

تعداد و وزن گذاری نوارهای مختلف بار شناختی در بیماران سکته مغزی

معصومه ابراهیم‌زاده^۱ (M.Sc)، حسین نگهبان سیوکی^۲ (Ph.D)، معصومه حسام^۱ (M.Sc)، درسا حامدی^۳ (M.Sc)، محمد مهرآور^۴ (M.Sc)

- ۱- مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- ۲- گروه آموزشی فیزیوتراپی، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
- ۴- مرکز تحقیقات توانبخشی عضلانی-اسکلتی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

چکیده

هدف: تعیین تعداد و وزن گذاری نوارهای مختلف بار شناختی در بیماران سکته مغزی است. تعداد نوارهای مختلف سیم‌های عصبی-رکتی، شناختی، توجه می‌باشد تکلیف شناختی می‌تواند کنترل تعداد و میان‌وزن گذاری بیماران سکته مغزی اثرگذار باشد بنابراین با هدف بررسی اثر شناختی بار شناختی در تعداد و میان‌وزن گذاری بیماران سکته مغزی انجام شد. روش: در این مطالعه شبه تجربی ۲۲ بیمار سکته مغزی (سن ۳۰/۷±۴۲/۲-۳۰ تا ۷۰ ساله از عارضه) و ۲۳ بیمار سالم شرکت کردند. تمامی بیماران قبل از تادن، تقسیم شده و توزیع نوارها در مدت سالم داشتند. در این مطالعه دستگاه صفحه نیرو برای جمع‌آوری شاخص‌های تادالی، سرعت و سرعت جابه‌جایی، کز، شمارش، حرکات داخلی، خارجی، اندازه گردید. شناختی (رنگ-شماره)، دشوار بودند. آمون‌ها در ۵-ضعیف‌ترین تادن، این تادن‌ها با تکلیف شناختی، متن‌ها با انجام تکلیف شناختی، متن‌ها را انجام شد.

افته‌ها: در گروه در سواری تکلیف شناختی، هیچ یک از امترهای کز، شمار و وزن گذاری نوارهای مختلف، هم‌چنین بین سطح دشواری تکلیف شناختی در این نوارها تفاوت آماری-شناختی یافت. اثر اصلی کز و تکلیف شناختی، نوارهای وزن گذاری نوارها، تفاوت آماری-شناختی یافت. اثرات مرکز فشار، افزایش آماری-شناختی در بیماران سکته مغزی، متن‌ها افراد سالم و نیز تفاوت تکلیف-شناختی نسبت به این تادن‌ها نشان دادند ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که انجام تکلیف شناختی، در وضعیت ایستاده برای بیماران سکته مغزی، بار شناختی، بار شناختی، بار شناختی، در سطح ساده و چپ، دشوار به‌مان‌یکسانی است. تضعیف نوارها و افزایش وزن گذاری نوارها می‌شود.

کلمات کلیدی: سکته مغزی، تعداد و وزن گذاری نوارها، عصبی-رکتی، ورزش

پیشرفته است [۳]. شیوع سکته مغزی در ایران به‌طور قابل ملاحظه‌ای بیش‌تر از کشورهای غربی بوده و سن ابتلا به آن در ایران نسبت به کشورهای غربی کم‌تر گزارش شده است [۴].

مقدمه

سکته مغزی یک نقص نورولوژیک حاد به‌علت اختلال در خون‌رسانی مغز می‌باشد [۲، ۱] و بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی سومین علت مرگ و میر در کشورهای

برای بهبود وضعیت تعادلی بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است. مطالعات اندکی تاثیر تکلیف شناختی بر کنترل تعادل و وزن‌گذاری نامتقارن بیماران مبتلا به سکنه مغزی در وضعیت ایستا را بررسی کرده‌اند. بر اساس نتایج این مطالعات افزایش نوسانات بدن (Body Sway) [۲۲]، کاهش نوسانات مرکز فشار [۲۴،۲۳] و نیز افزایش میزان وزن‌گذاری نامتقارن [۲۵] در وضعیت ایستاده حین انجام تکلیف شناختی در این بیماران گزارش شده است. نوع و سطح بار شناختی حاصل از انواع مختلف تکالیف شناختی می‌تواند یکی از دلایل اصلی تناقض مشاهده شده در مطالعات باشد. تاثیر تکلیف شناختی بر کنترل تعادل در افراد سالمند نیز وابسته به پیچیدگی (Complexity) تکلیف شناختی، و سن افراد می‌باشد [۱۹]. تا کنون تنها در یک مطالعه تاثیر سطوح مختلف تکلیف شناختی (از نوع reaction time) بر کنترل تعادل و میزان وزن‌گذاری نامتقارن بیماران مبتلا به سکنه سمت راست مغزی در وضعیت ایستاده بررسی شده است [۲۳]. لذا به نظر می‌رسد که بررسی تاثیر سطح بار شناختی حاصل از انواع دیگر تکالیف شناختی بر تعادل اهمیت بررسی خواهد داشت. از طرفی تکلیف شناختی استروپ به عنوان یک تکلیف استاندارد در ارزیابی توجه شناخته شده است که نیازمند میزان قابل ملاحظه‌ای از توجه، برنامه‌ریزی (Planing) و پردازش اطلاعات (Information Processing) می‌باشد [۲۶] و قابلیت اجرا به صورت گسترده در محیط‌های بالینی را دارد. بنابراین بررسی میزان تاثیرگذاری این نوع تکلیف شناختی و سطح دشواری آن بر کنترل تعادل و میزان وزن‌گذاری نامتقارن در بیماران مبتلا به سکنه مغزی می‌تواند در روند ارزیابی این بیماران و طرح درمان پیشنهادی مفید باشد و منجر به ارتقاء سطح دانش درمانگران گردد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر بررسی تاثیر سطوح مختلف بار شناختی حاصل از تکلیف استروپ بر کنترل تعادل و میزان وزن‌گذاری نامتقارن در بیماران مبتلا به سکنه مغزی است.

