



Investigating the Effect of Combined Exercises in Water with Thera-band on the Electromyographic Activity of Lower Limbs in People with Pronated Feet During Walking

Mohsen Barghamadi^{1*}, Ebrahim Piri², Khashayar AlaPour³, Leila Saburi⁴,

Ali NosratiHashi⁵

1- Associate Professor of Sports Biomechanics, Department of Sports Biomechanics, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- PhD Candidate of Sports Biomechanics, Department of Sports Biomechanics, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- PhD candidate of Sports Physiology, Department of Sports Physiology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University of Sari, Sari, Iran.

4- M.SC in Sports Biomechanics, Department of Sports Biomechanics, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

5- PhD Candidate of Sports Physiology, Department of Sports Physiology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Corresponding Author: Mohsen Barghamadi, Associate Professor of Sports Biomechanics, Department of Sports Biomechanics, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Email: barghamadi@uma.ac.ir

Received: 2024/04/3

Accepted: 2024/10/21

Abstract

Introduction: Pronated foot is one of the most common abnormalities of the lower limbs. Therefore, this study aimed to investigate the effect of combined exercises in water with the band on the electromyographic activity of the lower limbs in people with pronated feet while walking.

Methods: The present research was semi-experimental and laboratory-type. The statistical sample included 20 men with Pronated feet and 10 men with healthy feet in three groups of 10, including training in water, training in water with Traband, and control. The mentioned exercises were Performed for 8 weeks on People with Pronated feet. The electrical activity of the lower limb muscles was measured using surface electromyography. One-way analysis of variance was used to compare the results between groups. The Performance of the groups was compared using the Bonferroni Post hoc test.

Results: The results showed that the electrical activity of the anterior tibialis muscle ($P=0.001$), vastus medialis ($P=0.001$), rectus femoris ($P=0.001$), and biceps femoris muscle ($P=0.008$) during the heel contact phase was a significant increase in the water training group with theraband ($P=0.001$). The results in the mid-stance phase of walking showed that the activity of the anterior tibialis muscle in the water training group with theraband significantly decreased ($P=0.001$). The results in the swing phase of walking showed that the activity of the medial gastrocnemius ($P=0.011$) and vastus medialis muscle ($P=0.007$) in the group training in water with theraband significantly decreased.

Conclusions: According to the research findings, combined in-water exercises with theraband can have Positive effects on the absorption and adjustment of the resulting shocks due to the significant level of effects of this group compared to the water exercise group from walking.

Keywords: Hydrotherapy, Thera-Band, Electrical Activity Muscle, Pronated Foot, Gait.



بررسی تاثیر تمرینات ترکیبی در آب به همراه تراباند بر فعالیت الکتریکی عضلات اندام تحتانی در افراد مبتلا به پای پرونیت طی راه رفتن

محسن برغمندی^{۱*}، ابراهیم پیری^۲، خشایار علاپور^۳، لیلا صبوری^۴، علی نصرتی هشی^۵

- ۱- دانشیار بیومکانیک ورزشی، گروه بیومکانیک ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
- ۲- دانشجوی دکتری بیومکانیک ورزشی، گروه بیومکانیک ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
- ۳- دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد بیومکانیک ورزشی، گروه بیومکانیک ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.
- ۵- دانشجوی دکتری فیزیولوژی ورزشی، گروه فیزیولوژی ورزشی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: محسن برغمندی، دانشیار بیومکانیک ورزشی، گروه بیومکانیک ورزشی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

ایمیل: barghamadi@uma.ac.ir

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۳۰

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۱/۱۵

چکیده

مقدمه: پای پرونیت یکی از ناهنجاری های شایع اندام تحتانی است. لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی تاثیر تمرینات ترکیبی در آب با تراباند بر فعالیت الکترومیوگرافی اندام تحتانی در افراد دارای پای پرونیت طی راه رفتن بود. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و آزمایشگاهی بود. نمونه آماری شامل ۲۰ مرد دارای پای پرونیت و ۱۰ مرد دارای پای سالم در سه گروه ۱۰ نفری شامل تمرین در آب، تمرین در آب با تراباند و کنترل بودند. تمرینات مذکور به مدت ۸ هفته روی افراد دارای پای پرونیت انجام شد. فعالیت الکتریکی عضلات اندام تحتانی با استفاده از الکترومیوگرافی سطحی اندازه گیری شد. برای مقایسه نتایج بین گروهی از آزمون آنالیز واریانس یک راهه استفاده شد. مقایسه عملکرد گروه ها با استفاده از تست تعقیبی بونفرونی صورت گرفت.

یافته ها: نتایج طی مرحله تماس پاشنه پا با زمین نشان داد که فعالیت الکتریکی عضله ساقی-قدامی ($P=0/001$)، پهن داخلی ($P=0/001$)، راست رانی ($P=0/001$) و دوسررانی ($P=0/008$) در مرحله پس آزمون در گروه تمرین در آب به همراه تراباند افزایش معنی داری داشت ($P=0/001$). نتایج در مرحله پیشروی راه رفتن نشان داد که فعالیت عضله ساقی قدامی در گروه تمرین در آب به همراه تراباند کاهش معنی داری داشت ($P=0/001$). نتایج در مرحله نوسان راه رفتن نشان داد که فعالیت عضله دوقلوی داخلی ($P=0/011$)، پهن داخلی ($P=0/007$) در گروه تمرین در آب به همراه تراباند کاهش معنی داری داشت. **نتیجه گیری:** با توجه به یافته های پژوهش به نظر می رسد که تمرینات ترکیبی درون آب به همراه تراباند به دلیل بالاتر بودن میزان معنی داری اثرات این گروه نسبت به گروه تمرین در آب می تواند اثرات مثبتی بر جذب و تعدیل شوک های ناشی از راه رفتن داشته باشد.

کلیدواژه ها: آب درمانی، تراباند، فعالیت الکتریکی عضلات، پای پرونیت، راه رفتن.

