



Comparison of the Effectiveness of a Selected Exercise Program and Rehabilitation and a Selected Exercise Program with Rehabilitation on the Motor Skills of Unhealthy Hand in Children with Hemiplegia

Saeed Akbari Nia¹, Abdollah Ghasemi², Masoumeh Shojaei ³, Seyed Mohammad Kazem Vaez Mousavi⁴

1. PhD Student of Motor Development, Research and Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Physical Education and Sport Sciences, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Motor Behavior, Faculty of Sports Science, Alzahra University, Tehran, Iran.

1. Professor, Department of Physical Education, Imam Hossein University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Movement function and daily activities of hemiplegic children are defective; therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of a selected exercise program and rehabilitation and a selected exercise program with rehabilitation on the motor skills of unhealthy hands of hemiplegic children.

Methods and Materials: The research method is quasi-experimental. The statistical population consisted of hemiplegic children referring to Tavaniab, Zanko and Kimia rehabilitation centers in Kermanshah. The statistical sample of the study was 30 people based on the inclusion criteria who were randomly divided into 3 groups of 10 people and in the next stage 24 people remained based on the exclusion criteria. The research instrument was a demographic questionnaire and MABC-2 test. Dependent t-test and one-way analysis of variance were used to analyze the data.

Findings: The results showed that there was a significant difference between pre-test and post-test of both experimental groups in all variables ($p < 0.001$). There was a significant difference in the nail and board variable between the rehabilitation group and the selected group with rehabilitation ($P \leq 0.001$). But there was no significant difference between the other groups ($P \geq 0.001$). There is a significant difference in the page threading variable between the rehabilitation group and the selected group with rehabilitation ($P \leq 0.001$). But there was no significant difference between the other groups ($P \geq 0.001$). There is a significant difference in the maze drawing variable between the rehabilitation group and the selected group with rehabilitation ($P \leq 0.001$). But there was no significant difference between the selected group and rehabilitation ($P \geq 0.001$).

Conclusions: It can be concluded that the selected group with rehabilitation has a better effect on the variables of beanbag, nail and board, threading and drawing maze than other groups.

Keywords: Motor skills, Exercise, Rehabilitation, Children, Hemiplegia

Citation: Akbari Nia S, Ghasemi A, Shojaei M, Vaez Mousavi SMK. Comparison of the Effectiveness of a Selected Exercise Program and Rehabilitation and a Selected Exercise Program with Rehabilitation on the Motor Skills of Unhealthy Hand in Children with Hemiplegia. Res Behav Sci 2022; 20(3):390-400.

* Masoumeh Shojaei,

Email: m.shojaei@alzahra.ac.ir

مقایسه اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی

سعید اکبری نیا^۱، عبدالله قاسمی^۲، معصومه شجاعی^۱، سید محمد کاظم واعظ موسوی^۲

۱- دانشجوی دکتری تخصصی رشته رشد حرکتی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه تربیت بدنی و علوم ورزشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۳- (نویسنده مسئول) * دانشیار، گروه رفتار حرکتی، دانشکده علوم ورزشی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۴- استاد، گروه تربیت بدنی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه امام حسین، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: کارکرد حرکتی و فعالیت‌های روزانه کودکان همی پلژی دارای نقص می‌باشد؛ بنابراین هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق نیمه تجربی می‌باشد. جامعه آماری را کودکان همی پلژی مراجعه کننده به مراکز توانبخشی توانیاب، زانکو و کیمیا در شهر کرمانشاه تشکیل دادند. نمونه آماری پژوهش براساس معیارهای ورود به پژوهش ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی ساده به ۳ گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند و در مرحله بعد براساس معیارهای خروج از پژوهش ۲۴ نفر باقی ماندند. ابزار تحقیق را پرسشنامه دموگرافیک و آزمون MABC-2 تشکیل دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t وابسته و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه تجربی در تمامی متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). در متغیر میخ و تخته بین گروه توانبخشی با گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی بین دیگر گروه‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$). در متغیر نخ کردن صفحه بین گروه توانبخشی با گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی بین دیگر گروه‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$). در متغیر رسم ماز بین گروه توانبخشی با گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$). ولی بین گروه منتخب با توانبخشی تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$).

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که گروه منتخب همراه با توانبخشی نسبت به گروه‌های دیگر اثربخشی بهتری در متغیرهای کیسه لوبیا، میخ و تخته، نخ کردن صفحه و رسم ماز دارد.

واژه‌های کلیدی: تبحر حرکتی، تمرین، توانبخشی، کودکان، همی پلژی

ارجاع: اکبری نیا سعید، قاسمی عبدالله، شجاعی معصومه، واعظ موسوی، سید محمد کاظم. مقایسه اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و

برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۳): ۳۹۰-۴۰۰.

