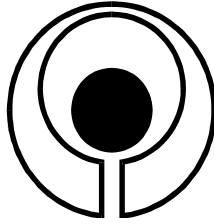


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه آموزشی گفتاردرمانی

پایان نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد

عنوان:

بررسی شدت کنش پریشی دهانی و کلامی و میزان همبستگی آنها در بیماران مبتلا به سکتة مغزی نیمکره چپ

نگارنده:

مریم فرشاد تقی دیزج

استاد راهنما:

فریبا یادگاری

استاد مشاور:

دکتر مجتبی عظیمیان

استاد مشاور آمار:

دکتر مسعود صالحی

شهریور 1389

شماره ثبت: 600-175

تقدیم به وجود نازنین

پدر عزیزم و مادر مهربانم

به پاس سپاسگذاری از زحمات بی‌دریغتان

با تقدیر و تشکر فراوان از زحمات استاد ارجمند
خانم دکتر فریبا یادگاری

با تشکر از آقای دکتر مجتبی عظیمیان
آقای دکتر مسعود صالحی

با تشکر از جناب آقای دکتر مسعود آرامی، مجموعه عوامل کلینیک توانبخشی بیماران سکته مغزی تبسم و بیمارانی که منتظر مرهمی تازه‌اند.

با تشکر از زحمات دوست عزیزم فاطمه مولایی، دوستان و همراهان خوب دوره‌ی 15 کارشناسی ارشد: اشرف حسین‌علی‌زاده، نازنین میثمی، رکسانا یادگار آذری و جعفر معصومی.

چکیده

هدف: با توجه به این فرض که کنش‌پریشی دهانی و کلامی مکانیزم زیربنایی واحدی دارند، یافته‌های بسیاری نشان می‌دهند که اغلب این دو اختلال هم‌رویدادند. با این حال بیمارانی گزارش شده‌اند که فقط کنش‌پریشی دهانی دارند و کنش‌پریشی کلامی ندارند و یا برعکس. این گسیختگی دوگانه پرسشی را در ارتباط با مفهوم مکانیزم واحد و یکپارچه و یا غیر یکپارچه ایجاد می‌کنند. مطالعه حاضر با هدف بررسی شدت و رابطه کنش‌پریشی دهانی و کلامی در بیماران مبتلا به سکتة مغزی نیمکره چپ صورت گرفته است.

روش بررسی: شرکت کنندگان در این پژوهش تحلیلی - مقایسه‌ای، مقطعی و همبستگی از بین مراجعه کنندگان به کلینیک‌ها و بیمارستانهای شهر تهران انتخاب شدند که شامل 20 بیمار بزرگسال مبتلا به سکتة مغزی نیمکره چپ از نوع ایسکمی بودند. در آزمودنی‌هایی که معیارهای ورود به مطالعه را کسب کردند، تولید و تقلید جسج‌های دهانی با استفاده از آزمون کنش‌پریشی دهانی تعیین گردید و بررسی دیگر آزمون تولید کلامی لوریا_ نیراسکا بود، که میزان کنش‌پریشی گفتاری را در بیماران نشان داد. در نهایت با استفاده از نتایج آزمون‌های تخصصی مذکور، شدت و میزان رابطه این دو نوع اختلال در افراد آسیب دیده، بررسی شد.

یافته‌ها: داده‌های پژوهش در دو بخش توصیفی و استنباطی شامل محاسبه میانگین و آزمون ناپارامتری کروسکال-والیس و تحلیل همبستگی (پیرسون) مورد تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بیماران در سه گروه توزیع شده‌اند. چهار نفر کنش‌پریشی دهانی غالب داشتند، دوازده نفر کنش‌پریشی کلامی غالب و 4 نفر کنش‌پریشی ترکیبی داشتند. مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی در همه افراد و نیز در سه گروه متفاوت بودند. ضمناً همبستگی معنی‌داری بین کنش‌پریشی دهانی و کلامی وجود نداشت ($P=0/899$) و همبستگی مثبت شدید معنی‌داری بین فرم شنیداری با فرم تقلیدی آزمون کنش‌پریشی دهانی وجود داشت ($P<0/01$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های حاصل، هم‌رویدادی کامل بین دو نوع کنش‌پریشی دهانی و کلامی دیده نشد. علیرغم نوع ضایعه‌ی ایسکمی که منجر به آسیب مناطق عصبی مجاور و متعاقب آن هم‌رویدادی اختلالات انتظار می‌رود، نیمی از بیماران گسیختگی شدیدی بین کارکردهای دهانی و کلامی نشان دادند. این اختلاف بر اساس یک مدل گسیخته تکلیف-وابسته توجیه می‌شود. طبق این مدل تولید گفتار به واسطه یک سیستم کنترل عصبی حرکتی پیمانه‌ای هدایت می‌شود و نقایص گفتاری در کنش‌پریشی گفتار مستقل از نقایص غیر گفتاری مشاهده شده هستند و صرفاً نشان دهنده نزدیکی ساختارهای عصبی تکالیف متفاوت هستند. با این حال گسیختگی کامل نیز دیده نشد که نتایج با یک مدل یکپارچه توجیه شد.