پای پرونیت، یکی از ناهنجاری های مزمن محسوب می شود که شامل صاف شدن قوس طولی-داخلی (Internal Longitudinal Arch, ILA)، والگوس عقبی و ابداکشن میانی کف پا می باشد (۱). این عارضه در بزرگسالان، ۲۳-۲ درصد گزارش شده است. با توجه به عارضه های گوناگون در اندام تحتانی، یکی از عواملی که می تواند آسیب هنگام راه رفتن را تشدید کند، عارضه پرونیشن پا است. آسیب های مرتبط با راه رفتن در افراد دارای پرونیشن پا علت های مختلفی دارد، که می توان به افت استخوان ناوی و متعاقب آن تغییر در فعالیت الکتریکی عضلات ساق و کف پا، اختلال در تعادل، درد تاندون آشیل، کشیدگی همسترینگ و عضلات چهارسر ران اشاره نمود (۲، ۳). عواملی دیگری مانند چاقی، آسیب های وارده به رباط های پا و کاهش سطح مقطع ماهیچه های داخلی پا، نیز مرتبط با پای پرونیت گزارش شده اند که نشان می دهد عملکرد پا مختل شده است. به نحوی که با بروز بیشتر تاندونیت کف پا همراه بوده است (۴). علاوه بر این، صافی کف پا، با فاسیای کف پا، هالکوس والگوس و اختلال عملکرد تاندون تیبیال خلفی همراه است. پای پرونیت به عنوان یک خطر بالقوه برای آسیب های اندام تحتانی مانند، پارگی رباط صلیبی قدامی، سندرم درد کشکک ران و درد مفصل ران در نظر گرفته شده است (۵). افرادی که با اختلال در قوس های کف پا روبه رو هستند، پاتومکانیک های مختلفی را تجربه می کنند. پیامدهای فیزیولوژیکی بر اساس عملکرد زنجیره ای بدن در مبتلایان به این عارضه ممکن است ابتدا از مشکلاتی همانند زانودرد، کمردرد و کاهش کیفیت زندگی خود شکایت کنند، از طرفی با توجه به مکانیک نوع راه رفتن این بیماران شاهد تغییراتی در شکل پا، درد شدید پاشنه و انگشت چکشی خواهند بود (۶). در این ناهنجاری، عضلات اینورتور مانند درشت نی قدامی، فعالیت بیشتری دارند و عضلات اورتور از قبیل عضلات، نازک نی بلند، فعالیت کمتری نسبت به عضلات افراد سالم دارند (۷). در همین راستا جعفرنژادگرو و همکاران (۸)، اظهار داشتند که دامنه فعالیت الکتریکی عضله ساقی قدامی در بیماران مبتلا به کمر درد دارای پای پرونیت فعالیت بیشتری نسبت به افراد سالم دارد.

انجام تمرینات در آب با تراباند راهی به صرفه و سریع

برای رسیدن به نتیجه مطلوب است. تمرینات تراباند، اثرگذاری زیادی برروی کاهش عوارض پای پرونیت دارند. تراباند، باندکشی است که خاصیت کش سانی دارد و به لحاظ هزینه بسیار سودمند است (۹). تمرین با تراباند یک تمرین قدرتی پیشرونده است که در توانبخشی به دلیل کم هزینه بودن و تنوع زیاد، جایگاه ویژه ای دارد. تمرین با تراباند برای بهبود عملکرد سیستم عصبی-عضلانی و افزایش قدرت عضلانی تاثیر دارد (۱۰). در همین راستا موسوی و همکاران (۲۰۲۱)، استفاده از تمرین تراباند و تمرینات مقاومتی در آب را برای کاهش شدت ناهنجاری کف پای صاف آزمودنی های دارای اضافه وزن را موثر گزارش کردند (۱۱). همچنین، تمرینات در آب، از جمله برنامه های تمرینی اساسی برای افزایش آمادگی جسمانی و فیزیوتراپی هستند که راهی مناسب در درمان فیزیکی فعال در ناهنجاری ها و آسیب ها است. تمرین در آب، به دلیل این که نیروی جاذبه و بارگذاری روی مفاصل کاهش می یابد، در حالی که خود آب مقاومتی نسبت به حرکت ایجاد می کند بسیار مفید است. علاوه بر این، تمرین در آب تحت تاثیر خاصیت ویسکوزیته است که هشت برابر میزان خشکی می باشد و اجسام متحرک در آب به علت اعمال نیروی شناوری سبک تر از خشکی هستند (۱۲). ماهر و همکاران در تحقیقی تاثیر تمرینات در آب را بر درمان این ناهنجاری را موثر دانسته اند (۱۳). از جمله اثرات آب می توان به اثر فیزیکی (حفظ و ارتقای آمادگی جسمانی، افزایش قابلیت جسمانی)، اثر روانی (کاهش استرس، احساس آرامش) و اثر درمانی (درمان نارسایی و ضعف جسمانی) اشاره کرد، همچنین تحقیقات نشان داده است که تمرین در آب باعث افزایش انعطاف پذیری عضلات می شود (۱۲). این روش تقریباً کم هزینه، مقرون به صرفه، و بدون هر گونه عوارض جانبی است.

از طرفی تحقیقات، نشان داده اند که داده های الکترومایوگرافی برای ارزیابی قدرت عملکردی عضلات استفاده می شوند. ثبت فعالیت واحدهای حرکتی داده های الکترومایوگرافی، هنگام انجام تمرینات یا فعالیت های عملکردی، مانند راه رفتن و دویدن ثبت می گردند. فرکانس الکترومایوگرافی، به عنوان پارامتری، تحت تاثیر علم شناخت ابعاد بدن قرار می گیرد. همچنین اطلاعاتی در مورد الگوی فعالیت فیبر عضلانی و پتانسیل عمل و واحد حرکتی ارائه می دهد (۱۴). که برای بررسی میزان تغییرات در اندام

تحتانی استفاده می‌گردد. به دلیل مزیت تمرین در آب و کم هزینه بودن تمرین با تراباند و این که استفاده از تراباند در آب یک تمرین قدرتی در آب محسوب می‌شود، و این که این تمرینات در بهبود ناکارآمدی های عضلانی و دردهای ناشی از این ناهنجاری تاثیرات قابل توجهی دارند، لذا هدف از این پژوهش بررسی اثر تمرینات ترکیبی در آب به همراه تراباند بر فعالیت الکترومایوگرافی عضلات اندام تحتانی در افراد دارای پای پرونیت طی راه رفتن بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و کاربردی بود. با توجه به نرم افزار G*Power3.1 حجم نمونه در هر سه گروه ۱۰ نفر برآورد شد تا اندازه اثر ۰/۸، با توان آماری ۰/۸ در سطح معنی داری ۰/۰۵ حاصل شود (۱۵). جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰ دانشجوی پسر دانشگاه محقق اردبیلی با دامنه سنی ۲۲-۳۲ سال، دارای پای پرونیت بودند که در سه گروه ۱۰ نفری شامل گروه تمرین در آب، تمرین در آب به همراه تراباند با دارا بودن افت ناوی بالای ده میلی متر و در افراد سالم که دارای عدم اختلاف در طول پاها بودند به عنوان گروه کنترل تقسیم گردیدند. پای راست طی آزمون شوت فوتبال به عنوان پای برتر تمامی آزمودنی ها مشخص گردید (۱۶). معیار ورود آزمودنی ها داشتن علائم پای پرونیت منعطف از جمله بالا بودن مقادیر افت استخوان ناوی بالای ۱۰ میلی متر و زاویه پشت پا بین استخوان درشت نی و پاشنه مشخص شد. داشتن مشکلات عصبی-عضلانی در اندام تحتانی و همچنین تعهد آزمودنی ها نسبت به پژوهش و حضور منظم در اجرای تمرینات بود و معیارهای خروج شامل داشتن سابقه جراحی، دررفتگی ها و شکستگی های مچ پا و اختلالات کف پا به جز پای پرونیت و هر گونه فعالیت سنگین و مغایر با تمرینات استفاده شده در این پژوهش بود. از آزمودنی ها رضایت نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در آزمون گرفته شد.