* معصومه شجاعی،

m.shojaei@alzahra.ac.ir رایانامه:

مقدمه

رشد یک نشانه بنیادی و یکپارچه از سلامتی و بهزیستی در کودکان است. رشد هنجار یک شاخص سلامتی است در حالی که رشد ناهنجار ممکن است نشانه‌ای بر بیماری، سوء تغذیه یا مواردی غیرعادی در محیط باشد (۱). همی‌پلژی از نقایص اولیه بعد از فلج مغزی و سکتی مغزی می‌باشد. با شروع بهبودی، بروز سینرژی و اسپاستیسیته فلکسوری در اندام فوقانی (۲) منجر به تلاش زیاد فرد در حرکات شانه و باز کردن آرنج و انگشتان می‌شود (۳) زیرا اسپاستیسیته باعث سفتی و ضعف عضلانی، کاهش دامنه حرکتی مفاصل، درد و وضعیت نامناسب در اندام و همچنین مهارت دست می‌گردد (۲)، اختلال در مهارت دست یا حرکات ریز ارادی در دستکاری اشیاء کوچک (۴) موجب ناتوانی در انجام فعالیت‌های اولیه روزمره زندگی می‌گردد (۵). نقایص ایجاد شده در عملکرد اندام فوقانی یک‌طرفه شامل تن عضلانی افزایش یافته، حس مختل، کاهش قدرت، محدودیت دامنه حرکتی، سرعت کاهش یافته و مشکلاتی در کنترل گرفتن می‌باشند نقایص مغزی دوطرفه نامتقارن در MRI ممکن است همراه با کاهش کنترل حرکتی - بینایی متعاقب آن؛ مشکلات خفیف در حرکات متوالی و کاهش سرعت و تبحر در دست غیرمبتلا دیده شود (۶). خیلی از کودکان همی‌پلژی نقص در هماهنگی دودستی داشتند که خیلی از فعالیت‌های روزمره که نیاز به استفاده دودستی هماهنگ شده دارد دچار مشکل بود. استقلال در این کارها با استفاده از استراتژی‌های تطبیقی جهت جبران مهارت‌های دودستی ضعیف به دست می‌آید (۷). بعضی از مطالعات نشان داده‌اند که این نقص‌های پایه‌ای پیش‌بینی کننده اختلالات کنترل حرکتی در افراد هستند. اگرچه کودکان فلج مغزی از نوع همی‌پلژی بعضی از توانائی‌های خود را دوباره به دست می‌آورند. تمرین شدید و استفاده زودهنگام از دست سالم که نقص‌های حسی ظریف‌تر و کمتری دارد نشان از بهبود اختلالات در کنترل حرکتی قابل پیش‌بینی در طی استفاده ثانویه از دست مبتلا و درگیر داده است (۶). محدودیت در دست کمتر مبتلا در کودکان همی‌پلژی ممکن است تمام مهارت‌های دست دوطرفه را تحت تأثیر قرار دهد (۸). براساس بررسی‌های محقق، بیشتر مطالعات و مداخلات بر روی قدرت و مهارت دست مبتلا یا حرکات دودستی و دوطرفه و هماهنگی‌های دوطرفه و دست و چشم سمت مبتلا یا دوطرفه در کودکان همی‌پلژی صورت گرفته است و تحقیقات اندکی بر روی مهارت‌ها و تبحر حرکتی در دست سالم کودکان فلج مغزی

صورت گرفته است. همچنین تحقیقی که به مقایسه دست سالم کودکان همی‌پلژی با دست برتر کودکان سالم پرداخته باشد یافت نشد.

فلج مغزی (CP) یک اختلال نورولوژیکی است که از اوایل کودکی سرچشمه می‌گیرد اما افراد در تمام طول زندگی‌شان از آن متأثر خواهند بود. کودکان CP با رشد ضعیف شناخته و با هم‌تاهایشان مقایسه شده‌اند اما روشن نیست که این رشد ضعیف برای جمعیت موردنظر (فلج مغزی) طبیعی است یا نشانه‌ای بر شرایط ثانویه است که نیاز به ارزیابی‌ها و درمان بیشتری هستند. پرسش‌های کلینیکی پایه شامل این موارد است: ۱. آیا رشد ضعیف مشاهده شده در افراد CP به‌طور منفی بر سلامتی و بهزیستی این کودکان اثر می‌گذارد؟ و ۲. اگر رشد کودکان CP در حال پیشرفت است آیا سلامتی و بهزیستی آن‌ها هم در حال پیشرفت است و تحت شعاع اختلالی که دارند قرار نخواهد گرفت؟ (۱). لذا با توجه به مطالب یادشده، محقق به دنبال جواب این سؤال می‌باشد که آیا بین اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی‌پلژی تفاوتی وجود دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

با توجه به اعمال متغیر مداخله‌ای (تمرینات منتخب) و انتخاب هدفمند آزمودنی‌ها براساس معیارهای ورود و خروج، تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی می‌باشد. طرح تحقیق شامل پیش-آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. گروه‌های تحقیق شامل ۳ گروه بودند: ۱) گروه کنترل (گروه بدون مداخله که به‌جز توانبخشی هیچ نوع فعالیتی انجام نمی‌دهند و با گروه تجربی مقایسه شدند)؛ ۲) گروه تمرینات منتخب (گروهی که ۸ هفته تمرینات منتخب انجام دادند)؛ ۳) گروه تمرینات منتخب همراه با توانبخشی (گروهی که ۸ هفته تمرینات منتخب و توانبخشی انجام دادند).

