

Comparison of effectiveness of Neurofeedback Training and Transcranial Direct Stimulation with balance Training on the balance of MS patients

Mir Javad Mojarrad Azar Gharabagi¹, Jalal Dehghanizadeh², Behzad Behzadnia³, Seyedeh Fereshteh Modarresy⁴

1. PhD student, Motor Behavior Department, Tabriz University, Tabriz, Iran (Corresponding Author)
Javad.mojarrad88@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Movement Behavior and Sports Management, Urmia University, Urmia, Iran

3. Associate Professor, Motor Behavior Department, Tabriz University, Tabriz, Iran

4. Bachelor of Occupational Therapy, University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Received:30/09/2023

Accepted: 07/09/2024

Abstract

Introduction :Multiple sclerosis is a disease that causes breakdown of the protective covering of nerves. Also can cause numbness, weakness, trouble walking, vision changes and other symptoms.

Aim: The present study aimed to comparision of the comparison of effectiveness of neurofeedback training and transcranial direct stimulation with balance training on the balance of MS patients.

Method: The research design was Qousi-experimental with pre-test, post-test with two groups. The statistical population included patients with MS in Urmia in 1402. 34 patients were purposefully selected and evaluated after transcranial brain stimulation for eight 20-minute sessions and Hammond neurofeedback exercises for 8 30-minute sessions along with Frankel exercises with Berg balance scale and sitting and Timed up and go test(TUG). To analyze the data, the method of analysis of covariance with spss-26 software was used.

Results: The result shows that there neurofeedback and transcranial electrical stimulation have an effect on static and dynamic balance and improve balance among patients with MS($p<0.05$) and these two treatment methods have a significant difference in improving static and dynamic balance($p\leq 0.05$). the performance of the neurofeedback group was better than the transcranial stimulation group.

Conclusion: Considering the greater effect of neurofeedback exercises along with Frankel exercises on the static and dynamic balance of patients with MS, it can be said that performing neurofeedback exercises along with balance exercises can be a more effective strategy for improving static and dynamic balance.

Keywords: Neurofeedback, Transcranial Direct Stimulation, Frankel, balance, MS

Mojarrad Azar Gharabagi J, Dehghanizadeh J, Behzadnia B, Modaresi F. Comparison of effectiveness of Neurofeedback Training and Transcranial Direct Stimulation with balance Training on the balance of MS patients. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2024; 11 (5) : 45-61URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2037-fa.html>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مقایسه اثربخشی تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی بر تعادل بیماران ام‌اس

میرجواد مجرد آذر قره باغی^۱، جلال دهقانی زاده^۲، بهزاد بهزادنیا^۳، سیده فرشته مدرسی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه رفتار حرکتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران (مؤلف مسئول) Javad.mojarrad88@gmail.com

۲. دانشیار، گروه رفتار حرکتی و مدیریت ورزشی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران

۳. دانشیار، گروه رفتار حرکتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴. کارشناسی کاردrama، دانشگاه علوم پزشکی، تبریز، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۰۶/۱۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری است که باعث از بین رفتن پوشش محافظ اعصاب می‌شود، همچنین می‌تواند باعث بی‌حسی، ضعف، مشکل در راه رفتن، تغییرات بینایی و سایر علائم شود.

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی بر تعادل بیماران ام‌اس است.

روش: طرح این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به ام‌اس شهرستان ارومیه در سال ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۳۴ بیمار به صورت هدفمند انتخاب شدند و پس از تحریک فرا جمجمه‌ای مغز برای هشت جلسه ۲۰ دقیقه‌ای و تمرینات نوروفیدبک هاموند برای ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای همراه با تمرینات فرانکل با آزمون‌های برگ و آزمون نشستن و برخاستن مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد

یافته: یافته‌ها نشان داد که نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای بر تعادل ایستا و پویا تأثیر داشته و باعث بهبود آن می‌شوند ($p<0.01$) و این دو روش درمانی در بهبود تعادل ایستا و پویا تفاوت معناداری دارند عملکرد گروه نوروفیدبک بهتر از گروه تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای بود

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر بیشتر تمرینات نوروفیدبک همراه با تمرینات فرانکل بر تعادل ایستا و پویا بیماران ام‌اس می‌توان عنوان کرد که انجام تمرین نوروفیدبک همراه با تمرینات تعادلی می‌تواند راهبرد مؤثرتری برای بهبود تعادل ایستا و پویا باشد.

کلید واژه‌ها: نوروفیدبک، تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای، فرانکل، تعادل، ام‌اس

مقدمه

الگوی معمولی از اختلال راه رفتن MS وجود ندارد، اختلالات اغلب شامل کاهش سرعت راه رفتن و طول گام است (شولز، هاسه، ترنترش، وايدمن، زيمسن^۶، ۲۰۲۱). کنترل تعادل نیاز به تعامل بین چندین سیستم فیزیولوژیکی اساسی، از جمله محدودیت‌های بیومکانیکی، استراتژی‌های حرکتی و حسی^۷، جهت‌گیری در فضا^۸، کنترل پویایی^۹ و مهارت‌های پردازش شناختی^{۱۰} دارد (هوراک^{۱۱}، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، به منظور مقابله با محدودیت تعادل، مداخلاتی که هدفشان بهبود کنترل تعادل است، باید شامل تمریناتی باشد که این سیستم‌های فیزیولوژیکی را به چالش می‌کشد

تعادل از مطالعات با هدف بهبود تعادل در بیماران ام‌اس انجام شده است؛ اما تنوع در انواع مداخله، معیارهای نتیجه و محدودیت‌های روش شناختی، توانایی نتیجه‌گیری قطعی‌تر در مورد اثربخشی را محدود می‌کند (گان، مارکویکس، هاس، ماردن، فریمن^{۱۲}، ۲۰۱۵). با این حال، چندین مداخله تعادلی نتایج امیدوار‌کننده‌ای را نشان داده‌اند (کالسن، کاتانیو، برینکس، کاجایلگاراد، جورگنسن و داگلاس^{۱۳}، ۲۰۱۹؛ کارلینگ، فورسبرگ، گونارسون و نیلساگارد^{۱۴}، ۲۰۱۷)، اگرچه روش‌هایی برای مقایسه انواع تمرینات به ندرت در این مطالعات توضیح داده شده است. علاوه بر تمرینات تعادلی متعارف، انواع پروتکل‌های ورزشی دیگر برای بهبود

در سراسر جهان، بیش از ۲/۸ میلیون نفر به بیماری ام اس مبتلا هستند (والتون، کینگ، رشمن، کی، لیرای^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در ایران نیز در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ توسط اعظمی و همکاران منتشر شده است، نسبت شیوع ام‌اس بین ۵,۳۰ تا ۸۹,۰۰ بیمار در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و میزان بروز تخمینی بین ۷,۰۰ تا ۱۴۸,۱۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ در سال ۱۴۸,۱۰ تا ۱۴۸,۱۰ در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت گزارش کرده است (مقتدری، شهیدی پوراکبری، ایزدی، خسروی، هاشم زهی، ۲۰۲۳). مولتیپل اسکلروزیس^۲ یک بیماری التهابی و عصبی مزمن سیستم عصبی مرکزی است که بیشتر زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، یکی از علل اصلی ناتوانی عصبی غیر آسیب زا در میان بزرگسالان جوان و میانسال است (فیلیپی، بار-اور، پیهله، پرزیوسا، سولاری، ووکوسیک^۳، ۲۰۱۸). افراد مبتلا به ام اس ممکن است طیف وسیعی از علائم از جمله اختلال در قدرت و هماهنگی عضلات، عملکرد دهلیزی، حس عمقی، بینایی، کنترل حرکت چشم و شناخت و همچنین اختلال در یکپارچگی این عملکردها را نشان دهند (کامرون، نیلساگارد^۴، ۲۰۱۸). علائم مولتیپل اسکلروزیس اغلب در بین افراد متغیر است و می‌تواند بر عملکردهای حرکتی، حسی و شناختی تأثیر بگذارد (قاسمی، رضوی، نیکزاد، ۲۰۱۷). عوامل متعددی مانند ضعف عضلانی، مکانیسم‌های راه رفتن غیرطبیعی، مشکلات تعادلی، اسپاستیسیته و خستگی در انحطاط توانایی سیار ام‌اس نقش دارند (سوستوف، سوسی، بویس، ساندروف، پاول سوح^۵، ۲۰۱۱). در حالی که هیچ

