

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

تلفیق تمرینات ورزشی و راهبرد حل مساله بر کیفیت زندگی بیماران MS

مهرانگیز شعاع کاظمی^۱، مهرآورمؤمنی جاوید^۲

^۱ عضو هیات علمی گروه مشاوره، دانشگاه الزهرا

^۲ دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

مقدمه :

ام اس^۱، از بیماریهای مخرب میلین است که سیستم اعصاب مرکزی (مغز و نخاع) را درگیر می کند. میلین ماده ای از جنس چربی است که وظیفه آن عایق بندی اعصاب و شبیه پوششی که سیم های برق را در بر گرفته عمل می کند و اجازه اتصال سریع پیام عصبی را در دستگاه عصبی می دهد. از دست دادن میلین در ام اس همراه با کاهش سرعت پیام عصبی است. در جاهایی که میلین از بین رفته است سطوح اسکلتروتیک و سفت شده ای پدید می آید چون این سطوح به صورت متعدد در مغز و نخاع وجود دارد، به آن اسکلتروز متعدد یا ام اس می گویند. (کومار نقل از شعاع کاظمی و نامداری، ۱۳۸۸). افرادی که از مقابله های مساله مدار استفاده میکنند بر این باورند که موقعیتهای قابل تغییر و مسایل قابل حل هستند. در حالی که افرادی که از مقابل های هیجان مدار استفاده میکنند بر این باورند که شرایط غیر قابل تغییر و غیر قابل کنترل هستند (زنوزیان و همکاران ۱۳۸۷). بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی برآیند طیفهای مختلف زندگی مانند عوامل تعیین کننده سلامت، شادی (از جمله راحت بودن محیط فیزیکی و رضایت شغلی)، آموزش دست آوردهای اجتماعی و هوشی، آزادی عمل، عدالت و نبودن ستم است (پارک جی ای، ۱۳۸۰). در بیماری MS عود و بهبود های مکرر و یا پیشرفت مداوم بیماری بر کیفیت زندگی تاثیر عمیقی بر جای می گذارد. آنگونه که گاهی بعضی از بیماران مبتلا، کیفیت زندگی خود را بدتر از مرگ توصیف می کنند. تحقیقات گوناگونی که در این زمینه انجام شده نشان می دهد، کیفیت زندگی با میزان و شدت معلولیت رابطه معکوس دارد و افزایش میزان معلولیت (بر اساس مقیاس EDSS^۲) باعث کاهش میزان رضایت مندی فرد از کیفیت زندگی خویش می شود (سلطانی و همکاران، ۱۳۸۶). گادبی و کوریج (۲۰۰۴) نشان دادند که مهارتهای مقابله مساله مدار با کیفیت زندگی رابطه معنادار دارد و با آموزش این مهارتها به دانشجویان پرستاری، افسردگی و اضطراب آنها به طور معناداری کاهش یافت (نقل از افتخاری، ۱۳۸۶). اثر بلند مدت تمرینات روی کیفیت زندگی و خستگی در ۳۰ بیمار دچار MS با ناتوانی جزئی توسط ام سی کولاگ و همکارانش^۳ (۲۰۰۸) بررسی شد. اندازه گیری ها، قبل از تمرین، سه ماه بعد از تمرین و سه ماه بعد از قطع تمرین انجام شد. در نهایت ۲۴ شرکت کننده دوره برنامه را کامل کردند و مشخص شد بعد از سه ماه تمرین، کیفیت زندگی، خستگی، ضربان قلب و سایر عوامل بهبود یافت و بعد از شش ماه تمام تغییرات باقی مانده بود و کیفیت زندگی بیماران MS بهتر از قبل شده بود. متل و گوسنی^۴ (۲۰۰۸) مقالات سالهای ۱۹۶۰ تا ۲۰۰۶ را در مورد اثر تمرین ورزشی بر کیفیت زندگی بیماران MS بررسی کردند. مشاهدات محاسباتی از اینکه تمرین ورزشی با پیشرفت کمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS ارتباط دارد، حمایت می کند. فراگوسو^۵ و همکارانش (۲۰۰۸) اثرات مثبت برنامه فعالیت بدنی شامل تمرینات کششی تدریجی و ورزشهای مقاومتی و هوازی، بر روی ۹ نفر از بیماران MS که دچار خستگی بودند به مدت ۲۰ هفته بررسی نمودند. در این بررسی افزایش معنی داری در گردش خون قلبی به وجود آمده بود و کاهش معنی داری در نمره جدول خستگی دیده می شد. داگلاس و همکاران^۶ (۲۰۰۸)، دانسته های موجود در مورد اثرات ورزش بر روی بیماری MS را بررسی نموده و پیشنهاداتی در مورد اثر ورزشهای قدرتی، استقامتی و ترکیبی بر این بیماران ارائه دادند. مطالعات موجود حاکی از این است که در MS پیشرونده افراد با EDSS زیر ۷ شواهد بر شرکت در فعالیتهای استقامتی متوسط تاکید دارد و نشان داده شد که با ورزش فواید زیادی عاید بیماران MS می شود. تمرینات مقاومتی با شدت متوسط اثر بهتری بر بیماران MS دارد و مطالعات کمی تاثیر تمرین ترکیبی را بر بیماری MS بررسی کرده است. افتخاری (۱۳۸۶) در تحقیق خود اثر تمرین استقامتی را بر توان هوازی بیماران MS با EDSS بین ۲ تا ۴ مورد مطالعه قرار داد. نتایج نشان داد توان هوازی در گروه تجربی افزایش و EDSS کاهش یافته است و عملکرد فیزیکی در هر دو گروه تجربی تغییری پیدا نکرده