جامعه آماری را ۸۸ کودک مبتلا به CP مراجعه‌کننده به مراکز توانبخشی توانیاب، زانکو و کیمیا در شهر کرمانشاه تشکیل دادند؛ که از ۳۰ نفر براساس معیارهای ورود و خروج و به‌صورت هدفمند انتخاب و به سه گروه کنترل، مداخله همراه با توانبخشی و مداخله صرف بدون توانبخشی تقسیم شدند. نمونه آماری پژوهش براساس معیارهای ورود به پژوهش ۳۰ نفر بودند که به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده به ۳

برای اجرای این پژوهش به سه مرکز فعال در کرمانشاه مراجعه شد و موافقت مسئولین مراکز اخذ گردید سپس با رعایت ملاحظات اخلاقی و دادن اطمینان به والدین کودکان همی پلژی مراجعه کننده به این مراکز در زمینه محرمانه بودن اطلاعات خانواده و همچنین جبران جلسات توانبخشی گروهی که به عنوان گروهی که تمرینات منتخب را بدون توانبخشی انجام می دهند از تعداد ۳۰ نفر کودکان همی پلژی (با تشخیص پزشکی متخصص نورولوژی) مراجعه کننده به این مراکز در سال های ۱۳۹۷-۹۸-۹۹ (به دلیل تعداد کم کودکان همی پلژی مراجعه کننده به این مراکز مجبور به انجام طرح در یک بازه زمانی حدود دو سال ونیم شدیم). آن ها را به سه گروه الف: گروه کنترل (فقط از خدمات توانبخشی معمول استفاده می کردند)، ب: گروه توانبخشی + تمرینات منتخب (در ۸ هفته از خدمات توانبخشی معمول نیز استفاده می کردند) و ج: گروه تمرینات منتخب (فقط تمرینات منتخب را بدون انجام توانبخشی معمول) به صورت تصادفی تقسیم شدند. بعد از انجام پیش آزمون با استفاده از آزمون MABC-2 به مدت ۸ هفته و هر هفته ۳ جلسه تمرینات منتخب بر روی دو گروه انجام شد و بعد از ۸ هفته با انجام پس آزمون با استفاده از آزمون MABC-2 برای هر کودک جمع آوری داده ها انجام شد.

پروتکل تمرین

از تمرین های استاندارد به صورت ۸ هفته و هر هفته ۳ جلسه به روی آزمودنی های دو گروه برنامه تمرینی اجرا خواهد گردید. تمرینات شامل The Minnesota Manual Dexterity Test و Dexterity Test Boards Finger و Finger Therapy Tricks Hand و Dexterity Tools و Blocks Test & و تمرین های باز و بسته کردن پیچ و مهره و پرتاپ توپ در سبد) می باشد که با استفاده از آزمون MABC-2 ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون از هر دو گروه انجام گرفت.

روش آماری

برای بررسی و تجزیه و تحلیل اطلاعات خام از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای تعیین شاخص های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف استاندارد) از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور بررسی توزیع طبیعی داده ها در بین گروه ها آزمون شاپیروویلک مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین اثربخشی تمرین در درون گروه ها از آزمون t وابسته و

گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند و در مرحله بعد براساس معیارهای خروج از پژوهش ۲۴ نفر باقی ماندند (تمرینات منتخب ۹ نفر، تمرینات منتخب همراه با توانبخشی ۸ نفر و تمرینات توانبخشی ۷ نفر). تعیین حجم نمونه با استفاده از نرم افزار تعیین حجم نمونه جی پاور انجام گرفت. براساس فراتحلیل انجام گرفته توسط پلس و کاریسون (۲۰۰۰) حداقل اندازه اثر برای تمرین مهارت های حرکتی به منظور بهبود تبحر حرکتی ۰/۵۴ می باشد (به نقل از فونگ اس اس، ۲۰۱۲)؛ بنابراین نمونه ۸ نفری برای هر گروه لازم بود تا توان آماری ۰/۸ با سطح آلفای ۰/۰۵ به دست آید. لذا ۳۰ کودک انتخاب و بعد از اطمینان از معیارهای ورود به تحقیق، تعداد ۲۴ کودک CP به شکل در دسترس انتخاب شده و در سه گروه (تمرینات منتخب ۹ نفر، تمرینات منتخب همراه با توانبخشی ۸ نفر و تمرینات توانبخشی ۷ نفر) توزیع شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل ابتلا به همی پلژی خفیف، دامنه سنی ۷ تا ۱۰ سال و عدم مشکلات عصب شناختی و روان شناختی دیگر بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل عدم تمایل آزمودنی به ادامه شرکت در روند اجرای تحقیق، عدم حضور بیش از یک هفته در تمرینات، عدم همکاری در جلسات تمرین (انجام ندادن تمرینات) بود. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک و آزمون MABC-2 بود.

آزمون MABC-2: برای شناسایی و توصیف اختلالات در اجرای حرکتی کودکان و نوجوانان ۳ تا ۱۶ ساله طراحی شده است که به ۳ رده سنی تقسیم می شوند (۳ تا ۶ سال، ۷ تا ۱۰ سال، ۱۱ تا ۱۶ سال). آزمون از دو قسمت آزمون حرکتی و چک لیست تشکیل شده است. کودکان مجموعه ای از تکالیف حرکتی درشت و ظریف اجرا می کنند و به ۳ زیرگروه تقسیم می شوند: چالاکتی دست ها، پرتاب و دریافت، تعادل. آزمون MABC-2 نمرات متعددی را نشان می دهد: نمره ها خام و استاندارد در سنجش آزمون فردی، زیر مقیاس نمره استاندارد با صدک های برابر. نمره کلی اختلال به هنجار درصدی مرتبط با سن ترجمه شده که نقطه برش ۵ درصدی نشان می دهد که کودکان دارای مشکلات حرکتی هستند، نمره های استاندارد با میانگین ۱۰ و انحراف استاندارد ۳ هستند (۹).

