

تهیه و ساخت مقیاس باورهای وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی) در بین افراد مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلوروزیس (ام اس)

پریسا پرن^۱، مسعود آذر بایجانی^۲، علی دلاور^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۳/۰۶

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۱۳

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر ساخت و هنجاریابی مقیاس باورهای وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی) در بین افراد مبتلا به مولتیپل اسکلوروزیس (ام اس) بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه مبتلایان به ام اس بیمه‌شده تأمین اجتماعی مراجعه‌کننده به داروخانه ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین، هلال احمر و شهید کاظمی در شهر تهران تشکیل دادند که از بین آن‌ها، داروخانه ۱۳ آبان به روش تصادفی ساده انتخاب شد. نمونه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر از مبتلایان بود. ابزار پژوهش، پرسشنامه باورهای وجودی با در نظر گرفتن ۳۹ گویه بود. بررسی مقدماتی پرسشنامه با تأیید روایی صوری و محتوایی پرسشنامه، بر روی ۳۰ نفر با در نظر گرفتن مقدار آلفای کرونباخ (۰/۹۷) و همبستگی گویه‌ها با نمره کل، نشان داد که پرسشنامه با ۳۹ گویه قابل اجرا بر روی نمونه اصلی است. سپس، پایایی پرسشنامه با مقدار آلفای کرونباخ (۰/۷۷) و حذف ۲ گویه به دلیل عدم همبستگی با نمره کل، مورد تأیید قرار گرفت. بررسی روایی سازه پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی نشان داد که ابتدا مقدار KMO برابر ۰/۶۸۷ بود و آزمون بارتلت نیز در سطح ($P < ۰/۰۱$) معنادار بود. همچنین برای استخراج عوامل اولیه مقیاس باورهای وجودی با استفاده از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس، تعداد ۴ عامل با در نظر گرفتن گویه‌هایی با بارعاملی بالاتر از ۰/۳ در نظر گرفته شد؛ بنابراین پس از حذف گویه‌های ناخالص، تعداد ۲۵ سؤال و ۵۰ گزینه در ۴ عامل نام‌گذاری شدند که عبارت بودند از: ۱- بودن در جهان معنادار ۲- ایمان و حقیقت ۳- خودآگاهی و مسئولیت ۴- بخشش و عشق به دیگران. پایایی و همسانی درونی پرسشنامه ۲۵ سؤالی با روش

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران

(parisa.paran52@gmail.com)

۲. دانشیار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه (نویسنده مسئول) Mazarbayejani110@yahoo.com

۳. استاد گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی

آلفای کرونباخ (۰/۷۰) مورد تأیید قرار گرفت. خرده‌مقیاس‌های محاسبه‌شده و نمره کل پرسشنامه با ضریب همبستگی پیرسون نشان از همبستگی معنادار در سطح ($P < ۰/۰۱$) داشت. همچنین در نهایت نمرات استاندارد و هنجار شده پرسشنامه به تفکیک هر عامل محاسبه شد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که پرسشنامه باورهای وجودی مبتلایان به ام اس به‌عنوان یک ابزار پایا و استاندارد قابلیت استفاده در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی را دارد.

واژگان کلیدی: باورهای وجودی بر اساس قرآن کریم، ساخت و هنجاریابی، مولتیپل اسکالورزیس (ام‌اس)، علامه محمد حسین طباطبایی.

مقدمه

قرآن منبع معرفت است و تنها از طریق شناخت و تفکر در آن و پیمودن راه راستی که انسان را به خداوند متصل می‌کند، می‌توان به سلامت و آرامش رسید. "و خداوند به سرای صلح و سلامت دعوت می‌کند (یونس-۲۵)".

در قرن حاضر بیش از هر زمان دیگری از انسان بحث شده است. بسیاری عناوین فلسفی، به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم معطوف به انسان است. این مسأله نشانگر این است که انسان بیش از گذشته به خود، گذشته و آینده‌اش می‌اندیشد. فلاسفه و درمانگران وجودی بیش از دیگر درمانگران راه تأمل در این موضوع را برای انسان معاصر گشوده‌اند. پاسخ به سؤالات مربوط به درگیری‌های وجود، به ساختارها، باورها^۱ و اندیشه‌های انسان برمی‌گردد. جستجو برای یافتن پاسخ سؤالات اساسی مربوط به تفکر انسانی را می‌توان محور اساسی تأملات، تفکرات و جستجوگری‌های علمی و عملی فیلسوفان، عارفان و اندیشمندان علوم انسانی قلمداد کرد (مصلح، ۱۳۸۴). باورها دارای ابعاد شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. مطالعات نشان داده‌اند (پتری^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ رز^۳، کندی^۴ و مکنا^۵، ۲۰۱۵) که باورها نقش مؤثری در ابتلا و سیر بیماری ایفا می‌کنند. اضطراب و افسردگی از عواملی هستند که زمینه مناسبی را برای شروع مشکلاتی چون ام‌اس، سرطان و ناباروری فراهم کرده و ادامه درمان را نیز با مشکل مواجه می‌گردانند. ریشه این دو عامل را می‌توان

-
1. beliefs
 2. Petrie, K.
 3. Ross, J.
 4. Kennedy, G.
 5. Macnab, F.