اختلال در کنترل تعادل و وزن‌گذاری نامتقارن حین ایستادن و راه رفتن از مهم‌ترین عوارض ناشی از سکنه مغزی است که از علل شیوع بالای افتادن در این افراد محسوب می‌شوند [۵-۱۰]. کنترل تعادل به عنوان کنترل وضعیت بدن در فضا جهت حفظ تعادل و جهت‌یابی تعریف می‌شود [۱۱]. در بیماران مبتلا به سکنه مغزی، ضعف عضلانی، کاهش دامنه حرکتی، اختلال در کنترل عضلات پای فلج و عدم جهت‌گیری مناسب در فضا باعث ایجاد اختلال تعادل و بی‌ثباتی وضعیتی در سطوح مختلف می‌شود [۱۲،۹]. اختلال شایع دیگری که در بیماران مبتلا به سکنه مغزی دیده می‌شود وزن‌گذاری نامتقارن حین ایستادن و راه رفتن می‌باشد [۱۳]. به این معنی که برعکس افراد سالم که توزیع وزن قرینه‌ای دارند، بیماران مبتلا به سکنه مغزی تمایل به وزن‌گذاری بیش‌تر روی اندام تحتانی سالم و گاهی روی اندام مبتلا در حین ایستادن دارند [۱۴،۹،۶]. وزن‌گذاری نامتقارن به عنوان یکی از عوامل اصلی در بی‌ثباتی وضعیتی و یک عامل خطر ساز در افتادن افراد مبتلا به سکنه مغزی محسوب می‌شود که منجر به بروز مشکلات عمل‌کردی و کاهش استقلال این افراد در فعالیت‌های روزمره می‌گردد [۱۶،۱۵،۱۰].

کنترل تعادل نیازمند تعامل پیچیده و پویای سیستم‌های حسی - حرکتی و شناختی می‌باشد [۱۷]. یکی از جنبه‌های شناخت که در کنترل تعادل نقش دارد توجه است [۱۸]، که از آن به عنوان ظرفیت پردازش اطلاعات یاد می‌شود [۱۹]. میزان نیازمندی سیستم تعادل به منابع توجهی از طریق آزمون تکلیف دوگانه (Dual Task) ارزیابی می‌شود. در این روش از فرد خواسته می‌شود که دو تکلیف کنترل تعادل و تکلیف شناختی (Cognitive Task) را به طور هم‌زمان انجام دهد. کاهش در عمل‌کرد هر تکلیف بیانگر تداخل در فرایندهای کنترل‌کننده دو تکلیف و میزان بهره‌مندی هر کدام از آن‌ها از منابع توجهی می‌باشد [۲۱،۲۰،۱۸].

از آن‌جا که در زندگی روزمره همواره درجاتی از بار شناختی روی سیستم اعصاب مرکزی وجود دارد، تعیین اثر بار شناختی بر تعادل جهت طراحی برنامه‌های توان‌بخشی کارا تر

مواد و روش‌ها

در این مطالعه نیمه تجربی ۲۲ بیمار مبتلا به سکته مغزی مزمن از میان کلینیک‌های فیزیوتراپی و کاردرمانی شهر اهواز به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود بیماران به مطالعه شامل: گذشت حداقل ۶ ماه از سکته مغزی [۲۸، ۲۷، ۲۵]، تجربه یک‌بار سکته مغزی [۲۵، ۲۳]، توانایی ایستادن مستقل [۲۳، ۱۵]، وزن گذاری نامتقارن به نفع اندام تحتانی سالم [۱۴]، عدم وجود غفلت یک طرفه بینایی فضایی [۲۲]، عدم وجود بیماری عضلانی-اسکلتی و نورولوژی همراه که باعث برهم خوردن تعادل شود، عدم وجود اختلال شنیداری و بینایی اصلاح نشده [۲۳، ۲۲]، نمره معاینه مختصر وضعیت شناختی (Mini Mental State Examination) بالاتر از ۲۴ [۲۹] و توانایی خواندن بود. ۲۳ فرد سالم که از لحاظ سن، قد و وزن با گروه بیمار همسان‌سازی شده‌اند به عنوان گروه کنترل در مطالعه شرکت نمودند. حجم نمونه بر اساس متغیرهای نوسانات مرکز فشار گزارش شده در مطالعات گذشته و با پاور ۸۰ درصد تعیین گردید [۱۵].

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

$$z - (\alpha / 2) = 1/96$$

$$z - \beta = 0/84$$

$$S1 = 0/181 \text{ انحراف معیار متغیر وابسته در بیمار}$$

$$S2 = 0/156 \text{ انحراف معیار متغیر وابسته در فرد سالم}$$

$$X1 = 0/754 \text{ میانگین متغیر وابسته در بیمار}$$

$$X2 = 0/723 \text{ میانگین متغیر وابسته در فرد سالم}$$

در مطالعه حاضر از ابزارهای ترازو، دو صفحه آزمون استروپ در سطح ساده و دشوار و دو دستگاه صفحه نیرو (Force Plate) استفاده شد. طبق مطالعات گذشته پارامترهای مرکز فشار حساسیت و تکرارپذیری مناسبی برای تعیین عمل‌کرد تعادلی فرد در حین ایستادن دارند [۳۰]. جهت بررسی میزان وزن‌گذاری روی هر پا و تعیین افراد مبتلا به سکته مغزی با وزن‌گذاری نامتقارن به نفع پای سالم از دو

ترازوی مشابه استفاده گردید. از بیماران خواسته شد که با پای برهنه (هر پا روی یک ترازو) بایستند و نقطه مقابل خود را نگاه کنند. درصد وزن‌گذاری روی پای سالم از طریق تقسیم وزن انداخته شده روی پای سالم (عدد نشان داده شده در ترازو زیر پای سالم) بر وزن کل بدن (مجموع اعداد نشان داده شده زیر هر دو ترازو) $\times 100$ محاسبه شد [۳۱]. داده‌های آزمایشگاهی مرتبط با تعادل با استفاده از دو صفحه نیرو (Bertec (Columbus, Ohio, USA) سری 40×60 که در کنار هم تعبیه شده‌اند [۳۲، ۳۱، ۱۴] و با فرکانس نمونه‌برداری ۱۰۰ هرتز جمع‌آوری شد.