روش اجرا

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ تعداد و درصد متغیرهای توصیفی سن و جنس آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

برون گروه‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. کلیه محاسبات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. در این بررسی فرض صفر با احتمال خطای $P \leq 0/05$ در نظر گرفته شد.

جدول ۱. میانگین \pm انحراف استاندارد سن و فراوانی جنسیت آزمودنی‌های تحقیق

گروه	تعداد	تعداد دختر (درصد)	تعداد پسر (درصد)	سن (سال)
برنامه تمرینی منتخب	۹	۴ (۴۴/۴)	۵ (۵۵/۶)	۸/۳۳ \pm ۱/۲۲
برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۵ (۶۲/۵)	۳ (۳۷/۵)	۸/۶۲ \pm ۱/۰۶
برنامه توانبخشی	۷	۳ (۳۷/۵)	۵ (۶۲/۵)	۸/۲۵ \pm ۱/۰۳

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیروویلیک در ارتباط با متغیر سن

متغیر	گروه	تعداد	آماره	P
سن	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۸۷۰	۰/۱۲۲
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۹۱۲	۰/۳۶۶
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۹۱۷	۰/۴۰۸

همان‌طور که در جدول ۲ مندرج است، مقدار آماره آزمون شاپیروویلیک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع متغیر سن معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$)، این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها در بین گروه‌ها نرمال هستند.

بر اساس آزمون شاپیروویلیک این پیش‌فرض مورد بررسی قرار گرفته است. مقدار آماره آزمون شاپیروویلیک نباید معنادار باشد. جدول ۲ نتایج آزمون شاپیروویلیک را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیروویلیک در ارتباط با متغیرهای چالاکتی دست‌ها

متغیر	گروه	تعداد	آماره	P
میخ و تخته (پیش‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۳۵	۰/۵۲۹
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۸۹۷	۰/۲۷۴
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۸۷۷	۰/۱۷۸
میخ و تخته (پس‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۴۸	۰/۶۶۳
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۹۴۸	۰/۶۸۶
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۹۱۲	۰/۳۶۶
نخ کردن صفحه (پیش‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۰۹	۰/۳۰۸
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۹۳۰	۰/۵۱۶
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۹۳۸	۰/۵۹۲
نخ کردن صفحه (پس‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۰۱	۰/۲۵۵
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۸۸۲	۰/۱۹۷
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۸۰۹	۰/۳۰۶
رسم ماز (پیش‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۴۰	۰/۵۸۶
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۹۱۲	۰/۳۶۶
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۸۴۸	۰/۰۹۰
رسم ماز (پس‌آزمون)	برنامه تمرینی منتخب	۹	۰/۹۴۱	۰/۵۹۵
	برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی	۸	۰/۸۱۰	۰/۳۰۷
	برنامه توانبخشی	۷	۰/۸۹۷	۰/۲۷۳

جدول ۴ نتایج t وابسته را برای بررسی تغییرات درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی را در گروه تمرینات منتخب نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ مندرج است، مقدار آماره آزمون شاپیروویلیک در تمام گروه‌ها و در تمام مراحل ارزیابی برای توزیع متغیرهای چالاک‌کی دست‌ها معنادار نیست ($p > 0.05$)، این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها در بین گروه‌ها نرمال هستند.

جدول ۴. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی در گروه

تمرینات منتخب

متغیر	پیش‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	Df	t	p
میخ و تخته	۲۰/۶۶ \pm ۰/۰۲	۰/۹۳ \pm ۰/۰۲	۸	-۸/۰۰۰	۰/۰۰۱
نخ کردن صفحه	۲۰/۸۸ \pm ۱/۵۳	۲۳/۲۲ \pm ۱/۷۱	۸	-۱۴/۰۰	۰/۰۰۱
رسم ماز	۰/۷۷ \pm ۰/۱۲	۰/۹۱ \pm ۰/۱۱	۸	-۴/۰۰	۰/۰۰۴

همی پلژی اثر دارد. در نهایت می‌توان گفت که فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

جدول ۵ نتایج t وابسته را برای بررسی تغییرات درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی را در گروه توانبخشی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون گروهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در گروه برنامه تمرینی منتخب در همه متغیرها معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه تمرینی منتخب بر متغیرهای تبحر حرکتی در کودکان

جدول ۵. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی در گروه

توانبخشی

متغیر	پیش‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	درجه آزادی	T	سطح معنی‌داری
میخ و تخته	۱۹/۶۲ \pm ۱/۳۰	۲۱/۶۲ \pm ۱/۰۶	۷	-۷/۴۸۳	۰/۰۰۱
نخ کردن صفحه	۲۰/۷۵ \pm ۱/۲۸	۲۲/۸۷ \pm ۱/۱۲	۷	-۱۷/۰۰۰	۰/۰۰۱
رسم ماز	۰/۸۵ \pm ۰/۱۱	۱/۰۵ \pm ۰/۱۴	۷	-۱۰/۵۸۳	۰/۰۰۱