1- multiple sclerosis

2) Expanded disability status Scale

3- McCullagh & etal

4) Gosney

5) Frago, , Dantana, Pinto

6- Dglas & etal



کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

است. سنگلجی (۱۳۸۴) اثر دریافت خدمات توانبخشی بر اساس الگوی ارائه خدمت توانبخشی مرکز حیات نو که شامل تمرینات ترکیبی و فیزیوتراپی بود را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس بررسی نمود و دریافت الگوی ارائه خدمات توانبخشی در بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به MS در هر دو حیطه جسمی و ذهنی موثر است. با توجه به پیشینه موجود اهمیت پژوهش از آنجا مشخص میشود که تقریباً بسیاری از پژوهشها با توجه به یک بخش از مشکل به حل مساله پرداختند یا به بعد فیزیکی و یا روانی صرف. در حالیکه در بیماریهای خاص و صعب العلاج درمانهای تلفیقی و جامع از کار آیی بهتری برخوردارند لذا در پژوهش حاضر این فرض به معرض آزمون گذاشته شد تا اثر بخشی درمان ترکیبی مشخص گردد و از این طریق سهم دیدگاه کل نگر نیز در حل مسایل انسانی پر رنگ تر گردد. **سوال پژوهش:** آیا انجام تمرینات ورزشیو راهبرد حل - مساله بر بهبود کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است؟

