

Spring 2024, Volume 13, Issue 2

The Effectiveness of "Existential Group Therapy" on Hope in Patients with Hypertension

Atieh Ghasemi¹, Farahnaz Meschi^{2*}, Abbas Salehi Omran³, Sheida Sodagar⁴,
Biuk Tajeri⁵

1- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Department of Medicine, Tehran Heart Center, University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

5-Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Corresponding author: Farahnaz Meschi, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: fa_meschi@yahoo.com

Received: 30 Nov 2023

Accepted: 10 Jan 2024

Abstract

Introduction: An increase in blood pressure in adulthood is associated with a decline in hope in hypertensive patients, and it seems that with the help of "Existential Group Therapy", hope can be improved in hypertensive patients. The aim of the present study was the effectiveness of "Existential Group Therapy" on hope in patients with hypertension.

Methods: The study method was semi-experimental with a pre-test, post-test and follow-up design with a control group. The statistical population of this research included patients suffering from high blood pressure referred to Atiyeh Hospital in Tehran in Autumn and Winter of 2022. Among them, 30 people were selected by purposeful sampling and randomly and with lottery assigned to the intervention group and the control group. Research instruments included demographic questionnaire and "Snyder Hope Scale". Content validity of the instruments was measured by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. After conducting 10 sessions of "Existential Group Therapy" for the intervention group, the data were analyzed in SPSS .24.

Results: "Existential Group Therapy" had an effect on the subscales of pathways thinking and agency thinking ($P=0.001$) and had an increasing effect. The effect of time increased the subscales of pathways thinking and agency thinking ($P=0.001$) compared to the pre-test stage. The interaction effect of time*groups compared to the control group ($P=0.001$) was effective on the subscales of pathways thinking and agency thinking.

Conclusions: "Existential Group Therapy" was effective in increasing hope in patients with hypertension. It is suggested that in order to increase hope in patients with high blood pressure, "Existential Group Therapy" courses should be held for these patients along with drug treatments.

Keywords: Hope, Hypertension, Existential Therapy, Semi-Experimental.

اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون

عطیه قاسمی^۱، فرحناز مسچی^{۲*}، عباس صالحی عمران^۳، شیدا سوداگر^۴، بیوک تاجری^۵

۱- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- گروه پزشکی، مرکز قلب تهران، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران.

۴- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۵- گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

نویسنده مسئول: فرحناز مسچی، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: fa_meschi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۱۰

چکیده

مقدمه: افزایش فشار خون در بزرگسالی با افول امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون همراه است و به نظر می رسد به کمک درمان گروهی وجودی می توان امید را در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بهبود بخشید. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی "درمان گروهی وجودی" بر امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است.

روش کار: روش مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان آتیه تهران در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ بودند. از میان آن ها ۳۰ تن به روش نمونه گیری هدفمند غیر تصادفی انتخاب و با گمارش تصادفی و به روش قرعه کشی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس امید سنايدر" (Snyder Hope Scale) بود. روایی محتوای ابزارها به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پس از اجرای ۱۰ جلسه "درمان گروهی وجودی" برای گروه مداخله، داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها: درمان گروهی وجودی بر زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی ($P=0/001$) اثرگذار بود و اثر افزایش یافته داشت. اثر زمان موجب افزایش زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی ($P=0/001$) نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان*گروه ها نسبت به گروه کنترل ($P=0/001$) بر زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی اثرگذار بود. **نتیجه گیری:** "درمان گروهی وجودی" در افزایش امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. پیشنهاد می شود که جهت افزایش امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون، دوره های "درمان گروهی وجودی" برای این بیماران در کنار درمان های دارویی برگزار شود.

کلیدواژه ها: امید، پرفشاری خون، درمان وجودی، نیمه تجربی.

مقدمه

بیماری‌های مزمن در ۶۰ درصد مرگ‌ها دخیل هستند. یکی از بیماری‌های مزمن، فشار خون بالاست که به کشته خاموش معروف است (۱). پرفشاری خون (hypertension) از مهم‌ترین و عمومی‌ترین بیماری‌های مزمن در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است که هزینه درمانی و مراقبتی بالایی را به خود اختصاص می‌دهد (۲). پرفشاری خون که گاهی به آن پرفشاری شریانی گفته می‌شود، یک بیماری مزمن است که در آن فشارخون در شریان‌ها بالا می‌رود (۳). این بیماری در صورت عدم کنترل و درمان، منجر به حمله‌های قلبی، سکته مغزی، نارسایی کلیه و آنوریسم آئورت خواهد شد (۴).