کلید واژه‌ها: کنش‌پریشی/ کنش‌پریشی دهانی/ کنش‌پریشی کلامی/ کنش‌پریشی دهانی غالب/ کنش‌پریشی کلامی غالب

فهرست مطالب

۱	فصل اول.....
۲	۱-۱ مقدمه
۶	۲-۱ بیان مسئله
۷	۳-۱ ضرورت مسئله
۱۰	۴-۱ اهداف پژوهش
۱۰	۱-۴-۱ هدف کلی
۱۰	۲-۴-۱ اهداف اختصاصی
۱۱	۳-۴-۱ اهداف کاربردی
۱۱	۵-۱ سوال‌های پژوهش
۱۲	۶-۱ تعریف مفاهیم و اصطلاحات
۱۲	۱-۶-۱ سکنه مغزی
۱۲	۲-۶-۱ ایسکمی
۱۲	۳-۶-۱ کنش‌پیشی
۱۳	۴-۶-۱ کنش‌پیشی دهانی
۱۳	۵-۶-۱ کنش‌پیشی کلامی
۱۳	۶-۶-۱ کنش‌پیشی ترکیبی
۱۴	۷-۶-۱ کنش‌پیشی دهانی غالب
۱۴	۸-۶-۱ کنش‌پیشی کلامی غالب
۱۴	۹-۶-۱ پردازش مرکزی زبان
۱۴	۱۰-۶-۱ برنامه‌ریزی حرکتی گفتار
۱۵	۱۱-۶-۱ زبان‌پیشی
۱۶	فصل دوم.....
۱۷	۱-۲ مقدمه
۱۸	۲-۲ اختلالات نوروسایکولوژیک ناشی از سکنه مغزی
۲۰	۳-۲ کنش‌پیشی: تعریف، علت‌شناسی، طبقه‌بندی و مدلها
۲۰	۱-۳-۲ تعریف، علت‌شناسی
۲۲	۲-۳-۲ انواع کنش‌پیشی
۲۲	کنش‌پیشی ایده‌ای
۲۳	کنش‌پیشی ایده‌ای- حرکتی

۲۳	کنش‌پیشی حرکتی- عضوی.....
۲۴	کنش‌پیشی دهانی.....
۲۸	کنش‌پیشی کلامی.....
۳۲	انواع دیگر کنش‌پیشی.....
۳۲	۳-۳-۲ مدل‌های کنش‌پیشی و چهار چوب نظری آنها.....
۳۴	۴-۲ ارتباط بین انواع کنش‌پیشی.....
۳۵	۵-۲ مدل‌های ارتباط و گسیختگی کنش‌پیشی دهانی و کلامی.....
۳۶	۱-۵-۲ مدل یکپارچه.....
۳۸	مدل یکپارچه تکلیف مستقل.....
۴۲	۲-۵-۲ مدل گسیخته‌ی تکلیف وابسته.....
۴۵	۶-۲ روش‌های ارزیابی کنش‌پیشی.....
۴۵	۱-۶-۲ آزمونهای کنش‌پیشی گفتاری.....
۴۸	۲-۶-۲ آزمون کنش‌پیشی دهانی.....
۴۸	۷-۲ پژوهش‌های انجام شده.....
۴۸	۱-۷-۲ پژوهش‌های خارجی.....
۶۰	۲-۷-۲ پژوهش‌های داخلی.....
۶۳	فصل سوم.....
۶۴	۱-۳ مقدمه.....
۶۴	۲-۳ نوع مطالعه.....
۶۵	۳-۳ جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری.....
۶۵	۴-۳ معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه.....
۶۵	۱-۴-۳ معیارهای ورود.....
۶۶	۲-۴-۳ معیارهای خروج.....
۶۶	۵-۳ حجم نمونه و شیوه محاسبه آن.....
۶۷	۶-۳ مکان و زمان انجام تحقیق.....
۶۷	۷-۳ متغیرها و نحوه سنجش آنها.....
۷۰	۸-۳ روش جمع‌آوری داده‌ها.....
۷۰	۱-۸-۳ پرسش‌نامه.....
۷۰	۲-۸-۳ آزمون MMSE.....
۷۱	۳-۸-۳ آزمون کنش‌پیشی دهانی.....
۷۶	۴-۸-۳ آزمون کنش‌پیشی کلامی.....
۷۸	۹-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها.....
۷۹	۱۰-۳ شیوه انجام کار.....
۸۰	۱۱-۳ ملاحظات اخلاقی.....