در باورهای نادرست فرد جستجو کرد. در حوزه شناختی گاه ممکن است آرمان‌ها، باورها و شناخت‌های ما با وضعیت عینی محیط زندگی تعارض پیدا کند که در چنین موقعیتی زندگی ناممکن می‌شود و یکی از این دو راه در پیش آدمی قرار می‌گیرد. یا باید واقعیت را تغییر دهد یعنی عین را به گونه‌ای تغییر دهد که با ذهن وی موافق افتد، یا باید ذهن را تغییر دهد و با عین همراه سازد (آذربایجانی، ۱۳۸۷).

یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب شناختی، مولتیپل اسکلوروزیس^۱ (ام‌اس) می‌باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی با علائمی چون اضطراب و افسردگی بروز می‌کند. ضایعات ام‌اس پس از تروما دومین علت شایع ناتوانی عصبی در اوایل و اواسط بزرگسالی است و تظاهرات آن از یک بیماری خوش‌خیم تا یک معضل به‌سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (هاریسون^۲، ۱۳۸۴، ترجمه میبیدی). طبق آماری که از اداره اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی در اسفند ماه سال ۹۴ به‌دست آمده است، تعداد مبتلایان به ام‌اس تحت پوشش تأمین اجتماعی در استان تهران حدود ده هزار نفر گزارش شده است. همه اتفاقاتی که در خصوص علل و سیر ابتلا به ام‌اس در کشورهای دیگر جهان رخ می‌دهد، در ایران نیز به همان‌گونه است (مهرخانه، ۱۳۹۳). شناخت باورها به‌خصوص در افرادی که مستعد ام‌اس هستند شاید بتواند در غربالگری آن نقش مهمی ایفا نماید که البته چنین تحقیقاتی به‌صورت تخصصی انجام نشده است. از طرف دیگر، مبتلایان، به‌دلیل وجود رنج حاصل از ناتوانی و پیامدهای آن مستعد انواع گوناگونی از مسائل و مشکلات هستند و در کشاکش مبارزه با این معضل، گاه به باورهای منفی در مورد خود و جهان می‌رسند. در مورد زندگی، احکام مطلق صادر می‌کنند و این نگرش‌ها، افکار و باورها به احساس ناامیدی می‌انجامد و از شادی و نشاط آن‌ها می‌کاهد. زمانی که سال‌های اوج جوانی با ام‌اس قرین می‌گردد، تصورات فرد از میزان خوشبختی و کارآیی به‌هم ریخته و باعث تغییر دنیای درونی و بیرونی‌اش می‌شود.

-
1. Multiple Sclerosis
 2. Harison.