پرفشاری بیش از ۱ میلیون تن را در سرتاسر جهان تحت تأثیر قرار داده است. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ شیوع پرفشاری خون ۶۰ درصد افزایش یابد و مبتلایان به آن به ۱/۵۶ میلیارد تن برسند (۱). این بیماری در جوامع گوناگون از شیوع متفاوتی برخوردار بوده و در کشورهای مختلف بین ۱۰ تا بیش از ۶۰ درصد، شیوع دارد. بر اساس گزارش اولین دوره از بررسی‌های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر در ایران، شیوع پرفشاری خون در افراد ۱۵ تا ۶۴ سال ۱۷ درصد، گزارش شد. در ایجاد بیماری پرفشاری خون، دلایل متعدد جسمی و روانی مؤثر است (۵). افزایش فشار خون در بزرگسالی با افول امید (hope) در بیماران مبتلا به پرفشاری خون و بیماری‌های قلبی عروقی همراه است (۶). امید یک ساز و کار سازگاری مهم در بیماری‌های مزمن است و به عنوان یک عامل پیچیده چندبعدی و بالقوه قدرتمند در بهبودی و سازگاری مؤثر تعریف می‌شود (۷). امید عاملی شناختی و انگیزشی چندبعدی، پیچیده و پویا است که می‌تواند به افراد در راه رسیدن به اهداف و طراحی و ساخت مسیرها و روش‌های مختلف برای تحقق اهداف نقش کمک‌کننده داشته باشد (۸). امید نشان‌دهنده باور به داشتن احساس و ادراک زندگی بهتر در آینده و محرک فعالیت فرد است تا بتواند تجارب جدید کسب نماید و نیروهای تازه‌ای در فرد به منظور تقویت منابع مقابله‌ای برای سازگاری با مشکلات ایجاد نماید (۹). صاحب‌نظران اذعان دارند که یکی از عواملی که می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مناسبی برای سلامت افراد مخصوصاً در دنیای کنونی باشد، امید به زندگی مطلوب است. یکی از راه‌های افزایش میزان امید، مجهز کردن افراد به مهارت‌های

اساسی زندگی و توجه به بهداشت روانی است (۱۰). به نظر می‌رسد «درمان گروهی وجودی» (Existential Group Therapy) یکی از رویکردهای درمانی است که به کمک آن می‌توان امید به زندگی را ارتقا بخشید. درمان گروهی وجودی روشی قدرتمند برای کمک به اعضای گروه به منظور کار بر روی مسئولیت‌پذیری و تقویت مثبت روابط بین‌فردی است. این رویکرد معتقد است که چون افراد در حضور دیگران احساس وجود می‌کنند، زمینه ارتباطی گروه‌درمانی، یک رویکرد مؤثر است. اعضا در گروه‌درمانی، مسئول رفتارشان در گروه هستند و این همانند آینه‌ای از نحوه رفتار آن‌ها در جهان است. در نتیجه اعضای گروه به تدریج راه‌هایی را کشف می‌کنند و به مسیر معنادار زندگی خود بازمی‌گردند (۱۱). به نظر می‌رسد آموزش‌های «درمان گروهی وجودی»، قدرت‌پذیرش رنج‌ها و مشکلات را در افراد مبتلا به پرفشاری خون افزایش داده و باعث تغییر نگرش آن‌ها نسبت به بیماری‌شان می‌شود که این مهم میزان تاب‌آوری آن‌ها را افزایش می‌دهد. این بیماران با روان‌درمانی وجودی متوجه می‌شوند که همه زندگی آن‌ها پرفشاری خون نیست بلکه توانایی‌های بالقوه‌ای دارند که موجب امید به زندگی در آن‌ها می‌شود (۱۲).

برخی از پژوهش‌ها به اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر امید به زندگی در جمعیت‌های مختلف اشاره داشته‌اند. به عنوان مثال: پیشگاهی و همکاران (۱۳) به این نتیجه رسیدند که «درمان گروهی وجودی» باعث کاهش اضطراب و افزایش تاب‌آوری روانشناختی و امید به زندگی زنان مضطرب شد. خضری مقدم و همکاران (۱۴) نشان دادند که «درمان گروهی وجودی» باعث افزایش امید به زندگی و کاهش افسردگی سالمندان مقیم مراکز سالمندی شد. Özdemir & Kavak Budak (۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که «درمان گروهی وجودی» می‌تواند نقش مؤثری در افزایش امید و بهزیستی روانشناختی و بهبود بازتابی عملکردی در مبتلایان به اسکیزوفرنی گروه آزمایش داشته باشد. به نظر می‌رسد استفاده از مداخله‌هایی نظیر «درمان گروهی وجودی» می‌تواند در کاهش، تعدیل و کنترل پیامدهای روانشناختی بیماران مبتلا به پرفشاری خون مفید واقع شوند. از این رو، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران زن و مرد مبتلا به بیماری پرفشاری خون مراجعه کننده به بیمارستان آتیه تهران با شکایت پرفشاری خون در فصل پاییز و زمستان سال ۱۴۰۱ بودند که از میان آن ها ۳۰ تن به روش غیر تصادفی گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی به روش قرعه کشی در گروه مداخله و گروه کنترل قرار گرفتند. با مراجعه به جدول Cohen، با توجه به تعداد گروه ها $u=2$ ، سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون $0/8$ و اندازه اثر $0/4$ تعداد نمونه معادل ۱۲ تن برای هر گروه بدست آمد (۱۶) که با در نظر گرفتن ۲۰٪ احتمال ریزش، ۱۵ تن برای هر گروه تعیین شد.