جدول ۶. نتایج آزمون t وابسته برای مقایسه درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی در گروه

توانبخشی

متغیر	پیش‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	پس‌آزمون (میانگین \pm انحراف استاندارد)	df	t	p
میخ و تخته	۲۰/۵ \pm ۲/۰۷	۲۴/۲۵ \pm ۱/۹۸	۷	-۱۱/۹۶	۰/۰۰۱
نخ کردن صفحه	۲۱/۱۲ \pm ۱/۴۵	۲۴/۸۷ \pm ۱/۱۲	۷	-۱۵/۰۰۰	۰/۰۰۱
رسم ماز	۰/۸۶ \pm ۰/۱	۱/۳۱ \pm ۰/۰۶	۷	-۱۶/۸۳	۰/۰۰۱

دارد. در نهایت می‌توان گفت که فرضیه صفر رد و فرضیه تحقیق تأیید می‌شود.

جدول ۶ نتایج t وابسته را برای بررسی تغییرات درون گروهی متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی را در گروه برنامه تمرینی منتخب همراه توانبخشی نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون گروهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در گروه توانبخشی در همه متغیرها معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که برنامه توانبخشی بر متغیرهای تبحر حرکتی در کودکان همی پلژی اثر

گرفت که برنامه تمرینی منتخب همراه توانبخشی بر متغیرهای تبحر حرکتی در کودکان همی پلژی اثر دارد. جدول ۷ تحلیل واریانس را برای مقایسه میانگین‌های بین گروهی در متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، در مقایسه درون‌گروهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، با توجه به مقدار P حاصل از آزمون t وابسته، اختلاف مشاهده‌شده بین تفاضل میانگین آزمودنی‌ها در گروه برنامه تمرینی منتخب همراه توانبخشی در همه متغیرها معنی‌دار است. بنابراین می‌توان نتیجه

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس برای متغیرهای تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان همی پلژی

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p
میخ و تخته	بین گروهی	۲۷/۵۷۶	۲	۱۳/۷۸۸	۶/۲۸۵	۰/۰۰۷
	درون گروهی	۴۸/۲۶۴	۲۲	۲/۱۹۴		
	مجموع	۷۵/۸۴۰	۲۴			
نخ کردن صفحه	بین گروهی	۱۸/۴۵۴	۲	۹/۲۲۷	۴/۹۱۵	۰/۰۱۷
	درون گروهی	۴۱/۳۰۶	۲۲	۱/۸۷۸		
	مجموع	۵۹/۷۶۰	۲۴			
رسم ماز	بین گروهی	۰/۶۹۶	۲	۰/۳۴۸	۲۷/۵۷۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی	۰/۲۷۸	۲۲	۰/۰۱۳		
	مجموع	۰/۹۷۴	۲۴			

همی پلژی تفاوت وجود دارد. با توجه به تفاوت داشتن گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی جهت مشخص نمودن تفاوت هر گروه باهم استفاده می‌شود.

نتایج جدول ۷ تحقیق نشان می‌دهد که بین اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیرسالم کودکان

جدول ۸. نتایج تحلیل تعقیبی توکی جهت تفاوت بین گروهی در آزمون تبحر حرکتی

متغیر	گروه	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
میخ و تخته	منتخب	منتخب+توانبخشی	-۱/۳۶۱۱۱	۰/۷۱۹۷۱	۰/۲۱۶
	توانبخشی	توانبخشی	۱/۲۶۳۸۹	۰/۷۱۹۷۱	۰/۲۷۹
نخ کردن صفحه	منتخب	منتخب+توانبخشی	-۲/۶۲۵۰۰	۰/۷۱۹۷۱	۰/۰۰۵
	توانبخشی	منتخب+توانبخشی	-۱/۶۵۲۷۸	۰/۶۶۵۸۱	۰/۰۶۳
رسم ماز	منتخب	منتخب+توانبخشی	-۰/۴۰۱۳۹	۰/۶۶۵۸۱	۱/۰
	توانبخشی	منتخب+توانبخشی	-۲/۶۲۵۰۰	۰/۶۶۵۸۱	۰/۰۲۴
	منتخب	منتخب+توانبخشی	-۰/۴۰۱۳۹	۰/۰۵۴۵۹	۰/۰۰۱
	توانبخشی	توانبخشی	-۰/۱۳۸۸۹	۰/۰۵۴۵۹	۰/۰۵۵
	توانبخشی	منتخب+توانبخشی	-۰/۲۶۲۵۰	۰/۰۵۶۱۷	۰/۰۰۱

گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$)، ولی بین گروه منتخب با توانبخشی تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$).