با توجه به پیشینه تحقیق در زمینه باورهای وجودی (هایدگر^۱، ۱۳۸۹، ترجمه رشیدیان؛ اسپینلی^۲، ۲۰۰۲؛ به نقل از اولیور^۳، ۲۰۱۰؛ احمدی، ۱۳۹۱؛ پیدمنت^۴، ۱۹۹۱؛ به نقل از احمدی، ۱۳۹۱؛ الکنز^۵، ۹۹۸؛ به نقل از احمدی، ۱۳۹۱)؛ ملکیان، ۱۳۸۰؛ به نقل از احمدی، ۱۳۹۱؛ ون دورزن^۶، ۲۰۱۰) و جستجو در بین آیات قرآنی، چهار محور وجودی اساسی در پژوهش حاضر در نظر گرفته شد: ۱. وجود در ارتباط با خدا ۲. وجود در ارتباط با جهان ۳. وجود در ارتباط با خویشتن ۳. وجود در ارتباط با دیگران که البته ارتباط با خدا نه در کنار موارد دیگر، که در رأس آنها قرار می‌گیرد. ارتباط با خدا و چالش وجودی در این رابطه یعنی ایمان و عدم آن یعنی غفلت، در برگیرنده تمام چالش‌های وجودی در تحقیق حاضر می‌باشد. به‌عنوان مثال در محور وجودی ارتباط با دیگران، چالش وجودی عشق به دیگران و عدم آن یعنی بی‌تفاوتی نسبت به دیگران و همه مؤلفه‌های تحت پوشش هریک از آنها، تحت تأثیر محور کلی ایمان و غفلت، در محور ارتباط با خدا قرار می‌گیرند. لازم به یادآوری است که طبق تعریف علامه طباطبائی از وجود و عدم، غفلت، نتیجه نبودن ایمان است؛ بنابراین بعد منفی تمام محورها، نتیجه نبود بعد مثبت می‌باشد. فقیهی و مقدم (۱۳۸۷)، در پژوهشی نگاه به انسان را از دیدگاه راجرز و قرآن مقایسه کردند و به شباهت‌ها و تفاوت‌ها اشاره نمودند. آرام (۱۳۸۷) در تحقیقی به بررسی سلامت روان در قرآن و نشانه‌های آن پرداخت و نیز رابطه قرآن و معنادرمانی و راه‌های درمان افسردگی از دیدگاه قرآن و نقش قرآن درمانی در بهداشت روان و در نهایت به جلوه‌هایی از شفابخشی قرآن پرداخته است. معاضدی و همکاران (۱۳۸۹) به بررسی روش‌های حفظ سلامت روان از منظر قرآن کریم پرداختند. آنها به این نتیجه رسیدند که اگر روان انسان شناخته نشود نه تنها انسان به کمال نمی‌رسد، بلکه به خاطر عدم شناخت آفت‌ها و آسیب‌های آن، چه‌بسا در ورطه هلاکت می‌افتد. آنها بیان کردند که از نظر قرآن، نخستین شیوه مقابله با فشارهای روانی بازگشت به فطرت است. فقیهی، یکتا و پرند (۱۳۹۰)، طی تحقیقی، نگرش انسان‌شناختی اسلامی و بازتاب آن بر سلامت روانی را مورد توجه قرار

-
1. Heidegger
 2. Spinelly
 3. Oliver
 4. Pidment
 5. Elkins
 6. Vendeurzen

دادند. آن‌ها با تکیه بر اجتهاد، متون قرآنی و حدیث در زمینه شناخت آدمی، به بررسی انسان و سلامت او از منظر اسلامی پرداختند. همچنین تقی‌یاره (۱۳۸۹) در تحقیقی بسته روان‌درمانگری وجودی بر اساس اندیشه جلال‌الدین محمد مولوی را تدوین کرد.

با توجه به اهمیت باورها و تأثیر آن‌ها در شیوه و راه و رسم زندگی، می‌توان به تحقیقاتی اشاره کرد که به اهمیت باورها و تحلیل عاملی آن‌ها اشاره شده است. به‌عنوان مثال، در رابطه با استخراج باورها و تحلیل عاملی، پرن (۱۳۸۹) در تحقیقی که بر روی باورهای زنان نابارور انجام داده بود، ۵ عامل را در پیدایش باورهای زنان نابارور نسبت به ناباروری، استخراج کرد. او تأکید داشت که باورهای منفی، نقش مهمی در افزایش استرس و افسردگی زنان نابارور ایفا کرده و اثر مخربی بر کارکرد سیستم هورمونی و تخمدانی باقی می‌گذارد. آقاییوسفی و ایرانی (۱۳۹۱)، در تحقیق خود در رابطه با سرمایه روان‌شناختی مبتلایان به ام‌اس، بر نقش مهم باورها در برقراری تعادل زندگی تأکید کردند. آن‌ها به باورهایی در زمینه خودکارآمدی، خوش‌بینی، امیدواری و تحمل کردن مشکلات پرداختند. پتری^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی که در رابطه با تشخیص علت ابتلا به سرطان پستان در زنان مبتلا بود، به مطالعه و بررسی رابطه باورهایی در رابطه با علت ابتلا به سرطان و رفتارهای مدیریتی در طی درمان پرداختند.

در این تحقیق سعی شد که معنای وجود و موضوعات وجودی نظیر آزادی، مسئولیت، مرگ و ابعاد آگاهی با چارچوب قرآنی و زاویه هستی‌شناسانه مورد تأمل قرار گیرند. با توجه به اهمیت باورهای وجودی، ابزارهای متعددی در خارج از ایران ساخته شده است که به علت پاره‌ای ملاحظه‌های اجتماعی-فرهنگی، به کارگیری آن‌ها در ایران می‌تواند اشکالاتی به‌همراه داشته باشد. از این‌رو، پژوهشگران حاضر سعی کردند ضمن شناخت این ملاحظه‌ها، با ساخت، استانداردسازی و هنجاریابی این مقیاس، ابزار مناسبی برای سنجش باورهای وجودی در بین زنان مبتلا به ام‌اس تهیه کنند. پیش‌بینی می‌شود این مقیاس در حوزه‌های پژوهشی و بالینی در سراسر ایران مفید باشد.