پژوهش فوق در دو مرحله شامل پیش آزمون و پس از هشت هفته پروتکل تمرینی انجام شد. بعد از قرارگیری الکترودها روی عضلات مورد نظر، آزمودنی ها راه رفتن را در مسیر آزمایشگاه که ۱۰ متر بود در سه تکرار انجام دادند. آزمودنی ها قبل از اجرای تمرینات به مدت ۱۵ دقیقه حرکات گرم کردن پویا را انجام دادند. بعد از انجام تمرینات حرکات

سرد کردن به مدت ۵ دقیقه انجام داده شد (۱۷). نوارهای تراباند (Thera-Band)، با توجه به میزان مقاومتی که دارند از مقاومت پایین به بالا به ترتیب (زرد، قرمز، آبی) با توجه به اصل اضافه بار جهت انجام تمرینات مقاومتی در آب و خشکی مورد استفاده قرار گرفت. به دلیل محدودیت در اجرای حرکات از سه رنگ مذکور استفاده گردید. تمرینات از شدت پایین شروع و با افزایش عملکرد آزمودنی افزایش می یافت بدین ترتیب که از تراباند زرد رنگ برای شدت تمرینی پایین استفاده گردید و رنگ تراباند بر اساس میزان مقاومتی که ایجاد می کنند با افزایش توان آزمودنی از رنگ زرد به قرمز تغییر می یافت (۱۸). به منظور انجام تمرینات گروه مورد نظر حوضچه آبی به عمق ۹۸ سانتی متر تهیه شد. لازم به ذکر است دمای آب حوضچه برای آزمودنی ها ۲۹ درجه سانتی گراد و با $\text{pH} = 7/6$ اعمال شد.

آزمودنی ها کوشش راه رفتن را در مسیر ۱۰ متری آزمایشگاه پس از قرارگیری الکترودها روی عضلات انجام دادند. هر مرحله با سه کوشش صحیح ثبت شد. کوششی صحیح در نظر گرفته شد که سیگنال الکترومایوگرافی تمامی عضلات به صورت صحیح ثبت شده باشد (۱۹). میزان فعالیت عضله ساقی-قدامی، دوقلوی داخلی، پهن داخلی، پهن خارجی، راست رانی، دوسرانی، نیمه وتری، و عضله سرینی میانی پای سمت راست آزمودنی ها طی راه رفتن ثبت شد. برای ثبت فعالیت الکتریکی عضلات از دستگاه الکترومایوگرافی بایومتریک (Biometrics Ltd, UK) ۸ کاناله بی سیم و الکتروهای سطحی مدل دو قطبی ساخت کشور انگلستان استفاده شد. فیلترهای پایین گذر ۵۰۰ هرتز و بالاگذر ۱۰ هرتز و همچنین ناچ فیلتر (برای حذف نویز برق شهری) ۶۰ هرتز جهت فیلترینگ داده های خام الکترومایوگرافی انتخاب شد (۲۰). محل عضلات منتخب و اعمالی مانند تراشیدن محل الکتروگذاری و تمیز کردن با الکل (۷۰ درصد اتانول - C2H5OH) طبق توصیه نامه سینام (SENIAM) انجام شد (۲۱). جهت تحلیل داده های الکترومایوگرافی از برنامه بایومتریک دیتالیت استفاده شد. نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک تایید شد. به علاوه از آزمون آنالیز واریانس چند متغیره استفاده شد. تمام تحلیل ها در سطح معنی داری $P < 0/05$ و با استفاده از نرم افزار (SPSS) نسخه ۲۳ انجام پذیرفت.

پروتکل تمرینی گروه تمرین در آب و تراباند پروتکل تمرینی بر اساس دستورالعمل تجویز ورزشی کالج

تعدادی، تعداد ۱۲-۸ حرکت بسته به آمادگی آزمودنی ها در ۳ نوبت طراحی شد (۲۲). گروه تجربی پس از آشنایی با روش تمرین، برنامه گرم کردن عمومی به مدت ۱۵ دقیقه، تمرینات اختصاصی به مدت ۴۰ تا ۴۵ دقیقه، و برنامه سرد کردن شامل ۵ دقیقه را لحاظ کردند (۲۳). به علاوه حجم تمرین با افزایش تعداد ست ها نیز افزایش یافت (۲۴).

آمریکایی طب ورزش، بود (۱۸). بر اساس رعایت قوانین تطابق فیزیولوژیکی، حرکاتی مانند راهرفتن به جلو و عقب و گام برداشتن به پهلو به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه جهت گرم کردن آزمودنی ها و در ادامه حدود ۴۵ دقیقه تمرینات اصلی و در پایان تمرینات به مدت ۵ دقیقه با هدف سرد کردن آزمودنی ها اعمال شد (۲۲). همچنین مدت زمان انجام حرکات در هر نوبت معادل ۳۰ ثانیه، و برای حرکات

جدول ۱. پروتکل تمرینی گروه تجربی

| تمرین در آب با تراباند | تمرین در آب |
|------------------------|---------------------------------------|
| اسکات (۳*۱۴) | راهرفتن به جلو و عقب (۳*۳۰ ثانیه) |
| اسکات تکپا (۳*۱۴) | حرکت قیچی و پای کرال سینه (۳*۱۰) |
| آدداکشن هیپ | راهرفتن روی پنجه و پاشنه (۳*۳۰ ثانیه) |
| آبداکشن هیپ | بالا رفتن از پله در آب (۳*۱۰) |
| فلکشن هیپ | بالا رفتن جانبی از پله در آب (۳*۱۰) |
| اکستنشن هیپ | اسکات و اسکات تک پا (۳*۱۰) |
| فلکشن و اکستنشن ساق | فلکشن ران (۳*۱۰) |
| فلکشن و اکستنشن مچ پا | گام به پهلو (۳*۱۰) |
| اورژن و اینورژن مچ پا | در جا زدن در آب با زانو بلند (۳*۱۰) |



شکل ۱. نمونه ایی از تمرینات گروه تجربی

یافته ها

بر اساس جدول ۲، شاخص های توصیفی آزمودنی ها ارائه شده است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معنی داری در میانگین و انحراف استاندارد دامنه فعالیت الکتریکی عضلات اندام تحتانی، بین پیش آزمون سه گروه کنترل، آب درمانی و آب درمانی با تراباند طی راهرفتن وجود نداشت ($P > 0.05$).