جدول ۸ نشان می‌دهد که در متغیر میخ و تخته بین گروه توانبخشی با گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$)، ولی بین دیگر گروه‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$)، در متغیر نخ کردن صفحه بین گروه توانبخشی با گروه منتخب همراه با توانبخشی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/001$)، ولی بین دیگر گروه‌ها تفاوت معنی‌دار نبود ($P \geq 0/001$)، در متغیر رسم ماز بین گروه توانبخشی با

بحث و نتیجه‌گیری

هدف نهایی از تمرینات مداخلاتی این است که این کودکان یاد بگیرند که از هر دودست در فعالیت‌هایی که به دو دست نیاز

(۲۳) و در کنار این مسئله تجربیات منفی به علت ناکارآمد بودن دست مبتلا تجربه می‌شود (۲۴) و این مسئله باعث شدت گرفتن در استفاده از دست غیر مبتلا می‌شود. حس در اجرای حرکات به دو صورت تطابقی و تنظیم کننده عمل می‌نماید و حرکات را در طول مدت انجامشان هدایت کرده و آن‌ها را به منظور بهبود حرکات بعدی اصلاح می‌نماید (۲۵) لذا پس خوردن حسی مناسب از اندام همی پارتیک برای بهبودی حرکتی و سازمان‌دهی عصبی نیاز است و فعالیت حرکتی ارادی نیازمند پس خوردن حسی از اندام در حال حرکت می‌باشد (۲۶). بنابراین نقایص حسی و به دنبال آن انتقال متقارن / غیرمتقارن می‌توانند رفتار حرکتی افراد را به درجات مختلف تحت تأثیر قرار دهند (۲۷). شواهد به دست آمده از مطالعات مختلف نشان می‌دهد که غنی‌سازی محیط، ایجاد تغییرات موقتی در دروندادهای حسی و تحریکات حسی مکرر می‌توانند سبب افزایش تعداد دندریته‌ها، افزایش وسعت نواحی حسی پیکری و تغییر در نقشه‌های مغزی گردند و از آنجاکه افزایش وسعت نواحی حسی پیکری با بهبود عملکرد حرکتی در ارتباط است، می‌توانند نتایج عملکردی را بهبود بخشند (۲۸، ۲۹).

نتایج تحقیق نشان داد که یک برنامه تمرینی منتخب همراه توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی اثربخشی دارد. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیق آپولو و همکاران (۳۰) هم‌راستا بود. اختلالات CP مربوط به ظرفیت بدنی، به‌ویژه عملکرد حرکتی درشت و مهارت‌های حرکتی، توجه محققان فیزیوتراپی (توانبخشی) را به خود جلب کرده است (۳۱، ۳۲). این عوامل بیشترین تأثیر را دارند و بر عملکرد زندگی روزمره و کیفیت زندگی و کنترل حرکتی در مواردی مانند نشستن کودکان مبتلا به CP تأثیر مستقیم می‌گذارند (۳۳). تعداد زیادی از ابزارها در مطالعات برای اندازه‌گیری نتایج مداخلات فیزیوتراپی (توانبخشی) استفاده شده است؛ درحالی‌که نیازمند ابزارهایی جهت بررسی مداخلات دیگر مانند برنامه‌های حرکتی می‌باشیم که در این راستا بررسی هم‌زمان فعالیت‌های روزانه، مداخلات حرکتی و توانبخشی می‌تواند اثربخشی هم‌زمان را نشان دهد. به نظر می‌رسد اثربخش بودن جامع و فراگیر در چند زمینه باعث انتقال از دست غیر مبتلا به دست مبتلا می‌گردد و تمام مسیرهای حسی حرکتی و عصبی عضلانی را فعال خواهد نمود (۳۴-۳۶).

نتایج تحقیق نشان داد که بین اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب و توانبخشی و برنامه تمرینی منتخب همراه با توانبخشی

دارند استفاده کنند (۱۰). امروزه ما می‌دانیم که دست‌ها دارای عملکردی پویا هستند که با تمرین قابل تغییر است (۱۱، ۱۲)، همچنین می‌دانیم که آموزش باید به آنچه ما می‌خواهیم از درمان به دست آوریم، هدایت شود؛ محدودیت در عملکرد دست نیز در همه انواع CP رایج است، اما ویژگی‌های ناتوانی بین زیرگروه‌های مختلف CP متفاوت است (۱۱)، بنابراین توسعه کارکردهای دو دستی در کودکان فلج مغزی باید اساس برنامه‌های حرکتی باشد (۱۳). تحقیقات طولی که بر روی کودکان انجام شده و در بزرگسالی دوباره مورد بررسی قرار گرفتند نشان داده است که کودکانی که در سال‌های اولیه از دست مبتلا بیشتر استفاده نمودند در بزرگسالی وضعیت بهتری داشتند. موضوعی که اینجا حائز اهمیت است ارزیابی‌های دوطرفه از دست مبتلا و غیر مبتلا می‌باشد و ابزارهای باید قابلیت سنجش هر دو دست را داشته باشند تا دستکاری‌های دوطرفه را ثبت نماید و پیگیری‌های منظم می‌تواند نتایج اثربخشی در بزرگسالی از خود نشان دهد (۱۴).