1. Petrie, K.

روش

نوع مطالعه انجام شده توصیفی - پیمایشی بود که جهت هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه باوهای وجودی انجام گرفت. همچنین تحقیق حاضر از جمله طرح‌های پژوهشی مرکب می‌باشد که از دو بخش کیفی و کمی تشکیل شده است. بر حسب هدف در دسته پژوهش‌های کاربردی قرار می‌گیرد. مرحله کیفی: روش پژوهش مورد استفاده در مرحله اول تحقیق طی فرایندی شکل گرفت: ۱- مطالعه آثار برخی فلاسفه و روان‌شناسان در حوزه وجودی و بررسی مؤلفه‌های مشترک و غیر مشترک آنان. ۲- بررسی و مطالعه آثار علامه طباطبائی با تأکید بر مطالعه کتب فلسفه آن فیلسوف عالی‌قدر به‌عنوان پایه فلسفی تحقیق. ۳- مطالعه عمیق و چندباره قرآن کریم و گردآوری و استخراج مفاهیم وجودی و معنای بیماری و سلامت ۴- مراجعه به کتاب‌های ترجمه تفسیر المیزان علامه طباطبائی جهت بررسی عمیق‌تر و صحت درک محقق. ۵- به موازات موارد ذکر شده، مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با افراد مبتلا به ام اس جهت بررسی پاسخ‌ها به سؤالاتی جهت ساخت پرسشنامه، انجام شد. مرحله کمی: در این مرحله، همراه با ساخت پرسشنامه تحقیق، تحلیل عاملی و استخراج مؤلفه‌های باورهای مبتلایان به ام اس انجام شد و تحقیق در مجرای کمی قرار گرفت. برای استخراج مؤلفه‌های وجودی، از مؤلفه‌های مطرح در درمان‌های وجودی و کدگذاری آیات با توجه به تفسیر المیزان استفاده شد. در بخش دیگر (ساخت پرسشنامه) به منظور استفاده از جملاتی که بتواند حداکثر اطلاعات در زمینه باورهای وجودی افراد مبتلا به ام اس را در اختیار بگذارند، از مصاحبه نیمه ساختاریافته و نشست‌های گروهی با مبتلایان به ام اس استفاده شد و در نهایت برای بررسی مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده باورهای وجودی از روش‌های آماری استفاده شد.

جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه مبتلایان به ام اس بیمه‌شده تأمین اجتماعی مراجعه‌کننده به داروخانه‌های ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین، هلال احمر و شهید کاظمی بودند که جهت تأیید نسخه دارویی خود به آن‌ها مراجعه می‌کردند. تعداد افراد مراجعه‌کننده به این داروخانه‌ها به صورت زیر می‌باشد: داروخانه ۱۳ آبان، روزانه تعداد حدود ۱۰۵ تا ۱۱۰ نفر، داروخانه هلال احمر، روزانه تعداد حدود ۱۰۰ نفر، داروخانه شهید کاظمی، تعداد حدود ۳۰ تا ۳۵ نفر و داروخانه ۲۹ فروردین تعداد حدود ۱۵۰ نفر. به منظور انتخاب مشارکت‌کنندگان از میان این چهار مرکز، داروخانه ۱۳ آبان به روش تصادفی ساده

انتخاب شد. محقق به مدت دو ماه پرسشنامه باورهای وجودی محقق ساخته را به صورت در دسترس در اختیار مبتلایان به ام اس قرار داد. نمونه آماری دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال داشتند و مدرک تحصیلی آنها بین سیکل تا دکتری بود.

در این پژوهش به منظور سنجش باورهای وجودی مبتلایان به ام اس، با توجه به تعریف این سازه، پرسشنامه‌ای طراحی شد. محقق سعی داشته است، پرسش نامه‌ای تهیه کند تا بتواند باورهای وجودی مبتلایان را سنجیده و مؤلفه‌های آن را تعیین کند. با توجه به اینکه چنین پرسشنامه‌ای در دسترس محقق نبود، در این راستا بعد از استفاده از قرآن کریم به عنوان منبع معتبر و کتب علامه طباطبائی و تفسیر المیزان، دیدگاه‌های نظری مختلف نظیر آذربایجانی (۱۳۸۷)، دیدگاه استاد مطهری، دیدگاه استاد مصباح یزدی؛ و همچنین دسته‌بندی‌های مختلف در پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت.