6 Scholz, Haase, Trentzsch, Weidemann & Ziemssen

7 Movement and sensory strategies

8 orientation in space

9 control of dynamics

10 cognitive processing skills

11 Horak

12 Gunn, Markevics, Haas, Marsden & Freeman

13 Callesen, Cattaneo, Brincks, Kjeldgaard Jørgensen & Dalgas

14 Carling, Forsberg, Gunnarsson & Nilsagard

1 Walton, King, Rechtman, Kaye & Leray

2 Multiple sclerosis (MS)

3 Filippi, Bar-Or, Piehl, Preziosa, Solari & Vukusic

4 Cameron & Nilsagard

5 Sosnoff, Socie, Boes, Sandroff, Pula & Suh

راه رفتن در بیماران ام اس متفاوت است که تحت تأثیر درجه ناتوانی، تعداد جلسات تحریک و نوع پارامترهای اندازه‌گیری شده برای تعریف اثرات آن است (هیو و همکاران، ۲۰۲۱). پیلونی و همکاران (۲۰۲۰ الف) نشان داد که حتی یک جلسه tDCS آنودال به M1 در طول تمرین هوایی قادر به بهبود سرعت راه رفتن و مسافت طی شده در ۲ دقیقه در یک پیگیری ۴ هفتاهی نبود. موراتا، دی سیر، مارینارو، موجیو، اینزیتری^۷ و همکاران (۲۰۲۲) در تحقیقی با عنوان اثرات DCS^a بر تعادل و راه رفتن در بیماران مبتلا به ام اس نشان دادند که ده جلسه tDCS قشر حرکتی آنداز باعث بهبودهای غیر پایداری را در راه رفتن و تعادل (مقیاس تعادل برگ، BBS) در بیماران ام اس می‌شود... با توجه به اینکه حفظ تعادل در وضعیت ایستاده یکی از مشکلات بارز بیماران ام اس است از طرفی نیاز مبرم این قبیل بیماران به داشتن تعادل مورد نیاز برای انجام کارهای روزانه ضرورت دارد، تدابیر بنیادی و اصولی برای افزایش تعادل این قبیل افراد ضروری است. همچنین جمعیت رو به افزایش این بیماران دلیلی برای ترغیب تلاش‌هایی در جهت توسعه درمان‌های فیزیکی و برنامه‌های توانبخشی لازم برای بهبود آنان است. روش‌های مختلفی (تحریک فرا جمجمه‌ای، نورو فیدبک، تمرینات تعادلی، تمرینات ورزشی و...) برای درمان یا کاهش اختلالات تعادلی ناشی از بیماری ام اس در حال اجرا است؛ ولی اینکه کدام روش برتری و مزیت بیشتری برای بهبود تعادل این بیماران دارد هنوز جای سؤال دارد؛ بنابراین هدف این تحقیق بررسی و مقایسه اثربخشی تمرینات نورو فیدبک و تحریک الکتریکی

عملکرد تعادل وجود دارد، از جمله آموزش نورو فیدبک (آذرپایکان، تربتی، سهرابی، ۲۰۱۴)، نورو فیدبک، همچنین به عنوان بیوفیدبک امواج مغزی (یوسفی افراشته، خان احمدی و معصومی، ۲۰۲۱) شناخته می‌شود. طبق ادبیات، تمرين نورو فیدبک می‌تواند به طور مؤثر وضعیت تعادل را در افراد مسن، ورزشکاران، سکته مغزی و بیماران پارکینسون بهبود بخشد (آذرپایکان و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاول، گانسان، ساندو و سیمون، ۲۰۱۲). اعتقاد بر این است که این تکنیک مدرن با اصلاح الگوهای مغز در سیستم‌های کنترل کننده تعادل مانند سیستم‌های بینایی، دهلیزی و مخچه، تعادل را بهبود می‌بخشد (رضایی، نامی، سینایی، باقری و یوسفی نژاد، ۲۰۲۱).

تعادل و علائم حرکتی و غیر حرکتی بیماران ام اس مورد استفاده قرار گرفته است تحریک مغز از روی جمجمه (tDCS)^۲ است (یدیس، مانگانلی، دویوزو، ۲۰۱۷). این نوع روش مداخله تعديل کننده عصبی جای خود را در عرصه مطالعات توان بخشی نورو ساینس^۳ و توان بخشی نورونی باز کرده است. در این روش جریان مستقیم و ضعیفی به مناطق قشری وارد شده و فعالیت خود انگیخته عصبی را تسهیل یا بازداری می‌کند. (پورآبادی، امرابی، محمودخانی، غضنفری، ۲۰۲۴). در نتیجه موجب تغییراتی در کار کرد مغز می‌شود (کامینسکی، هاف، رجوسک، tDCS، گوندلاچ، سم و همکاران^۴، ۲۰۱۷). آنودال بهبود پارامترهای راه رفتن را هم در حین و هم بعد از تحریک در افراد مبتلا به ام اس تعیین می‌کند (هیو، نگومنی، زلر^۵، ۲۰۲۱). با این وجود، تأثیر دقیق tDCS

1 Paul, Ganesan, Sandhu & Simon

2 Transcranial direct current stimulation

3 Iodice, Manganello & Dubbioso

4 Neuroscience

5 Kaminski, Hoff, Rjosk, Steele, Gundlach & Sehm

6 Hiew

در نهایت بیمارانی که طی ۳ ماه قبل از شروع تحقیق در هیچ فعالیت ورزشی منظمی شرکت نداشتند انتخاب شدند.

معیار خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه در برنامه تمرینات عود، بیماری آسیب جسمانی حین تمرین بروز حادثه ابتلا به سایر بیماری‌های مخل عدم تمايل به ادامه شرکت در تحقیق و بروز عوامل مداخله‌گری که بر شرکت مؤثر آزمودنی‌ها در جلسات تمرین تأثیرگذار بود. برای مقیاس استفاده شده‌ی EDSS^۱ نمره‌ای بین صفر تا ده بیماران (بسته به میزان آسیب وارد به سیستم اعصاب مرکزی) است. هرچه آسیب بیشتر باشد نمره کسب شده بیشتر خواهد بود. روایی آزمون ناتوانی جسمانی توسعه یافته توسط کروتزکه در ایران نیز هنجار شده است. نمره ۱-۴ نشان دهنده ناتوانی جسمی و در عین حال استقلال فرد در انجام حرکت و فعالیت روزانه است (کورانیا^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). پس از ورود آزمودنی با توجه به معیارهای ورود خروج، همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند.

به منظور انجام دادن این پژوهش ابتدا نامه‌ای برای کسب مجوز به اداره‌ی بهزیستی کل شهرستان ارومیه ارائه شد. سپس مجوز صادر شده برای اجرای مداخله‌ی درمانی به مرکز تخصصی آموزشی درمانی رازی شهر ارومیه تحویل داده شد و موافقت این مرکز برای اجرای مداخله کسب شد. سپس فرم اطلاعات شخصی توسط مراقبان آزمودنی‌ها تکمیل شد و پرونده‌ی پزشکی آن‌ها بررسی

فراجمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی بر تعادل بیماران اماس است.