فصل چهارم ۸۲

- ۱-۴ مقدمه ۸۳
- ۲-۴ آمار توصیفی ۸۳
- ۳-۴ آمار استنباطی ۸۸
- ۱-۳-۴ بررسی نرمالیتی توزیع داده‌ها ۸۸
- ۲-۳-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی در مردان و زنان ۸۹
- ۳-۳-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی در گروه‌های سنی مختلف ۹۰
- ۴-۳-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی در سطوح تحصیلی مختلف ۹۱
- ۵-۳-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی بر اساس ماه‌های گذشته از سکنه ۹۲
- ۶-۳-۴ مقایسه میانگین نمره کنش‌پریشی دهانی و کلامی بر اساس نوع اختلال ۹۳
- ۷-۳-۴ مقایسه میانگین فرم‌های مختلف آزمون کنش‌پریشی دهانی بر اساس نوع اختلال ۹۴
- ۸-۳-۴ ماتریس همبستگی کنش‌پریشی شنیداری و تقلیدی و کنش‌پریشی کلامی ۹۵
- ۹-۳-۴ ماتریس همبستگی سن با کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۹۶
- ۱۰-۳-۴ ماتریس همبستگی میزان تحصیلات، با کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۹۷
- ۱۱-۳-۴ ماتریس همبستگی مدت زمان گذشته از سکنه با کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۹۸
- ۴-۴ بررسی پایایی آزمون کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۹۹

فصل پنجم ۱۰۰

- ۱-۵ مقدمه ۱۰۱
- ۲-۵ بررسی یافته‌ها ۱۰۲
- ۱-۲-۵ مقایسه‌ی میانگین‌ها ۱۰۲
- ۲-۲-۵ همبستگی متغیرها ۱۰۶
- ۳-۵ بحث کلی ۱۱۰
- ۱-۳-۵ ارتباط کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۱۱۱
- ۲-۳-۵ عدم ارتباط کنش‌پریشی دهانی و کلامی ۱۱۳
- ۳-۳-۵ ارتباط فرم تقلیدی و شنیداری ۱۱۶
- ۴-۳-۵ میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی بر اساس ماه‌های گذشته از سکنه ۱۲۰
- ۵-۳-۵ میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی بر اساس جنسیت ۱۲۲
- ۶-۳-۵ میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی بر اساس سن و تحصیلات ۱۲۶
- ۴-۵ نتیجه‌گیری ۱۲۷
- ۵-۵ محدودیت‌های پژوهش ۱۳۰
- ۶-۵ پیشنهادات ۱۳۰
- ۱۳۱ فهرست منابع ۱۳۱

پیوست‌ها	۱۴۰
پیوست (۱)	۱۴۱
پیوست (۲)	۱۴۳
پیوست (۳)	۱۴۵
پیوست (۴)	۱۴۷

فهرست جداول و نمودار

نمودار ۱-۲ مدل حرکتی- شناختی کنش‌پریشی	۲۶
جدول ۱-۳ جدول متغیرها	۶۷
جدول ۲-۳ مقادیر CVR سوالات پرسشنامه	۷۳
جدول ۱-۴ توزیع انواع اختلال بر اساس جنسیت	۸۳
جدول ۲-۴ توزیع انواع اختلال در گروه‌های سنی مختلف	۸۴
جدول ۳-۴ توزیع انواع اختلال بر اساس سطح تحصیلات	۸۵
جدول ۴-۴ توزیع انواع اختلال بر اساس مدت زمان گذشته از سکتة	۸۶
جدول ۵-۴ نتایج حاصل از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها	۸۷
جدول ۶-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی در زنان و مردان	۸۸
جدول ۷-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی در گروه‌های مختلف سنی	۸۹
جدول ۸-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی در سطوح مختلف تحصیلی	۹۰
جدول ۹-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی بر اساس تعداد ماه‌های گذشته از سکتة	۹۱
جدول ۱۰-۴ مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی بر اساس نوع اختلال	۹۲
جدول ۱۱-۴ مقایسه میانگین نمرات فرم‌های مختلف آزمون کنش‌پریشی دهانی بر اساس نوع اختلال	۹۳
جدول ۱۲-۴ ماتریس همبستگی پیرسون/ اسپیرمن کنش‌پریشی شنیداری و تقلیدی و کنش‌پریشی کلامی	۹۴
جدول ۱۳-۴ ماتریس همبستگی پیرسون/ اسپیرمن سن با کنش‌پریشی دهانی و کلامی	۹۵
جدول ۱۴-۴ ماتریس همبستگی پیرسون/ اسپیرمن میزان تحصیلات با کنش‌پریشی دهانی و کلامی	۹۶
جدول ۱۵-۴ ماتریس همبستگی پیرسون/ اسپیرمن مدت زمان گذشته از سکتة با کنش‌پریشی دهانی و کلامی	۹۷
جدول ۱۶-۴ ماتریس ضرایب همبستگی نمرات test- retest آزمون‌های کنش‌پریشی دهانی و کلامی	۹۸