جهت انجام آزمون تکلیف کنترل تعادل ایستا از افراد درخواست شد در حالی‌که به صفحه سفیدی در فاصله ۲ متری در مقابل نگاه می‌کنند، با پای برهنه، به صورتی‌که هر پا بر روی یک صفحه نیرو قرار بگیرد، در وضعیت ایستادن آرام، فاصله پاها به اندازه عرض شانه‌ها و دست‌ها در کنار بدن، بایستند [۱۵].

در این مطالعه آزمون استروپ که شامل دو سطح ساده و دشوار می‌باشد به عنوان تکلیف شناختی انتخاب شده است. این آزمون در ۴ رنگ اصلی سبز، قرمز، آبی و زرد می‌باشد. در تکلیف شناختی ساده نام رنگ‌ها با رنگ آن‌ها سازگاری دارد. مثلاً کلمه آبی با رنگ آبی نوشته می‌شود. در تکلیف شناختی دشوار نام رنگ‌ها با رنگ آن‌ها سازگاری ندارد و فرد باید بدون توجه به کلمه، رنگ آن را بگوید مثلاً کلمه سبز با رنگ قرمز نوشته شده است که فرد باید قرمز بخواند [۳۴، ۳۳]. در هر تکلیف ۴۵ لغت (۹ ردیف ۵ تایی) در صفحه‌ای با ابعاد ۱۸۹mm و ۸۴۱mm و در فاصله ۲ متری از فرد و در ارتفاع موازی صورت او به نمایش در می‌آیند. از فرد خواسته می‌شود که با شنیدن کلمه شروع با دقت و سرعت مناسب و تا پایان آزمون و شنیدن کلمه پایان، خواندن را ادامه دهد. در صورت اشتباه از کلمه مورد نظر رد شده و آن را تصحیح نکند [۳۵]. در صورت پایان کلمات مورد نمایش فرد باید کلمات را دوباره از ابتدا بیان کند.

نتایج

در این مطالعه ۲۲ بیمار مبتلا به سکتته مغزی مزمن (۱۵ مرد و ۷ زن) شرکت نمودند به طوری که در هیچ یک از متغیرهای سن، قد و وزن اختلاف آماری معنی داری ($p \geq 0.05$) بین دو گروه بیمار و سالم (۱۵ مرد و ۸ زن) وجود نداشت. اطلاعات دموگرافیک و بالینی شامل میانگین (انحراف معیار) قد، سن، شاخص توده بدنی، میزان تحصیلات، نمره معاینه مختصر وضعیت شناختی و نمره عمل کرد تعادلی Berg در جدول (۱) آورده شده است. برای بررسی اثر اصلی و متقابل متغیرهای مستقل گروه، و دشواری تکلیف شناختی بر پارامترهای مرکز فشار از آزمون آنالیز واریانس سنجش های مکرر (Two way repeated measure ANOVA) استفاده شد. میانگین (انحراف معیار) پارامترهای نوسانات مرکز فشار گروه بیماران مبتلا به سکتته مغزی و افراد سالم در جدول (۲) آورده شده است. خلاصه نتایج حاصل که شامل گزارش مقادیر F-ratio و p-value می باشد در جدول (۴) بیان شده است. قبل از شروع تست ها به همه افراد شرکت کننده در مطالعه در مورد هدف مطالعه توضیح داده شده و به آن ها فرم رضایت نامه (مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز) داده شد تا نسبت به حضور داوطلبانه آن ها اطمینان حاصل شود.

نتایج تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که اثر متقابلی بین گروه و تکلیف شناختی وجود ندارد. اثر اصلی گروه برای کلیه پارامترهای مرکز فشار معنی دار می باشد. بدین معنی که صرف نظر از سطح دشواری تکلیف شناختی میزان وزن گذاری نامتقارن و سطح نوسان ($p < 0.001$)، انحراف معیار سرعت در جهت داخلی خارجی ($p = 0.005$) قدامی خلفی ($p = 0.003$) و انحراف معیار شدت نوسانات مرکز فشار در دو جهت داخلی - خارجی ($p < 0.001$) و قدامی - خلفی ($p = 0.01$) در بیماران سکتته مغزی نسبت به افراد سالم بیش تر بود. هم چنین اثر اصلی تکلیف شناختی، بر شاخص تقارن و برخی از پارامترهای مرکز فشار معنی دار بود؛ بدین ترتیب که درصد وزن گذاری نامتقارن ($p = 0.02$)، انحراف معیار سرعت در

جهت ارزیابی تاثیر کنترل تعادل ایستا بر عمل کرد تکلیف شناختی، وضعیت نشسته به عنوان وضعیت مرجع عمل کرد شناختی به کار برده شد. به این منظور از فرد خواسته شده که روی صندلی دارای تکیه گاه مناسب جهت حمایت از ستون فقرات و اندام های فوقانی نشسته و تکلیف شناختی را در دو سطح ساده و دشوار انجام دهد.

وضعیت های انجام آزمون شامل: (۱) تکلیف ایستادن بدون انجام تکلیف دوگانه (۲) نشستن و انجام تکلیف شناختی در سطح ساده (۳) نشستن و انجام تکلیف شناختی در سطح دشوار (۴) ایستادن و انجام تکلیف شناختی در سطح ساده (۵) ایستادن همراه با انجام تکلیف ثانویه شناختی در سطح دشوار. ترتیب آزمون ها به شکل تصادفی تعیین شده و هر آزمون به مدت ۶۰ ثانیه و ۲ مرتبه انجام شد و میانگین نتایج گزارش گردید. از یک دستگاه ضبط کننده صدا برای ثبت عمل کرد شناختی استفاده شد. برای حفظ ایمنی بیماران از یک فرد خواسته می شد که حین انجام آزمون ها در کنار آن ها قرار گیرد.