روش

هدف پژوهش کاربردی و روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون بود. جامعه آماری این تحقیق، بیماران مبتلا به اماس مراجعه کننده به مرکز تخصصی آموزشی درمانی رازی شهر ارومیه در سال ۱۴۰۲ بود که توسط پزشکان مغز و اعصاب مرکز شناسایی شده بودند. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن با توجه به تعداد گروه‌ها (دو گروه) سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0.8/0$ و اندازه اثر 0.4 تعداد نمونه معادل ۱۲ نفر برای هر گروه به دست آمد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۱۷ نفر برای هر گروه تعیین شد بدین ترتیب ۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه تجربی تمرینات نوروفیدبک در ترکیب با تمرینات تعادلی (۱۷) نفر و گروه تجربی تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی (۱۷) نفر تقسیم شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل، بیماران مبتلا به اماس از نوع عود کننده - بهبود یابنده، دارای نمره ناتوانی جسمانی توسعه یافته EDSS کمتر یا مساوی $4/5$ ، دامنه سنی $25-40$ سال، فاقد سابقه بیماری‌های سیستمیک شامل: اختلالات عصبی، صرع، بیماری‌های قلبی، دیابت، کم خونی و افسردگی شدید همه بیماران این تحقیق داروهای ریبیف و سینوکس (از خانواده‌ی IFN-B-1a) مصرف می‌کردند. همچنین بیمارانی گزینش شدند که طی ۳ ماه قبل از شروع تحقیق از داروهای کورتیکواستروئیدی استفاده نکرده بودند و

¹ Expanded disability status

² Koorania

شرکت کننده‌ها این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن‌ها تا آخر محramانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن‌ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه گواه نیز از مداخله‌ای مشابه پس از پایان مطالعه بهره‌مند شدند.

در پژوهش حاضر جهت بررسی متغیرهای جمعیت شناختی از روش‌های آمار توصیفی نظری میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی توزیع طبیعی و برابری واریانس‌ها به ترتیب از آزمون شاپیرو ویلک و لون و برای بررسی تفاوت بین دو گروه در پس آزمون از آزمون تی جفت شده و تحلیل کوواریانس یکراهه استفاده شد. همه تجزیه و تحلیل تحلیل‌های اولیه در سطح معناداری $P \leq 0.05$ با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ انجام شدند.

پروتکل تمرین تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای: در این پژوهش از دستگاه تحریک فرا جمجمه‌ای مغز (ساخت شرکت ترانس کراینال کانادا) استفاده گردید. گروه تحریک فرا جمجمه‌ای مغز برای هشت روز متوالی، تحریک مغز از ورای جمجمه را با شدت جریان مستقیم ۲ میلی‌آمپر با اندازه الکترود ۳۵ سانتی‌متر مربع به مدت ۲۰ دقیقه دریافت کردند. بعداز آن تمرینات فرانکل را انجام دادند. محل قرارگیری الکترود آند، در قسمت خط میانی مخچه و ۱ تا ۲ سانتی‌متر پایین تر از برآمدگی پشت سر بود. این نحوه قرارگیری الکترود آند بر روی مخچه که در مطالعات پیشین مورداستفاده و تأکید قرار گرفته موجب می‌شود تا جریان

شد. از میان ۶۴ فرم تکمیل شده، ۳۴ نفر دارای شرایط به مداخله‌ی پژوهشی تشخیص داده شدند. به منظور اندازه‌گیری شاخص اماس شرکت کننده‌گان مبتلا به ام اس از نوع عود کننده – بهبود یابنده دارای نمره ناتوانی جسمانی توسعه یافته EDSS کمتر یا مساوی ۴،۵، استفاده شد که توسط مراقبان شرکت کننده‌گان تکمیل شد. این نتایج زیر نظر پزشکان مرکز استخراج شد. با توجه به اطلاعات گرفته شده، آزمودنی‌ها به شیوه‌ی همتاسازی در گروه فرا جمجمه‌ای و گروه نورو فیدبک قرار گرفتند. سپس هر دو گروه آزمون مقیاس تعادلی برگ و آزمون زمان برخاستن و راه رفتن را اجرا کردند.

گروه فرا جمجمه‌ای تحریک مغز از ورای جمجمه را با شدت جریان مستقیم ۲ میلی‌آمپر با اندازه الکترود ۲۵ سانتی‌متر مربع به مدت ۲۰ دقیقه دریافت کردند و بعد از آن به مدت ۳۰ دقیقه تمرینات تعادلی فرانکل را انجام دادند

گروه تمرینات نرو فیدبک نیز برنامه آموزشی نوروفیدبک را به مدت ۸ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای در اتاق مخصوصی در مرکز تخصصی آموزشی درمانی رازی شهر ارومیه طی ساعت ۹-۱۲ انجام دادند و بعد از آن نیز به انجام تمرینات فرانکل پرداختند. در نهایت، در ۲۴ ساعت بعد از آخرین جلسه تمرینات هر دو گروه از تمامی شرکت کننده‌گان خواسته شد تا با مراجعه به مرکز رازی که محل انجام تست‌ها بود مراجعه و به اجرای آزمون‌های تعادل پویا و ایستا پردازنده و نمرات این اجراهای نیز به عنوان پس آزمون ثبت شد.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام

1 Transcranial Direct Current Stimulation protocol

چشمان خود را بیند. در این حالت، دو دقیقه سیگنال مغزی پایه از فرد ثبت شد و در انتهای مجدداً دو دقیقه سیگنال چشم باز و چشم بسته ثبت شد. در مرحله بعدی، برای اجرای مداخله برنامه تعریف شده هاموند تحت عنوان برنامه تعادلی، از کاهش فرکانس ۴-۷ هرتز (تتا) و تقویت فرکانس ۱۵-۱۸ هرتز (موج بتا ۱) و برای مشخص کردن نقاط نصب الکترود روی جمجمه، از سیستم بین المللی ۱۰-۲۰ استفاده شد. نحوه الکترود گذاری در این برنامه، نصب الکترود آبی (اکتیو) و زرد (رفنس) در نقاط O₂ و O₁ و الکترود گراند به لاله گوش چپ بود. الکتروودها صرفاً فعالیت امواج مغزی را به دستگاه منتقل می کردند و هیچ گونه جریان الکتریکی یا امواج و عامل آسیب رسان یا محرک از طریق دستگاه بازخورد عصبی به مغز وارد نمی شد (هاموند^۵، ۲۰۰۷). تمرینات نورو فیدبک هاموند به مدت ۸ جلسه سی دقیقه‌ای انجام و برای جلوگیری از خستگی افراد از چند نوع بازی و انیمیشن استفاده شد. لازم به ذکر است بعد از اجرای برنامه نورو فیدبک همانند گروه تحریک فرا جمجمه‌ای تمرینات تعادلی فرانکل مشابه با آن نیز انجام گرفت.

تمرینات تعادلی فرانکل^۶: تمرینات تعادلی فرانکل مجموعه‌ای از تمرینات هستند که برای بهبود تعادل در چهار وضعیت خوابیده به پشت، خوابیده به پهلو، نشسته و ایستاده اجرا می شوند. در این پروتکل که طبق روش مطالعات قبلی (Biazus-Sen، Firis، Duszwa استیگر^۷، ۲۰۲۰) و تحت نظر یک تراپیست انجام شد، آزمودنی‌ها، تمرینات فرانکل را هشت جلسه انجام دادند. هر جلسه

در سرتاسر مخچه گسترش یابد و از انتقال جریان به مناطق محيطی کاسته شود. محل قرارگیری الکترود رفرنس (الکترود کاتد) روی عضله دلتوئید شانه راست بود. برای کاهش آمپدانس پوست، الکتروودها قبل از قرارگیری در محل مورد نظر، با محلول آب نمک خیس شدند (جوین^۱ و همکاران، ۲۰۰۵) در طول پروتکل تمرین تمامی افراد، تمرین تعادلی ثبات قامتی دستگاه تعادل سنج بایود کس را انجام می دادند آن‌ها تمرین ثبات قامتی دستگاه تعادل سنج بایود کس را به مدت ۲۰ دقیقه (همانند گروه تحریک) انجام می دادند (کانل^۲ و همکاران، ۱۹۸۷).