روش آماری

نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک مورد تایید قرار گرفت ($P > 0.05$). برای مقایسه نتایج بین گروهی از آزمون آنالیز واریانس یک راهه و برای مقایسه عملکرد گروه ها از تست تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تمامی تحلیل آماری با استفاده از spss نسخه ۲۳ انجام شد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی قد، وزن و شاخص توده بدنی در گروه های تجربی و کنترل.

| مقدار-P | گروه کنترل | گروه تمرین در آب با تراباند | گروه تمرین در آب | متغیرها |
|---------|------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | |
| ۰/۲۱۰ | ۲۶/۹۱ ± ۱/۰۳ | ۲۵/۷۸ ± ۲/۲۴ | ۲۶/۳۳ ± ۳/۵۲ | سن (سال) |
| ۰/۷۴۵ | ۱۷۵/۴۷ ± ۱/۸۷ | ۱۷۶/۱۷ ± ۴/۹۴ | ۱۷۸/۷۴ ± ۲/۴۲ | قد (سانتی متر) |
| ۰/۳۵۲ | ۷۸/۲۵ ± ۲/۳۹ | ۷۹/۸۰ ± ۲/۷۴ | ۷۹/۷۸ ± ۱/۲۵ | وزن (کیلوگرم) |
| ۰/۱۱۰ | ۲۴/۶۹ ± ۰/۱۳ | ۲۳/۸۵ ± ۱/۶۴ | ۲۳/۱۷ ± ۰/۷۴ | شاخص توده بدنی (kg/m ²) |

همراه تراباند افزایش معنی داری داشت ($P=0/001$). همچنین فعالیت الکتریکی عضله سرینی میانی طی فاز تماس پاشنه پا با زمین در گروه تمرین در آب افزایش معنی داری طی پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون نشان داد ($P=0/021$).

نتایج جدول ۳ طی مرحله تماس پاشنه با زمین نشان داد که فعالیت الکتریکی عضله ساقی-قدامی ($P=0/001$), پهن داخلی ($P=0/001$), راست رانی ($P=0/001$) و دوسرانی ($P=0/008$) در مرحله پس آزمون در گروه تمرین در آب به

جدول ۳. نتایج درون گروهی و برون گروهی عضلات اندام تحتانی در مرحله تماس پاشنه با زمین طی راه رفتن

| P | میانگین تغییرات | پس آزمون | پیش آزمون | گروه | عضلات |
|-------|-----------------|---------------|---------------|------------------------------|--------------|
| ۰/۳۰۷ | ۴/۱۹ ± ۱۲/۲۴ | ۵۱/۹۳ ± ۸/۱۸ | ۴۷/۷۳ ± ۶/۴۷ | تمرین در آب | ساقی قدامی |
| ۰/۰۰۱ | ۲۰/۱۶ ± ۱۱/۴۱ | ۶۵/۷۶ ± ۷/۰۱ | ۴۵/۶۳ ± ۱۱/۹۷ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۳۷۱ | ۱/۲۸ ± ۴/۳۱ | ۴۳/۳۸ ± ۸/۸۲ | ۴۲/۱۹ ± ۹/۲۹ | کنترل P | |
| ۰/۵۴۹ | ۲/۰۶ ± ۱۰/۴۷ | ۱۷/۷۹ ± ۲/۵۹ | ۱۷/۷۹ ± ۲/۵۹ | تمرین در آب | دوقلوی داخلی |
| ۰/۲۱۹ | ۳/۱۹ ± ۷/۶۳ | ۱۹/۱۱ ± ۴/۵۰ | ۱۵/۹۲ ± ۵/۷۵ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۰۹۲ | ۱/۹۲ ± ۳/۲۲ | ۱۶/۲۲ ± ۲/۵۳ | ۱۴/۳۳ ± ۳/۱۶ | کنترل P | |
| ۰/۱۱۹ | ۱۳/۷۳ ± ۲۵/۲۳ | ۳۲/۲۷ ± ۱۸/۹۶ | ۱۸/۵۳ ± ۱۳/۹۸ | تمرین در آب | پهن خارجی |
| ۰/۶۳۷ | ۲/۹۳ ± ۲۰/۰۳ | ۴۱/۲۷ ± ۷/۵۱ | ۳۸/۴۴ ± ۱۶/۷۷ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۱۴۲ | ۲/۰۵ ± ۴/۰۴ | ۴۱/۶۵ ± ۷/۶۱ | ۳۹/۶۳ ± ۶/۶۱ | کنترل P | |
| ۰/۷۹۷ | ۱/۸۱ ± ۲۱/۶۸ | ۲۰/۲۶ ± ۵/۳۳ | ۲۰/۲۶ ± ۵/۳۳ | تمرین در آب | پهن داخلی |
| ۰/۰۰۱ | ۱۳/۱۱ ± ۲۰/۶۵ | ۳۶/۳۳ ± ۸/۵۱ | ۲۳/۲۱ ± ۱۵/۳۱ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۰۷۶ | ۳/۱۸ ± ۱/۶۹ | ۲۰/۴۱ ± ۲/۰۱ | ۱۹/۲۱ ± ۱/۷۴ | کنترل P | |
| ۰/۶۰۲ | ۱/۶۹ ± ۹/۹۴ | ۳۰/۲۸ ± ۱۴/۳۷ | ۲۸/۵۸ ± ۸/۹۵ | تمرین در آب | راست رانی |
| ۰/۰۰۱ | ۹/۵۴ ± ۱۴/۷۳ | ۲۷/۸۶ ± ۱۵/۴ | ۱۸/۳۲ ± ۱۵/۰۱ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۰۷۱ | ۳/۰۸ ± ۱/۳۷ | ۳۳/۵۸ ± ۶/۰۹ | ۳۰/۵۵ ± ۵/۸۱ | کنترل P | |
| ۰/۱۶۶ | ۶/۲۳ ± ۱۳/۰۶ | ۳۰/۲۶ ± ۱۲/۴۳ | ۲۴/۰۳ ± ۴/۸ | تمرین در آب | دوسرانی |
| ۰/۰۰۸ | ۵/۵۱ ± ۱۰/۰۲ | ۳۶/۲۲ ± ۱۰/۸۱ | ۲۰/۹۱ ± ۶/۱۶ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۱۲۸ | ۲/۵۲ ± ۲/۳۷ | ۲۱/۳۲ ± ۳/۳۸ | ۱۸/۸ ± ۳/۳۵ | کنترل P | |

محسن برغمدی و همکاران

| | | | | |
|------------------------------|------------|-------------|-------------|-------|
| تمرین در آب | ۲۱/۲۱±۵/۲۱ | ۲۴/۷۶±۱۰/۸۶ | ۳/۵۵±۹/۸۱ | ۰/۲۸۱ |
| تمرین در آب به همراه تراباند | ۲۵/۴۴±۸/۹۳ | ۲۵/۶۳±۱۰/۱۹ | ۰/۱۸±۱۳/۸۴ | ۰/۹۶۷ |
| کنترل | ۲۴/۷±۴/۹۴ | ۲۶/۹۸±۶/۲۲ | ۳/۲۸±۲/۰۰ | ۰/۵۸۱ |
| P | ۰/۰۷۲ | ۰/۱۳۹ | | |
| تمرین در آب | ۱۷/۲۵±۷/۶۵ | ۲۸/۸۱±۹/۹۳ | ۱۱/۵۵±۱۳/۱۵ | ۰/۰۲۱ |
| تمرین در آب به همراه تراباند | ۱۸/۴۲±۷/۹۷ | ۲۲/۹۴±۱۲/۵۷ | ۴/۵۲±۱۰/۵۶ | ۰/۲۰۹ |
| کنترل | ۱۷/۸±۳/۳۵ | ۱۵/۴۲±۶/۶۴ | ۲/۳۷±۷/۷۱ | ۰/۳۵۶ |
| P | ۰/۹۲۶ | ۰/۰۲۱ | | |

دوقلوی داخلی (P=۰/۰۲۷) و دوسررانی (P=۰/۰۳۶) در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون افزایش معنی داری داشت.

