



Comparison the Effectiveness of Logo Therapy and Dialectical Behavior Therapy on General Health and Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis

Alaleh Ashouri^{1,2}, Reza Pasha^{2,*}, Hasan Ahadi³, Fariba Hafezi¹, Behnam Makvandi¹

¹ Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

² Department of Psychology, Khuzestan Sciences and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

³ Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

* **Corresponding author:** Reza Pasha, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. E-mail: G.rpasha@yahoo.com

Received: 04 May 2018

Accepted: 04 Sep 2018

Abstract

Introduction: Multiple Sclerosis is a one neurological disorder that can restrict individual's activity and let to decrease their health and quality of life. This research aimed to comparison the effectiveness of logo therapy and dialectical behavior therapy on general health and quality of life in patients with multiple sclerosis.

Methods: This research was a semi-experimental study with a pre-test and post-test design with a control group. The research population was the patients with a file in Multiple Sclerosis Society of Gilan province in 2016 year that 60 person were selected by available sampling method and randomly assigned to three equal groups. The experimental groups trained 8 sessions of 70 minutes by the methods of logo therapy and dialectical behavior therapy and the control group was put on a waiting list. The research instruments were general health and quality of life questionnaires. The data were analyzed by using SPSS-21 software and by MANCOVA method.

Results: The findings showed both methods of logo therapy and dialectical behavior therapy led to improve the general health and quality of life of patients with multiple sclerosis. Also, the logo therapy in comparison the dialectical behavior therapy led to improve the general health and quality of life of patients with multiple sclerosis ($P < 0.05$).

Conclusions: The results indicate the importance of logo therapy in comparing with dialectical behavior therapy in improve the general health and quality of life of patients with multiple sclerosis. Therefore, counselors and therapists can use both methods especially from the logo therapy in order to improve the general health and quality of life of patients with multiple sclerosis.

Keywords: Logo Therapy, Dialectical Behavior Therapy, General Health, Quality of Life, Multiple Sclerosis



مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزی

آلاله عاشوری^۱، رضا پاشا^{۱*}، حسن احدی^۲، فریبا حافظی^۱، بهنام مکنونی^۱

^۱ گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۲ گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

^۳ گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: رضا پاشا، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. ایمیل:

G.rpasha@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۱۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۲/۱۴

چکیده

مقدمه: مولتیپل اسکروزوزیس یک اختلال عصبی است که می‌تواند فعالیت‌های افراد را در ادامه زندگی محدود و باعث کاهش سلامت و کیفیت زندگی آنان شود. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران دارای پرونده در انجمن مولتیپل اسکروزوزیس استان گیلان در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آنان ۶۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. گروه‌های آزمایش به تفکیک ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. ابزارهای پژوهش پرسشنامه‌های سلامت عمومی و کیفیت زندگی بودند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-21 و با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد هر دو روش معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود معنادار سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس شدند. همچنین معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود معنادار سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس شد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اهمیت معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس بود. بنابراین مشاوران و درمانگران می‌توانند از هر دو روش به‌ویژه از روش معنا درمانی برای بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: معنا درمانی، رفتار درمانی دیالکتیکی، سلامت عمومی، کیفیت زندگی، مولتیپل اسکروزوزیس

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می‌باشد و در ایران حدود ۷۰۰۰۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس وجود دارد [۳]. این بیماری با مشکلات فراوانی از جمله غم، اضطراب، ناامیدی، خشم و بی‌اعتمادی همراه است و علاوه بر آن ماهیت مزمن و پیش‌رونده بیماری، وجود حوادث استرس‌زا و چگونگی مقابله با حوادث باعث وخیم‌تر شدن و تسریع حملات بیماری می‌شود [۴].

مولتیپل اسکروزوزیس یکی از شایع‌ترین اختلال‌های مزمن، پیش‌رونده و خودایمنی سیستم عصبی مرکزی است [۱]. این بیماری غالباً افراد ۲۰ تا ۵۰ سال را درگیر می‌کند و شیوع آن در سراسر جهان ۲/۵ میلیون نفر گزارش شده است [۲]. طبق گزارش اطلاعات انجمن مولتیپل اسکروزوزیس ایران میزان شیوع این بیماری تقریباً ۹ در ۱۰۰ هزار نفر

تأثیر داشت [۲۳]. علاوه بر آن محمودی و امینی ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی باعث بهبود بهیستی روانشناختی همسران جانبازان و ایثارگران شد، اما در در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر معناداری نداشت [۲۴]. همچنین Haynos و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی شد [۲۵]. در پژوهشی دیگر محمدی و عزیزی گزارش کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر شد [۲۶]. علاوه بر آن نجارپور استادی و خلعتبری ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روش شناخت درمانی باعث افزایش سلامت عمومی شد، اما روش رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی تأثیر معناداری نداشت [۲۷].

با توجه به شیوع بالای بیماری مولتیپل اسکروزوزیس [۲]، مشکلات فراوانی که این بیماران با آن مواجه هستند و این مشکلات باعث وخیم‌تر شدن و تسریع حملات بیماری می‌شود [۴] و نگرانی در مورد آینده این بیماران، انجام پژوهش با هدف بهبود ویژگی‌های آنها اهمیت ویژه‌ای دارد. همچنین از یک سو نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی متناقض می‌باشند و از سوی دیگر پژوهشی به مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی نپرداخته است. بنابراین با افزایش شیوع بیماری و اثرات سوء آن بر سلامت جسم و روان فرد بیمار ضرورت انجام بهسازی سلامت و تدوین برنامه‌های گوناگون جهت بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی مطرح می‌گردد. در نتیجه هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس بود.