پروتکل تمرین نورو فیدبک^۳: برای نورو فیدبک از دستگاه پروکامپ اینفینیتی^۴ مدل SA7525 و نرم افزار بیوگراف اینفینیتی محصول شرکت تات تکنولوژی کانادا استفاده شد. برنامه آموزشی نورو فیدبک برای هر فرد مدت ۸ جلسه تعریف شده بود. جلسات نورو فیدبک در اتاق مخصوصی در مرکز تخصصی آموزشی درمانی رازی شهر ارومیه طی ساعت ۱۲-۹ در محيطی آرام، با لامپ‌های خاموش (برای کاهش اثر نویز ناشی از لامپ‌ها) و بدون محرک‌های دیگر انجام شد. بیمار روی صندلی راحتی می نشست. ابتدا درباره کاری که در طول آزمودن امواج مغزی صورت می گیرد، توضیحات کافی گرفت و بعد از تنظیم صندلی، نصب الکتروودها و بررسی صحت محل قرارگیری آن‌ها از او دو دقیقه سیگنال مغزی پایه چشم باز گرفته شد؛ سپس از فرد خواسته شد که

¹ Jouven² Kannel³ Neurofeedback training protocol⁴ ProComp5 Infiniti

شرکت کنندگان مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج آن‌ها ثبت گردید
برنامه تمرینی و نحوه اجرا، تکرار، مدت تعداد جلسات و نوع تمرین تعادلی فرانکل در جدول ۱ ارائه شده است

تمرینی، ۴۰ دقیقه طول کشید که ۱۰ دقیقه اول برای گرم کردن، ۲۰ دقیقه برای تمرین اصلی و ۱۰ دقیقه آخر جهت سرد کردن بدن بود (جدول ۱). در ۲۴ ساعت بعد از پایان هشت جلسه تمرینات، مجدداً تعادل ایستا و پویا

جدول ۱ تمرینات تعادلی فرانکل

نام تمرین	نحوه اجرا/ست / تکرار/ مدت	جلسات
گرم کردن	۱۰ دقیقه فعالیت هوایی سبک، راه رفتن و تمرینات کششی	
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در حالی که پاشنه‌ها روی زمین قرار داشتند، در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، سپس یکی از پاهای را از زانو و ران خم کرده و با پاشنه همان پایی که از زانو و ران خم شده بود، یک خط راست را روی زمین می‌کشید. آزمون شونده با پای دیگر نیز همین تمرین را انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا هشت بار	جلسه اول
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در حالی که پاشنه‌ها روی زمین قرار داشتند، در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، سپس در همین وضعیت، حرکات ابداقشون و اداکشن را با هر کدام از پاهای انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا هفت بار	جلسه دوم
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در حالی که پاشنه‌ها روی زمین قرار داشتند، در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، سپس هر دو پا را از زانو و ران خم می‌کرد و با پاشنه هر دو پا خطی مستقیم روی زمین می‌کشید. ۲ ست، تکرار برای هر پا هشت بار	جلسه سوم
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در حالی که پاشنه‌ها روی زمین قرار داشتند، در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، سپس یکی از پاهای را که از ناحیه زانو و ران در وضعیت خمیده قرار داشت، بالا آورده و حرکت دوچرخه را با آن انجام می‌داد. ۲ ست، ۱۰ ثانیه پای راست، روی زمین قرار داشت، در این وضعیت آزمون شونده پای چپ خود را روی زانوی راست قرار می‌داد و در همین وضعیت با فشار پای چپ روی زانوی پای راست، پا را به وضعیت راست شده روی زمین قرار می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا ۹ بار	جلسه چهارم
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت، سپس پاشنه‌های هر دو پا را از زمین بلند می‌کرد، سپس در این وضعیت زانو و ران یک پا را خم می‌کرد. همین تمرین را برای پای دیگر نیز انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا ۸ بار	جلسه پنجم
در حال خوابیده به پشت	آزمون شونده در وضعیت خوابیده به پشت قرار می‌گرفت. در حالی که پاشنه روی زمین قرار داشت، زانو و ران را به فلکشن می‌برد و سپس دیگر پا را به ابداقشون و اداکشن می‌برد. این تمرین را برای پای دیگر نیز انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا ۸ بار	جلسه ششم
در وضعیت ایستاده	آزمون شونده در وضعیت ایستاده قرار می‌گرفت و شروع به راه رفتن روی پاشنه و پنجه می‌کرد. این تمرین را برای پای دیگر نیز انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار برای هر پا ۸ بار	جلسه هفتم

جلسه هشتم آزمون شونده با زانوی خم شده روی صندلی می‌نشست ، سپس ران را با زانوی خمیده بالا می‌آورد و به صورت محکم پا را روی زمین می‌گذاشت. این تمرین را برای پای دیگر نیز انجام می‌داد. ۲ ست، تکرار ۷ بار	در وضعیت نشسته آزمون شونده با زانوی خم شده روی صندلی می‌نشست در حالی که قسمت بالاتنه مقداری متمایل به جلو بود. ۲ ست، زمان ۱۰ ثانیه
	آزمون شونده یک بار روی صندلی می‌نشست و سپس از روی صندلی بلند می‌شد در حالی که در هر دو وضعیت، پایش روی زمین قرار داشت. ۲ ست، تکرار ۸ بار

پویا می‌باشد (سری و استوا^۴ و همکاران، ۲۰۰۰). این آیتم‌ها توانایی افراد را برای نشستن، ایستادن دسترسی، حفظ وضعیت روی یک پا و چرخیدن می‌سنجد ارزیابی عملکرد در یک دامنه مقیاس صفر ناتوانی برای انجام تکلیف (تا ۴) عملکرد عادی برای انجام تکلیف) در نظر گرفته می‌شود. نمره کل از صفر تا ۵۶ هست و احتساب نمره ۴۵ یا پایین‌تر از ۴۵ نشان دهنده کنترل پاسچر ضعیف و افزایش خطر سقوط است (موریس، ۲۰۰۴).

آزمون بلند شدن و رفتن زماندار.^۵ این آزمون، اصلاح شده آزمون ایستادن و حرکت کردن است که روشی ساده برای بررسی تعادل پویای فرد سالم‌مند است و سالم‌مندان به خاطر سهولت اجرا، آن را به طور مکرر استفاده می‌کنند که توسط ماتیاس، نایاک، ایزاکس^۶ در سال ۱۹۸۶ به عنوان روشی سریع برای تعیین مشکلات تعادل اثرگذار روی مهارت‌های حرکتی زندگی روزمره سالم‌مندان طراحی شد. آزمون برخاستن و حرکت کردن زماندار شامل ۳ مرحله برخاستن از صندلی، راه رفتن، چرخیدن و برگشتن است که نمره دهی آن به این صورت است: ۱. اجرای طبیعی؛ ۲. اختلال بسیار اندک؛ ۳. اختلال ملایم، اختلال زیاد؛ د. اختلال شدید. شرکت کنندگان

ابزار

مقیاس تعادلی برگ^۱: مقیاس تعادلی برگ برای اندازه‌گیری تعادل افراد سالم‌مند و ارزیابی تعادل قامتی در افراد مبتلا به سکته مغزی و آسیب‌های مغزی طراحی شده است و از طرفی از قابلیت اطمینان بالایی برای ارزیابی تعادل ایستا و پویا در بیماران مبتلا به ام اس برخوردار است و می‌تواند بی‌ثباتی قامتی را در این بیماران به درستی شناسایی کند. روایی آزمون تعادلی برگ طی تحقیقی که توسط کاتانئو و همکاران انجام گرفت بین ۰/۹۶ تا ۰/۸۵۰ گزارش شده است (مسنر، برنهارد، ۲۰۱۴) روایی و اعتبار این آزمون در ایران توسط آزاد و همکاران مورد ارزیابی قرار گرفته است و ثبات درونی برابر ۰/۰۹^۲ به اثبات رسیده است (سری و استوا^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). همچنین برای پیش‌بینی خطر افتادن اعتبار و روایی خوبی دارد و اختلال تعادل را در طی انتقال اندازه‌گیری می‌کند (مسنر، برنهارد، ۲۰۱۴). مقیاس تعادلی برگ شامل ۱۴ آیتم مختلف که در زندگی روزمره کاربرد زیادی دارد را ارزیابی می‌کند به گونه‌ای که هر مورد بیان کننده وضعیت، ثبات عکس‌عمل و پیش‌بینی کننده کنترل وضعیت بیمار در حالت ایستا و

4 Srivastava

5 Timed up and go test(TUG)

6 Mathias

1 Berg balance scale

2 Messner & Bernhard

3 Srivastava

زمان دار ۰/۹۹ محسوبه شده بود (مجرد آذر و دهقانی زاده، ۲۰۲۱).