روش

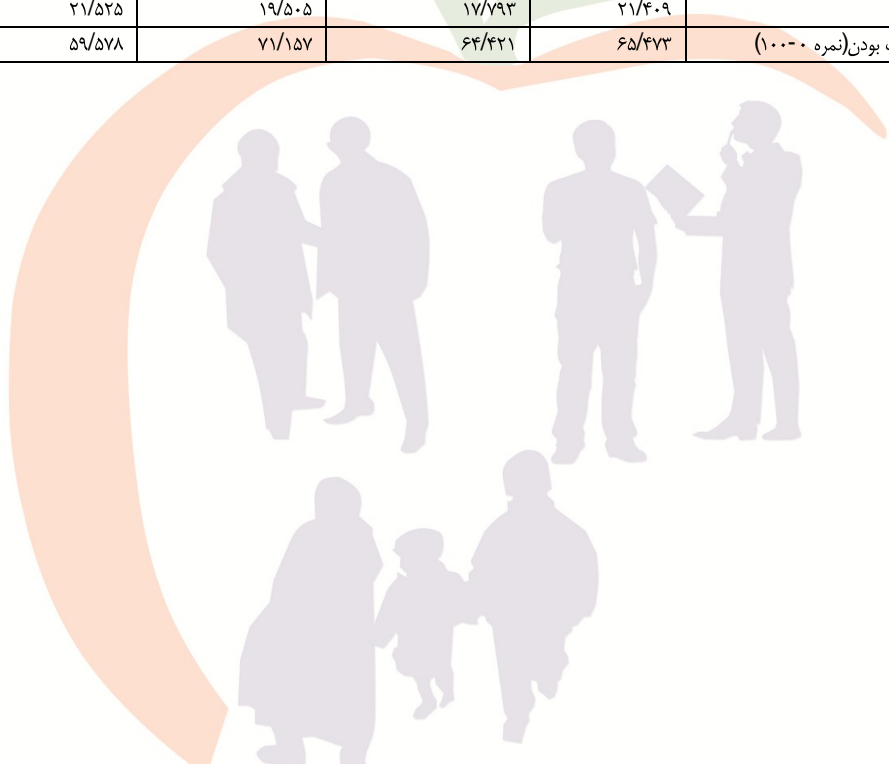
طرح پژوهش نیمه تجربی با استفاده از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مراجعه کننده به انجمن مولتیپل اسکلروزیس تهران در سال ۹۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۵۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که ۲ سال یابیشتر از بیماری آنها می گذشت و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۵ نفر) و کنترل (۲۵ نفر) قرار گرفتند. بیشترین درصد آزمودنیهای مبتلا به بیماری بین ۲-۳ سال بود که ۳۲ درصد نمونه را تشکیل می داد و کمترین درصد، مربوط به ۲ سال (۵۸٪) را به خود اختصاص داد. بعد از مشاوره با فیزیوتراپ و پزشک متخصص و متخصص طب ورزشی در مورد برنامه ورزشی و همچنین مطالعات کتابخانه ای، استفاده از منابع و مجلات در زمینه نحوه تمرین این بیماران، اطلاعات گردآوری شد. سپس پس از کسب اجازه از مسئولین انجمن (MS)، پژوهشگر در محیط پژوهش حضور یافته و به روش نمونه گیری در دسترس افراد مورد نظر را به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم نمود. پیش آزمون روی هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفت و پس از آن هر دو گروه مجدداً مورد پس آزمون قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ابزار اندازه گیری صرفاً پرسشنامه کیفیت زندگی بوده است. علاوه بر کار روی سلامت جسمانی بیماران خدمات رواندرمانی نیز در قالب آموزش راهبردهای حل - مساله توسط مشاور صورت پذیرفت تا از طریق رویکرد تلفیقی بتوان نتایج بهتر و کاملتری را در ارتباط با این گروه از بیماران که جزء بیماران خاص می باشد دریافت نمود. **طرح درمان ورزشی (جسمانی): ۱- مسافت راه رفتن:** بدین صورت که بیماران یک روز در میان بمدت ۱۰ دقیقه دور زمین می گشتند. هر فردی که توانایی ادامه این حرکت در این محدوده زمانی را نداشت از گروه خارج میشد که تقریباً تمامی اعضا موفق به انجام این حرکت بودند. **۲- تمرینات هوازی:** با استفاده از دوچرخه کارسنج که هر آزمودنی به مدت ۱۰ دقیقه در جا رکاب می زد و ۱۰ دقیقه نیز استراحت میکرد. (غیر فعال). **۳- ورزشهای کششی:** شامل حرکت گردن بطرف جلو/عقب. بمدت ۳۰ ثانیه سپس استراحت بمدت ۲ دقیقه. حرکت گردن به پهلوها بمدت ۳۰ ثانیه و استراحت بمدت ۲ دقیقه. حرکت شانه ها به جلو بمدت ۳۰ ثانیه و استراحت بمدت ۲ دقیقه. راندن شانه ها به عقب بمدت ۳۰ ثانیه و استراحت بمدت ۲ دقیقه. حرکت دو دست بطرف جلو بمدت ۳۰ ثانیه و استراحت ۲ دقیقه. ایستادن روی یک پا ۳۰ ثانیه و استراحت یک دقیقه. ایستادن روی پای دیگر ۳۰ ثانیه و استراحت یک دقیقه. دراز کشیدن روی زمین و جمع کردن زانوها بطرف شکم بمدت ۳۰ ثانیه و استراحت یک دقیقه. **۴- راه رفتن روی تریلد میل** بمدت ۲ دقیقه و استراحت ۲ دقیقه. لازم به ذکر است که تمرینات فوق زیر نظر کارشناس فیزیو تراپ انجام پذیرفت و در صورت نیاز بعضی از بیماران نیز از خدمات انفرادی فیزیو تراپی در منزل استفاده میکردند. **طرح درمان راهبرد حل - مساله (رواندرمانی):** جلسه اول: اجرای پیش آزمون، بحث در باره اهمیت آموزش از راهبردهای حل - مساله، معرفی و آشنایی اعضا با یکدیگر مطرح کردن قوانین گروه، جلسه دوم: شناخت و ارزیابی نشانه های استرس و تحلیل استرس و خودگویی ها و ارائه تکلیف خانگی، تمرین آرمیدگی. جلسه سوم: آموزش خودفرمانی و تغییر خودگویی ها، گفتگو درباره شیوه های سالم اندیشی و جایگزین سازی افکار منطقی به جای افکار غیر منطقی و ارائه تکلیف خانگی. جلسه چهارم: آموزش مهارتهای مؤثر ارتباطی، تشویق برای دادن اطلاعات شخصی در گروه، بازی نقش در گروه، دستورالعمل برای افزایش حمایت اجتماعی و بررسی منابع حمایتی جهت حل مسایل روانی اعضا. جلسه پنجم: آموزش مهارتهای حل مساله، آموزش نه گفتن، تغییر رفتار مربوط به سبک زندگی، جرات ورزی. جلسه ششم: بررسی تکالیف آموزش برای کاهش دادن فشار روانی در خانواده و به سازی ارتباط، مرور مجدد برنامه و میزان موفقیت آن. تمامی شیوه های بکار گرفته شده در حیطه جسمی - روانی به صورت تلفیقی طی ۴ ماه صورت پذیرفت. **ابزار پژوهش:** پرسشنامه کیفیت زندگی که ۱۴ بعد را می سنجید. این ابعاد شامل: سلامت فیزیکی، مشکلات شغلی ناشی از مشکلات جسمانی، مشکلات شغلی ناشی از مشکلات روانی، درد، احساس خوب بودن،