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه

کارکردهای شناختی، زبانی و حرکتی مغز سالهاست که توجه محققان این حوزه را به خود جلب کرده است. در طی دهه‌های متوالی، نظریه‌های کارکرد مغز بر مفاهیمی استوار بود که فعالیت آن را به الگوی مکانیکی شناخته شده‌ی خاصی تشبیه می‌کردند. اما اکنون مغز انسان به صورت سیستم عملکردی کاملاً پیچیده‌ای در نظر گرفته می‌شود که ساختار منحصر به فردی دارد و بر اساس اصول متفاوتی کار می‌کند. بر این اساس، مشاهده بالینی تغییرات رفتاری در پی ضایعه‌های موضعی مغز، که از سالها قبل آغاز شده بود، می‌تواند به شناخت و فهم بهتر پدیده‌های مغزی در انسان کمک کند (۱).

بیشتر مطالعات انجام شده در این زمینه، بر بیماران دارای ضایعه مغزی و نقش برتر نیمکره چپ در تکلم تاکید داشته‌اند. به عنوان مثال نقص در اجرای ارادی حرکات، یکی از اختلالاتی است که در بزرگسالان با ضایعه نیمکره چپ دیده می‌شود. به طوری که بیمار در اجرای حرکاتی که قبلاً آموخته، اجرای حرکات با دستور کلامی و انجام حرکات متوالی با مشکل مواجه است. ظاهراً بیماران دارای ضایعه‌ی مغزی نیمکره چپ، با پردازش عناصر متوالی مشکل دارند مثلاً اجرای حرکات متوالی و به خاطر سپردن توالی نورهای رنگی و توالی صداها برای آنان دشوار است (۲). در پی ضایعه‌ای که به نیمکره‌ی

چپ وارد می‌شود، عملکرد ارادی اندام‌های دهانی و گفتاری نیز می‌تواند تحت تاثیر قرار گرفته و ضایعه‌ای با عنوان اختلال در عملکرد ارادی و یا کنش‌پریشی را بروز دهد. در ابتدا واژه‌ی کنش‌پریشی به معنای کاهش انجام حرکت به کار می‌رفت. سپس کنش حرکتی^۱ به مفهوم فرمول‌سازی یا طرح‌ریزی فعالیت قبل از حرکت واقعی اطلاق شد و لذا کنش‌پریشی^۲ به مفهوم ناتوانی در برنامه‌ریزی حرکات اشاره داشت (۳). کنش‌پریشی یک اختلال کنترل حرکتی است و به نقایص حرکتی اصلی و آسیب‌های شناختی کلی اطلاق نمی‌شود. به عبارت دیگر عملکرد عضلات نرمال است، اما اختلال در برنامه‌ریزی از طرف مغز از تکمیل حرکات دقیق هدفمند جلوگیری می‌کند (۴). لیپمن^۳ (۱۹۸۸) اختلال کارکردهای هدفمند را تحت عنوان کنش‌پریشی معرفی کرد. کنش‌پریشی، علیرغم عصب‌رسانی حرکتی کافی عضلات و هماهنگی حسی حرکتی مناسب که در فعالیت‌های پیچیده و بدون نیت آگاهانه با درک اجزا و اهداف فعالیت مورد نظر انجام می‌شود، معمولاً به فعالیت‌های ارادی آموخته شده آسیب می‌رساند. در نظریه‌ی لیپمن، کنش‌پریشی با دو ویژگی از سایر علایم حرکتی ضایعات مغزی متمایز می‌شود. اولاً به صورت یک‌طرفه ایجاد می‌شود، اما بر دو طرف بدن تاثیر دارد. ثانیاً، مهارت حرکات به وضعیت‌های استفاده از آنها بستگی دارد (۵). سه حوزه‌ی عملکرد که به خطاهای کنش‌پریشی حساس است: تقلید جسچرها، اجرای جسچرهای معنی‌دار و استفاده از ابزار و اشیا می‌باشند. لذا در آزمون‌های کنش‌پریشی، آیتم‌هایی جهت بررسی و مقایسه‌ی توانایی افراد در انجام حرکات تقلیدی و با دستور کلامی وجود دارد. همچنین با قبول فرضیه‌ی بنیادین کنش‌پریشی مبنی بر عدم توانایی انجام حرکات در حالت ارادی و هدفدار، مواردی از آزمون‌ها برای مقایسه توانایی افراد برای انجام حرکات در حالت ارادی و خودکار در نظر گرفته می‌شود (۶).