پارامترهای تعادلی شامل سطح (Area)، شدت (Amplitude) و سرعت (Velocity) جابه جایی مرکز فشار در جهات داخلی - خارجی و قدامی - خلفی بود که با استفاده از اطلاعات هر دو صفحه نیرو محاسبه گردید. میزان نیروی عکس العمل زمین (Ground Reaction Force) زیر هر پا توسط هر صفحه نیرو استخراج شده و با استفاده از فرمول شاخص عدم تقارن (Symmetrical Index)، (تقسیم تفاضل نیروی عکس العمل زمین زیر دو پا بر مجموع نیروی عکس العمل زمین زیر دو پا) محاسبه گردید. از یک برنامه نوشته شده در محیط نرم افزار (MATLAB 2010b) برای فیلتر کردن داده های صفحات نیرو (با فرکانس گوشه ۱۰ هرتز) و استخراج متغیرهای مورد نیاز استفاده گردید.

نمره عمل کرد تکلیف شناختی نرخ تکلیف استروپ (Rate Of Stroop Task) می باشد که از تقسیم تعداد کلمات صحیح خوانده شده بر تعداد کل کلمات خوانده شده توسط فرد محاسبه شده و به صورت درصد بیان می شد [۳۵].

عملکرد شناختی نشان داد که هیچ اثر متقابل بین گروه و دشواری تکلیف شناختی وجود ندارد (جدول ۵). میانگین نمره عملکرد تکلیف شناختی، صرف نظر از گروه، کاهش آماری معنی داری بین سطوح ساده و دشوار تکلیف شناختی نشان داد ($F=7/16$ و $p=0/008$). همچنین در مقایسه بین دو گروه نمره عملکرد تکلیف شناختی در بیماران مبتلا به سکته مغزی نسبت به افراد سالم به صورت معنی داری کم تر بود ($p=0/01$ و $F=7/15$).

جهت قدامی - خلفی ($p=0/01$)، انحراف معیار شدت (دامنه) در جهت داخلی - خارجی ($p=0/006$) و سطح نوسانات ($p=0/03$) مرکز فشار با انجام تکلیف دوگانه نسبت به وضعیت ایستاده بدون تکلیف شناختی در هر دو گروه افزایش یافت. اما در هیچ کدام از پارامترها بین دو سطح دشواری تکلیف شناختی اختلاف آماری معناداری یافت نشد. نتایج میانگین (انحراف معیار) نمره عملکرد تکلیف شناختی در تمامی وضعیتها برای گروه سالم و بیمار در جدول (۴) آورده شده است. نتایج آنالیز ANOVA روی نمره

جدول ۱ میانگین (انحراف معیار) اطلاعات دموگرافیک و بالینی بیماران مبتلا به سکته مغزی و افراد سالم

متغیر	گروه مبتلا (۲۲ نفر)	گروه سالم (۲۳ نفر)	مقدار p
سن (سال)	۵۵/۸ (۷/۹)	۵۴/۷ (۷/۵)	۰/۶۴
قد (متر)	۱/۶ (۰/۰۸)	۱/۶ (۰/۱۰)	۰/۲۳
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)	۲۷/۲ (۳/۵)	۲۶/۴ (۳/۰)	۰/۳۷
میزان تحصیلات (سال)	۱۱/۳ (۳/۹)	۱۱/۵ (۲/۶)	۰/۸۷
نمره معاینه مختصر وضعیت شناختی	۲۷/۷ (۱/۴)	-----	-----
نمره عملکرد تعادلی برگ	۴۵/۷ (۷/۷)	-----	-----
مدت زمان گذشته از سکته مغزی	۳۰/۷ (۴۲/۲)	-----	-----

جدول ۲. میانگین (انحراف معیار) وزن گذاری نامتقارن و پارامترهای مرکز فشار در گروه مبتلا به سکته مغزی و افراد سالم

متغیرها	گروه	سطح دشواری تکلیف شناختی	
		ایستاده	ایستاده با تکلیف شناختی
		ساده	دشواری
وزن گذاری نامتقارن (%)	سکته مغزی	۲۳/۵۰ (۱۹/۰۳)	۲۷/۹۹ (۲۱/۲۳)
	سالم	۵/۸۲ (۴/۴۵)	۸/۵۰ (۶/۹۴)
مساحت (cm ²)	سکته مغزی	۳/۴۵ (۳/۹۳)	۴/۴۴ (۳/۳۶)
	سالم	۱/۲۸ (۰/۸۶)	۳/۳۱ (۵/۰۲)
سرعت در جهت داخلی خارجی (cm/s)	سکته مغزی	۲/۴۲ (۰/۵۷)	۲/۵۲ (۰/۴۹)
	سالم	۱/۹۹ (۰/۵۲)	۲/۱۶ (۰/۵۹)
سرعت در جهت قدامی خلفی (cm/s)	سکته مغزی	۲/۵۸ (۰/۶۳)	۲/۷۲ (۰/۶۶)
	سالم	۲/۱۷ (۰/۲۹)	۲/۲۸ (۰/۴۳)
دامنه در جهت داخلی خارجی (cm)	سکته مغزی	۰/۴ (۰/۲۶)	۰/۵۱ (۰/۲۸)
	سالم	۰/۱۹ (۰/۰۸)	۰/۳۵ (۰/۳۳)
دامنه در جهت قدامی خلفی (cm)	سکته مغزی	۰/۴۵ (۰/۱۵)	۰/۴۶ (۰/۱۴)
	سالم	۰/۳۶ (۰/۰۹)	۰/۴۱ (۰/۱۴)