معیارهای ورود به پژوهش حاضر شامل ابتلاء به بیماری پرفشاری خون (پرفشاری خون سیستمیک ۱۴۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر و همچنین پرفشاری خون دیاستولیک ۹۰ میلی لیتر جیوه و بالاتر) که با فشارسنج جیوه ای توسط پزشک معالج بررسی گردید و عدم ابتلاء به سایر بیماری های قلبی عروقی که با خود گزارشی بیمار مبتلا به بیماری پرفشاری خون بررسی شد، مصرف داروی «لوزارتان-۲۵» (Losartan-25) ۲ بار در روز (انتخاب دارو به دلیل رایج بودن مصرف این داروها نسبت به داروهای دیگر)، حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۳۰ تا ۵۰ سال، گذشت ۱ تا ۱۰ سال از ابتلا به بیماری پرفشاری خون، عدم تجربه رخدادهای تنش زا مانند طلاق و مرگ نزدیکان در ۳ ماه گذشته، عدم مصرف داروهای روانپزشکی مثل ضد اضطراب و ضد افسردگی، عدم سابقه دریافت «درمان گروهی وجودی» و عدم استفاده از روش های درمانی دیگر به طور همزمان و دسترسی به اینترنت گوشی موبایل بود. معیار های خروج از پژوهش شامل مصرف هر دارویی به جز لوزارتان ۲۵ به دلیل موارد مصرف و اثرات جانبی متفاوت، عدم همکاری در جلسات، غیبت بیشتر از ۲ جلسه و انصراف از ادامه همکاری بود.

به منظور جمع آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه جمعیت شناختی که شامل نوع داروی مصرفی، جنس، سن، تحصیلات و طول مدت ابتلا به بیماری بود. «مقیاس امید اسنایدر» (Snyder Hope Scale) توسط Snyder

و همکاران (۱۷) در انگلیس در سال ۱۹۹۱ ساخته شده، شامل ۱۲ عبارت ۲ زیر مقیاس تفکر عاملی (agency thinking) شامل ۴ عبارت ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ و تفکر گذرگاه (pathways thinking) شامل ۴ عبارت ۱، ۴، ۷ و ۸ در یک طیف ۴ درجه ای از کاملاً غلط = ۱ تا کاملاً درست = ۴ مورد ارزیابی قرار می دهد. عبارت های ۳، ۵، ۶ و ۱۱ دروغ سنج هستند و مربوط به هیچ یک از زیر مقیاس ها نیستند و در برآورد نمره کل محاسبه می شوند. در این ابزار حداقل نمره ۱۲ و حداکثر نمره ۴۸ است. نمره بالاتر در این ابزار به معنای امید بیشتر است. نمره بین ۱۲ تا ۲۴ بیانگر سطح پایین امید، ۲۵ تا ۳۶ سطح متوسط امید و ۳۷ تا ۴۸ سطح بالای امید است (۱۷). Snyder و همکاران (۱۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس امید اسنایدر» (Snyder Hope Scale) روی ۱۸۷ مرد و ۱۹۷ زن دانشجوی دانشگاه کانزاس بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق را در دامنه ای از $0/74$ تا $0/84$ گزارش کردند. Marques و همکاران (۱۸) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس امید اسنایدر» (Snyder Hope Scale) روی ۱۰۱۲ دانش آموز پرتغالی بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق را در دامنه ای از $0/79$ تا $0/81$ گزارش کردند.

در پژوهش شهنی بیلاقی و همکاران (۱۹) روایی سازه به روش از تحلیل عاملی تأییدی «مقیاس امید اسنایدر» (Snyder Hope Scale) روی ۱۸۰ دانشجوی ایرانی بررسی و ساختار ۲ عاملی تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق را در دامنه ای از $0/66$ تا $0/80$ گزارش کردند. در پژوهش وکیلی و همکاران (۲۰) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس امید اسنایدر» (Snyder Hope Scale) روی ۱۷۷ زن ایرانی مبتلا به سرطان پستان را با «مقیاس افسردگی، اضطراب و تنش» (Depression Anxiety and Stress Scale) بررسی و نتایج در دامنه ای از $0/47$ تا $0/51$ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق، در دامنه ای از $0/66$ تا $0/80$ گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس امید اسنایدر» برای تمام عبارت ها مورد تأیید ۶ تن از مدرسین روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج قرار

گرفت. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «مقیاس امید استایدر» بر روی ۳۰ تن بیماران مبتلا به پرفشاری خون، ۰/۷۵ به دست آمد.