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان بدین صورت بود که گروه نورووفیدبک در ترکیب با تمرينات تعادلی (میانگین سنی: $۵۴/۳\pm ۸/۷$) و تمرينات تحريك الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرينات تعادلی با (میانگین سنی: $۴/۲\pm ۰/۴$) بودند. در گروه نورووفیدبک + تمرينات تعادلی ۹ نفر مرد بودند و ۸ نفر زن در گروه تحريك الکتریکی فرا جمجمه + تمرينات تعادلی ۱۰ نفر مرد و ۷ نفر زن بودند.

مقادیر میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌های توصیفی و متغیرهای مربوط به تعادل (ایستا و پویا) در دو گروه تمرينات نورووفیدبک و تمرينات تعادلی و تمرينات تحريك الکتریکی فرا جمجمه‌ای و تمرينات تعادلی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است

باید این آزمون را در حداقل زمان ممکن اجرا کنند. در طی این فرآیند آزمونگر با استفاده از کرونومتر زمان را ثبت می‌شود؛ که نمره آن به صورت؛ کسب رکورد زمان کمتر از ۱۰ ثانية به معنی توانایی حرکتی بالا و طبیعی، کسب رکورد ۱۰ تا ۱۹ ثانية نشان دهنده حرکت معمولی و استقلال در راه رفتن، کسب رکورد ۲۰ الی ۲۹ ثانية به معنی حرکت کننده، اختلال در تعادل و نیاز به کمک در راه رفتن و ثبت رکورد بیش از ۳۰ ثانية به معنی کاهش توان حرکتی و مستعد به سقوط بالای فرد سالمند است.

نگ و همکاران (۲۰۰۵) پایابی این آزمون را =۰/۷۷, ICC =۰/۷۷ اعلام کردند. در مطالعه مهدی‌زاده و همکاران پایابی آزمون طریق مشاهده هم‌زمان با همبستگی ۰/۹۳ محسوبه شد. همچنین پایابی این پرسشنامه توسط جعفری و شمشیری (۱۳۹۳) با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محسوبه شد. در مطالعه صادقی و همکاران (۱۳۸۷) پایابی آزمون برخاستن و حرکت کردن

جدول ۲. اطلاعات توصیفی مربوط به تعادل دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخص	گروه نورووفیدبک + تمرينات تعادلی		گروه تحريك فرا جمجمه + تمرينات تعادلی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
بورگ	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
	۴۶/۴۸۴(۰/۷۷۱)	۴۵/۸۲۶(۰/۸۱۴)	۴۷/۴۱۰(۰/۷۵۶)	۴۵/۸۵۴(۰/۷۸۳)
آزمون تی وابسته	$t=-8/۸۲۶, P=0/۰۰۱$, mean= -۰/۶۵۸		$t=-14/۱۳۷, P=0/۰۰۱$, mean= -۱/۵۵۶	
نشستن و برخاستن	۹/۵۳۴(۰/۰۵۵۸)	۱۰/۱۶۹(۰/۰۷۷۴)	۹/۰۰۷(۰/۰۴۷۸)	۱۰/۱۱۰(۰/۰۶۴۴)
آزمون تی وابسته	$t=-7/۳۰۵, P=0/۰۰۱$, mean= -۰/۶۳۴		$t=-12/۸۹۴, P=0/۰۰۱$, mean= -۱/۱۰۲	

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در برای بررسی برای مقایسه دو گروه در تعادل ایستا (برگ) و پویان (نشستن و برخاستن (TUG) در حالت بین گروهی رانشان می‌دهد

طبق جدول ۲ در متغیر، تعادل پویا و ایستا، میانگین گروه نورووفیدبک و تمرينات تعادلی از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود یافته است. این بهبود در گروه تحريك فرا جمجمه و تمرينات تعادلی نیز مشاهده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه در آزمون تعادل ایستا و پویا در حالت بین گروهی

شاخص‌ها	آماره	مجموع مربیات	مجدور میانگین	df	F	p	اندازه اثر
تعادل ایستا (برگ)	پیش‌آزمون (کووریت)	۱۴/۴۰۳	۱۴/۴۰۳	۱	۱۰۴/۲۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱
	گروه	۶/۹۱۶	۶/۹۱۶	۱	۵۰/۰۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	خطا	۴/۲۸۱	۰/۱۳۸	۳۱	-	-	-
تعادل پویا نشستن و برشاستن	پیش‌آزمون (کووریت)	۶/۱۷۵	۶/۱۷۵	۱	۷۶/۹۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱۳
	گروه	۲/۰۲۱	۲/۰۲۱	۱	۲۵/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸
	خطا	۲/۴۸۶	۰/۰۸۰	۳۱	-	-	-

بحث

هدف این تحقیق مقایسه اثربخشی تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی بر تعادل بیماران اماس بود نتایج این تحقیق نشان داد که روش تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی بر تعادل پویا و ایستای بیماران اماس تأثیر مثبت و معناداری داشت و تفاوت معناداری بین تأثیر نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای بر تعادل وجود داشت و تأثیر تمرینات نورو فیدبک نسبت به فرا جمجمه‌ای بیشتر بود.

در خصوص تأثیر نوروفیدبک در ترکیب با تمرینات تعادلی فرانکل باید عنوان کرد که این نتایج با تحقیقات شهربانیان، هاشمی و حمایت طلب (۲۰۲۱)، رضایی و همکاران (۲۰۲۱)، پرز الورا، اولترا-کوکارلا، کاروبلس، مولتو، فلورز^۱ و همکاران^۲ (۲۰۲۱)، میهارا، فوجیموتو، هاتوری، اوتمونه، کاجیما^۳ و همکاران (۲۰۲۱) همسو و همخوان است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در عملکرد تعادل ایستا، بین پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/۰۵$)، این بدان معناست که بین نمرات تعادل ایستادن بیماران اماس در گروه تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات در پس‌آزمون نمرات تعادل در گروه نوروفیدبک و تمرینات تعادلی (۰/۷۵۶، ۰/۱۰۰، ۰/۴۱۰) بالاتر از تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای و تمرینات تعادلی (۰/۷۷۱، ۰/۴۸۴) بود. همچنین پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون در عملکرد تعادل ایستا، بین پس‌آزمون دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P=0/۰۵$)، این بدان معناست که بین نمرات تعادل پویا بیماران ام اس در گروه تمرینات نوروفیدبک و تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات در پس‌آزمون نمرات تعادل پویا در گروه نوروفیدبک و تمرینات تعادلی (۰/۴۷۸، ۰/۰۰۷) بهتر از گروه تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای و تمرینات تعادلی (۰/۵۵۸، ۰/۵۳۴) بود.

1 Pérez-Elvira, Oltra-Cucarella, Carrobles, Moltó & Flórez

2 Pérez-Elvira

3 Mihara, Fujimoto, Hattori, Otomune & Kajiyama

خواب آلودگی و درخودفروفتگی فرد می‌شود، با افزایش هوشیاری سیستم عصبی مرکزی در سطح قشری موجب تمرکز بر فرایندهای حل مسئله و توجه مستمرتری بر انجام فعالیت ارادی می‌شود. در نتیجه فرد می‌تواند به طور ارادی، با سلطه بهتری بر عضلات نگهدارنده قامت، تعادل خودش را کنترل کند.