روش کار

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران دارای پرونده در انجمن مولتیپل اسکروزوزیس استان گیلان در سال ۱۳۹۵ بودند که از میان آن‌ها ۶۰ نفر با استفاده از فرمول حجم نمونه با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. در این روش نمونه‌گیری پس از هماهنگی با انجمن مولتیپل اسکروزوزیس استان گیلان از ۱۰۰ بیمار (۵۰ مرد و ۵۰ زن) پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه و خروج از مطالعه خواسته شد تا به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. پس از بررسی نتایج ۶۷ نفر دارای نمره ۴۱ و یا بالاتر در سلامت عمومی که نشانگر سلامت عمومی پایین است و دارای نمره پایین‌تر از تراز ۵۰۰ در کیفیت زندگی که نشانگر کیفیت زندگی پایین است، شناسایی و ۶۰ نفر آنها به سه گروه (هر گروه ۲۰ نفر) تقسیم شدند و با استفاده از قرعه‌کشی گروه‌ها به‌عنوان گروه‌های آزمایش (معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیک) و کنترل تخصیص یافتند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن سن ۲۰ تا ۴۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم حاملگی برای زنان و عدم وقوع حوادث تنش‌زا مانند طلاق و مرگ در اعضای خانواده در شش ماه گذشته و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل استفاده از روش‌های درمانی دیگر به‌طور همزمان، غیبت دو جلسه و یا بیشتر، عدم تمایل به همکاری و عدم امضای رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش بود. همچنین ملاحظات اخلاقی پژوهش

بیماری مبتلا مولتیپل اسکروزوزیس به لحاظ ایجاد اختلالات عصبی و مشکلات فراوان همراه با آن ادراک مثبت کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد [۵]. کیفیت زندگی یک مفهوم فراگیر مبتنی بر ادراک فرد است که از سلامت فیزیکی، بهداشت روانی، رشد شخصی، زندگی خانوادگی، حالات روانشناختی، روابط اجتماعی و روابط با نهادهای مختلف تأثیر می‌پذیرد [۶]. کیفیت زندگی ادراک از زمینه فرهنگی، نظام آموزشی و وضعیت زندگی افراد می‌باشد [۷]. اهمیت کیفیت زندگی به حدی است که بسیاری از صاحب‌نظران بر مراقبت‌ها و آموزش‌هایی جهت بهبود کیفیت زندگی تأکید کردند [۸]. همچنین بیماری مولتیپل اسکروزوزیس باعث افت سلامت عمومی می‌شود [۹]. سلامت عمومی سازگاری و هماهنگی خوشایند مداوم با شرایط متغیر و تلاش برای تحقق اعتدال بین تضادهای درونی و الزامات محیطی است [۱۰]. سلامت عمومی رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است، طوری که این جنبه تأثیر متقابل و پویا بر یکدیگر داشته باشند [۱۱]. افراد دارای سلامت عمومی از اضطراب و علائم ناتوانی دور هستند و قادر مقابله با استرس‌ها و چالش‌های زندگی و ارتباط سازنده با دیگران می‌باشند [۱۲].

برای بهبود ویژگی‌های روانشناختی روش‌های مختلفی وجود دارد که یکی از روش‌های مؤثر برای بهبود ویژگی‌های بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس معنا درمانی است [۱۳]. معنا درمانی روشی از رویکرد وجودی است که می‌تواند ساختار مفهومی برای کمک به مراجعان جهت یافتن معنا در زندگی را فراهم کند [۱۴]. معنا درمانی رویکردی پویا است که بر روی چهار عامل مرگ، آزادی، تنهایی و بی‌معنایی تأکید می‌کند [۱۵]. در معنا درمانی مراجع در جهتی راهنمایی می‌شود که معنای زندگی خود را بیابد، لذا اصل این روش تلاش برای یافتن معنا در زندگی است [۱۶]. افراد معنا را کشف نمی‌کنند، بلکه آن را در زندگی خود می‌آفرینند و لازمه آفریدن معنا پذیرش مسئولیت شخصی است. زیرا هیچ شخص دیگری نمی‌تواند به زندگی کسی احساس معنا دهد و خود افراد باید معنای زندگی خود را پیدا کنند [۱۷]. یکی دیگر از روش‌های مؤثر برای بهبود ویژگی‌های بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزوزیس رفتار درمانی دیالکتیکی است [۱۸]. این روش درمانی یکی از روش‌های مشتق‌شده از درمان شناختی رفتاری است که بر تغییرات رفتاری تمرکز دارد [۱۹]. در رفتار درمانی دیالکتیکی جهت‌گیری درمان تحت کنترل درآوردن فعالیت‌های درمانجو، آموزش مهارت‌های رفتاری، حل مشکلات در زندگی، جستجوی لذت و حس برتری و داشتن احساس بهتر است [۲۰]. هدف نهایی این شیوه درمانی پذیرش فرد و رفتارهای وی بدون قضاوت درباره آنها می‌باشد که برای تحقق آن از راهبردهای درمان شناختی رفتاری، تفکر دیالکتیکی و ذهن‌آگاهی استفاده می‌کند [۲۱].