^۱ praxis
^۲ apraxia
^۳ Leipman

گرافتون^۱ (۲۰۰۲) و هیلمن^۲ (۲۰۰۳) کنش‌پریشی را این گونه تشریح کردند که در اثر قطع مسیرها در مراحل مختلف فعالیت (شروع، تثبیت موقعیت، هماهنگی، توالی اجزای حرکتی) در انجام یک فعالیت یا چند فعالیت متوالی رخ می‌دهد (۷).

انواع کنش‌پریشی شامل کنش‌پریشی عضوی^۳، دهانی^۴ و کلامی^۵ می‌باشد. در کنش‌پریشی عضوی، در حالی که قدرت عضلات و دامنه‌ی حرکت لازم برای انجام دستور مناسب بوده و بیمار به صورت غیر ارادی قادر به انجام حرکت است اما در حالت ارادی قادر نیست که خداحافظی کند یا دست خود را مشت کند. لذا وقتی از بیمار کنش‌پریشی خواسته می‌شود نشان دهد چگونه از مداد استفاده می‌کند، با اینکه عضلاتش قدرت کافی دارد و ماهیت دستور را فهمیده است، اما قادر نیست که حرکت دست و انگشت مربوط به نگه داشتن مداد را به طور مناسبی برنامه‌ریزی کند (۵،۴). در کنش‌پریشی دهانی-چهره‌ای^۶، بیمار ممکن است نتواند زبان خود را بیرون بیاورد و یا به طور ارادی بوسه‌ی صدادار تولید کند و از اجرای ارادی حرکات متوالی با زبان، فک، لبها و دیگر اندامهای دهانی ناتوان باشد. اگرچه حرکات اتوماتیک و بعضاً تقلیدی همان عضلات حفظ شده‌اند. گاهی اوقات کنش‌پریشی دهانی-چهره‌ای ممکن است همراه با کنش‌پریشی گفتار باشد و گاهی با آن اشتباه می‌شود، اما این دو یکی نیستند (۹). معمولاً ارزیابی کنش‌پریشی دهانی به دو صورت پاسخ به دستور کلامی و در سطح تقلید انجام می‌شود. دستورات کلامی داده شده به بیمار مستلزم اجرای حرکات دهانی-چهره‌ای هستند که با درخواست از بیمار برای انجام حرکاتی مثل سوت زدن، فوت کردن، مکیدن به وسیله‌ی یک نی و بوییدن یک گل، آزمایش می‌شود. ناتوانی در اجرای مناسب چنین دستورات مشابهی، تشخیص کنش‌پریشی دهانی در افراد دارای ضایعه‌ی مغزی را محتمل می‌سازد (۱۰). کنش‌پریشی گفتار اختلال برنامه‌ریزی حرکتی برای تولید

¹ Grafton
² Heilman
³ limb apraxia
⁴ oral apraxia
⁵ verbal apraxia
⁶ bucco facial apraxia

گفتار می‌باشد. فرد در تعیین موقعیت و توالی عضلات درگیر در تولید ارادی واجها مشکلاتی دارد. به نظر دارلی^۱ (۱۹۷۵) یک مدل سه مرحله‌ای شامل پردازشگر مرکزی زبان^۲، برنامه‌ریزی کننده حرکتی گفتار^۳ و قشر حرکتی گفتار^۴ در برنامه‌ریزی حرکتی گفتار دخیل هستند. در این مدل، پردازش مرکزی زبان، توالی‌های معنی‌دار واجها را برای گفتار انتخاب نموده و سپس آنها را به کدهای عصبی تبدیل می‌کند، یعنی برنامه‌ریزی حرکتی گفتار را پیش برده و به نوبت عضلات مناسب گفتاری را فعال می‌کند. در نظریه دارلی، اختلال در سطح برنامه‌ریزی کننده حرکتی گفتار منجر به کنش‌پریشی گفتار می‌شود (۶).