نتایج تحقیق نشان داد که یک برنامه تمرینی منتخب بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی اثربخشی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیقات رستمی و همکاران (۱۵)، هوزلر و همکاران (۱۶)، احمدی و همکاران (۱۷) هم‌راستا می‌باشد. در این تحقیقات که از برنامه‌های ورزشی در راستای بهبود قدرت بالاتنه به‌ویژه دست استفاده شده بود نشان داد که تأثیر معنی‌داری بر وضعیت مچ و دست دارد. در تبیین اثربخشی تمرینات منتخب بر تبحر حرکتی دست غیر سالم می‌توان به هماهنگی چشم دست اشاره نمود. تحقیقات نشان داده است که ضعف در هماهنگی چشم و دست به‌ویژه در دست مبتلای کودکان فلج مغزی مربوط به قسمت حرکتی می‌باشد (۱۸) که در این تحقیق با تمرینات منتخب باعث بهبودی و کاهش زمان واکنش گردیده است و همچنین زمان حرکت نیز کاهش یافته است که نتایج این تأثیرگذاری با تحقیقات موتسارت و همکاران (۱۹) هم‌راستا می‌باشد.

نتایج تحقیق نشان داد که یک برنامه تمرینی توانبخشی بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی اثربخشی دارد. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق چانگ (۲۰)، آرنولد (۲۱) و چویی (۲۲) هم‌راستا می‌باشد. در تبیین اثرگذاری برنامه توانبخشی می‌توان گفت که زندگی روزمره این افراد همراه با استفاده از دست غیر مبتلا می‌باشد و این باعث ناکافی بودن و یا فقدان تجربیات حسی - حرکتی طبیعی در دست مبتلا می‌باشد

به خاطر محدودیت در تعداد آزمودنی‌ها از محدودیت‌های دیگر تحقیق بود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقی به اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب بر مهارت‌های دودستی کودکان همی پلژی در نمونه‌های با حجم بزرگ‌تری پرداخته شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد در تحقیقی به اثربخشی یک برنامه تمرینی منتخب بر مهارت‌های دودستی کودکان همی پلژی در دیگر رده‌های سنی پرداخته شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای تخصصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد. از اساتید راهنما و مشاور و تمام افرادی که ما را در انجام این تحقیق یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاریم.

بر تبحر حرکتی دست غیر سالم کودکان همی پلژی اختلاف معنی‌داری وجود دارد. نتایج این فرضیه با نتایج تحقیق (۳۰) هم‌راستا می‌باشد. در سال‌های گذشته استفاده از بازی‌ها و درمان‌های به کمک فناوری در درمان CP افزایش یافته است و نتایج خوبی را در کودکان مبتلا به انواع مختلف CP نشان می‌دهد. این عمل می‌تواند به افراد برای پایبندی به درمان کمک کند و در مقایسه با فیزیوتراپی (توانبخشی) معمولی نتایج بهتری در توانبخشی به همراه داشته باشد (۳۰). به نظر می‌رسد اثربخش بودن جامع و فراگیر در چند زمینه باعث انتقال از دست غیر مبتلا به دست مبتلا می‌گردد و تمام مسیرهای حسی حرکتی و عصبی عضلانی را فعال خواهد نمود (۳۴-۳۶). از محدودیت‌های غیرقابل کنترل پژوهشگر می‌توان به اثرات عوامل ژنتیکی و تفاوت‌های فردی بین آزمودنی‌ها بر پاسخ‌های افراد نسبت به مداخله اشاره نمود. همچنین عدم تفکیک جنسیت

References

1. Stevenson RD, Conaway M, Chumlea WC, Rosenbaum P, Fung EB, Henderson RC, et al. Growth and health in children with moderate-to-severe cerebral palsy. *Pediatrics*. 2006;118(3):1010-8.
2. Hara Y. Rehabilitation with functional electrical stimulation in stroke patients. *Int J Phys Med Rehabil*. 2013;1(147):2.
3. Bakhtiary AH, Fatemy E. Does electrical stimulation reduce spasticity after stroke? A randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*. 2008;22(5):418-25.
4. Yancosek KE, Howell D. A narrative review of dexterity assessments. *Journal of Hand Therapy*. 2009;22(3):258-70.
5. Parsaee M, Dehkordi SN, Dadgoo M, Akbarfahimi M. Impaired Ipsilateral Upper Extremity Dexterity and Its Relationship with Disability in Post-Stroke Right Hemiparesis. *Journal of Rehabilitation Sciences and Research*. 2014;1(3):47-51.
6. Sakzewski L, Ziviani J, Boyd R. The relationship between unimanual capacity and bimanual performance in children with congenital hemiplegia. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2010;52(9):8.۱۱-۶
7. Chaleat-Valayer E, Bard R, Bernard J. Relation between capacities and bimanual performance in hemiplegic cerebral palsied children: Impact os synkinesis. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*. 2015;58:e130-e1.
8. Rich TL, Menk JS, Rudser KD, Feyma T, Gillick BT. Less-Affected Hand Function in Children With Hemiparetic Unilateral Cerebral Palsy: A Comparison Study With Typically Developing Peers. *Neurorehabilitation and neural repair*. 2017;31(10-11):965-76.
9. WUANG YP, SU JH, SU CY. Reliability and responsiveness of the Movement Assessment Battery for Children-Second Edition Test in children with developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2012;54(2):160-5.
10. Trappe H-J. The effect of music on human physiology and pathophysiology. *Music and medicine*. 2012;4(2):100-5.
11. Arner M, Eliasson A-C, Nicklasson S, Sommerstein K, Hägglund G. Hand function in cerebral palsy. Report of 367 children in a population-based longitudinal health care program. *The Journal of hand surgery*. 2008;33(8):1337-47.
12. Eliasson A-C. Improving the use of hands in daily activities: aspects of the treatment of children with cerebral palsy. *Physical & occupational therapy in pediatrics*. 2005;25(3):37-60.