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

انرژی، درصد سلامتی، عملکرد اجتماعی، عملکرد شناختی، نگرانی از سلامتی، عملکرد جنسی، تغییر در سلامتی، رضایت از عملکرد جنسی،

نگاه
بیمار
زندگی
کلی
به
بود.

میانگین و انحراف استاندارد در پیش آزمون	میانگین و انحراف استاندارد در پس آزمون	آمار - گروه	
		متغیر	گروه
کنترل	تجربی	کنترل	تجربی
۴۹/۷۳۶	۵۲/۶۳۱	۵۱/۳۱۵	۵۲/۶۳۱
۱۹/۰۳۷	۲۳/۸۸۴	۲۷/۴۲۸	۲۲/۹۹۵
۴۳/۴۲۱	۶۸/۴۲۱	۴۷/۳۶۸	۵۵/۲۶۳
۳۵/۱۹۹	۳۷/۱۲۰	۴۴/۷۹۴	۳۶/۸۷۳
۵۶/۳۱۵	۷۰/۲۶۳	۵۷/۹۴۷	۷۲/۰۲۵
۴۰/۱۳۰	۴۲/۸۱۷	۴۶/۹۴۳	۳۷/۲۳۸
۷۷/۸۴۲	۷۶/۵۷۶	۷۴/۴۲۱	۷۹/۵۲۶
۲۱/۵۲۵	۱۹/۵۰۵	۲۱/۴۰۹	۱۷/۷۹۳
۵۹/۵۷۸	۷۱/۱۵۷	۶۵/۴۷۳	۶۴/۴۲۱