«درمان گروهی وجودی» در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای براساس بسته مداخله ای van Deurzen & Adams (۲۱) اجرا شد. این بسته در ایران توسط شیرالی و دشت بزرگی (۲۲) بر روی زنان سالمند مبتلا به بیماری‌های قلبی عروقی اجرا شده و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر برای بررسی محتوای «درمان گروهی وجودی» از «شاخص روایی محتوا» (Content Validity Index) و نظر ۴ تن از مدرسین هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج استفاده شد، به این صورت که هر یک از مدرسین نظر خود را در مورد هر جلسه در یک طیف ۴ بخشی از غیر مرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی تا کاملاً مرتبط مشخص کردند. سپس تعداد مدرسین که گزینه ۳ و ۴ را برای هر جلسه انتخاب کرده بودند تقسیم بر تعداد کل تعداد مدرسین شد و میزان برای همه جلسات بالاتر از ۰/۷۹ به دست آمد که نشان دهنده شاخص روایی محتوا مطلوب برای این بسته بود.

خلاصه جلسات «درمان گروهی وجودی»

جلسه اول: در این جلسه معارفه، بیان اهداف و قوانین جلسات، ارائه توضیحاتی درباره پرفشاری خون به عنوان یک بیماری روان تنی و تأثیرات روانشناختی آن بر فرد و خانواده صورت گرفت. در این جلسه همچنین، درمان گروهی وجودی مختصری معرفی شد و ویژگی‌ها و خصوصیات خود فهرست شد.

جلسه دوم: در این جلسه به چالش کشیدن پاسخ افراد به سؤال من چه کسی هستم؟ بحث درباره مفهوم خودآگاهی، بیان نظرات افراد درباره آن و تشریح خودآگاهی از دیدگاه «درمان گروهی وجودی» صورت گرفت.

جلسه سوم: در این جلسه فن خط عمر آموزش داده شد و درباره آن بحث و گفتگو صورت گرفت. تفکر و نگرش افراد به امید به زندگی و مرگ بررسی گردید و نگرش اعضاء درباره آن به چالش کشیده شد.

جلسه چهارم: در این جلسه تجارب اعضاء درباره فقدان و سوگ بررسی شد و به آن‌ها در این مورد بازخورد مناسب ارائه گردید.

جلسه پنجم: در این جلسه تشریح مفاهیم آزادی، حق انتخاب و وجود محدودیت‌ها، بررسی تجارب افراد درباره

موقعیت‌های چالش‌انگیز آزادی در انتخاب و توضیح ارتباط بین آزادی و مسئولیت صورت گرفت.

جلسه ششم: در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال‌های آیا من انسان تنهایی هستم؟ آیا تنهایی رنج‌آور است؟ و به چالش کشیدن آن‌ها و تشریح مفهوم تنهایی از دیدگاه درمان وجودی صورت گرفت.

جلسه هفتم: در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال آیا زندگی دارای هدف و معنا است؟ صورت گرفت.

جلسه هشتم: در این جلسه بررسی پاسخ افراد به سؤال‌های من برای چه زندگی می‌کنم؟ و به چالش کشیدن آن‌ها و تشریح تجارب افراد درباره احساس پوچی و بی‌هدفی در زندگی، صورت گرفت.

جلسه نهم: در این جلسه بحث و گفتگو پیرامون درباره مسائل مؤثر بر افکار و احساسات با استفاده از تصویرسازی ذهنی و تجسم یکی از موقعیت‌های موفقیت و شکست و پاسخگویی به سؤال‌های چه کسی مسئول آن است؟ چه احساس نسبت به آن دارند؟ و از اینکه مسئولیت رفتارهای خود را می‌پذیرند چه احساس دارند؟ انجام شد.

جلسه دهم: در این جلسه ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی، مسئولیت، مرگ و بی‌معنایی با کمک افراد تبیین و جمع‌بندی مطالب جلسات قبل صورت پذیرفت.

نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از تصویب پروپوزال و دریافت معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، نویسنده اول مقاله حاضر به بیمارستان آتیه تهران مراجعه و پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش برای مسئولان آن، همکاری آن‌ها جهت انجام پژوهش و در زمینه معرفی بیماران سرپایی مبتلا به بیماری پرفشاری خون جلب شد.

پس از اعلام همکاری و رضایت آگاهانه شفاهی، پرسشنامه جمعیت شناختی برای بیماران شرکت کننده در پژوهش حاضر به صورت «برخط» (online) در پیامک، ایمیل یا پیام رسان‌های داخلی و خارجی مانند ایتا و تلگرام برای شرکت کنندگان ارسال شد. پس براساس پاسخ‌های افراد به پرسشنامه جمعیت شناختی معیارهای ورود و خروج بررسی شد و در نهایت ۳۰ تن انتخاب شدند. پس از گمارش تصادفی به روش قرعه کشی شرکت کننده‌ها، در مرحله بعد، ابزار به عنوان پیش‌آزمون بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون در گروه مداخله و کنترل، به صورت برخط

اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

در هر ۲ گروه درمان گروهی وجودی و کنترل ۱۰ زن (۶۶/۶۷ درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳ درصد) حضور داشتند. در گروه درمان گروهی وجودی ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۳ تن (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۲ تن (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. در گروه کنترل ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) در طبقه سنی ۳۰-۳۵ سال، ۶ تن (۴۰ درصد) در طبقه سنی ۳۶-۴۰ سال، ۲ تن (۱۳/۳۳ درصد) در طبقه سنی ۴۱-۴۵ سال و ۳ تن (۲۰ درصد) در طبقه سنی ۴۶-۵۰ سال قرار داشتند. در گروه «درمان گروهی وجودی» ۴ تن (۲۶/۶۷ درصد) مجرد، ۱۰ تن (۶۶/۶۷ درصد) متأهل و ۱ تن (۶/۶۷ درصد) مطلقه بودند. در گروه کنترل ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) مجرد و ۱۰ تن (۶۶/۶۷ درصد) متأهل بودند. در گروه درمان گروهی وجودی ۲ تن (۱۳/۳۳ درصد) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۸ تن (۵۳/۳۳ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند. در گروه کنترل ۱ تن (۶/۶۷ درصد) تحصیلات دیپلم و زیردیپلم، ۹ تن (۶۰ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و آزمون شاپیرو-ویلک مربوط به زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی در گروه درمان گروهی وجودی و گروه کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی

زیر مقیاس ها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین ±	انحراف معیار	میانگین ±	انحراف معیار	
تفکر گذرگاه	درمان وجودی	۱۲/۰۰	۱/۷۳	۱۶/۲۳	۱/۶۴	۱۶/۷۶ ±
	کنترل	۱۲/۶۸	۱/۵۷	۱۲/۲۵	۱/۴۳	۱۲/۳۱ ±
تفکر عاملی	درمان وجودی	۱۰/۹۴	۰/۸۹۰	۱۴/۴۱	۰/۷۱۰	۱۴/۲۳ ±
	کنترل	۱۱/۰۰	۰/۸۹۰	۱۱/۳۱	۰/۷۰۰	۱۱/۱۸ ±

در ادامه بررسی مفروضه نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمره های بیماران در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای

به اجرا درآمد. به این صورت که پرسشنامه ها به صورت پیامکی و در حضور پژوهشگر در محیط بیمارستان برای هر بیمار ارسال شد.

سپس، افراد گروه مداخله تحت جلسات حضوری «درمان گروهی وجودی» قرار گرفتند که توسط نویسنده اول مقاله حاضر انجام شد و گروه کنترل هیچ نوع مداخله آموزشی دریافت نکرد و در این مدت مواجهه ای با گروه مداخله نداشتند. در پایان مداخله نیز تمامی بیماران ۲ گروه، جهت پس آزمون و پس از گذشت ۱ ماه جهت پیگیری پرسشنامه-ها را تکمیل کردند. کل مدت دوره ۳ ماه به طول انجامید. به جهت رعایت اصول اخلاقی گروه کنترل نیز از مداخله پس از پایان مطالعه بهره مند شدند.

لازم به ذکر است که برای رعایت اصول اخلاقی به تمام بیماران این اطمینان خاطر داده شد که تمام اطلاعات حاصل از این مطالعه تنها به منظور ارائه نتایج در رساله است و تمام اطلاعات آن ها تا آخر محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین، به آن ها یادآور شد که هر زمان که مایل بودند می توانند از مطالعه خارج شوند.

در پژوهش حاضر جهت توصیف داده ها از میانگین و انحراف معیار و تحلیل داده ها از روش های آماری تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر (Analysis of variance with repeated measures design) و آماره فیشر (Fisher statistic) و برای آزمون پیش فرض های آزمون از آزمون شاپیرو-ویلک (Shapiro-Wilk Test)، آزمون لوین (Levene's Test)، آزمون کرویت موجلی (Mauchly's Test of Sphericity)، آزمون گرینهوس-گیسر (Greenhouse-Geisser Test) و آزمون هیون فلت (Huynh-Feldt Test) و سطوح معناداری ۰/۰۵ و ۰/۰۱ استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس

جدول ۱ نشان می دهد که میانگین نمره زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی در گروه مداخله در پس آزمون و پیگیری متفاوت شده است.

آزمون گرینهوس- گیسر برای زیر مقیاس تفکر گذرگاه بزرگتر از ۰/۷۵ به دست آمده بود، از آزمون هیون فلت برای بررسی این زیر مقیاس و از آزمون گرینهوس- گیسر برای بررسی مؤلفه تفکر عاملی استفاده شد.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی و تعاملی برای مؤلفه های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی و درمان گروهی وجودی را نشان می دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی

زیر مقیاس ها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	مجذورات
تفکر ذرگاه	گروه	۵۲۷/۳۳	۲	۲۶۳/۶۶	۴۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۲۲
	زمان	۵۱۹/۸۴	۲	۲۷۷/۷۳	۹۱۳/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
تفکر املی	زمان * گروهها	۳۶۸/۰۱	۱	۹۸/۳۰	۳۲۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳۰
	گروه	۱۱۳/۸۹	۲	۵۶/۹۴	۴۸/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
	زمان	۲۰۲/۶۹	۲	۱۳۹/۸۸	۳۲۲/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶۸
	زمان * گروهها	۷۹/۰۶	۱	۲۷/۲۸	۶۲/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۰

جدول ۲ نشان می دهد درمان گروهی وجودی بر زیرمقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی ($P=0/001$) اثرگذار بود و اثر افزایشی زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی اثرگذار بود.