کنش‌پریشی گفتار، اغلب در بین مجموعه‌ی علائم زبان‌پریشی بروکا و زبان‌پریشی انتقالی دیده می‌شود، ولی گاهی اوقات کنش‌پریشی گفتار با زبان‌پریشی همراه نیست و می‌تواند به صورت تنها و خالص دیده شود. گاهی آسیب‌شناسان گفتار و زبان از اصطلاح کنش‌پریشی گفتار، به عنوان اختلال دوجبهی کنش‌پریشی خلفی و کنش‌پریشی قدامی استفاده می‌کنند. کنش‌پریشی قدامی گفتار ممکن است از کنش‌پریشی خلفی مجزا باشد، زیرا بسیار احتمال دارد که با دیس‌آرتری همراه باشد. کنش‌پریشی خلفی گفتار ممکن است به اختلال عملکرد سیستم‌های حس بدنی گفتار بستگی داشته باشد و یا به اختلال در حرکات متوالی گفتار منجر شود. نقایص کورتکس پیش حرکتی منجر به ایجاد آسیب در آماده‌سازی حرکات و برنامه‌ریزی مجموعه حرکات متوالی و همچنین صدمه به ملودی یا آهنگ حرکات و استفاده از اطلاعات حسی برای راهنمایی و هدایت حرکات می‌شود (۲).

در این تحقیق قصد بر آن است که با بررسی علائم کنش‌پریشی گفتاری و کنش‌پریشی دهانی، در بزرگسالان مبتلا به سکته مغزی نوع ایسکمی، میزان همبستگی علائم این دو اختلال را مورد مطالعه و بررسی قرار دهیم.

¹ Darley

² central language processor

³ motor speech programmer

⁴ motor speech cortex

۱-۲ بیان مسئله

تا کنون، کنش‌پریشی از دیدگاه‌های مختلف، از جمله دیدگاه‌های حرکتی و دیدگاه‌های شناختی، بررسی شده است. یکی از کارهای برجسته در علم نورولوژی رفتار، تعریف دقیق لیپمن، از سندرم کنش‌پریشی بود که در سالهای ۱۹۰۰ تا ۱۹۰۸ ارایه کرد. او اولین کسی بود که مدل کارکردی منسجمی که بتواند همه‌ی تغییرات کنش‌پریشی را توضیح دهد، مطرح کرد. فعالیت‌هایی را که توسط فرمول حرکت طبقه‌بندی می‌شوند، ارایه داد و وقوع بیشتر کنش‌پریشی را با صدمه‌ی نیمکره چپ مغز تعریف کرد. مطالعات لیپمن توسط گشویند^۱ در سال ۱۹۶۵ پیگیری شد. او تحت تاثیر تحقیقات ورنیکه^۲ ادعا کرد که کنش عضوی در ارتباط با پردازش زبان طبقه‌بندی می‌شود. دستور گفتاری برای یک حرکت یا جسچر، ابتدا باید در مناطق زبان دریافتی به ویژه در مناطق گفتاری تمپورال تحتانی چپ رمزگشایی شود. برای حرکات دست چپ، ابتدا دستور باید به مناطق ارتباطی حرکتی راست، سپس به کورتکس حرکتی راست برود. او دلایلی ارایه کرده بود که کنش‌پریشی بیشتر با ضایعات کورتیکال نیمکره چپ ایجاد می‌شود.

در حال حاضر برخی شواهد نشان می‌دهند که افراد دارای کنش‌پریشی گفتار، همواره آسیب‌هایی در حرکات ارادی دهانی غیر کلامی و نیز آسیب‌هایی در حرکات ارادی دست و پا نشان می‌دهند. بر اساس این دیدگاه، حرکات گفتاری و غیر گفتاری دهانی به واسطه‌ی سیستم‌های کنترل عصبی- حرکتی همپوشاننده‌ای کنترل می‌شوند. اما بر اساس دیدگاهی دیگر تولید گفتار به واسطه یک سیستم کنترل عصبی- حرکتی پیمانهای^۳ هدایت می‌شود و نقایص غیر گفتاری در کنش‌پریشی گفتار مستقل از آسیب‌های گفتاری مشاهده شده هستند و صرفاً نشان دهنده‌ی نزدیکی ساختارهای عصبی متفاوت هستند (۱۱).