یافته ها جدول ۱ آمار های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای وابسته به کیفیت زندگی در گروه کنترل و آزمایش

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

۱۷/۰۳۱	۱۵/۰۰۰	۲۲/۰۲۶	۱۷/۶۴۸	
۵۳/۰۵۲	۵۹/۳۶۸	۵۸/۱۰۵	۵۷/۴۷۳	انرژی (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۷/۱۷۰	۱۶/۳۴۴	۲۰/۳۶۸	۱۴/۸۵۹	
۵۳/۸۴۲	۶۶/۶۳۱	۶۰/۷۸۹	۶۶/۲۱۰	درصد سلامتی (نمره ۱۰۰)
۲۱/۱۵۶	۱۷/۱۲۴	۱۸/۶۸۳	۱۷/۹۳۳	
۸۳/۹۴۷	۸۴/۸۹۴	۸۴/۷۳۶	۸۰/۴۷۳	عملکرد اجتماعی (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۴/۳۹۳	۱۵/۸۱۸	۱۶/۵۱۲	۲۰/۹۶۳	
۸۲/۳۶۸	۷۷/۶۱۳	۸۰/۷۸۹	۷۳/۴۲۱	عملکرد شناختی (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۹/۸۱۶	۲۲/۰۰۸	۱۸/۰۲۲	۱۸/۱۰۸	
۷۰/۵۲۶	۷۰/۵۲۶	۷۱/۳۱۵	۶۴/۴۷۳	نگرانی از سلامتی (نمره ۱۰۰۰۰)
۲۳/۷۹۸	۲۴/۳۷۵	۲۳/۹۷۰	۲۶/۹۷۱	
۷۳/۳۶۸	۷۳/۳۱۵	۷۲/۵۷۸	۶۹/۴۲۱	عملکرد جنسی (نمره ۱۰۰۰۰)
۲۶/۱۹۴	۲۴/۳۰۸	۲۴/۷۶۶	۲۵/۱۲۴	
۴۳/۴۲۱	۵۹/۲۱۰	۵۱/۳۱۵	۴۳/۴۲۱	تغییر در سلامتی (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۸/۳۳۷	۲۶/۶۲۶	۲۲/۷۸۱	۲۸/۶۷۶	
۶۵/۷۸۹	۶۵/۷۸۹	۵۹/۲۱۰	۶۳/۱۵۷	رضایت از عملکرد جنسی (نمره ۱۰۰)
۲۳/۸۷۸	۲۷/۹۰۱	۲۵/۲۹۰	۱۹/۳۰۸	
۶۵/۵۷۸	۷۴/۶۳۱	۶۴/۱۵۷	۶۰/۳۶۸	نگاه کلی بیمار به زندگی (نمره ۱۰۰)
۱۳/۴۷۹	۱۴/۷۳۵	۱۵/۰۸۹	۱۵/۰۳۷	
۶۱/۳۹۳	۶۸/۷۷۳	۶۵/۴۰۰	۶۲/۹۹۱	نمره فیزیکی (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۴/۲۴۴	۱۲/۹۲۰	۱۲/۳۴۱	۱۵/۷۱۴	
۶۴/۷۲۷	۷۲/۴۳۱	۶۹/۵۲۵	۶۳/۷۵۲	نمره متعال یا احساس (نمره ۱۰۰۰۰)
۱۶/۴۱۱	۱۷/۵۴۲	۱۵/۸۶۷	۱۹/۳۴۱	