نسبت به مرحله پیش آزمون شد. اثر متقابل زمان* گروه ها نسبت به گروه کنترل ($P=0/001$) بر زیرمقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی اثرگذار بود.

جدول ۳: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه های جفتی میانگین های اثر زمان

تفاوت زمان ها	تفاوت میانگین ها	مقدار احتمال
پس آزمون	-۱/۳۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون	-۱/۴۳	۰/۰۰۱
پس آزمون	-۰/۰۶۷	۱/۰۰۰
پیش آزمون	-۱/۵۶	۰/۰۰۱
پیش آزمون	-۱/۴۵	۰/۰۰۱
پس آزمون	۰/۰۷۸	۱/۰۰۰

جدول ۳ نشان می دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین ها در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی، نشان دهنده تأثیر مثبت «درمان گروهی وجودی» در گروه مداخله و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود.

جدول ۳ نشان می دهد نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار میانگین ها در مرحله پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پیگیری برای زیر مقیاس های تفکر گذرگاه و تفکر عاملی، نشان دهنده تأثیر مثبت «درمان گروهی وجودی» در گروه مداخله و تداوم این اثر در مرحله پیگیری بود.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر

و تکلیف معینی را عهده‌دار شود. به همین دلیل در «درمان گروهی وجودی» اصل پذیرش مسئولیت اهمیت خاصی دارد. بیمار با حس مسئولیت احساس می‌کند که کنترل اوضاع زندگی از دستش خارج نشده است و می‌تواند با قبول مسئولیت و انجام فعالیت‌هایی کنترل اوضاع را در دست داشته باشد (۲۷). احساس حاکمیت و تسلط بر امور زندگی و تغییر کنترل بیرونی، به کنترل درونی از شدت ناامیدی و یأس در رسیدن به خواسته‌ها می‌کاهد (۲۸). همسو با این یافته‌ها Özdemir & Kavak Budak (۱۵) نتیجه گرفتند از طریق «درمان گروهی وجودی» به بیمار کمک می‌شود تا زمان حال و بهبود فعلی خود را کوچک تلقی نکند و نسبت به آینده و درمان بیماری خود امیدوار باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد «درمان گروهی وجودی» در افزایش امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون اثربخش بود. پیشنهاد می‌شود که در جهت افزایش امید در بیماران مبتلا به پرفشاری خون دوره‌های درمان وجودی برای این بیماران در کنار درمان‌های دارویی برگزار شود. این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی و استفاده از نمونه‌گیری هدفمند غیرتصادفی روبرو بود. بنابراین، در تعمیم نتایج احتیاط باید صورت گیرد.

سیاسگزار

این مطالعه بخشی از نتایج رساله دکتری عطیه قاسمی، رشته روانشناسی سلامت، با راهنمایی خانم دکتر فرحناز مسچی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است که با کد IR.IAU.K.REC.1402.102 در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی به نشانی <https://ethics.research.ac.ir> در تاریخ ۱۴۰۲/۶/۲۱ ثبت شده است. بدین وسیله از همه مراقبین بیماران مبتلا به پرفشاری خون که در این پژوهش شرکت کردند، همچنین مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی که با همکاری خود امکان این پژوهش را فراهم آوردند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ‌گونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر زیر مقیاس تفکر گذرگاه امید می‌توان گفت هدف «درمان گروهی وجودی» توانا ساختن بیمار برای کشف معنای منحصر به فرد خود است. «درمان گروهی وجودی» می‌کوشد تا حدود اختیارها و آزادی‌های بیمار را ترسیم کند و از این رو تفکر گذرگاه را در او به وجود بیاورد (۲۳). «درمان گروهی وجودی» به بیمار مبتلا به پرفشاری خون می‌آموزد آنچه اهمیت بسیار دارد، شیوه نگرش فرد به رنج به خصوص بیماری مزمنی نظیر پرفشاری خون است و همچنین شیوه‌ای که رنج بیماری را به دوش می‌کشد. به همین دلیل با گسترش تفکر گذرگاه در بیمار درد و رنج حاصل از بیماری که معنا و هدفی دارد، با میل بیشتری تحمل می‌شود (۲۴). مشاور و درمانگر معتقد به «درمان گروهی وجودی» می‌کوشد تا به مراجع کمک شود که در زندگی خود با استفاده از تفکر گذرگاه هدف و منظوری را جست‌وجو کند؛ هدف و منظوری که با وجود و هستی او متناسب باشد و برایش معنا داشته باشد (۲۵).