جدول ۳. اثر اصلی و متقابل تکلیف شناختی (عدم انجام تکلیف شناختی، تکلیف شناختی ساده تکلیف شناختی دشوار) و گروه (سالم و بیمار)

عامل تغییر		وزن گذاری	سرعت در جهت داخلی	سرعت در جهت	دامنه در جهت داخلی	دامنه در جهت	مساحت
		نامتقارن	خارجی	قدامی خلفی	خارجی	قدامی خلفی	
اثر اصلی							
دشواری تکلیف	f	۴/۵۰	۲/۹۱	۴/۹۳	۵/۹۵	۱/۶۲	۳/۶۶
	p	۰/۰۲	۰/۰۶	۰/۰۶	۰/۰۰۶	۰/۰۲	۰/۰۳
گروه	f	۱۸/۰۱	۸/۷۷	۹/۵۹	۱۴/۸۹	۶/۲۴	۷/۴۲
	p	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۰۱	<۰/۰۰۱
اثر متقابل							
وضعیت × گروه	f	۰/۹۱	۰/۳۰	۰/۲۸	۰/۳۰	۱/۰۶	۰/۹۸
	p	۰/۴۰	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۷۴	۰/۳۴	۰/۳۸

جدول ۴. میانگین (انحراف معیار) نمره عملکرد تکلیف شناختی در گروه سالم و بیماران مبتلا به سکنه مغزی

گروه وضعیت	سکنه مغزی	سالم
نشسته و تکلیف شناختی ساده	۰/۲۹(۰/۰۰)	۰/۳۰(۰/۰۰)
نشسته و تکلیف شناختی دشوار	۰/۲۸(۰/۰۱)	۰/۲۹(۰/۰۰)
ایستاده و تکلیف شناختی ساده	۰/۲۹(۰/۰۰)	۰/۳۰(۰/۰۰)
ایستاده و تکلیف شناختی دشوار	۰/۲۶(۰/۰۶)	۰/۲۹(۰/۰۰)

عضلانی، تون غیرطبیعی عضلات، نقص سیستم‌های حسی- حرکتی (Sensorimotor)، کاهش وزن‌گذاری در اندام آسیب‌دیده، اختلال در انتقال وزن در جهات مختلف طی ایستادن آرام به‌ویژه انتقال وزن به‌طرف اندام آسیب‌دیده، ناتوانی در ایستادن روی یک پا به‌ویژه بر روی اندام آسیب‌دیده در افراد مبتلا به سکنه مغزی می‌باشد [۳۶،۸].

در پژوهش حاضر در هر دو گروه سالم و بیمار با افزایش بار شناختی و انحراف معیار سرعت نوسانات مرکز فشار در جهت قدامی- خلفی و دامنه نوسانات در جهت داخلی- خارجی افزایش یافت. هنگام انجام تکلیف دوگانه شناختی افزایش دامنه نوسانات تعادلی بیانگر این است که پایداری تعادل (Stability balance) در جهت داخلی- خارجی کاهش یافته است. در حالی که انحراف معیار سرعت نوسانات مرکز فشار که نشان‌دهنده تلاش کنترلی است در جهت داخلی- خارجی تفاوت آماری معنی‌داری را نشان نداد. از طرفی پایداری تعادل در جهت قدامی- خلفی تغییری نکرده ولی انحراف معیار سرعت که نشان‌دهنده تلاش کنترلی (Control

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی کنترل تعادل و میزان وزن‌گذاری نامتقارن تحت سطوح مختلف بار شناختی در بیماران مبتلا به سکنه مغزی بود. در مطالعه حاضر اثر متقابلی بین گروه و تکلیف شناختی دیده نشد. این یافته در تضاد با برخی مطالعات می‌باشد [۲۲-۲۴]، که می‌تواند به دلیل تفاوت در نوع تکلیف شناختی [۲۲،۲۳]، محدوده سنی شرکت‌کنندگان [۲۲] و عدم یکسان‌سازی بیماران بر اساس فقدان وجود غفلت فضایی بینایی به عنوان عامل تاثیرگذار بر کنترل تعادل در مطالعات گذشته باشد [۲۲].

علاوه بر این در این مطالعه تفاوت معنی‌دار در پارامترهای مرکز فشار و وزن‌گذاری نامتقارن بین دو گروه بیماران مبتلا به سکنه مغزی و افراد سالم دیده شد. به عبارت دیگر صرف نظر از دشواری تکلیف شناختی، نوسانات مرکز فشار و وزن‌گذاری نامتقارن در گروه بیماران مبتلا به سکنه مغزی از افراد سالم بیش‌تر بود که با مطالعات گذشته همخوانی دارد [۵-۱۰]. این نتایج احتمالاً به دلیل، کاهش دامنه حرکتی مفاصل، ضعف