همچنین تأثیر روش تمرینی نوروفیدبک و تمرینات فرانکل بر تعادل را احتمالاً می‌توان چنین تفسیر کرد که فرد حین تمرین با افزایش فعالیت در موج بتا تقویت می‌شد، به تدریج مغز و به دنبال آن فرد یاد می‌گیرد که به علائم خاصی پاسخ دهد؛ به عبارت دیگر فرد با یادگیری از شیوه آگاهی خود نسبت به آنچه در مغزش روی می‌داد به طور ارادی بر عملکرد سیستم خودکار مؤثر در تعادل تأثیر گذاشته و قدرت کنترل خود را بر آنها افزایش داده و بدین طریق تعادل بیماران بهبود یافت. با توجه به اینکه تمرینات تعادلی فرانکل به هر دو عامل سیستم عضلانی و عصبی بستگی دارد در برطرف کردن مشکلات تعادلی پدیدآمده، مفید است. نوروفیدبک هم با استفاده از بازداری یا تقویت فعالیت امواج مغزی منجر به تغییر در عملکرد شده و باعث دستیابی به بازیابی بلندمدت کارکرد مغز می‌شود. در نتیجه فرد را به اجرای مطلوب نزدیک می‌سازد.

در خصوص تأثیر تحریک فرا جمجمه‌ای در ترکیب با تمرینات تعادلی نیز باید عنوان کرد که این نتایج با نتایج تحقیقات پورتلت، هسیه، کرسول، آئو، ماینزر^۱ (۲۰۱۸)، اولدراتی، دنیس، شوتر^۲ (۲۰۱۷) گریکو، اولیویرا،

در تفسیر این بخش از تحقیق می‌توان عنوان داشت که در طول تمرینات نوروفیدبک، با افزایش فعالیت در امواج مغزی، مغز به تدریج یاد می‌گیرد که در یک زمان خاص به علائم خاصی پاسخ دهد. از طریق خود تنظیمی مغز، فرد یاد می‌گیرد که به طور داوطلبانه بر عملکرد سیستم خودکار مؤثر در تعادل تأثیر بگذارد و قدرت کنترل خود را بر آنها افزایش دهد و در نتیجه تعادل بیماران را بهبود بخشد. نوروفیدبک از طریق هماهنگی امواج در گیر در سیستم‌های مؤثر در تعادل، بینایی دهلیزی و مخچه ممکن است باعث افزایش تعادل شود (پرز الورا و همکاران ۲۰۲۱). انتظار می‌رود که ویژگی‌های ماده حاکستری و سفید مغز نتیجه برنامه‌های نوروفیدبک را نشان دهند. با ارتباطات شبکه عصبی بیشتر در طول تمرینات نوروفیدبک، به نظر می‌رسد تعادل‌های ایستا و پویا (به عنوان یک عملکرد پیچیده حرکتی) بهبود یابد. به عنوان مثال شهربانیان و همکاران (۲۰۲۱) بر کارایی تمرین نوروفیدبک بر ثبات قامت و کاهش خطر افتادن در سالمندان زن تأکید. دارند همچنین رضایی و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که تعادل ایستا و تعادل پویای سالمندان سالم پس از تمرین نوروفیدبک به طور قابل توجهی بهبود می‌یابد علاوه بر، این خطر سقوط پس از تمرین به طور قابل توجهی کاهش یافت. همچنین میهارا و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که گروه تمرین نوروفیدبک در مقایسه با گروه تصویرسازی حرکتی حتی پس از همپراشی متغیرهای مداخله‌گر بهبود بیشتری در آزمون TUG نشان دادند. پرز الورا و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان دادند که تمرینات نوروفیدبک باعث افزایش ریتم حرکتی می‌گردد. می‌توان استنباط کرد که طی فرآیند درمانی نوروفیدبک سرکوب تا سبب کاهش

1 Poortvliet, Hsieh, Cresswell, Au & Meinzer
2 Oldrati, Dennis & Schutter

است تحریک آندی مخچه موجب بهبود کارکرد ورمیس یا مسیرهای ماده سفید از طریق افزایش فعالیت سلولهای پورکنژ شود. فعالسازی سلولهای پورکنژ، نورونهای هسته‌ای مخچه را برای تولید داده حرکتی مناسب و سرکوب فعالیت ناخواسته مهار می‌کند. از سوی دیگر می‌توان گفت که تحریک مخچه می‌تواند در پولاریزاسیون غشای سلول پورکنژ و دیگر نورون‌ها، فیبرها و سلول گلیا تأثیر بگذارد و کارکردهای مخچه را تغییر دهد. بر حسب شواهد مخچه ارتباطات توامندی با مناطق مهم دیگر مغز از جمله ساقه مغز، مغز میانی و قشر مغز دارد که منجر به مشارکت قابل توجهی در کنترل تکالیف شناختی و حرکتی، تعادل و کنترل پاسچر انسان می‌شود (زندولیت، مسکرز، کواکل، ون و گن^۳).^{۲۰۱۸} به نظر می‌رسد تحریک فرا جمجمه‌ای مخچه موجب تعدیل اتصال قشر حرکتی مخچه‌ای شده که اثرات مثبتی را در فرایندهای شناختی، حرکتی و کنترل پاسچر می‌گذارد. بطور کلی می‌توان گفت تحریک الکتریکی مغز می‌تواند موجب تغییر شکل پذیری عصبی شود که احتمال دارد این موضوع با تغییرات اتصالات عملکردی در مغز انسان مرتبط باشد. این موضوع سبب می‌شود جریان خون مغزی در ناحیه تحریک شده توزیع شود و در آن ناحیه جریان خون بیشتری جریان پیدا کند و هموگلوبین در ناحیه‌ای که ارتباط در آن تقویت شده، افزایش یابد. این موضوع موجب عملکرد بهتر نسبت به محرك خارجی شده؛ بنابراین تعادل فرد نیز به دنبال این فعل و افعال افزایش می‌یابد. همچنین تحریک الکتریکی مستقیم مغز در ناحیه مخچه می‌تواند بر پتانسیل غشای سلولهای گلیال و درنتیجه تعادل انتقال دهنده‌های

دوارت، لیما، زانون، فرگنی^۱ (۲۰۱۶) همسو و همخوان است.

بر اساس تحقیقات انجام شده از علل اختلال تعادل در بیماران اماس دمیلینیشن در مخچه می‌باشد (کامرون، نیلس‌اگارد، ۲۰۱۸). کنترل تعادل و راه رفتن که توسط مخچه انجام می‌شود به یکدیگر وابسته هستند و نمی‌توان آن‌ها را جداگانه در نظر گرفت و این اختلال تعادل منجر به زمین خوردن بیمار نیز می‌شود. پورتولیت و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند تحریک مخچه می‌تواند موجب بهبود ریکاوری پاسچر در پاسخ به اختلالات مکرر قامتی در افراد جوان سالم شود. نتایج تحقیق گریکو و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد تحریک آندی مخچه همراه با تمرينات تردیمیل موجب بهبود تعادل کودکان با آتابکسی فلج مغزی شد و اثرات آن تا یک ماه بعد حفظ گردید. تعادل و ثبات وضعیتی توسط تعامل نخاع، مکانیسم‌های عصبی نخاع، قشر فوق نخاعی و زیر قشری پشتیبانی می‌شود که در میان آن‌ها مخچه با تنظیم مناسب برنامه‌های حرکتی در سازگاری کنترل حرکتی شرکت دارد.