پژوهش‌هایی درباره اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی انجام شده و نتایج‌ها حاکی از تناقض درباره اثربخشی معنا درمانی بر کیفیت زندگی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی می‌باشند. برای مثال Kang و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی باعث افزایش معنای زندگی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به سرطان پیشرفته شد [۲۲]. در پژوهشی دیگر زنجیران و همکاران گزارش کردند که معنا درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان مقیم سرای سالمندان

پرخاشگرانه، ایجاد تناسب بین خواسته‌های من و دیگران، مهارت‌های درون فردی و بین‌فردی و موانع و محدودیت‌های ارتباط مؤثر آموزش داده شد. جلسه سوم مهارت‌های پیشرفته ارتباط مؤثر مثل شناسایی خواسته‌ها، تعدیل شدت خواسته‌ها، جرأت‌ورزی، توانایی نه گفتن، گوش دادن جسارت‌مندانه و چگونگی مذاکره و تحلیل مشکلات بین‌فردی شرح داده شد.

لازم به ذکر است که در گروه‌های آزمایش آموزش به شکل گروهی و توسط یک متخصص بالینی انجام شد. همچنین در پایان هر جلسه تکلیفی بر اساس آموزش‌های آن جلسه داده شد و در آغاز جلسه بعد ضمن بررسی آنها به آنان بازخوردهای لازم ارائه شد. ابزارهای پژوهش شامل موارد زیر بودند. پرسشنامه سلامت عمومی: برای اندازه‌گیری این متغیر از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hillier استفاده شد [۲۹]. این ابزار دارای ۲۸ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از یک تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره گویه‌ها بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۲۸ تا ۱۱۲ است و نمره بالاتر به معنای سلامت عمومی کمتر است. روایی ابزار با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد [۳۰]. همچنین ملکی و همکاران پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کردند [۳۱]. در این مطالعه پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: برای اندازه‌گیری این متغیر از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) Ware & Sherbourne استفاده شد [۳۲]. این ابزار دارای ۳۶ گویه و هشت بخش است. هر بخش با استفاده از مقیاس لیکرت بین صفر تا صد نمره‌گذاری می‌شود. نمره این ابزار با مجموع نمره بخش‌ها بدست می‌آید، لذا دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۰۰ است و نمره بالاتر به معنای کیفیت زندگی مطلوب‌تر است. روایی همگرا ابزار با پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش شد [۳۳]. همچنین زر و همکاران روایی صوری و محتوایی ابزار را با نظر اساتید و متخصصان تأیید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کردند [۳۴]. در این مطالعه پایایی در مرحله پس‌آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد ۹۵۱۲۶۴۷۸۵۲ مورد تأیید قرار گرفت. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی به کمک نرم‌افزار SPSS-21 در سطح معناداری $P < 0/01$ تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی برای توصیف متغیرها و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل استفاده شد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها ۶۰ بیمار مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بودند که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها شامل جنسیت، دامنه سنی و تحصیلات به تفکیک گروه‌ها ارائه شد (جدول ۱). شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شد (جدول ۲).

شامل دریافت رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، بیان اصل رازداری، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی، آزاد بودن آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش، تحلیل داده‌ها به صورت کلی و اطلاع دادن نتیجه پژوهش به آنان بود. گروه‌های آزمایش به تفکیک ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش‌های معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. محتوی مداخله معنا درمانی توسط محبت بهار و همکاران بر اساس نظریه Frankl طراحی شد [۲۸] که به تفکیک جلسات شامل موارد زیر می‌باشد. جلسه اول به آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و انتظارات، توضیح مختصر رویکرد معنا درمانی Frankl و شرح مفهوم معنا در زندگی اختصاص یافت. جلسه دوم یافتن معنا از حوادث و رخداد‌های رنج‌آور زندگی و ایجاد آمادگی برای پذیرش مولتیپل اسکلروزیس به‌عنوان یک رخداد معناساز در زندگی شرح داده شد. جلسه سوم آموزش سه منبع معنا بر اساس رویکرد Frankl شامل ارزش‌های خلاق، تجربی و نگرشی و تشریح آنها انجام شد. جلسه چهارم به ارائه پیشنهادهایی در جهت عملی ساختن مصادیق معنا و بحث درباره قدرت اراده انسان، آزادی، مسئولیت‌پذیری، موقتی بودن زندگی برای همه انسان‌ها و برجسته کردن این مفاهیم با هدف اتخاذ موضعی مناسب نسبت به شرایط زندگی اختصاص یافت. جلسه پنجم فن فراخوانی، شاخصه‌های معنویت و قدرت تلقین مبتنی بر معنویت و استفاده از آنها در رخداد‌های رنج‌آور آموزش داده شد. جلسه ششم سایر فنون رویکرد Frankl مانند اصلاح نگرش، قصد متناقض و بازتاب زدایی شرح داده شد. جلسه هفتم به اولویت‌بندی اهداف، ارائه راهکارهایی برای برطرف نمودن برخی موانع و بررسی برنامه‌های آینده بیماران در جهت کسب نگرش جدید به بیماری اختصاص یافت. جلسه هشتم اعضای گروه درباره دستاوردهایشان بحث کردند و سپس مطالب جلسات قبل به‌طور مختصر شرح داده شد و جمع‌بندی صورت گرفت.