نتایج جدول ۴ در مرحله پیشروی راه رفتن نشان داد که فعالیت عضله ساقی قدامی در گروه تمرین در آب به همراه تراباند کاهش معنی داری داشت (P=۰/۰۰۱). همچنین نتایج در مرحله پیشروی پا طی رفتن نشان داد که فعالیت عضله

جدول ۴. مقایسه نتایج درون گروهی و برون گروهی فعالیت عضلات اندام تحتانی در مرحله پیشروی راه رفتن.

| عضلات | گروه | پیش آزمون | پس آزمون | میانگین تغییرات | P |
|--------------|------------------------------|-------------|------------|-----------------|--------|
| ساقی قدامی | تمرین در آب | ۱۵/۹۹±۳/۷۹ | ۱۵/۷۷±۱/۷۱ | ۰/۲۱±۴/۱۶ | ۰/۸۷۲ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۱۸/۰۷±۲/۸۷ | ۱۵/۸۹±۵/۸۲ | ۲/۱۸±۷/۴۰ | *۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۹/۲±۳/۶۷ | ۲۱/۸۷±۳/۳۱ | ۷/۶۲±۱/۵۴ | ۰/۳۷۵ |
| دوقلوی داخلی | تمرین در آب | ۳۳/۴۴±۴/۵۸ | ۳۵/۵۷±۸/۲۵ | ۲/۱۲±۱۰/۴۰ | ۰/۵۳۴ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۲۷/۰۶±۴/۸۵ | ۳۲/۵۵±۳/۹۰ | ۵/۴۸±۶/۶۰ | *۰/۰۲۷ |
| | کنترل | ۲۵/۲±۶/۵۲ | ۲۷/۰۷±۵/۸۹ | ۱/۸۷±۱/۴۸ | ۰/۱۰۳ |
| پهن خارجی | تمرین در آب | ۱۲/۷۵±۱/۳۱ | ۱۶/۵۱±۴/۲ | ۳/۷۶±۴/۴۵ | ۰/۷۲۵ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۲۰/۱۴±۸/۹۹ | ۱۶/۸۶±۲/۵۸ | ۳/۲۷±۱۰/۳۴ | ۰/۳۴۳ |
| | کنترل | ۱۸/۷±۴/۳۲ | ۲۱/۰۸±۴/۳۶ | ۲/۳۸±۰/۹۱ | ۰/۸۰۱ |
| پهن داخلی | تمرین در آب | ۲۰/۵۷±۶/۹۱ | ۱۸/۲۹±۲/۸۶ | ۲/۲۸±۸/۲۶ | ۰/۴۰۶ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۲۲/۰۱±۱۱/۱۶ | ۲۱/۲۸±۵/۵۱ | ۰/۷۳±۱۳/۴۲ | ۰/۸۶۷ |
| | کنترل | ۲۱/۵±۶/۰۴ | ۲۳/۸۸±۶/۴۴ | ۲/۳۸±۰/۹۱ | ۰/۴۷۱ |
| راست رانی | تمرین در آب | ۱۸/۵۸±۱۱/۷۸ | ۱۷/۲۶±۷/۸۲ | ۱/۳۱±۱۰/۶۷ | ۰/۷۰۵ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۲۳/۰۷±۱۰/۷۵ | ۲۴/۲۳±۳/۷۳ | ۱/۱۶±۱۰/۰۷ | ۰/۷۲۴ |
| | کنترل | ۲۰/۲±۴/۲۳ | ۲۲/۳۷±۴/۲۰ | ۲/۱۷±۱/۱۹ | ۰/۵۸۱ |
| دوسررانی | تمرین در آب | ۲۱/۸۳±۳/۷۳ | ۱۸/۴۵±۴/۱۴ | ۳/۳۸±۴/۰۲ | ۰/۷۲۶ |
| | تمرین در آب به همراه تراباند | ۹/۰۱±۳/۸۲ | ۲۰/۴۰±۵/۵۷ | ۳/۹۲±۵/۰۲ | *۰/۰۳۶ |
| | کنترل | ۸/۲±۲/۳۴ | ۱۱/۶۷±۳/۱۰ | ۳/۹۴±۳/۱۰ | ۰/۲۵۳ |
| P | ۰/۵۲۱ | *۰/۰۰۱ | | | |

| | | | | |
|------------------------------|-------------|-------------|--------------|-------|
| تمرین در آب | ۱۶/۶۳±۸/۷۷ | ۱۸/۱۴±۴/۶۰ | ۱/۵۰ ± ۱۰/۶۶ | ۰/۶۶۵ |
| تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۳/۲۵±۱۴/۹۴ | ۲۰/۹۵±۸/۶۳ | ۲/۳۰ ± ۲۰/۱۴ | ۰/۷۲۶ |
| کنترل | ۲۲/۵۱±۴/۴۵ | ۲۴/۶۷±۴/۱۶ | | |
| P | ۰/۳۰۸ | ۰/۲۷۶ | | |
| تمرین در آب | ۲۰/۲۸±۳/۹۵ | ۱۹/۹۲±۴/۱۵ | ۰/۳۵ ± ۶/۴۳ | ۰/۸۶۶ |
| تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۰/۳۲±۳/۹۸ | ۲۰/۶۹±۱۰/۷۷ | ۰/۳۶ ± ۱۳/۷۷ | ۰/۹۳۴ |
| کنترل | ۱۷/۸±۴/۶۶ | ۲۱/۲۷±۳/۲۹ | ۳/۴۷ ± ۲/۹۱ | ۰/۱۱۴ |
| P | ۰/۳۲۴ | ۰/۹۰۹ | | |

داشت. به علاوه نتایج حاکی از آن بود که فعالیت الکتریکی عضله راست رانی در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون افزایش معنی داری داشت (P=۰/۰۱۳).