اثرات فیزیولوژیکی توسط تحریک مخچه به‌طور عمده باعث تغییرات کارکردی در خود مخچه می‌شود. مسیرهای ماده سفید مخچه‌ای اتصالات اولیه مخچه به مناطق دیگر مغز است و بخش ورمیس مخچه به‌طور قابل توجهی در کنترل عضلات محوری که نقش مهمی در تعادل و کنترل پاسچر ایفا می‌کند، درگیر می‌شود (سولیس- اسکالت، فان در کرویسن، دی کم، ون کوردلار، ویردستاین، شوتن^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). ممکن

¹ Grecco, Oliveira, Duarte, Lima, Zanon & Fregni

² Solis-Escalante, van der Cruijsen, de Kam, van Kordelaar & Weerdesteyn

بروندادهای حرکتی خود یکپارچه می‌سازد. منطقه O₁-O₂ در جمجمه نزدیک ترین فاصله را با مخچه و مسیرهای ساقه مغز و مغز میانی دارد. مخچه به عنوان مرکز هماهنگ کردن حرکات تعادلی در بدن، ساقه مغز و مغز میانی به عنوان مسیرهای انتقالی پیام‌های حرکتی به سلول‌های هرمی همگی نقش مهمی در ایجاد پالس‌های مناسب حرکتی برای برقراری تعادل در بدن بازی می‌کنند (آذربیجان و همکاران، ۲۰۱۴؛ هاموند و همکاران، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد قرارگیری الکترودها در منطقه O₁-O₂ در برقراری امواج مناسب مغزی و یکپارچه کردن اطلاعات دریافنی از مراکز ذکر شده، برای ایجاد تعادل بهتر در بیماران ام اس نقش مناسب‌تری را بازی کرده است.

نتیجه‌گیری

با توجه به تأثیرگذاری بیشتر تمرینات نوروفیدبک نسبت به تحریک الکتریکی فرا جمجمه‌ای پیشنهاد می‌شود مربیان و روانشناسان ورزشی، مربیان توانبخشی و مددکاران از مداخلات نوروفیدبک همراه با تمرینات تعادلی برای بهبود کیفیت زندگی و پیشگیری از آسیب‌های جسمی و روانی این بیماران بهره ببرند. پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود. اول اینکه که پژوهش‌های انجام شده تا به حال در این زمینه کم بوده است و این موضوع، تعمیم یافته‌ها را سخت خواهد کرد. همچنین چون جامعه مورد نظر در این پژوهش بیماران ۲۵ تا ۴۰ ساله مبتلا به ام اس از نوع عود کننده - بهبود یابنده، بود، تعمیم آن به سایر سطوح و سنین دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. یکی دیگر از محدودیت این تحقیق محدود بودن این تحقیق به یک مرکز تخصصی آموزشی درمانی شهر ارومیه بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران

عصبي تأثیرگذار باشد. این تغییر شبیه آن چیزی است که به طور فیزیولوژیکی در آسترتوسیت‌ها حین فعال‌سازی سلول‌های عصبی مشاهده می‌شود (تاکای، تسوباکی، سوگاوارا، میاگوچی، اویاناگی و ماتسوموتو¹، ۲۰۱۶).

در خصوص برتری عملکرد گروه نورو فیدبک نسبت به گروه تحریک فرا جمجمه‌ای باید عنوان کرد در روش درمانی نورو فیدبک، مغز می‌آموزد که با انعکاس فعالیت‌های جاری، برای انجام یک تکلیف خاص، به چه چیزی از امواج مغزی و در چه زمان خاصی، نیاز دارد. در حقیقت مغز با فیدبک‌هایی (بازخورد) که از بدن و محیط اطراف خود می‌گیرد، به کنترل و تنظیم کارکردهای مختلف جسمی و روانی و تعامل با محیط می‌پردازد. نورو فیدبک به مغز کمک می‌کند تا یاد بگیرد چطور خود را تنظیم و نواقص عملکردی اش را برطرف کند. در واقع با روش درمانی نورو فیدبک مهارت‌های جدیدی را فرا گرفته می‌شود، مهارت‌هایی که فرد و مغز او را بیش از پیش توانمند می‌سازد؛ اما در روش تحریک فرا جمجمه‌ای در روش درمانی DCS^t نواحی خاصی از مغز را تحریک می‌کنند که این کار می‌تواند اثرات درمانی بر جای بگذارد. از سوی دیگر می‌توان گفت که از آنجایی که برنامه تعادلی روی نواحی O₁-O₂ کار می‌کند و این نواحی در مجاورت نواحی پردازش بینایی (نواحی ۱۷-۱۸ برودمن) قرار دارند، نظریه مطرح این است که بهبود عملکرد در مجاورت نواحی ۱۷-۱۸ برودمن موجب بهبود هدایت بینایی برای مخچه می‌شود. از طرف دیگر این نواحی در تحلیل حرکت، وضعیت، جهت‌دهی و درک عمق درگیر هستند. مخچه از نشانه‌های بینایی این نواحی استفاده می‌کند و آن‌ها را با

¹ Takai, Tsubaki, Sugawara, Miyaguchi, Oyanagi & Matsumoto

اعضا هیئت علمی دانشگاه ارومیه و تبریز است که با کد IR.SSRI.REC.1400.1090 کمیته اخلاق پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی ثبت شده است. بدین وسیله از همه بیماران مبتلا به ام اس که در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می شود. نویسندها مقاله حاضر هیچ گونه تضاد منافع و منع مالی نداشتند.

آتی از سایر تمرینات تعادلی استفاده کنند، همچنین پیشنهاد می شود در تحقیقات آینده این تمرینات را در میان بیماران با دامنه سنی کمتر از ۲۵ سال یا بیشتر از ۴۰ سال و به تفکیک جنسیت شرکت کنندگان بررسی کنند

سپاسگزاری

این مقاله یک مطالعه مستقل میرجواه مجرد آذر قره باغی، رشته رفتار حرکتی با همکاری دکتر جلال دهقانی زاده، دکتر بهزاد بهزادنیا و سرکار خانم سیده فرشته مدرسی از

References

- Azami M, Yektakoochali MH, Shohani M, Khorshidi A, Mahmudi L. (2019). Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 14(4), e0214738. (In Persian)
- Azarpaikan A, Torbati HT, Sohrabi M. (2014). Neurofeedback and physical balance in Parkinson's patients. *Gait Posture*, 40,177-81. (In Persian)
- Biazus-Sehn LF, Schuch FB, Firth J, de Souza Stigger F. (2020). Effects of physical exercise on cognitive function of older adults with mild cognitive impairment: a systematic review and metaanalysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*,89(10),40-48.
- Callesen J, Cattaneo D, Brincks J, Kjeldgaard Jørgensen ML, Dalgas U. (2019). How do resistance training and balance and motor control training affect gait performance and fatigue impact in people with multiple sclerosis? A randomized controlled multi-center study. *Multiple Sclerosis*,26(11),1420-32.
- Cameron MH, Nilsagard Y. (2018). Balance, gait, and falls in multiple sclerosis. *Handb Clin Neurol*,159, 237-50.
- Carling A, Forsberg A, Gunnarsson M, Nilsagard Y. (2017). CoDuSe group exercise programme improves balance and reduces falls in people with multiple sclerosis: a multi-Centre, randomized, controlled trial. *Multiple Sclerosis*,23(10),1394-404.
- Cole CR, Foody JM, Blackstone EH, Lauer MS. (2000). Heart rate recovery after submaximal exercise testing as a predictor of mortality in a cardiovascularly healthy cohort. *Annals of internal medicine*, 4,132(7),552-5.
- Filippi M, Bar-Or A, Piehl F, Preziosa P, Solari A, Vukusic S. (2018). Multiple sclerosis. *Nat Rev Dis Prim*,4(1),43.
- Ghasemi N, Razavi S, Nikzad E. (2017). Multiple sclerosis: pathogenesis, symptoms, diagnoses and cell-based therapy. *Cell J*, 19,1-10. (In Persian)
- Grecco LA, Oliveira C, Duarte NA, Lima VLCC, Zanon N, Fregni F. (2016). Cerebellar transcranial direct current stimulation in children with ataxic cerebral palsy.pdf. *Dev Neurorehabil*.
- Gunn H, Markevics S, Haas B, Marsden J, Freeman J. (2015). Systematic review: the effectiveness of interventions to reduce falls and improve balance in adults with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 96(10),1898-912.
- Hammond DC. (2005). Neurofeedback to improve physical balance, incontinence, and swallowing. *J Neurother*, 9,27-36.
- Hammond DC. (2007). Neurofeedback for the enhancement of athletic performance and physical balance. *The Journal of the American Board of Sport Psychology*, 1,1-9.
- Hammond DC. (2011). What is neurofeedback: An update. *J Neurother*, 15,305-36.

