است. با توجه به اهمیت زاویه مچ در بیماریهایی مثل سندرم تونل کارپ که در بسیاری از مطالعات گزارش شده است (۱۰-۱۲)، توجه به زاویه مچ هنگام تجویز ارتز، اهمیت زیادی دارد. از این رو پس از خریداری ارتز، حتماً زاویه بار پالمار باید توسط متخصص، بررسی و تنظیم شود.

نتایج این مطالعه، اهمیت توجه درمانگران را به ویژگیهای ارتز، قبل از تجویز آن بیشتر مشخص می‌سازد. اگر به دلیل مزایای ارتزهای پیش ساخته (قیمت مناسب، صرفه جویی در زمان ساخت، طراحی منحصر به فرد و زیبایی) آنها را برای بیماران تجویز می‌کنید، به نحوه تناسب ارتز با دست بیمار و خصوصیات آن دقت کنید و به یاد داشته باشید که اگر هدف از تجویز ارتز بی‌حرکتی است، هیچکدام از این ارتزها قادر به ایجاد بی‌حرکتی نیستند. این یافته با نتایج مطالعات Ellis و Sawyer (۱) و مطالعه Collier و Thomas (۸) نیز همخوانی دارد. اگر هدف محدود کردن دامنه حرکتی خم شدگی مچ است، ارتز Oppo محدودیت بیشتری در خم کردن ایجاد می‌کند. در صورتی که محدودیت در باز کردن مچ، مدنظر باشد، ارتز طب و صنعت بیشترین محدودیت را ایجاد می‌کند.

بیشتر بیماران در هنگام پوشیدن ارتزها، نگران میزان عملکردی هستند که در طی فعالیتهای روزمره از دست می‌دهند، زیرا تحرک و عملکرد اندام فوقانی، ممکن است تحت تأثیر ارتز قرار گیرد (۱۳). به هر حال گاهی بی‌حرکتی برای کاهش روند التهاب و تسکین درد از اهداف اصلی تجویز ارتز، توسط پزشک می‌باشد. در چنین شرایطی، هدف انتخاب ارتزی است که بیشترین محدودیت حرکتی را ایجاد کند. همانطور که قبلاً ذکر شد، بر اساس مطالعه Collier و Thomas، ارتز سفارشی و غیر پیش‌ساخته‌ای که برای هر فرد مجزا ساخته شده بود، نسبت به ارتزهای پیش ساخته محدودیت بیشتری فراهم می‌کرد (۸). بنابراین به‌نظر می‌رسد که چنانچه محدودیت بیشتری مدنظر باشد، لازم است ارتز توسط متخصص کاردرمانی یا فنی ارتوپدی برای بیمار ساخته شود.

یکی از محدودیتهای این مطالعه بود که از شرکت‌کننده‌ها خواسته شده بود که مچ خود را روی بار پالمار قرار دهند و سفتی ارتز به‌گونه‌ای بود که احساس راحتی کنند. بنابراین، قضاوت آنها می‌توانست روی نتیجه اثر بگذارد. محدودیت دیگر، این بود که بررسی در مورد افراد سالم و جوان که ضایعه‌ای در مچ نداشتند، انجام گرفت. بنابراین در تعمیم نتایج آن به بیماران مختلف که نیازمند ارتز هستند، باید دقت نظر داشت و عواملی مثل راحتی ارتز را برای استفاده طولانی مدت در نظر گرفت.

نتیجه‌گیری

هیچکدام از ارتزهای پیش‌ساخته منجر به بی‌حرکتی نمی‌شوند و توجه درمانگران به ویژگیهای ارتز، قبل از تجویز و تناسب آن با دست استفاده کننده، بسیار حائز اهمیت است.

REFERENCES

1. Sawyer T, Ellis B. A study to investigate the available range of movement in two makes of commercial wrist orthoses. *Br J Occup Ther* 2004;67(10):461-65.
2. Deshaies LD. Upper Extremity Orthoses, In: Linden, CA, Tromby CA, editors. Occupational therapy for physical dysfunction. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins press; 2008. p.421-65
3. Boyt Schell BA, Cohen ES, Crepeau EB. Overview of personal factors affecting performance, In: Crepeau E B, Cohen E S, Boyt Schell B A, editors. willard & spackmans Occupational Therapy. 11th ed. Lippincott Williams & Wilkins press; 2009. p.650-58
4. Sadeghi Sh. Kazemi B, Jazayeri Shooshtari SM, Bidari A, Jafari P. A high prevalence of cumulative trauma disorders in Iranian instruments. *BMC Musculoskeletal Disord* 2004;5(35).
5. Women in Iran: Where working is a privilege. *Solidarity* 3/47, 4 march 2004 [Internet]. Available from: <http://www.workersliberty.org/node/view/1835?PHPSESSID>
6. Mercer C, Davis M. A survey of the uses and benefits of prefabricated wrist and thumb supports. *Br J Ther Rehabil* 1995;2(11):599-603.
7. Carlson JD, Trombly CA. The effect of wrist immobilization on performance of the Jebsen Hand Function Test. *Am J Occup Ther* 1983 Mar;37(3):167-75.
8. Collier SE, Thomas JJ. Range of motion at the wrist: a comparison study of four wrist extension orthoses and the free hand. *Am J Occup Ther* 2002;56(2):180-4.
9. Gault SJ, Spyker MJ. Beneficial effect of immobilization of joints in rheumatoid and related arthritides: a splint study using sequential analysis. *Arthritis Rheum* 1969;12(1):34-44.
10. Werner RA, Franzblau A, Gell N. Randomized controlled trial of nocturnal splinting for active workers with symptoms of carpal tunnel syndrome. *Arch Phys Med Rehabil* 2005;86(1):1-7.
11. Walker WC, Metzler M, Cifu DX, Swartz Z. Neutral wrist splinting in carpal tunnel syndrome: a comparison of night-only versus full-time wear instructions. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(4):424-9.
12. Weiss ND, Gordon L, Bloom T, So Y, Rempel DM. Position of the wrist associated with the lowest carpal-Tunnel Pressure: implications for splint design. *J Bone Joint Surg Am* 1995;77(11):1695-9.
- 13- Jansen CW, Olson SL, Hasson SM. The effect of use of a wrist orthosis during functional activities on surface electromyography of the wrist extensors in normal subjects. *J Hand Ther* 1997;10(4):283-9.