محتوی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی توسط نجارپور استادی و خلعتبری بر اساس نظریه Linehan طراحی شد [۲۷] که به تفکیک جلسات شامل موارد زیر می‌باشد. جلسه اول به آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، بیان قوانین و مقررات، توضیح مختصر رفتار درمانی دیالکتیکی و آشنایی با هشیاری فراگیر و حالات ذهنی هیجانی، خردگرا و منطقی اختصاص یافت. جلسه دوم مهارت‌های مقدماتی تحمل آشفتگی مثل توجه برگردانی از رفتارهای خودآسیب‌رسان از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، فعالیت جدید و ترک موقعیت و خودآرامش‌بخشی و آرمیدگی آموزش داده شد. جلسه سوم مهارت‌های پیشرفته تحمل آشفتگی مثل تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها، زندگی در زمان حال و طراحی راهبردهای مقابله‌ای برای شرایط ضروری شرح داده شد. جلسه چهارم مهارت‌های مقدماتی ذهن‌آگاهی شامل آشنایی با مهارت‌ها، تمرین بی‌توجهی و اهمیت مهارت‌های ذهن‌آگاهی آموزش داده شد. جلسه پنجم مهارت‌های پیشرفته ذهن‌آگاهی شامل پذیرش، ذهن آغازگر، قضاوت نکردن و برجسب زدن به دیگران و تمرین روزانه ذهن‌آگاهی و موانع آن شرح داده شد. جلسه ششم به مهارت‌های نظم بخشی هیجانی، غلبه بر موانع هیجان‌های مثبت، کاهش آسیب‌پذیری جسمی در برابر هیجان‌ها، افزایش هیجان‌های مثبت و مواجهه با هیجان‌ها و حل مساله اختصاص یافت. جلسه هفتم مهارت‌های مقدماتی ارتباط مؤثر مثل رفتار منفعل-

نتایج تحلیل واریانس نشان داد که گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0/05$).

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی جنسیت، دامنه سنی و تحصیلات بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک گروه‌ها

طبقات	گروه معنا درمانی فراوانی (درصد)	گروه رفتار درمانی دیالکتیکی فراوانی (درصد)	گروه کنترل فراوانی (درصد)
جنسیت			
مرد	۹ (۴۵)	۱۰ (۵۰)	۸ (۴۵)
زن	۱۱ (۵۵)	۱۰ (۵۰)	۱۲ (۵۵)
دامنه سنی			
۲۱-۲۵ سال	۴ (۲۰)	۳ (۱۵)	۴ (۲۰)
۲۶-۳۰ سال	۷ (۳۵)	۸ (۴۰)	۶ (۳۰)
۳۱-۳۵ سال	۶ (۳۰)	۷ (۳۵)	۶ (۳۰)
۳۶-۴۰ سال	۳ (۱۵)	۲ (۱۰)	۴ (۲۰)
تحصیلات			
دیپلم	۵ (۲۵)	۴ (۲۰)	۴ (۲۰)
کاردانی	۹ (۴۵)	۱۰ (۵۰)	۱۱ (۵۵)
کارشناسی	۶ (۳۰)	۶ (۳۰)	۵ (۲۵)

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس به تفکیک گروه‌ها در مراحل ارزیابی

متغیرها/گروه‌ها	معنا درمانی		رفتار درمانی دیالکتیکی		کنترل	
	پیش‌آزمون SD ± M	پس‌آزمون SD ± M	پیش‌آزمون SD ± M	پس‌آزمون SD ± M	پیش‌آزمون SD ± M	پس‌آزمون SD ± M
سلامت عمومی	۵۱/۳۴ ± ۶/۲۵	۳۷/۲۶ ± ۴/۶۸	۴۹/۷۱ ± ۶/۴۴	۴۲/۳۷ ± ۵/۹۷	۵۲/۹۰ ± ۶/۱۳	۵۳/۷۴ ± ۶/۴۵
کیفیت زندگی	۳۹۷/۱۰ ± ۳۸/۹۲	۵۸۶/۴۷ ± ۴۹/۱۶	۴۰۵/۲۷ ± ۳۷/۸۶	۵۳۱/۶۲ ± ۴۶/۷۸	۳۸۹/۶۴ ± ۴۰/۳۳	۳۹۷/۵۷ ± ۳۹/۸۱

بودن پیش فرض‌های پژوهش می‌توان از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده کرد. مقدار آماره لامبدای ویلکز تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از تفاوت معنادار گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای سلامت عمومی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود ($F = 9/29, P < 0/001$). برای بررسی اثربخشی معنا درمانی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۳).

پیش از تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ از متغیرهای گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود ($P > 0/05$)، لذا فرض نرمال بودن تأیید شد. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند ($P > 0/05$)، لذا به ترتیب فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. علاوه بر آن نتایج آزمون کرویت بارتلت معنادار بود ($P < 0/05$)، لذا همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته وجود دارد. با توجه به برقرار

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی اثربخشی معنا درمانی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	P	مجذور اتا
سلامت عمومی						
گروه	۱۶۷۵/۳۱	۱	۱۶۷۵/۳۱	۹۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳
خطا	۶۲۴/۳۶	۳۶	۱۷/۲۶			
کیفیت زندگی						
گروه	۸۰۷۲/۵۷	۱	۸۰۷۲/۵۷	۱۱۲/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷
خطا	۲۵۷۴/۷۲	۳۶	۷۱/۵۲			

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	P	مجذور اتا
سلامت عمومی						
گروه	۱۴۰۹/۲۷	۱	۱۴۰۹/۲۷	۵۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹
خطا	۹۷۸/۱۲	۳۶	۲۷/۱۷			
کیفیت زندگی						
گروه	۷۳۶۱/۲۴	۱	۷۳۶۱/۲۴	۷۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۲
خطا	۳۵۶۹/۷۶	۳۶	۹۹/۱۶			

نتایج نشان داد رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی ($F = ۵۱/۸۶$, $P < ۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($F = ۷۴/۲۳$, $P < ۰/۰۰۱$) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. همچنین با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۶۹ درصد از واریانس سلامت عمومی و ۷۲ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ناشی از تأثیر روش درمانی می‌باشد (جدول ۴). برای مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۵).