جهت کنترل نوسانات بدن و حفظ ثبات پاسچرال در حین انجام هم‌زمان تکالیف وضعیتی و شناختی می‌باشد [۲۴]. در مطالعه ما شرکت‌کنندگان در محدوده سنی میانسال تا سالمند (۶۵-۴۵ سال) قرار داشته و نوع تکلیف به‌کار گرفته شده تکلیف استروپ بود که به عنوان یک استاندارد جهت ارزیابی توجه شناخته شده است [۳۳]. این تکلیف نیازمند میزان قابل ملاحظه‌ای از توجه، برنامه‌ریزی و پردازش اطلاعات برای اجتناب از تشخیص نادرست می‌باشد. از آن‌جا که تکلیف استروپ باعث ایجاد تداخل شناختی (Cognitive interference)، تاثیر بر فرایند عمل‌کرد اجرایی (Executive function) و سرعت پردازش اطلاعات (Information processing speed) می‌گردد به نظر می‌رسد که نسبت به تکالیف شناختی دیگر مثل تکالیف واکنشی یا تکالیف محاسباتی مانند شمارش معکوس اعداد، نیازمند میزان سطح توجهی بالاتری بوده و تکلیف شناختی دشواری محسوب می‌گردد. چرا که برخلاف دیگر تکالیف شناختی که بخش‌های محدودی از کورتکس مغزی را فعال می‌کنند تکلیف استروپ باعث فعال‌سازی مناطق وسیعی از مغز می‌شود [۲۶]. با توجه به نتایج مطالعه حاضر این احتمال وجود دارد که تکلیف استروپ توانایی به چالش کشیدن سیستم کنترل تعادل در هر دو گروه بیماران سکته مغزی و افراد سالم را داشته است. همچنین در این مطالعه اجرای تکلیف شناختی استروپ نیازمند صحبت کردن بود که می‌تواند عامل افزایش نوسانات مرکز فشار باشد. در مطالعات گذشته ذکر شده که حرکات گفتاری و تنفسی حین صحبت کردن ممکن است مسئول این تغییرات در نوسانات بدن می‌باشد [۳۷]. هر چند با توجه به این‌که تفاوت آماری معنی‌داری در پارامترهای مرکز فشار بین سطح ساده و دشوار تکلیف ثانویه، که در هر دو تکلم وجود داشته، مشاهده نشد؛ می‌توان نتیجه گرفت که اثر حاصل از تکلم بر روی نوسان مرکز فشار برای هر سطح یکسان بوده است. نتایج مطالعه حاضر نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار نمره عمل‌کرد تکلیف شناختی در گروه بیماران مبتلا به سکته مغزی نسبت به گروه سالم است. مطالعات نشان می‌دهد که با افزایش

Effort می‌باشد در جهت قدامی - خلفی افزایش داشته است این نتایج نشان می‌دهند که بار شناختی بیش‌تر روی پایداری تعادل در جهت داخلی - خارجی اثر می‌گذارد، اما در جهت قدامی - خلفی اثر این بار روی سیستم اعصاب مرکزی جبران می‌شود و تنها نیاز به هزینه کنترلی بیش‌تری خواهد بود. همچنین افزایش وزن‌گذاری نامتقارن به‌دنبال افزودن بار شناختی دیده شد. این نتیجه با مطالعه Dehart سازگاری دارد [۲۵]. به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به سکته مغزی به‌دنبال افزایش بار شناختی فرایندهای کنترل تعادل یک استراتژی جبرانی در جهت افزایش وزن‌گذاری به سمت پای سالم (قوی‌تر) را ایجاد می‌کنند [۲۳]. در مطالعه Burlon با افزایش بار شناختی (زمان عکس‌العمل) از ساده به دشوار، کاهش معنادار در طول مسیر (Sway path) و سطح نوسانات مرکز فشار در گروه بیماران مبتلا به سکته مغزی دیده شد؛ ولی در افراد سالم تغییری مشاهده نشد [۲۳]. اما در مطالعه حاضر در هیچ‌کدام از پارامترها بین دو سطح دشواری تکلیف شناختی اختلاف آماری معناداری یافت نشد که این نتیجه می‌تواند بیانگر پیچیدگی تکلیف و افزایش بار توجهی به‌دنبال انجام تکلیف شناختی استروپ ساده باشد. به این دلیل که سیستم عصبی مرکزی با حداکثر ظرفیت خود به تکلیف شناختی استروپ ساده پاسخ داده و دیگر توانایی تمیز و تشخیص بار توجهی بیش‌تر که تکلیف شناختی استروپ در سطح دشوار است را ندارد. از طرفی عدم مشاهده تفاوت آماری معنادار در پارامترهای مرکز فشار، بین سطح آسان و دشوار تکلیف شناختی در مطالعه حاضر ممکن است حاصل کافی نبودن بار شناختی تکلیف استروپ دشوار استفاده شده باشد. تایید قطعی این‌که کدام‌یک از این دو دیدگاه درست می‌باشند نیاز به مطالعات بیش‌تری دارد. در مطالعه Hyndman و همکاران به‌دنبال انجام یک تکلیف شناختی (یادآوری یک لیست خرید) کاهش نوسانات مرکز فشار در هر دو گروه سالم و بیمار مشاهده شد. که این نتایج را می‌توان بر اساس اصل اولویت پاسچر توجیه نمود. به‌کارگیری این استراتژی تعادلی (کاهش نوسانات) در واقع یک مکانیزم تطابقی برای ایستادن باثبات‌تر

استفاده از روش تکلیف دوگانه با درجه دشواری متفاوت در گروه‌های سنی مختلف از بیماران مبتلا به سکتة مغزی انجام شود، زیرا که این احتمال وجود دارد که سیستم کنترل تعادل افراد مسن مبتلا به سکتة مغزی در مقایسه با افراد جوان مبتلا به سکتة مغزی در مواجهه با تکلیف دوگانه شناختی به گونه‌ای متفاوت عمل کنند.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد سرکار خانم معصومه ابراهیم‌زاده دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز می‌باشد (شماره طرح: pht9320). نویسندگان مقاله از معاونت توسعه پژوهش و فناوری دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز به خاطر حمایت مالی بابت انجام این طرح تشکر و قدردانی می‌نمایند. نویسندگان هم‌چنین از خانم دکتر تبسم قنواتی بابت بازبینی و ویرایش متن نهایی تشکر می‌نمایند.