جدول ۲ نتایج t دو گروه مستقل جهت بررسی تفاوت میانگین های دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	نسبت لوین	f سطح معناداری	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معناداری
آزمایش	۲۵	۶۵/۲	۴/۸۷	۱/۶۷	۰/۴۴	۱۰/۹	۲/۶۷	۴۸	۰/۰۱
کنترل	۲۵	۵۴/۳	۳/۸۵						

با توجه به نتایج جدول بالا $t = ۱/۶۷$ در سطح معناداری $f = ۰/۴۴$ فرض یکسان بودن واریانسها تایید می شود و با توجه به t محاسبه شده در سطح معناداری $۰/۰۱$ می توان نتیجه گرفت که بین دو گروه در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر تمرینات ورزشی و راهبردهای حل - مساله بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس صورت پذیرفت. نتایج آزمون تی نشان داد که تفاوت در متغیرهای احساس خوب بودن، انرژی، رضایت از عملکرد جنسی، کیفیت زندگی کلی ($P < ۰/۰۰۱$) و مشکلات شغلی ناشی از مشکلات جسمانی، تغییر در سلامتی و درد ($P < ۰/۰۰۵$)، در مراحل پیش و پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل معنی دار می باشد. این یافته با پژوهشهای مثل و گوسنی (۲۰۰۸)، ام سی کولاگ و همکاران (۲۰۰۸) و سنگلجی (۱۳۸۴) و ... همسو می باشد. تامپسون و آلان جی (۲۰۰۰) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی در اثر توانبخشی بهبود می یابد. پاتی اف و کانسیو (۲۰۰۳) دریافتند که در اثر توانبخشی تفاوت معنی داری در تغییرات کیفیت زندگی و خستگی بین دو گروه وجود دارد (نقل از افتخاری، ۱۳۸۶). با توجه به اینکه متغیرهای احساس فرد از سلامت خود، نمره تغییر در سلامتی، نگاه کلی بیمار به زندگی، رضایت از عملکرد جنسی، در واقع نگرش فرد نسبت به خودش را نشان می دهند، می توان گفت در این مطالعه تمام عوامل فوق که در واقع بیانگر نگرش افراد است بهبود یافته است. البته دو گروه در متغیرهای مشکلات شغلی ناشی از مشکلات جسمانی، انرژی و درد نیز تفاوت معناداری داشتند. ولی عدم معنی دار شدن سایر متغیرهای کیفیت زندگی شامل: نمره سلامت فیزیکی، مشکلات شغلی ناشی از مشکلات روانی، احساس خوب بودن، درصد سلامتی، عملکرد اجتماعی، عملکرد شناختی، نگرانی از سلامتی، عملکرد جنسی، در مراحل پیش و پس آزمون بیانگر این موضوع است که هنوز عملکرد افراد تا حد زیادی تغییر نکرده است. عبارتی نگاه کلی بیمار به زندگی بهبود داشته است، ولی