نتایج نشان داد معنا درمانی باعث بهبود سلامت عمومی ($P < ۰/۰۰۱$), $F = ۹۷/۰۶$) و کیفیت زندگی ($F = ۱۱۲/۸۷$, $P < ۰/۰۰۱$) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. همچنین با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۸۳ درصد از واریانس سلامت عمومی و ۸۷ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ناشی از تأثیر روش درمانی می‌باشد (جدول ۳). برای بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی مقایسه اثربخشی معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P	مجذور اِتا
سلامت عمومی						
گروه	۷۶۱/۴۴	۱	۷۶۱/۴۴	۱۵/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹
خطا	۱۷۳۲/۶۸	۳۶	۴۸/۱۳			
کیفیت زندگی						
گروه	۴۱۶۲/۱۹	۱	۴۱۶۲/۱۹	۲۱/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۶
خطا	۷۰۰۱/۶۴	۳۶	۱۹۴/۴۹			

اختلال یا بیماری خاص نیستند و اعضای خانواده آنها دارای اختلال یا بیماری است (همسران جانبازان و ایثارگران) سریع‌تر خود را نشان دهد. با توجه به اینکه مدت زمان درمان تقریباً کوتاه و حدود یک تا دو ماه می‌باشد، لذا در مرحله پس از آزمون معنا درمانی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد، اما باعث بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان و ایثارگران نشد. شاید اگر مدت درمان طولانی‌تر باشد، این شیوه آموزشی باعث بهبود کیفیت زندگی همسران جانبازان و ایثارگران هم بشود که برای نتیجه‌گیری در این زمینه نیاز به پژوهش است. همچنین در تبیین اثربخشی معنا درمانی بر بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بر مبنای نظر زنجیران و همکاران [۲۳] می‌توان گفت که آموزش معنا درمانی باعث می‌شود که افراد معنایی مناسب برای زندگی یافته، واکنش خود را آزادانه برای موقعیت‌های پیش‌رو انتخاب کرده و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. افراد تحت معنا درمانی متوجه می‌شوند که بیماری اجتناب‌ناپذیر و زندگی در دنیا موقتی است، لذا یاد می‌گیرند که شیوه نگرش و طرز برخوردشان با مشکل و زندگی را تغییر دهند. در واقع با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر آنها تمرکز نمی‌کنند و با توجه به گذار بودن زندگی وقت، عمر و توانایی خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی، نه کمیت آن می‌کنند و با نگاهی خوش‌بینانه به آینده، برای خود اهدافی جرات‌مندانه و با ارزش انتخاب می‌کنند و امیدوارانه و با انگیزه به زندگی خود ادامه می‌دهند. در نتیجه معنا درمانی از طریق سازوکارهای توضیح داده شده می‌تواند باعث بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شود.

نتایج نشان داد بین روش‌های معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی ($P < ۰/۰۰۱$), $F = ۱۵/۸۲$) و کیفیت زندگی ($F = ۲۱/۴۰$, $P < ۰/۰۰۱$) بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس شد. همچنین با توجه به مجذور اِتا می‌توان گفت که ۳۹ درصد از واریانس سلامت عمومی و ۴۶ درصد از واریانس کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس ناشی از تفاوت روش‌های درمانی می‌باشد (جدول ۵).

بحث

یافته‌ها نشان داد معنا درمانی باعث بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی معنا درمانی بر سلامت عمومی با نتایج پژوهش‌های Masoumi و همکاران [۲۵]، زنجیران و همکاران [۲۳] و رنجبر و همکاران [۲۶] همسو و در زمینه اثربخشی معنا درمانی بر کیفیت زندگی با نتایج پژوهش‌های Kang و همکاران [۲۲] و زنجیران و همکاران [۲۳] همسو و با نتیجه پژوهش محمودی و امینی [۲۴] ناهمسو بود. برای مثال Masoumi و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی بر بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به ایدز تأثیر معنادار داشت [۳۵]. علاوه بر آن نتایج پژوهش رنجبر و همکاران نشان داد که معنا درمانی گروهی باعث ارتقای سلامت عمومی شد [۳۶]. در پژوهشی دیگر زنجیران و همکاران گزارش کردند که معنا درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت عمومی زنان مقیم سرای سالمندان تأثیر داشت [۲۲]. در تبیین ناهمسویی نتیجه پژوهش حاضر با نتیجه پژوهش محمودی و امینی [۲۴] می‌توان گفت که پژوهش آنان بر روی همسران جانبازان و ایثارگران انجام شده، اما پژوهش حاضر بر روی خود بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس انجام شده است. به نظر می‌رسد که تأثیر روش‌های درمانی از جمله معنا درمانی در افرادی که خود دارای یک اختلال یا بیماری خاص هستند (مثل مولتیپل اسکلروزیس) در مقایسه با افرادی که خود دارای یک