13. Klevberg GL, Elvrum AKG, Zucknick M, Elkjær S, Østensjø S, Krumlinde-Sundholm L, et al. Development of bimanual performance in young children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2018;60(5):490-7.
14. Fedrizzi E, Pagliano E, Andreucci E, Oleari G. Hand function in children with hemiplegic cerebral palsy: prospective follow-up and functional outcome in adolescence. *Developmental medicine and child neurology*. 2003;45(2):85-91.
15. Rostami H, Jahantabi Nejad Sa, Arastoo A. Effects of movement practices in virtual environment on upper limb function of children with hemiparetic cerebral palsy. *Modern Rehabilitation*. 2011;5(3):41-8.
16. Hutzler Y, Rodríguez BL, Laiz NM, Díez I, Barak S. The effects of an exercise training program on hand and wrist strength, and function, and activities of daily living, in adults with severe cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(12):4343-54.
17. Ahmadi Barati A, Rajabi R, Shahrbanian S, Sedighi M. The effect of sensorimotor training on the moving capability of hand in students with cerebral palsy of Spastic Hemiplegia. *disability studies*. 2018;8(30):6-1.
18. Saavedra S, Joshi A, Woollacott M, van Donkelaar P. Eye hand coordination in children with cerebral palsy. *Experimental brain research*. 2009. ۱۹۲:۶۵-۵۵.
19. Mutsaerts M, Steenbergen B, Bekkering H. Anticipatory planning deficits and task context effects in hemiparetic cerebral palsy. *Experimental Brain Research*. 2006;172(2):151-62.
20. Chang Y-J, Han W-Y, Tsai Y-C. A Kinect-based upper limb rehabilitation system to assist people with cerebral palsy. *Research in developmental disabilities*. 2013;34(11):3654-9.
21. Arnould C, Penta M, Thonnard J-L. Hand impairments and their relationship with manual ability in children with cerebral palsy. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2008;39(9):708-14.
22. Choi K-S, Lo K-H. A hand rehabilitation system with force feedback for children with cerebral palsy: two case studies. *Disability and rehabilitation*. 2011;33(17-18):1704-14.
23. Deluca SC, Echols K, Law CR, Ramey SL. Intensive pediatric constraint-induced therapy for children with cerebral palsy: randomized, controlled, crossover trial. *Journal of child neurology*. 2006;21(11):931-8.
24. Charles JR, Wolf SL, Schneider JA, Gordon AM. Efficacy of a child-friendly form of constraint-induced movement therapy in hemiplegic cerebral palsy: a randomized control trial. *Developmental medicine and child neurology*. 2006;48(8):635-42.
25. Iwańska D, Urbanik C. The sense of position and movement in the knee joint during voluntary movements. *Acta of Bioengineering and Biomechanics*. 2013;15.(۳)
26. Scott SH, Cluff T, Lowrey CR, Takei T. Feedback control during voluntary motor actions. *Current opinion in neurobiology*. 2015;33:85-94.
27. Bryden M. *Laterality functional asymmetry in the intact brain*: Elsevier; 2012.
28. Noreña AJ, Eggermont JJ. Enriched acoustic environment after noise trauma reduces hearing loss and prevents cortical map reorganization. *Journal of Neuroscience*. 2005;25(3):699-705.
29. Coq J-O, Xerri C. Environmental enrichment alters organizational features of the forepaw representation in the primary somatosensory cortex of adult rats. *Experimental brain research*. 1998;121(2):191-204.
30. Apolo-Arenas MD, Jerônimo AFdA, Caña-Pino A, Fernandes O, Alegrete J, Parraca JA. Standardized Outcomes Measures in Physical Therapy Practice for Treatment and Rehabilitation of Cerebral PALSY: A Systematic Review. *Journal of personalized medicine*. 2021;11(7):604.
31. Kwon YH, Lee HY. Differences of respiratory function according to level of the gross motor function classification system in children with cerebral palsy. *Journal of physical therapy science*. 2014;26(3):389-91.
32. Benfer KA, Weir KA, Bell KL, Ware RS, Davies PS, Boyd RN. Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics*. 2013;131(5):e1553-e62.

33. Mendoza SM, Gómez-Conesa A, Montesinos MDH. Association between gross motor function and postural control in sitting in children with Cerebral Palsy: a correlational study in Spain. *BMC pediatrics*. 2015;15(1):1-7.
34. Aboussouan L. Mechanisms of exercise limitation and pulmonary rehabilitation for patients with neuromuscular disease. *Chronic Respiratory Disease*. 2009;6(4):231-49.
35. Abresch RT, Carter GT, Han JJ, McDonald CM. Exercise in neuromuscular diseases. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. 2012;23(3):653-73.
36. Abresch RT, Han JJ, Carter GT. Rehabilitation management of neuromuscular disease: the role of exercise training. *Journal of clinical neuromuscular disease*. 2009;11(1):7-21.