^۱ Geschwind

^۲ Wernicke

^۳ modular neuromotor control system

از آنجا که در برخی تحقیقات، زیرساختهای عصبی مسئول در کنش‌های حرکتی گفتاری و دهانی، با یکدیگر همپوشانی دارند و نیز علائم کنش‌پریشی دهانی و کلامی نیز به هم نزدیک هستند، از طرفی دیگر، در مواردی ارتباط زیر ساخت‌های عصبی آنها کم و جزئی توصیف شده است، لذا بر آن شدیم تا با اجرای آزمون‌هایی به طور جداگانه ارتباط و یا عدم ارتباط این دو اختلال را بررسی و مطالعه کنیم. این مطالعه بر اساس بررسی علائم بالینی کنش‌پریشی گفتار و کنش‌پریشی دهانی، صورت می‌گیرد. بدین منظور آزمون‌های به کار رفته، علائم بالینی هر دو نوع کنش‌پریشی را بررسی خواهند کرد. در مجموع شدت این دو نوع کنش‌پریشی و همبستگی بین آنها در بیماران مربوطه مورد بررسی قرار گرفته و نتایج حاصل گزارش خواهند شد.

۱-۳ ضرورت مسئله

سکته مغزی در نتیجه‌ی اختلال در گردش خون یا مشکل در خون‌رسانی (که بیشترین آسیب‌پذیری را از حملات ایسکمیک^۲ دارند) رخ می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۸۹ سکته را با توجه به ماهیت آن از لحاظ شروع ناگهانی و پایداری اثرات ناشی از آن و داشتن منشاء عروقی چنین تعریف کرده است؛ سکته عبارت است از بروز سریع و ناگهانی علائم بالینی مربوط به اختلال در عملکرد مغز که به طور عمومی یا موضعی ظاهر شده و به مدت ۲۴ ساعت یا بیشتر بر جای مانده و یا باعث مرگ بیمار می‌شود. میزان وقوع حملات مغزی به موازات بالا رفتن سن افزایش می‌یابد. هر ساله، افراد زیادی از پیامدهای ناشی از سکته رنج می‌برند که شامل مرگ، فلجی، بی‌حسی، ناهنجاریهای ذهنی و اختلالات زبانی و گفتاری می‌باشد (۲).

^۱ test

^۲ Ischemic

یکی از اختلالات بارزی که در نتیجه‌ی سکتة مغزی پیش می‌آید، کنش‌پریشی یا عدم توانایی در اجرای ارادی فعالیت‌ها می‌باشد. بدین ترتیب ضرورت مطالعه و شناسایی علایم و مختصات کنش‌پریشی برای تشخیص به موقع و درمان مناسب روشن می‌گردد. از حدود یک قرن پیش بررسی کنش‌پریشی توسط لیپمن به تدریج شروع شد، تا اینکه در دهه‌های اخیر، تحقیقات بیشتری در این ناحیه صورت گرفته است و به تبع آن انواع کنش‌پریشی به لحاظ بالینی و پاتولوژی، شناسایی و طبقه‌بندی شده‌اند. در طی این سالها، اختلالات کنش‌پریشی در گروههای بیماران ضایعات مغزی اکتسابی و پیشرونده بررسی شده است. تا کنون در ایران، کار تحقیقی و پژوهشی بر روی بیماران با ضایعه‌ی اکتسابی در این راستا، صورت نگرفته است و بررسی‌ها بیشتر شامل مطالعاتی بر روی کودکان دارای اختلالات حرکتی دوران رشد به صورت گردآوری از منابع خارجی می‌باشد. تحقیق حاضر با استفاده از ابزارهای ارزیابی این اختلالات و معرفی بیشتر آزمونها در این زمینه، موجب سهولت در بررسی شده و موانع تحقیقاتی آن را کمتر خواهد کرد. در نهایت لزوم بررسی ارتباط بین دو نوع کنش‌پریشی بدین علت است که به خاطر همپوشانی‌هایی که در علایم این دو نوع از کنش‌پریشی وجود دارد، شناسایی دقیق آنها از یکدیگر به تفکیک و ارایه‌ی طرح درمانی لازم، با دشواری روبرو است. محقق امیدوار است که با بررسی این عملکردها در بزرگسالان مبتلا به سکتة مغزی و اطلاعاتی که با استفاده از آزمون‌ها به دست می‌آیند و با کشف مکانیسم‌های زیربنایی، بتوان گامهای محکمتری در امر توانبخشی این افراد برداشت و دریچه‌های نوینی را به روی ایشان گشود. همینطور به لحاظ بالینی آگاهی از ارتباط و یا عدم ارتباط این دو اختلال، اهمیت دارد. در صورت ارتباط، درمان یکی باید به درمان دیگری نیز تعمیم پیدا کند و عملاً درمان مستقل و مستقیمی نیاز نداشته باشد. در صورت عدم ارتباط هر کدام از این دو نوع کنش‌پریشی دهانی و کلامی، درمان مجزایی نیاز خواهند داشت. در صورت ارتباط در برخی موارد، بهتر است درمانگر بداند که چه مکانیزم‌هایی ارتباط داشته و چه مکانیزم‌هایی مجزا هستند.