نتایج جدول ۵ در مرحله نوسان راه رفتن نشان داد که فعالیت عضله دو قلوبی داخلی (P=۰/۰۱۱)، پهن داخلی (P=۰/۰۰۷) در گروه تمرین در آب به همراه تراپاند کاهش معنی داری

جدول ۵. مقایسه نتایج درون گروهی و برون گروهی فعالیت عضلات اندام تحتانی در مرحله نوسان راه رفتن.

| عضلات | گروه | پیش آزمون | پس آزمون | میانگین تغییرات | P |
|---------------|------------------------------|-------------|------------|-----------------|--------|
| ساقی قدامی | تمرین در آب | ۱۸/۱۰±۲/۳۳ | ۲۰/۲۶±۵/۳۳ | ۲/۱۶ ± ۶/۳۲ | ۰/۳۰۸ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۰/۳۲±۳/۹۸ | ۱۸/۵۲±۳/۳۸ | ۱/۸۰± ۴/۴۷ | ۰/۲۳۵ |
| | کنترل | ۱۸/۳±۴/۳۲ | ۱۷/۵۰±۳/۹۵ | ۰/۵۰ ± ۱/۵۸ | ۰/۳۴۳ |
| دوقلوبی داخلی | تمرین در آب | ۲۱/۰۰±۴/۳۷ | ۱۸/۳۸±۲/۵۶ | ۲/۶۱ ± ۳/۶۵ | ۰/۰۵۰ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۴/۹±۲/۷۶ | ۱۸/۸۰±۵/۶۹ | ۶/۰۹ ± ۶/۰۶ | *۰/۰۱۱ |
| | کنترل | ۲۲/۳±۴/۴۹ | ۲۱/۹±۴/۷۰ | ۰/۴۰± ۱/۲۶ | ۰/۳۴۳ |
| پهن خارجی | تمرین در آب | ۲۴/۷۸±۴/۴۴ | ۲۶/۲۴±۸/۹۲ | ۱/۴۵ ± ۱۱/۹۲ | ۰/۷۰۸ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۳۰/۰۶±۲۱/۴۶ | ۲۲/۴۹±۸/۲۴ | ۷/۵۷ ± ۲۶/۲۲ | ۰/۳۸۵ |
| | کنترل | ۲۸/۷±۴/۵۹ | ۲۸/۲±۳/۹۳ | ۰/۵۰ ± ۱/۵۸ | ۰/۳۴۳ |
| پهن داخلی | تمرین در آب | ۲۲/۸±۳/۸۸ | ۲۲/۳۲±۶/۴ | ۰/۴۷ ± ۷/۴۱ | ۰/۸۴۳ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۸/۳±۴/۳۲ | ۲۰/۱۲±۷/۱۴ | ۸/۱۷ ± ۷/۵۱ | *۰/۰۰۷ |
| | کنترل | ۳۰/۳±۵/۶۱ | ۲۹/۳۲±۴/۷۱ | ۱/۰۰ ± ۳/۱۶ | ۰/۳۴۳ |
| راست رانی | تمرین در آب | ۲۲/۶±۳/۹۷ | ۲۵/۲۸±۳/۸۷ | ۲/۶۸ ± ۲/۷۳ | *۰/۰۱۳ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۳/۴±۴/۵۲ | ۲۲/۰۱±۶/۶۳ | ۱/۳۸ ± ۸/۱۷ | ۰/۶۰۶ |
| | کنترل | ۲۵/۳۷±۲/۸۳ | ۲۵/۴۲±۲/۵۳ | ۰/۱۰ ± ۰/۳۱ | ۰/۳۴۳ |
| دوسررانی | تمرین در آب | ۲۰/۳۵±۳/۷۰ | ۱۸/۳۱±۶/۰۹ | ۲/۰۴ ± ۶/۰۴ | ۰/۳۱۲ |
| | تمرین در آب به همراه تراپاند | ۲۶/۰۰±۴/۵۴ | ۱۹/۳۹±۶/۴۴ | ۶/۶۰ ± ۱۰/۱۰ | ۰/۰۶۹ |
| | کنترل | ۲۷/۸۵±۵/۴۳ | ۲۶/۳۸±۴/۴۹ | ۰/۵۰ ± ۱/۵۸ | ۰/۳۴۳ |

محسن برغمدی و همکاران

| | | | | | |
|-------|--------------|---------------|--------------|------------------------------|-----------|
| ۰/۳۰۳ | ۲/۲۵ ± ۶/۵۲ | ۲۶/۳ ± ۵/۲۲ | ۲۴/۰۵ ± ۳/۳۸ | تمرین در آب | نیمه وتری |
| ۰/۴۸۱ | ۳/۳۸ ± ۱۴/۵۲ | ۲۷/۸۲ ± ۷/۲۹ | ۲۴/۴۴ ± ۸/۲۴ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۳۴۳ | ۰/۲۰ ± ۰/۶۳ | ۲۵/۹۰ ± ۳/۶۵ | ۲۵/۷۰ ± ۳/۹۰ | کنترل | |
| | | ۰/۶۸۶ | ۰/۷۴۳ | P | |
| ۰/۱۰۵ | ۶/۵۶ ± ۱۱/۵۲ | ۲۹/۰۲ ± ۱۰/۴۸ | ۲۲/۴۶ ± ۴/۱۹ | تمرین در آب | سری میانی |
| ۰/۱۹۲ | ۳/۳۴ ± ۷/۴۹ | ۲۵/۵۴ ± ۷/۴۳ | ۲۲/۲۰ ± ۳/۱۹ | تمرین در آب به همراه تراباند | |
| ۰/۱۷۳ | ۰/۷۰ ± ۱/۹۴ | ۲۱/۷۵ ± ۴/۱۳ | ۲۰/۸۳ ± ۵/۴۲ | کنترل | |
| | | ۰/۰۸۳ | ۰/۳۹۹ | P | |

راه رفتن جز حرکات متناوبی است که توسط فرد اجرا می شود. در افراد دارای پرونیشن پا با توجه به مکانیک متفاوت راه رفتن، نوع آهنگ راه رفتن می تواند تغییر یابد، به نحوی که پیری و همکاران (۲۸)، طی مطالعه ای اظهار داشتند نوع مکانیک راه رفتن در افراد دارای پرونیشن پا می تواند در ارتباط نزدیکی با افزایش نرخ بارگذاری و گشتاور حول مفاصل اندام تحتانی منجر به آسیب گردد. با توجه به اهمیت موضوع به لحاظ بررسی الکترومیوگرافی عضلات حین راه رفتن، می توان عضلات را بر اساس عملکردشان به دو دسته کلی عضلات فلکسوری (خم کننده ها) و اکستنسوری (بازکننده ها) تقسیم کرد. عضلاتی که در اکستنشن مفصل زانو نقش دارند، عضلات چهارسر رانی هستند و عضلاتی که در فلکشن مفصل زانو نقش دارند، عضلات همسترینگ و دوقلو می باشند (۲۹). در پژوهش حاضر عضلات راست رانی و پهن داخلی در گروه تمرین در آب به همراه تراباند افزایش معنی داری را نشان داد. به عبارتی عضلات چهارسر ران افزایش معنی داری داشتند، در همین راستا لیم (۳۰)، اظهار داشته است که افزایش دامنه فعالیت الکتریکی عضلات چهارسر ران در افراد مبتلا به پرونیشن پا می تواند منجر به افزایش ثبات و قدرت عضلانی مفاصل اندام تحتانی گردد. احتمالاً همسو بودن پژوهش حاضر به دلیل اثربخشی مثبت تمرینات در آب به همراه تراباند باشد. از طرفی عضلات قسمت خلفی ران به همراه عضله دوقلوی داخلی نقش بسیار مهمی در خم کردن مفصل زانو ایفا می کند. در همین راستا گیسون و ادواردز (۳۱)، طی مطالعه ای بر روی مبتلایان به پرونیشن پا اظهار داشته است که انقباض هر چه بهتر این عضلات می تواند موجب تسهیل خم شدن مفصل زانو افراد دارای پای پرونیته شود. همسو با نتایج پیشین عضله دوسررانی طی فاز تماس پاشنه پا افزایش معنی داری داشت. احتمالاً