نتایج نشان داد «درمان گروهی وجودی» سبب افزایش میزان زیر مقیاس تفکر عاملی در بیماران مبتلا به پرفشاری خون بود. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشگامی و همکاران (۱۳)، خضری مقدم و همکاران (۱۴) و Özdemir & Kavak Budak (۱۵) همسو بود که نشان داد «درمان گروهی وجودی» بر افزایش امید و کاهش افسردگی مؤثر است. در بررسی پیشینه مرتبط با پژوهش حاضر، پژوهش ناهمسویی یافت نشد. در تبیین اثربخشی «درمان گروهی وجودی» بر زیر مقیاس تفکر عاملی امید می‌توان گفت در «درمان گروهی وجودی» تفکر عاملی به بیمار آموزش داده می‌شود زیرا اعتقاد بر این است که انسان در هر موقعیتی (حتی در لحظاتی از زندگی که هیچ‌چیز مطابق میل او نیست و موقعیت ناخوشایند و پیش‌بینی‌ناپذیر است) می‌تواند برای زندگی خود معنا بسازد. در چنین حالتی، روان‌درمانی وجودی به افراد می‌گوید که در زندگی‌شان آزاد هستند و اگر با موقعیت اجتناب‌ناپذیر کنار بیایند، می‌توانند آزادانه افکار خود را درباره محدودیت‌ها و رنج‌های زمان حال تغییر دهند و تغییر نگرش به زندگی را تسهیل می‌کند (۲۶). روان‌درمانگر کمک می‌کند تا بیمار به عالی‌ترین فعالیت حیاتی ممکن دسترسی پیدا کند. به بیمار کمک می‌شود تا نه تنها به تجربه هستی بپردازد و کوشش پیگیری در بالفعل کردن ارزش‌ها را از خود نشان دهد، بلکه او را متعهد به انجام کاری می‌کند که مسئولیتی را بپذیرد

References

- Miri M, Vaziri S, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mahmoudirad A. [The effects of Acceptance and Commitment Therapy on depression and anxiety in patients with hypertension]. *Qom University of Medical Sciences Journal*. 2021;15(1):66-75. https://journal.muq.ac.ir/browse.php?a_id=3088&sid=1&slc_lang=fa&html=1 <https://doi.org/10.52547/qums.15.1.66>
- Taghadosi M, Nouri H. [The effect of education based on «Pender Health Promotion Model» on adherence to treatment of patients with hypertension]. *Journal of Health Promotion Management*. 2023;12(1):69-80. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=1338&sid=1&slc_lang=en
- Printz MP, Jaworski RL. Hypertension; Overview. In: Huhtaniemi I, Martini L, editors. *Encyclopedia of Endocrine Diseases* 2nd edition. Oxford: Academic Press; 2018. p. 369-80. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128012383038010> <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.03801-0>
- Hall ME, Omoto ACM, Do Carmo JM, Da Silva AA, Hall JE. 37 - Obesity and Hypertension: Pathophysiology and Treatment. In: Bakris GL, Sorrentino MJ, Laffin LJ, editors. *Hypertension* .4th edition. New Delhi: Elsevier; 2024. p. 413-26. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323883696000372> <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-88369-6.00037-2>
- Abbasi Kamal R, Sobhe A. [Comparison of automatic thoughts and alexithymia with anxiety in people with hypertension and people without hypertension in Zanjan]. *Journal of Health Promotion Management*. 2022;11(1):61-71. <https://jhpm.ir/article-1-1298-en.html>
- Zacher M, Wang J, Short SE. The contributions of hypertension diagnosis and blood pressure control to subjective life expectancy in a representative sample of older U.S. adults. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 2022;77(2):378-388. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8824611/> <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab022>
- Salabifard S, Tajeri B, Rafiepoor A. [The effect of spiritual therapy on posttraumatic growth, self-compassion and hope in women with breast cancer]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020;9(6):37-48. <http://jhpm.ir/article-1-1195-en.html>
- Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, D'Souza J, Boswell JF, Farchione TJ, Barlow DH. Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy*. 2020;51(1):190-202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32005336/> <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001>
- Feldman DB, Ge JL, Baxter JB. Hope. In: Friedman HS, Markey CH, editors. *Encyclopedia of Mental Health* .3rd edition. Oxford: Academic Press; 2023. p. 175-183. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-91497-0.00078-3>
- Ebadi BN, Rahgoi A, Hosseini MA, Fallahi khoshknab M, Biglarian A. [The correlation between spiritual well-being and hope among nursing students of medical sciences universities and Islamic Azad Universities of Yazd]. *Journal of Health Promotion Management*. 2017;6(2):8-13. https://jhpm.ir/browse.php?a_id=633&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.21859/jhpm-06042>
- Yalom I. *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. 1st edition. New York: Harper Perennial; 2017. <https://www.amazon.com/Gift-Therapy-Generation-Therapists-Patients/dp/0061719617>
- Afsharpour S, Aghdasi A. [A comparative study of the effectiveness of Reality Therapy and Existential Therapy on the resilience of women with breast cancer]. *Women and Family Studies*. 2021;14(52):19-40. https://jwsf.tabriz.iau.ir/m/article_678500.html?lang=en#:~:text=Based%20on%20the%20findings%2C%20it,realty%20therapy%20than%20existential%20therapy.
- Pishgahi B, Danesh E, Salimi Nia N. [The effectiveness of Mindfulness-based Group Therapy on anxiety, resilience and life expectancy of anxious women]. *Journal of Nursing Education*. 2020;8(3):104-117. <https://ijpn.ir/article-1-1560-en.html>
- Khezri Moghadam N, Vahidi S, Ashormahani M. [Efficiency of Cognitive-Existential Group Therapy on life expectancy and depression of elderly residing in nursing home]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2018;13(1):62-73. https://salmandj.uswr.ac.ir/browse.php?a_id=1269&sid=1&slc_lang=en <https://doi.org/10.21859/sija.13.1.62>
- Özdemir AA, Kavak Budak F. The effects of Mindfulness-based Stress Reduction Training on hope, psychological well-being, and functional recovery in patients with schizophrenia. *Clinical Nursing Research*. 2022;31(2):183-193. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34382427/#:~:text=The%20>