منابع

- [1] Binesh M, Hassani Mehraban A, Amouzadeh Khalili M, Ghomashchi H, Hamed D, Taghizadeh G. Relationship between functional balance tests and postural sway parameters in bending and picking up the object on the floor task in the chronic hemiparetic patients. *Koomesh* 2013; 14: 455-465. (Persian).
- [2] Jellinger K. Stroke. Practical guide for clinicians. *Eur J Neurol* 2009; 16: e145-e.
- [3] Van de Port IG, Kwakkel G, Schepers VP, Lindeman E. Predicting mobility outcome one year after stroke: a prospective cohort study. *J Rehabil Med* 2006; 38: 218-223.
- [4] Azarpazhooh MR, Etemadi MM, Donnan GA, Mokhber N, Majidi MR, Ghayour-Mobarhan M, et al. Excessive incidence of stroke in Iran evidence from the mashhad stroke incidence study (MSIS), a population-based study of stroke in the middle east. *Stroke* 2010; 41: e3-e10.
- [5] Weerdesteyn V, de Niet M, van Duijnhoven HJ, CH A, Geurts M. Falls in individuals with stroke. *Differences* 2008; 33: 36.
- [6] Sackley CM. Falls, sway, and symmetry of weight-bearing after stroke. *Int Disabil Stud* 1991; 13: 1-4.
- [7] Harris JE, Eng JJ, Marigold DS, Tokuno CD, Louis CL. Relationship of balance and mobility to fall incidence in people with chronic stroke. *Phys Ther* 2005; 85: 150-158.
- [8] Geurts AC, de Haart M, van Nes IJ, Duysens J. A review of standing balance recovery from stroke. *Gait Posture* 2005; 22: 267-281.

سن و یا به دنبال سکتة مغزی به دلیل تغییرات حافظه کار (Memory Work) محیطی و مرکزی، در صورت تغییر و یا کاهش اطلاعات حسی و یا افزایش دشواری در حفظ پاسجر، نیاز به منابع توجهی برای کنترل پاسجر افزایش می‌یابد [۱۷]. هم‌چنین نمره عمل‌کرد تکلیف شناختی با افزایش دشواری تکلیف در همه شرکت‌کنندگان کاهش آماری معنی‌دار نشان داد که بر طبق تئوری ظرفیت محدود توجهی قابل توجهیه است.

محدودیت‌ها: باید توجه داشت که این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشته و نتایج آن باید با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها مورد توجه و استفاده قرار گیرد. از جمله آن که به دلیل حجم نمونه کم امکان کنترل کردن منطقه آسیب‌دیده در مغز وجود نداشت. از طرفی مدت زمان ابتلا ممکن است بر تعادل بیماران موثر بوده باشد. هر چند ما این مدت زمان را ثبت و گزارش کرده‌ایم ولی به دلیل حجم نمونه ناکافی امکان بررسی ارتباط بین مدت زمان ابتلا و اثر سطوح مختلف بار شناختی و حتی کنترل مدت زمان ابتلا را نداشته‌ایم. هم‌چنین در نظر نگرفتن تعادل پویا از محدودیت‌های دیگر مطالعه حاضر بوده است که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد.

نتایج مطالعه ما افزایش معنادار در میزان وزن‌گذاری نامتقارن، افزایش نوسانات مرکز فشار و کاهش نمره عمل‌کرد شناختی را به دنبال انجام تکلیف دوگانه شناختی ساده و دشوار در هر دو گروه بیماران مبتلا به سکتة مغزی و سالم را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد که تکلیف دوگانه شناختی یک پارادایم مفید برای ارزیابی کنترل تعادل در افراد مبتلا به سکتة مغزی باشد. نتایج این مطالعه در راستای تایید این فرضیه که تاثیر تکلیف دوگانه شناختی بر کنترل تعادل بیماران مبتلا به سکتة مغزی همانند سالمندان وابسته به درجه سختی و پیچیدگی تکلیف شناختی است می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که ارزیابی کنترل تعادل با روش تکلیف دوگانه با استفاده از مقایسه انواع فعالیت‌های شناختی با دشواری و پیچیدگی متفاوت انجام گردد. هم‌چنین ارزیابی کنترل تعادل با