و همکاران [۴۰] می‌توان گفت که معنا درمانی بر روی این نکته تاکید می‌کند که افت سلامت عمومی و کیفیت زندگی به علت بی‌معنا شدن زندگی ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر وقتی فرد بیماری و یا مسائل و مشکلات زندگی را بی‌معنا می‌پندارد، دچار افت سلامت و کیفیت زندگی می‌شود. چنین فردی زندگی را سراسر هراس می‌بیند که به هیچ روشی نمی‌تواند بر این هراس خود غلبه کند، خود را موجودی ناتوان در مقابل حوادث روزگار می‌بیند و زندگی خود را با دیگران مقایسه می‌کند و پیوسته از خود سؤال می‌پرسد که چرا من بیمار شدم و همواره به دنبال دلیلی برای بیماری خود می‌گردد. در روش معنا درمانی برخلاف روش رفتار درمانی دیالکتیکی (که به دنبال کاهش نشانه‌های بیماری است) به دنبال یافتن معنای زندگی است. یافتن معنای زندگی به بیماران کمک می‌کند تا بر اختلال‌های روانی چیره گردد و با تکیه بر آزادی در گزینش زندگی، مسئول زندگی خود باشد. به عبارت دیگر معنا درمانی به بیمار می‌آموزد که دست از نگرانی بردارد و به سایر مسائل زندگی توجه کند. بنابراین معنا درمانی به بیمار کمک می‌کند تا رخدادهای تنش‌زا و دشواری‌های زندگی را بپذیرد و سپس با آنها مقابله نماید و از این طریق به سلامت و بهزیستی برسد. در نتیجه این عوامل باعث می‌شوند که معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس موثرتر باشد.

مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، فراهم نبودن شرایط برای پیگیری نتایج و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی بود. محدود شدن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس استان گیلان محدودیت دیگر پژوهش بود. در نتیجه پیشنهاد می‌شود پژوهش‌گران در آینده از پیگیری‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم تأثیر نتایج استفاده کنند. همچنین توصیه می‌شود برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های ساختاریافته و یا نیمه‌ساختاریافته استفاده شود. پیشنهاد دیگر انجام این پژوهش در سایر گروه‌های مبتلا به یک اختلال یا بیماری و مقایسه نتایج آن با نتایج این پژوهش می‌باشد. علاوه بر آنها مقایسه روش‌های درمانی استفاده شده در این پژوهش با سایر روش‌های درمانی از جمله طرحواره درمانی، فراشناخت درمانی و غیره می‌تواند نتایج مفیدی برای مشاوران و درمانگران جهت استفاده از یک روش درمانی موثرتر و کارآمدتر داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که روش معنا درمانی در مقایسه با روش رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شد، پس نتایج حاکی از اهمیت معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی می‌باشد. این نتایج در زمینه پژوهش و درمان کاربرد زیادی برای پژوهشگران و درمانگران دارد. زیرا بر اساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌ها هر دو روش دارای پشتوانه علمی محکمی برای مشاوران و درمانگران در کاربرد روش‌های معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی جهت کمک به مراجعان برای بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی فراهم می‌کند. در نتیجه این روش قابلیت کاربرد در مراکز جامع خدمات سلامت را دارد و مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می‌توانند از

پیمان‌نیا و همکاران [۳۸] و محمدی و عزیزی (۲۶) همسو بود. برای مثال Haynos و همکاران ضمن پژوهشی گزارش کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی شد [۲۵]. در پژوهشی دیگر Oostendorp & Chakhsi گزارش کردند که رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود کیفیت زندگی افراد دارای اختلال شخصیت مرزی شد [۳۷]. علاوه بر آن نتایج پژوهش پیمان‌نیا و همکاران حاکی از آن بود که رفتار درمانی دیالکتیک باعث افزایش کیفیت زندگی شد [۳۸]. در تبیین ناهمسوئی نتیجه پژوهش حاضر با نتیجه پژوهش نجارپور استادی و خلعتبری [۲۷] می‌توان گفت که پژوهش آنان بر روی دانشجویان و پژوهش حاضر بر روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس انجام شده است. به نظر می‌رسد که تأثیر روش‌های درمانی از جمله رفتار درمانی دیالکتیکی در بهبود ویژگی‌های روانشناختی افراد فاقد اختلال (مثل دانشجویان) در مقایسه با افراد دارای اختلال (مبتلا به مولتیپل اسکروزیس) کمتر باشد. افراد دارای اختلال به دلیل احساس اجبار برای حفظ زندگی خود تلاش بیشتری می‌کنند تا ویژگی‌های روانشناختی و وضعیت زندگی خود را ارتقا دهند، اما افراد فاقد اختلال چنین احساس اجباری را ندارند و تلاش کمتری می‌کنند، لذا در پژوهش آنان برخلاف پژوهش حاضر رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود سلامت عمومی تأثیر نداشته است. همچنین در تبیین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بر مبنای نظر Oostendorp & Chakhsi [۳۷] می‌توان گفت که رفتار درمانی دیالکتیکی در شیوه درمانی خود از دو راهکار پذیرش (دارای مولفه‌های هشیاری فراگیر و تحمل آشفتگی) و تعهد (دارای مولفه‌های تنظیم هیجانی و کارآمدی) استفاده می‌کند. این شیوه درمانی به افراد کمک می‌کند احساس متعادل و بدون قضاوتی داشته باشند، هیجانات و رخدادهای زندگی را بپذیرند، آشفتگی روانشناختی را کاهش دهند و از این طریق باعث بهزیستی جسمی، روانی و هیجانی شوند. همچنین بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس برای اجتناب از هیجان‌های منفی از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار استفاده می‌کنند و با توجه به ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با راهبردهای نظم‌جویی هیجان می‌توان استنباط کرد که این بیماران از راهبردهای مناسبی برای نظم‌جویی هیجان استفاده نمی‌گیرند. آموزش رفتار درمانی دیالکتیکی به بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس کمک می‌کند تا از راهبردهای سازگار نظم‌جویی هیجان استفاده کند. در نتیجه رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از راهکارهایی که برای درمان استفاده می‌کند، نقش موثری در بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس دارد. علاوه بر آن یافته‌ها نشان داد که بین روش‌های معنا درمانی و رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی تفاوت وجود داشت. به عبارت دیگر معنا درمانی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس شد. نتیجه این پژوهش با نتیجه پژوهش‌های نجارپور استادی و خلعتبری [۲۷] و یوسفی و همکاران [۳۹] همسو بود. نجارپور استادی و خلعتبری گزارش کردند که روش شناخت درمانی برخلاف روش رفتار درمانی دیالکتیکی باعث بهبود سلامت عمومی شد [۲۷]. همچنین یوسفی و همکاران به این نتیجه رسیدند که معنا درمانی در مقایسه با گشتالت درمانی در درمان افسردگی موثرتر بود [۳۹]. در تبیین این یافته بر مبنای نظر Burger