- results%20of%20this%20study,with%20psychoeducation%20and%20control%20patients.
<https://doi.org/10.1177/10547738211039069>
16. Lakens D. Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*. 2013;4(1):1-12. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2013.00863/full>
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>
 17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, Yoshinobu L, Gibb J, Langelle C, Harney P. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60(4):570-585. <https://psycnet.apa.org/record/1991-17270-001>
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
 18. Marques SC, Lopez SJ, Fontaine AM, Coimbra S, Mitchell J. Validation of a Portuguese version of the Snyder Hope Scale in a sample of high school students. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2014;32(8):781-786. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0734282914540865?icid=int.sj-abstract.similar-articles.2>
<https://doi.org/10.1177/0734282914540865>
 19. Shehni-Yailagh M, Kianpour Ghahfarkhi F, Maktabi GH, Neasi A, Samavi A. [Reliability and validity of the Hope Scale in the Iranian Students]. *Journal of Life Science and Biomedicine*. 2012;2(4):125-128. <https://www.semanticscholar.org/paper/Reliability-and-validity-of-the-Hope-Scale-in-the-Yailagh-Ghahfarokhi/348dc5a276b042d833227e3ffbd009a602966186>
 20. Vakili Y, Ghanbari N, Nooripour R, Mansournia MA, Ilanloo H, J. Maticotta J. [Validity of the Snyder's Adult Hope Scale among Iranian women with breast cancer]. *Archives of Breast Cancer*. 2022;9(1):96-103. <https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/470#:~:text=Conclusion%3A%20Snyder's%20Adult%20Hope%20Scale,prepare%20treatment%20and%20prevention%20programs>
 21. van Deurzen E, Adams M. *Skills in Existential Counselling & Psychotherapy (Skills in Counselling & Psychotherapy Series)*. New York, United States: SAGE Publications; 2016. <https://www.archbreastcancer.com/index.php/abc/article/view/470#:~:text=Conclusion%3A%20Snyder's%20Adult%20Hope%20Scale,prepare%20treatment%20and%20prevention%20programs>
 22. Shirali S, DashtBozorgi Z. [Effect of Existential Group Therapy on distress tolerance, existential anxiety, meta-worry and health worry in elderly women with cardiovascular disease]. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2019;7(4):24-33. <https://journal.icns.org.ir/article-1-579-en.html#:~:text=Conclusion,elderly%20women%20with%20cardiovascular%20disease>
 23. Vos J. Existential psychological therapies: An overview of empirical research. *Pratiques Psychologiques*. 2023;29(4):211-129. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1269176323000469>
<https://doi.org/10.1016/j.prps.2023.06.001>
 24. Hoffman L, Ramey B, Silveira D. Chapter 25 - Existential Therapy, Religion, and Mindfulness. In: Vail KE, Routledge C, editors. *The Science of Religion, Spirituality, and Existentialism*: Academic Press; 2020. p. 359-369. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128172049000263>
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817204-9.00026-3>
 25. Schneider K, Krug OT. *Existential-Humanistic Therapy (Theories of Psychotherapy Series)*. United States: American Psychological Association; 2017. <https://www.amazon.com/Existential-Humanistic-Therapy-Theories-Psychotherapy-Schneider/dp/143380462X>
 26. Bowins B. Chapter 16 - Existential Psychotherapy. In: Bowins B, editor. *States and Processes for Mental Health*: Academic Press; 2021. p. 145-150. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323850490000167>
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85049-0.00016-7>
 27. Meyerson REM, Mackenzie Zev Reynolds R, Kestenbaum AR, Goldhirsch SL. 75 - What Are Sources of Spiritual and Existential Suffering for Patients With Advanced Illness? In: Goldstein NE, Woodrell CD, Morrison RS, editors. *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine*. 2nd edition. New Delhi: Elsevier; 2023. p. 653-658. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780323847025000750>
<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-84702-5.00075-0>
 28. Dezelic M, Elias C, Neale AM, Rok B. *Meaning-Centered Therapy Workbook: Based on Viktor Frankl's Logotherapy & Existential Analysis*. 1st edition. Presence Press International; 2014. <https://www.amazon.com/Meaning-Centered-Therapy-Workbook-Logotherapy-Existential/dp/0984640819>