کاربرد مشاوره در ارتقای کیفیت زندگی

افراد نتوانسته اند عملکرد بهتری داشته باشند. در همین راستا به نظر می رسد بسیاری از بیماران از شیوه های مقابله منفی و اجتنابی استفاده می کنند بدین معنی که بجای مقابله و چالش موثر در قالب حل - مساله به فرار و گریز متوسل می شوند و بیماری را تهدیدی برای زندگی و خاتمه یافتن حیات تلقی می کنند و از حل مسئله جاری عاجز می باشند و زندگی را بسیار کوتاه مدت و گذرا تلقی می کنند که در این مدت کوتاه از انجام هر عملی ناتوان و بطور کلی امید از زندگی آنان رخت بر بسته و بدین طریق سلامت کلی خود را مخدوش می کنند. لذا می توان نتیجه گرفت که انجام تمرینات ورزشی و رواندرمانییر بهبود تعدادی از متغیرهای کیفیت زندگی بیماران تاثیر گذار است و می تواند احساس درونی فرد را بهتر کند ولی بر عملکرد افراد تاثیر بسیار زیادی ندارد و هنوز تواناییهای افراد به طور کامل بالفعل نشده است. و بنا به اعتقاد روانشناسان یادگیری، بین یادگیری و عملکرد تفاوت می باشد برای اینکه یادگیری در قالب رفتار و عمل خود را نشان دهد نیاز به زمان می باشد که در تحقیقاتی با این سبک نیاز به پیگیری می باشد تا اثرات آن در طولانی مدت خود را هویدا سازد. همانطور که قبلا ذکر شد، کیفیت زندگی مقوله ای است که در طولانی مدت می بایست سنجیده شود. با این حال مشاهده می شود که برخی فاکتورهای کیفیت زندگی به صورت بالقوه در افراد تغییر کرده است. به نظر می رسد در بیمارهای مزمنی همچون MS نباید از نقش دارودرمانی و نوع تغذیه غافل شد چرا که جسم و روان بیمار بطور یکجا دچار فرسایش شده و نیازمند توجه همه جانبه می باشد. که صرفا تمرینات ورزشی و رواندرمانی پاسخگوی این سطح از بیماری نمی تواند باشد. **پیشنهادات ۱-** آموزش مهارتهای حل مساله به اعضای خانواده بیماران مبتلا به MS با توجه به اینکه این بیماران در بسیاری از موارد، حاملان تنش های محیط زندگی خود هستند. ۲- آموزش مقابله های مذهبی همراه با تعهد به خود در کنار راهبردهای پزشکی و روان درمانی

منابع:

- افتخاری . الهام.(۱۳۸۶). اثر تمرین استقامتی بر توان هوازی و کیفیت زندگی در بیماران زن مبتلا به MS. پایان نامه دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد علوم تحقیقات.
- پارک جی ای(۱۳۸۰). درسنامه پزشکی پیشگیری و اجتماعی، جلد اول، ترجمه حسین شجاعی. چاپ دوم. نشر سماط.
- زنونیان، س، غرائی، ب ، یکه یزدان دوست، ر (۱۳۸۷) بررسی اثر بخشی آموزش حل مساله در کاهش شدت افسردگی و اضطراب . چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شیراز.
- سلطانی . محمود، حجازی، سید محمود، نوریان، عباس.(۱۳۸۶). بررسی تاثیر یک دوره فعالیت هوازی در آب بر مقیاس ناتوانی جسمانی بیماران MS با درجه پایین. چهارمین کنگره بین المللی ایران.
- شعاع کاظمی، م، نامداری، م (۱۳۸۸) بررسی تأثیر آموزش راهبردهای مقابله ای بر سلامت روان بیماران مبتلا به (MS) دومین همایش سراسری دانشجویی مشاوره، رشد و پویایی، دانشگاه الزهراء(س)
- سنگلجی، بهرام(۱۳۸۴). بررسی اثر دریافت خدمات توتنبخشی بر اساس الگوی ارائه خدمات توانبخشی مرکز حیات نو بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به (MS). پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

- Dglas U, stenager E, Ingemann-Hansen T.(2008). multiple sclerosis and physical exercise : recommendations for the application of resistance endurance and combined training
- Fragosa YD, Santana DL, pinto RC.(2008). The positive effects of a physical activity program for multiple sclerosis patients with fatigue. Neurorehabilitation. 23(2): 153-7
- McCullagh R, Fitzgerald AP, Murphy RP, Cooke G. (2008). Long term benefits of exercising on quality of life and fatigue in multiple sclerosis patients with mild disability: a pilot study. ClinRehabil, 22(3):140-206
- Motl RW, Gosney JL.(2008). Effect of exercise training on quality of life multiple sclerosis : a meta- analysis. MULT SCLer,14(1): 129-35



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.