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر تمرینات ترکیبی در آب به همراه تراباند بر فعالیت الکترومیوگرافی عضلات اندام تحتانی در افراد دارای پای پرونیته طی راه رفتن بود. نتایج نشان داد که فعالیت الکتریکی عضلات ساقی-قدامی، پهن داخلی، راست رانی و دوسررانی در گروه تمرین در آب به همراه تراباند افزایش معنی داری داشت ($P < ۰/۰۵$). راه رفتن یکی از فعالیت های معمول روزمره است که افراد آن را با الگوی متقابلی انجام می دهند. لازمه ایجاد حرکت در انسان هماهنگی سیستم های عصبی، عضلانی و اسکلتی می باشد (۲۵). به نحوی که پیام های تحریکی و مهاری صادر شده از مغز از طریق تارهای عصبی به تارهای عضلانی منتقل می شود. با توجه به نوع پیام (تحریکی یا مهاری) انواع انقباضات ایزومتریک، ایزوکینتیک و ایزوتونیک رخ می دهد. در واقع به وقوع پیوستن حرکات انسان نیازمند هماهنگی سیستم های مختلفی می باشد، که در مجموع به صورت حرکت ظاهر می شود (۲۶). تمامی حرکات انسان (پویا و ایستا)، نیازمند هماهنگی منظم این سیستم هاست. پس از دریافت پیام های عصبی توسط تارهای عضلانی به لحاظ فیزیولوژیکی فرآیندهای مختلفی همچون رهاسازی انتقال دهنده های پیام عصبی، لغزش تارهای عضلانی، انقباض عضلات و در نهایت ایجاد حرکت در سیستم اسکلتی رخ می دهد. تارهای عضلانی از جنبه های مختلفی همچون حداکثر سرعت انقباض ارادی-غیرارادی، حداکثر قدرت تولیدی و... از یکدیگر متمایز می شوند. به لحاظ فیزیولوژیکی تارهای عضلانی بسته به سرعت انقباض هایشان به سه دسته تارهای عضلانی تندانقباض، کندانقباض و تارهای بینابینی تقسیم می شوند (۲۷). بنابراین شناخت نوع تارهای عضلانی در مطالعات مربوط به الکترومیوگرافی از اهمیت بالایی برخوردار است.

باشد. پژوهش حاضر دارای محدودیت هایی بود که از جمله آن ها می توان به این مورد اشاره نمود که: پژوهش تنها در رده سنی مردان جوان مورد بررسی قرار گرفت. لذا پیشنهاد می شود تا هر دو جنس با تعداد نمونه های بیشتر با ثبت متغیرهای کینتیکی و کینماتیکی مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های پژوهش به نظر می رسد که تمرینات ترکیبی درون آب به همراه تراباند می تواند اثرات مثبتی بر جذب و تعدیل شوک های ناشی از راه رفتن داشته باشد.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.UMA.REC.1401.082 و کد کارآزمایی بالینی (IRCT20190302042881N3 با شماره ۶۱۵۶۶) است.

سیاسگزاری

از تمامی پژوهشگران در این حوزه کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض منافع

در مطالعه حاضر هیچ گونه تعارض منافی مابین نویسندگان گزارش نشده است.

دلیل همسویی یافته های پژوهش حاضر با مطالعات پیشین به دلیل اثرگذاری تمرینات درون آب به همراه تراباند باشد. در گروه تمرین در آب به همراه تراباند عضله ساقی-قدامی طی فاز اتکای راه رفتن به لحاظ آماری افزایش معنی داری داشت. از مهمترین وظایف عضله ساقی-قدامی طی راه رفتن می توان به نقش حمایتی آن از قوس های کف پایی اشاره نمود. شواهد مبتنی بر آن است که در افراد دارای پرونیشن پا عضله ساقی-قدامی دامنه فعالیت الکتریکی پایین تری نسبت به افراد نرمال دارند، به همین دلیل ضعف این عضله در افراد دارای پرونیشن پا طی راه رفتن یک پلانترفلکشن ایجاد می کند (۳۲). همسو با نتایج پژوهش حاضر جعفرنژادگرو و همکاران (۳۳)، طی پژوهشی تاثیر کفش میخی دبل دنسیتی را طی دویدن در افراد دارای پرونیشن پا بررسی کردند، نتایج نشان داد که فعالیت الکتریکی عضله ساقی-قدامی هنگام استفاده از این نوع کفش افزایش یافته است. احتمالاً افزایش دامنه فعالیت الکتریکی عضله ساقی-قدامی در گروه تمرین در آب به همراه تراباند می تواند در جذب و تعدیل اغتشاش های ناشی از راه رفتن و افزایش یا بهبود قوس های کف پایی موثر باشد. از طرفی گروه عضلات خلفی ران و دوقلوی داخلی طی فاز میانه اتکا و هل دادن افزایش معنی داری داشت که با مطالعات پیشین همسو بود. احتمالاً افزایش دامنه فعالیت الکتریکی عضلات فوق در فلکشن مفصل زانو و بهبود کارایی راه رفتن افراد مبتلا به پرونیشن پا موثر

References

- Lee I, Buchner DM. The importance of walking to public health. *Medicine and science in sports and exercise*. 2008;40(7): S512. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e31817c65d0>
- Koreili Z, Fatahi A, Azarbayjani MA, Sharifnezhad A. Comparison of Static Balance performance and plantar selected parameters in dominant and non-dominant leg Active Female Adolescents with ankle pro-nation. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2021.
- Lee MS, Vanore JV, Thomas JL, Catanzariti AR, et al. Diagnosis and treatment of adult flatfoot. *The Journal of Foot and Ankle Surgery*. 2005;44(2):78-113. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2004.12.001>
- Jafarnezhadgero A, Fatollahi A, Amirzadeh N, Siahkhouhian M, et al. Ground reaction

- forces and muscle activity while walking on sand versus stable ground in individuals with pronated feet compared with healthy controls. *PloS one*. 2019;14(9): e0223219. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223219>
- Mandysova P. Knowing the course of multiple sclerosis. *Nursing*. 1998;28(10):12.
- Valizade OA, Siahkhouhian M, Jafarnezhadgero AA, BOLBOLI L, et al. Investigating the Effects of Long-Term Use of Motion Control Shoes on the Frequency Spectrum of Ground Reaction Force during Running in the Runners with Pronated Feet. 2020.
- koreili z, Fatahi A, Azarbayjani MA, Sharifnezhad A. Comparison of Static Balance performance and plantar selected parameters in dominant and non-dominant leg Active Female Adolescents with ankle pro-nation. *Journal of*