لازم به ذکر است که در این مقاله تضاد منافع وجود ندارد، با هزینه شخصی انجام و برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه مذکور با کد ۹۵۱۲۶۴۷۸۵۲ مورد تأیید قرار گرفت.

References

1. Maloni H. Cognitive Impairment in Multiple Sclerosis. *J Nurs Pract*. 2018;14(3):172-7. doi: 10.1016/j.nurpra.2017.11.018
2. Pashaki MS, Mohammadi F, Azimian M, Dalvanai A, Shojaeei A. [Effect of Valerian on Sleep Quality in Patients with Multiple Sclerosis]. *Iran J Rehabil Nurs*. 2018;4(3):18-24.
3. Taghilo L, Hosseini Makvand S, Sedaghat M. [The effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing perceived stress in patients with MS]. *J Nurs Physic War*. 2017;5(15):5-10.
4. Lew-Starowicz M, Rola R. Sexual dysfunctions and sexual quality of life in men with multiple sclerosis. *J Sex Med*. 2014;11(5):1294-301. doi: 10.1111/jsm.12474 pmid: 24612517
5. Nery-Hurwit M, Yun J, Ebbeck V. Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disabil Health J*. 2018;11(2):256-61. doi: 10.1016/j.dhjo.2017.10.010 pmid: 29089214
6. Ribeiro ÍJS, Pereira R, Freire IV, de Oliveira BG, Casotti CA, Boery EN. Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review. *Health Prof Educ*. 2018;4(2):70-7. doi: 10.1016/j.hpe.2017.03.002
7. Forjaz MJ, Rodriguez-Blazquez C, Ayala A, Rodriguez-Rodriguez V, de Pedro-Cuesta J, Garcia-Gutierrez S, et al. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med*. 2015;26(3):176-81. doi: 10.1016/j.ejim.2015.02.016 pmid: 25724771
8. Carter A, Breen L, Yaruss JS, Beilby J. Self-efficacy and quality of life in adults who stutter. *J Fluency Disord*. 2017;54:14-23. doi: 10.1016/j.jfludis.2017.09.004 pmid: 29195624
9. Oniszczenko W, Bitner-Szulc J, Szyllberg A, Kuczko-Piekarska E, Zaborowska M, Wawrzyniak S. Mental health and BIS/BAS dimensions in Parkinson's disease and multiple sclerosis patients and in stroke survivors. *Pers Individ Differ*. 2018;132:1-5. doi: 10.1016/j.paid.2018.05.016
10. Saramunee K, Krska J, Mackridge A, Richards J, Suttajit S, Phillips-Howard P. General public's views on pharmacy public health services: current situation and opportunities in the future. *Public Health*. 2015;129(6):705-15. doi: 10.1016/j.puhe.2015.04.002 pmid: 26008208
11. Haruyama Y, Yamazaki T, Endo M, Kato R, Nagao M, Umesawa M, et al. Personal status of general health checkups and medical expenditure: A large-scale community-based retrospective cohort study. *J Epidemiol*. 2017;27(5):209-14. doi: 10.1016/j.je.2016.06.001 pmid: 28142031
12. Moi AL, Nilsen RM. Pathways leading to self-perceived general health and overall quality of life in burned adults. *Burns*. 2012;38(8):1157-64. doi: 10.1016/j.burns.2012.05.004 pmid: 22738825
13. Moazinezhad M, Arefi M, Veisi K. Logo therapy group efficacy and perceived stress on psychological well-being of patients with MS. *Int J Res Appl Natu Soc Sci*. 2015;3(4):1-8.
14. Kang KA, Kim SJ, Song MK, Kim MJ. [Effects of logotherapy on life respect, meaning of life, and depression of older school-age children]. *J Korean Acad Nurs*. 2013;43(1):91-101. doi: 10.4040/jkan.2013.43.1.91 pmid: 23563072
15. Sri Suyanti T, Anna Keliat B, Catharina Daulima NH. Effect of logo-therapy, acceptance, commitment therapy, family psychoeducation on self-stigma, and depression on housewives living with HIV/AIDS. *Enferm Clin*. 2018;28:98-101. doi: 10.1016/s1130-8621(18)30046-9
16. Ulrichová M. Logo Therapy and Existential Analysis in Counselling Psychology as Prevention and Treatment of Burnout Syndrome. *Soc Behav Sci*. 2012;69:502-8. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.11.439
17. Robatmili S, Sohrabi F, Shahrak MA, Talepasand S, Nokani M, Hasani M. The Effect of Group Logotherapy on Meaning in Life and Depression Levels of Iranian Students. *Int J Adv Couns*. 2015;37(1):54-62. doi: 10.1007/s10447-014-9225-0 pmid: 25774068
18. Zamani N, Farhadi M, Jenaabadi H. [Comparison effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Behavior Cognitive Therapy on Depression in the Multiple sclerosis]. *Qom Univ Med Sci J*. 2017;10(12):77-86.
19. McCay E, Carter C, Aiello A, Quesnel S, Howes C, Johansson B. Toward Treatment Integrity: Developing an Approach to Measure the Treatment Integrity of a Dialectical Behavior Therapy Intervention With Homeless Youth in the Community. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016;30(5):568-74. doi: 10.1016/j.apnu.2016.04.001 pmid: 27654239
20. Ben-Porath DD. Orienting Clients to Telephone Coaching in Dialectical Behavior Therapy. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(4):407-14. doi: 10.1016/j.cbpra.2014.02.004
21. Eisner L, Eddie D, Harley R, Jacobo M, Nierenberg AA, Deckersbach T. Dialectical Behavior Therapy

- Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behav Ther.* 2017;48(4):557-66. doi: [10.1016/j.beth.2016.12.006](https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006) pmid: 28577590
22. Kang KA, Shim JS, Jeon DG, Koh MS. [The effects of logotherapy on meaning in life and quality of life of late adolescents with terminal cancer]. *J Korean Acad Nurs.* 2009;39(6):759-68. doi: [10.4040/jkan.2009.39.6.759](https://doi.org/10.4040/jkan.2009.39.6.759) pmid: 20071889
23. Zanjiran S, Borjali A, Kraskian A. [Effect of group Logotherapy education on quality of life and general health in women of sanatorium]. *Razi J Med Sci* 2015;21(127):39-51.
24. Mahmoudi A, Amini F. [The effectiveness of spirituality therapy with cognitive-behavioral approach on improving quality of life and improving the psychological well-being of wives and veteran spouses.]. *Soc Sci.* 2017;11(3):237-58.
25. Haynos AF, Fruzzetti AE, Anderson C, Briggs D, Walenta J. Effects of dialectical behavior therapy skills training on outcomes for mental health staff in a child and adolescent residential setting. *J Hosp Adm.* 2016;5(2):55-61. doi: [10.5430/jha.v5n2p55](https://doi.org/10.5430/jha.v5n2p55) pmid: 28751925
26. Mohammadi J, Azizi A. [Dialectical Behavior Therapy Group on the Perception of the Disease and Quality of Life of Patients with Irritable Bowel Syndrome]. *Sci J Ilam Univ Med Sci* 2017;25(2):18-26.
27. Najarpur Ostadi S, Khalatbari J. [The effectiveness of group cognitive therapy and dialectical behavior therapy on students' general health]. *J Thought Behav Clin Psychol.* 2016;10(38):17-26.
28. Sahar Mohabbat B, Golzari M, Akbari ME, Morad Jooi M. [Effectiveness of Group Logo Therapy on Decreasing Hopelessness in Women with Breast Cancer]. *Iran J Breast Dis.* 2015;8(1):49-58.
29. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9(1):139-45. pmid: 424481
30. Spiteri MC, Jomeen J, Martin CR. Reimagining the General Health Questionnaire as a measure of emotional wellbeing: a study of postpartum women in Malta. *Women Birth.* 2013;26(4):e105-11. doi: [10.1016/j.wombi.2013.06.002](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.06.002) pmid: 23886580
31. Maleki Z, Ashkan S, Ashoori J, Yosefi N. [Relationship between personality traits, religiosity and happiness with general health among nursing students]. *Iran J Nurs* 2014;26(86):90-100.
32. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992;30(6):473-83. pmid: 1593914
33. Barile JP, Horner-Johnson W, Krahn G, Zack M, Miranda D, DeMichele K, et al. Measurement characteristics for two health-related quality of life measures in older adults: The SF-36 and the CDC Healthy Days items. *Disabil Health J.* 2016;9(4):567-74. doi: [10.1016/j.dhjo.2016.04.008](https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.04.008) pmid: 27259343
34. Zar A, Alavi S, Hosseini SA, Jafari M. [Effect of Sport Activities on the Quality of Life, Mental Health, and Depression of the Individuals with Disabilities]. *Iran J Rehabil Nurs.* 2018;4(3):31-9.
35. Masoumi A, Afshari R, Bahredar M. [Evaluate the effectiveness of group logo therapy on mental health of AIDS patients referred to hospitals affiliated to Shiraz university of medical sciences]. *Int J Bas Sci Appl Res.* 2015;5(3):186-91.
36. Ranjbar E, Rasouli M, Sanaei Zaker B. [The effect of group logo therapy on improve the general health of boys in firs grad secondary schools in boarding schools]. *Res Clin Psychol Counsel.* 2014;4(1):37-54.
37. Oostendorp JM, Chakhssi F. [Inpatient dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: effect on symptoms, coping, attachment and quality of life]. *Tijdschr Psychiatr.* 2017;59(12):750-8. pmid: 29251747
38. Peymannia B, Hamid N, Mehrabizadeh M. The Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy; Family and Child Skills Training (DBT-FST) on Impulsivity and Quality of Life in Females with Self-Harm Behaviors. *Iran J Rehabil Nurs.* 2018;4(3):8-17.
39. Yousefi N, Etemadi O, Bahrami F, Fatehizadeh M, Ahmadi S. [Efficacy of logo therapy and Gestalt therapy in treating anxiety, depression and aggression]. *Dev Psychol.* 2009;5(19):251-9.
40. Burger DH, Crous F, Roodt G. Logo-od: The applicability of Logotherapy as an organisation development intervention. *SA J Ind Psychol* 2008;34(3). doi: [10.4102/sajip.v34i3.388](https://doi.org/10.4102/sajip.v34i3.388)