- [24] Hyndman D, Ashburn A, Yardley L, Stack E. Interference between balance, gait and cognitive task performance among people with stroke living in the community. *Disabil Rehabil* 2006; 28: 849-856.
- [25] de Haart M, Geurts AC, Huidekoper SC, Fasotti L, van Limbeek J. Recovery of standing balance in postacute stroke patients: a rehabilitation cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 886-895.
- [26] Patel P, Lamar M, Bhatt T. Effect of type of cognitive task and walking speed on cognitive-motor interference during dual-task walking. *Neuroscience* 2014; 260: 140-148.
- [27] Mansfield A, Mochizuki G, Inness EL, McIlroy WE. Clinical correlates of between-limb synchronization of standing balance control and falls during inpatient stroke rehabilitation. *Neurorehabil Neural Repair* 2012; 26: 627-635.
- [28] Chern JS, Lo CY, Wu CY, Chen CL, Yang S, Tang FT. Dynamic postural control during trunk bending and reaching in healthy adults and stroke patients. *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89: 186-197.
- [29] Ansari NN, Naghdi S, Hasson S, Valizadeh L, Jalaie S. Validation of a Mini-Mental State Examination (MMSE) for the Persian population: a pilot study. *Appl Neuropsychol* 2010; 17: 190-195.
- [30] Salavati M, Hadian MR, Mazaheri M, Negahban H, Ebrahimi I, Talebian S, et al. Test-retest reliability of center of pressure measures of postural stability during quiet standing in a group with musculoskeletal disorders consisting of low back pain, anterior cruciate ligament injury and functional ankle instability. *Gait Posture* 2009; 29: 460-464.
- [31] Plummer-D'Amato P, Altmann LJ, Saracino D, Fox E, Behrman AL, Marsiske M. Interactions between cognitive tasks and gait after stroke: a dual task study. *Gait Posture* 2008; 27: 683-688.
- [32] Mansfield A, Danells CJ, Inness E, Mochizuki G, McIlroy WE. Between-limb synchronization for control of standing balance in individuals with stroke. *Clin Biomech* 2011; 26: 312-317.
- [33] Jensen AR, Rohwer WD. The Stroop color-word test: A review. *Acta Psychol* 1966; 25: 36-93.
- [34] MacLeod CM. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull* 1991; 109: 163-203.
- [35] Hiyamizu M, Morioka S, Shomoto K, Shimada T. Effects of dual task balance training on dual task performance in elderly people: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2012; 26: 58-67.
- [36] Eng JJ, Chu KS. Reliability and comparison of weight-bearing ability during standing tasks for individuals with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1138-1144.
- [37] Dault M, C en, Frank JS. Does practice modify the relationship between postural control and the execution of a secondary task in young and older individuals? *Gerontology* 2004; 50: 157-164.
- [9] Genthon N, Rougier P, Gissot AS, Froger J, Pélissier J, Pérennou D. Contribution of each lower limb to upright standing in stroke patients. *Stroke* 2008; 39: 1793-1799.
- [10] Adegoke B, Olaniyi O, Akosile C. Weight bearing asymmetry and functional ambulation performance in stroke survivors. *Glob J Health Sci* 2012; 4: 87-94.
- [11] Laessoe U, Hoeck HC, Simonsen O, Voigt M. Residual attentional capacity amongst young and elderly during dual and triple task walking. *Hum Mov Sci* 2008; 27: 496-512.
- [12] de Oliveira CB, De Medeiros I, Frota N, Greters ME, Conforto AB. Balance control in hemiparetic stroke patients: main tools for evaluation. *J Rehabil Res Dev* 2008; 45: 1215-1226.
- [13] Hamed D, Lajevardi L, Ghomashchi H, Binesh M, Taghizadeh G. Effects of constraint induced movement therapy technique using wedge on weight bearing symmetry and functional balance in chronic hemiparesis patients. *Koomesh* 2013; 14: 342-349. (Persian).
- [14] Mansfield A, Danells CJ, Zettel JL, Black SE, McIlroy WE. Determinants and consequences for standing balance of spontaneous weight-bearing on the paretic side among individuals with chronic stroke. *Gait Posture* 2013; 38: 428-432.
- [15] Marigold DS, Eng JJ. The relationship of asymmetric weight-bearing with postural sway and visual reliance in stroke. *Gait Posture* 2006; 23: 249-255.
- [16] Kamphuis JF, de Kam D, Geurts AC, Weerdesteyn V. Is weight-bearing asymmetry associated with postural instability after stroke? a systematic review. *Stroke Res Treat* 2013; 2013: 692137.
- [17] Brown LA, Sleik RJ, Winder TR. Attentional demands for static postural control after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83: 1732-1735.
- [18] Huang HJ, Mercer VS. Dual-task methodology: applications in studies of cognitive and motor performance in adults and children. *Pediatr Phys Ther* 2001; 13: 133-140.
- [19] Woollacott M, Shumway-Cook A. Attention and the control of posture and gait: a review of an emerging area of research. *Gait Posture* 2002; 16: 1-14.
- [20] Yogev- Seligmann G, Hausdorff JM, Giladi N. The role of executive function and attention in gait. *Mov Disord* 2008; 23: 329-342.
- [21] Fraizer E, Mitra S. Methodological and interpretive issues in posture-cognition dual-tasking in upright stance. *Gait Posture* 2008; 27: 271-279.
- [22] Bensoussan L, Viton JM, Schieppati M, Collado H, Milhe de Bovis V, Mesure S, Delarque A. Changes in postural control in hemiplegic patients after stroke performing a dual task. *Arch phys Med Rehabil* 2007; 88: 1009-15.
- [23] Bourlon C, Lehenaff L, Batifoulier C, Bordier A, Chatenet A, Desailly E, et al. Dual-tasking postural control in patients with right brain damage. *Gait Posture* 2014; 39: 188-193.

Balance control and weight bearing asymmetry under different levels of cognitive demands in stroke patients

Masoome Ebrahimzades (M.Sc)¹, Hossein Negahban(Ph.D)², Masumeh Hessam (M.Sc)¹, Dorsa Hamedi (M.Sc)³, Mohammad Mehravar (M.Sc)^{*4,1}

1 - Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Physical Therapy Department, School of Rehabilitation Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science, Ahvaz, Iran

2 - Physical Therapy Department, School of Paramedical Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3 - Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Occupational Therapy Department, School of Rehabilitation Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science, Ahvaz, Iran.

4 - Musculoskeletal Rehabilitation Research Center, Ahvaz Jundishapur University of Medical Science, Ahvaz, Iran

(Received: 24 Jan 2016; Accepted: 15 Oct 2016)

Introduction: Balance control impairment and weight bearing asymmetry (WBA) are the most common complications in stroke patients. Interactions between sensory-motor and cognitive systems are necessary for balance control. Cognitive task can affect the balance control and weight bearing asymmetry in these patients. The purpose of this study was to investigate the effect of cognitive task and its difficulty on balance control and weight bearing asymmetry in chronic stroke patients.

Materials and Methods: Twenty-two patients with chronic stroke (30.7±42.2 month post-stroke) and 23 healthy individuals participated in the study. All the patients could stand independently and had weight bearing asymmetry towards the nonparetic leg. We used two force plates to collect balance related data including Area, Amplitude, velocity of cop displacement in ML and AP planes in standing position. In addition, simple and difficult stroop (color-word) tasks were used as cognitive tasks. All the participants underwent 5 test conditions including standing, sitting and simple cognitive, sitting and difficult cognitive, standing and simple cognitive, and standing and difficult cognitive tasks.

Results: Interaction effect of group in cognitive task was not significant for any of COP parameters and WBA. Also no significant difference was seen between COP parameters and WBA for simple and difficult dual tasks. Main effects of group and cognitive task were significant for WBA, standard deviation of center of pressure sway amplitude and sway velocity ($p < 0.05$), showing increasing pattern from patient to healthy group and from single to dual task.

Conclusion: Results showed that stroop task is challenging enough that cognitive demand arising from it both in simple and difficult levels, by the same amount deteriorates upright balance and increases WBA in stroke patients.

Keywords: Stroke, Cognition, Postural Balance, Weight Bearing, Stroop Test

* Corresponding author. Tel: +98 61 33743506

mohammad.mehravar@gmail.com