- Rehabilitation Medicine. 2021.
8. Jafarnezhadgero A, Alavi Mehr S. The Effect of Thera-Band Resistance Training on the Electromyography Frequency Spectrum of Trunk and Lower Limb Muscles in Low Back Pain Patients with Pronated Feet During Walking: A Clinical Trial. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2019;18(5):427-40.
 9. Ciolac E, Garcez-Leme L, Greve J. Resistance exercise intensity progression in older men. *International journal of sports medicine*. 2010;31(06):433-8. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1249087>
 10. Haq SA, Davatchi F. Osteoarthritis of the knees in the COPCORD world. *International journal of rheumatic diseases*. 2011;14(2):122-9. <https://doi.org/10.1111/j.1756-185X.2011.01615.x>
 11. Mousavi A, Arabmomeni A. Corrective Exercise; Theraband Exercise; NASM; Water Resistance Training; Flat Foot. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2021;21(2):157-70. <https://doi.org/10.52547/jarums.21.2.157>
 12. Shourabi P, Bagheri R, Ashtary-Larky D, Wong A, et al. Effects of hydrotherapy with massage on serum nerve growth factor concentrations and balance in middle aged diabetic neuropathy patients. *Complementary therapies in clinical practice*. 2020; 39:101141. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101141>
 13. Maher CG. Effective physical treatment for chronic low back pain. *Orthopedic Clinics*. 2004;35(1):57-64.]Persian [https://doi.org/10.1016/S0030-5898\(03\)00088-9](https://doi.org/10.1016/S0030-5898(03)00088-9)
 14. Hamill J, McNiven SL. Reliability of selected ground reaction force parameters during walking. *Human movement science*. 1990;9(2):117-31. [https://doi.org/10.1016/0167-9457\(90\)90023-7](https://doi.org/10.1016/0167-9457(90)90023-7)
 15. Yip CHT, Chiu TTW, Poon ATK. The relationship between head posture and severity and disability of patients with neck pain. *Manual therapy*. 2008;13(2):148-54. <https://doi.org/10.1016/j.math.2006.11.002>
 16. Jafarnezhadgero AA, Majlesi M, Azadian E. Gait ground reaction force characteristics in deaf and hearing children. *Gait & posture*. 2017; 53:236-40. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2017.02.006>
 17. McWalter EJ, Cibere J, MacIntyre NJ, Nicolaou S, et al. Relationship between varus-valgus alignment and patellar kinematics in individuals with knee osteoarthritis. *JBJS*. 2007;89(12):2723-31. <https://doi.org/10.2106/JBJS.F.01016>
 18. Nakagawa TH, Muniz TB, Baldon RdM, Dias Maciel C, et al. The effect of additional strengthening of hip abductor and lateral rotator muscles in patellofemoral pain syndrome: a randomized controlled pilot study. *Clinical rehabilitation*. 2008;22(12):1051-60. <https://doi.org/10.1177/0269215508095357>
 19. Valizadeorang A, Ghorbanlou F, Jafarnezhadgero A, Alipour Sarinasilou M. Effect of Knee Brace on Frequency Spectrum of Ground Reaction Forces during Landing from Two Heights of 30 and 50 cm in Athletes with Anterior Cruciate Ligament Injury. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2019;8(2):159-68.
 20. Kamonseki DH, Gonçalves GA, Liu CY, Júnior IL. Effect of stretching with and without muscle strengthening exercises for the foot and hip in patients with plantar fasciitis: A randomized controlled single-blind clinical trial. *Manual therapy*. 2016; 23:76-82. <https://doi.org/10.1016/j.math.2015.10.006> <https://doi.org/10.1016/j.math.2016.02.003>
 21. Farahpour N, Jafarnezhadgero A, Allard P, Majlesi M. Muscle activity and kinetics of lower limbs during walking in pronated feet individuals with and without low back pain. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2018; 39:35-41. <https://doi.org/10.1016/j.jelekin.2018.01.006>
 22. Bálint GP, Buchanan WW, Ádám A, Ratkó I, et al. The effect of the thermal mineral water of Nagybaracska on patients with knee joint osteoarthritis-a double blind study. *Clinical rheumatology*. 2007;26(6):890-4. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0420-1>
 23. Topp R, Woolley S, Hornyak III J, Khuder S, et al. The effect of dynamic versus isometric resistance training on pain and functioning among adults with osteoarthritis of the knee. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2002;83(9):1187-95. <https://doi.org/10.1053/apmr.2002.33988>
 24. Mousavi A, Arabmomeni A. The Effects of Three Comprehensive Corrective Exercise Protocols on the Correction of Flexible Flat Foot in Boy Students with Overweight. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2021;21(2):157-70. <https://doi.org/10.52547/jarums.21.2.157>
 25. Shirzadfar H. The Structure and Function of Nervous System and Skeletal Muscle: A

- Review. Current Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience Reports. 2021;3(1):1-25.
26. Zajac FE. Muscle coordination of movement: a perspective. Journal of biomechanics. 1993; 26:109-24. [https://doi.org/10.1016/0021-9290\(93\)90083-Q](https://doi.org/10.1016/0021-9290(93)90083-Q)
 27. Taga G. A model of the neuro-musculo-skeletal system for human locomotion: I. Emergence of basic gait. Biological cybernetics. 1995;73(2):97-111. <https://doi.org/10.1007/BF00204048>
 28. Piri E, Barghamadi M, Farzizade R. Comparison of the Effects of Immediate and Long-Term Water and Thera band Exercises on Loading Rate, Impulse, and Free Moment in People with Pronate Foot during Walking: A Clinical Trial. 2023.
 29. Ghorbanlou F, Jafarnezhadgero A, Fakhri Mirzanag E. The Effect of Training with Elastic Band on Electro Myography of Lower Limb Muscles in Genu Valgum Male Students during Running: A Clinical Trial Study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2022;21(3):327-42. <https://doi.org/10.52547/jrums.21.3.327>
 30. Lim BW, Hinman RS, Wrigley TV, Sharma L, et al. Does knee malalignment mediate the effects of quadriceps strengthening on knee adduction moment, pain, and function in medial knee osteoarthritis? A randomized controlled trial. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology. 2008;59(7):943-51. <https://doi.org/10.1002/art.23823>
 31. Gibson H, Edwards R. Muscular exercise and fatigue. Sports medicine. 1985; 2:120-32. <https://doi.org/10.2165/00007256-198502020-00004>
 32. Gray EG, Basmajian JV. Electromyography and cinematography of leg and foot ("normal" and flat) during walking. The anatomical record. 1968;161(1):1-15. <https://doi.org/10.1002/ar.1091610101>
 33. Jafarnezhadgero AA, Fakhri E, Valizadeh Orang A, Alizadeh R. Effect of Shoes with Spikes Containing Two Different Stiffness on Frequency Spectrum of Muscles during Running in Patients with Pronated Feet. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2021;23(3):40-6.