- Hiew S, Nguemeni C, Zeller D. (2021). Efficacy of transcranial direct current stimulation in people with multiple sclerosis: A review. *Eur. J. Neurol.*, 29:648–664,
- Horak FB. (2006). Postural orientation and equilibrium: what do we need to know about neural control of balance to prevent falls? *Age Ageing*, 35 Suppl 2: ii7–ii11.
- Iodice R, Manganelli F, Dubbioso R. (2017). The therapeutic use of non-invasive brain stimulation in multiple sclerosis-a review. *Restor. Neurol. Neurosci.*, 35,497–509
- Jouven X, Empana JP, Schwartz PJ, Desnos M, Courbon D, Ducimetière P. (2005). Heart-rate profile during exercise as a predictor of sudden death. *New England journal of medicine*, 352(19),1951-8.
- Kaminski E, Hoff M, Rjosk V, Steele CJ, Gundlach C, Sehm B, et al. (2017). Anodal transcranial direct current stimulation does not facilitate dynamic balance task learning in healthy old adults. *Frontiers in human neuroscience*, 11,16.
- Kannel WB, Kannel C, Paffenbarger Jr RS, Cupples LA. (1987). Heart rate and cardiovascular mortality: The Framingham Study. *American heart journal*, 113(6),1489-94.
- Koorania F, Foroughipour M, Khosravi A. (2018). Association of disability with urinary and sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*,20(11),39-46.
- Marotta N, de Sire A, Marinaro C, Moggio L, Inzitari MT, Russo I, Tasselli A, Paolucci T, Valentino P, Ammendolia A. (2022). Efficacy of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) on Balance and Gait in Multiple Sclerosis Patients: A Machine Learning Approach. *J. Clin. Med.*, 11, 3505.
- Messner B, Bernhard D. (2014). Smoking and cardiovascular disease: mechanisms of endothelial dysfunction and early atherogenesis. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*,34(3),509-15.
- Mihara M, Fujimoto H, Hattori N, Otomune H, Kajiyama Y, Konaka K, Watanabe Y, Hiramatsu Y, Sunada Y, Miyai I, & Mochizuki H. (2021). Effect of neurofeedback facilitation on poststroke gait and balance recovery: A randomized controlled trial. *Neurology*, 96(21), 2587- 2598.
- Moghtaderi A, Shahidi-Pourakbari M, Izadi Sh, Khosravi A, Hashemzehi Z. (2023). Ongoing increase in incidence and prevalence of multiple sclerosis in south-eastern Iran: A three-decade study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 71, 104557. (In Persian)
- Mojarad Azar Gharabaghi MJ, & Dehghanizadeh J. (2021). The effectiveness of a period of brain gym exercises on the balance and inhibitory control in the elderly with mild cognitive impairment. *Aging Psychology*, 7(3), 211-228.
- Oldrati V, Dennis J, Schutter L. (2018). Targeting the human cerebellum with transcranial direct current simulation to modulate behavior: a meta-analysis. *Cerebellum*, 17(2), 228–236.
- Paul M, Ganesan S, Sandhu JS, Simon JV. (2012). Effect of Sensory Motor Rhythm Neurofeedback on Psycho-physiological, Electro-encephalographic Measures and Performance of Archery Players. *Ibnosina Journal of Medicine & Biomedical Sciences*, 4(2),32-39.
- Pérez-Elvira R, Oltra-Cucarella J, Carrobles JA, Moltó J, Flórez M, Parra S, Agudo M, Saez C, Guarino S, Costea RM, & Neamtu B. (2021). Enhancing the effects of neurofeedback training: The motivational value of the reinforcers. *Brain Sciences*, 11(4),457.
- Pillon G, Choi C, Coghe G, Cocco E, Krupp LB, Pau M, Charvet LE. (2020). Gait and Functional Mobility in Multiple Sclerosis: Immediate Effects of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) Paired with Aerobic Exercise. *Front. Neurol.*, 11,310. (A).
- Poortvliet P, Hsieh B, Cresswell A, Au J, Meinzer M. (2018). Cerebellar transcranial direct current stimulation improves adaptive postural control. *Clin Neurophysiol*, 129(1), 33–41
- Pourabadei P, Amraei K, Mahmoodkhani M, Ghazanfari F (2024). Effectiveness of interventions of cognitive training, cranial electrical stimulation (CES) and their combination on attention and delayed memory of patients with mild cognitive impairment (MCI). *Shenakht*

- Journal of Psychology and Psychiatry, 11 (4),49-63. (In Persian)
- Rezaei K, Nami M, Sinaei E, Bagheri Z & Yoosefinejad AK. (2021). A comparison between effects of neurofeedback and balance exercise on balance of healthy older adults. Journal of Biomedical Physics & Engineering, 11(6), 713-722. (In Persian)
- Scholz M, Haase R, Trentsch K, Weidemann ML, Ziemssen T. (2021). Fear of falling and falls in people with multiple sclerosis: a literature review Mult. Scler. Relat. Disord, 47, 102609.
- Shahrbanian S, Hashemi A, & Hemayattalab R. (2021). The comparison of the effects of physical activity and neurofeedback training on postural stability and risk of fall in elderly women: A single-blind randomized controlled trial. Physiotherapy Theory and Practice, 37(2), 271-278. (In Persian).
- Solis-Escalante T, van der Cruijzen J, de Kam D, van Kordelaar J, Weerdesteyn V, Schouten AC. (2019). Cortical dynamics during preparation and execution of reactive balance responses with distinct postural demands. NeuroImage, 188, 557-71.
- Sosnoff JJ, Socie MJ, Boes MK, Sandroff BM, Pula JH, Suh Y, et al. (2011). Mobility, balance and falls in persons with multiple sclerosis. PLoS ONE, 6, e28021.
- Srivastava R, Blackstone EH, Lauer MS. (2000). Association of smoking with abnormal exercise heart rate responses and long-term prognosis in a healthy, population-based cohort. The American journal of medicine, 28,109(1),20-6.
- Taheri H, Teymuri E, Saberi Kakhki A. (2020). The Effect of Cerebellar transcranial direct current stimulation on fall risk and walking speed in women with multiple sclerosis. medical journal of mashhad university of medical sciences, 63(1), 2121-2129. (In Persian)
- Takai H, Tsubaki A, Sugawara K, Miyaguchi Sh, Oyanagi K, Matsumoto T, et al. (2016). Effect of transcranial direct current stimulation over the primary motor cortex on cerebral blood flow: A time course study using near-infrared spectroscopy. In: Elwell CE, Leung TS, Harrison DK, editors. Oxygen Transport to Tissue XXXVII. Advances in Experimental Medicine and Biology. 876. New York, NY: Springer. p. 335-341.
- Walton C, King R, Rechtman L, Kaye W, Leray E, Ann Marie R, Robertson N, La Rocca N, Uitdehaag B, Van der Mei I, Wallin M, Helme A, Angood Napier C, Rijke N, Bane P. (2020). Rising prevalence of multiple sclerosis worldwide: Insights from the Atlas of MS, third edition. Mult Scler, 26(14),1816–1821.
- Yousefi Afrashteh M, Khanahmady F, Masoumi S. The effectiveness of neurofeedback in reducing attention deficit and aggression in children aged 7-9 years. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 8 (3): 52-62. (In Persian)
- Zandvliet SB, Meskers CGM, Kwakkel G, van Wegen EEH. (2018). Short-term efects of cerebellar tDCS on standing balance performance in patients with chronic stroke and healthy age-matched elderly. The Cerebellum, 17(5),575–89.