۱-۴ اهداف پژوهش

۱-۴-۱ هدف کلی

بررسی شدت کنش‌پریشی دهانی و کلامی و میزان همبستگی آنها در بیماران مبتلا به سکته

مغزی نیمکره چپ

۱-۴-۲ اهداف اختصاصی

در این مطالعه بر آن بودیم که به هدف‌های زیر در بیماران مبتلا به سکته مغزی نیمکره چپ

دست یابیم:

۱. تعیین شدت اختلال کنش‌پریشی دهانی و کلامی
۲. تعیین توزیع فراوانی انواع کنش‌پریشی دهانی غالب، کنش‌پریشی کلامی غالب و کنش‌پریشی ترکیبی
۳. تعیین توزیع فراوانی انواع اختلال بر اساس جنسیت، سن، تحصیلات و ماه‌های گذشته از سکته
۴. مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کنش‌پریشی کلامی بر اساس جنسیت، سن، تحصیلات و ماه‌های گذشته از سکته
۵. مقایسه میانگین نمرات کنش‌پریشی دهانی و کلامی بر اساس نوع اختلال
۶. مقایسه میانگین نمره فرم شنیداری و فرم تقلیدی آزمون کنش‌پریشی دهانی بر اساس نوع اختلال
۷. تعیین میزان همبستگی کنش‌پریشی دهانی و کلامی
۸. تعیین میزان همبستگی نمرات فرم شنیداری با نمرات فرم تقلیدی در آزمون کنش‌پریشی دهانی

۹. تعیین میزان همبستگی سن، میزان تحصیلات و مدت زمان گذشته از سکته با کنش پریشی دهانی و کلامی

۱-۴-۳ اهداف کاربردی

به کارگیری نتایج تحقیق برای تشخیص کنش پریشی دهانی و کلامی در بیماران مبتلا به سکته مغزی

۱-۵ سوال های پژوهش

در این مطالعه در پی پاسخگویی به سوالات زیر در بیماران مبتلا به سکته مغزی نیمکره چپ بودیم:

۱. شدت اختلال کنش پریشی دهانی و کلامی چقدر است؟
۲. توزیع فراوانی انواع کنش پریشی دهانی غالب، کنش پریشی کلامی غالب و کنش پریشی ترکیبی چگونه است؟
۳. توزیع فراوانی انواع اختلال بر اساس جنسیت، سن، تحصیلات و ماههای گذشته از سکته چگونه است؟
۴. میانگین نمرات کنش پریشی دهانی و کنش پریشی کلامی بر اساس جنسیت، سن، تحصیلات و ماههای گذشته از سکته چقدر است؟
۵. میانگین نمرات کنش پریشی دهانی و کلامی بر اساس نوع اختلال چقدر است؟
۶. میانگین نمره فرم شنیداری و فرم تقلیدی آزمون کنش پریشی دهانی بر اساس نوع اختلال چقدر است؟
۷. میزان همبستگی کنش پریشی دهانی و کلامی چقدر است؟

۸. میزان همبستگی نمرات فرم شنیداری با نمرات فرم تقلیدی در آزمون کنش‌پریشی دهانی چقدر است؟

۹. میزان همبستگی سن، میزان تحصیلات و مدت زمان گذشته از سکته با کنش‌پریشی دهانی و کلامی چقدر است؟

۱-۶ تعریف مفاهیم و اصطلاحات

در این بخش سعی شده است واژه‌ها و اصطلاحات کلیدی این پژوهش و نیز واژه‌ها و اصطلاحاتی که مرتباً به آنها ارجاع می‌شود، از دیدگاه علمی و از دیدگاه خاص این پژوهش، تعریف شود.

۱-۶-۱ سکته مغزی

تعریف نظری: سکته‌ی مغزی در نتیجه‌ی اختلال در گردش خون یا مشکل در خون‌رسانی (که بیشترین آسیب‌پذیری را از حملات ایسکمیک دارند) رخ می‌دهد (۲).

در این پژوهش، افرادی که اولین بار است، مبتلا به سکته مغزی نیمکره چپ از نوع ایسکمی شده‌اند و حداقل ۶ ماه از زمان سکته‌شان می‌گذرد، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

۱-۶-۲ ایسکمی

منشأ درصد عمده‌ای از سکته‌های مغزی هستند. حملات مغزی ایسکمیک زمانی روی می‌دهند که سرخرگ‌های مغزی به صورت کامل یا ناقص دچار انسداد شده باشند (۲).