برای دانستن باورهای وجودی، یک سؤال کلی در نظر گرفته شد و در ذیل آن در پرسشنامه اولیه، ۳ گزینه که می‌توانست باورهای فرد را روی محور درجه‌بندی شده روبه‌روی آن بر اساس ۱ تا ۱۰ نمره دهد، قرار گرفت. سعی شد که تعداد گزینه‌ها زیاد انتخاب شود تا در مرحله تحلیل عاملی و احیاناً حذف گزینه‌ها، همچنان گزینه‌هایی که باورهای تحت نظر را پوشش دهد، به حد کافی باقی بمانند. به عنوان مثال یکی از محورهای درمانی تحقیق، معنادار بودن جهان و در نتیجه عدم بازیچه بودن یا پوچ بودن آن بوده است. در این محور درمانی، تأمل و بحث گروهی حول مسائل بودن در ارتباط با هستی و جهان غیر مادی، بیان تجربیات و ذهنیات مبتلایان می‌باشد. در این راستا، این سؤال از مبتلایان به ام اس پرسیده شد: به نظر شما چه چیز در این دنیا بازیچه است، آنها پاسخ‌های متفاوتی بیان می‌کردند. رایج‌ترین آنها، همه موجودات، انسان و حیوانات بود؛ بنابراین سؤالی مطرح شد تحت عنوان: کدامیک بازیچه آفریده شده است؟ و گزینه‌ها، پاسخ‌های ذکر شده بود.

برای تعیین اعتبار صوری، پرسشنامه به اساتید و افراد متخصص در زمینه ساخت پرسشنامه و تحلیل عاملی داده شد و اصلاحات لازم صورت گرفت. پس از اصلاح سؤالات و تغییرات لازم، روی گروه پایلوت ۴۰ نفری اجرا شد. برای تعیین ضریب پایایی سؤالات، از ضریب آلفای کرونباخ و روش لوپ یعنی ضریب آلفا در صورت حذف هر سؤال استفاده شد. به علاوه همبستگی سؤال با کل آزمون نیز مورد استفاده قرار گرفت. در

این مرحله ضریب آلفای پرسشنامه ۳۹ سؤالی که به صورت مقدماتی اجرا شده بود محاسبه و نشان داده شد که در کل، سؤالات پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردارند (۰/۹۷) و در صورت حذف هر سؤال، پایایی پرسشنامه بالاتر نرفته و تفاوت فاحشی در ضریب آلفای کرونباخ مشاهده نشد؛ بنابراین پرسشنامه با ۳۹ سؤال جهت اجرا روی گروه نمونه اصلی در نظر گرفته شد. همچنین لازم به ذکر است که در انتهای پرسشنامه، یک سؤال باز پاسخ در ارتباط با استعاره زبان عضو آسیب‌دیده تهیه شد که مشارکت کنندگان در صورت تمایل پاسخ دادند. جهت اعتبار سازه پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی استفاده شد. بعد از انجام مراحل تحلیل عاملی و حذف گزینه‌ها، پرسشنامه نهایی با ۵۰ گزینه به جا ماند.

به طور خلاصه می‌توان گفت که محقق با توجه به آیات قرآن کریم و تعریف علامه طباطبائی از معنای وجود و با توجه به چالش‌های وجودی انسان، ۴ محور وجودی را در طی بررسی‌های خود از منابع ذکر شده استخراج کرد. همچنین قابل ذکر است که پیشینه تحقیق، روشن‌کننده انتخاب این چهار محور می‌باشد که با توجه به اشتراکات نظریه‌های موجود در پیشینه تحقیق و با توجه به جمع نظرات مطالعه‌شده و ابعاد وجودی استخراج‌شده از قرآن کریم، به نظر می‌رسد چهار محور استخراج شده، بیانگر هدف تحقیق باشد. پس از جمع‌آوری اطلاعات و مواد خام مورد نیاز و بررسی و دسته‌بندی مقوله‌ها و ماده‌های مرتبط، اقدام به تهیه گزاره‌ها شد و همان‌طور که اشاره گردید، مقوله‌ها و مؤلفه‌ها روی ۴ محور وجودی قرار گرفتند. در تهیه گزاره‌ها از متن مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با مبتلایان به ام اس استفاده شد. به این ترتیب که در طی مصاحبه‌ها، نظراتشان نسبت به سوالاتی که برگرفته از محتوای جلسات درمانی و مؤلفه‌های وجودی استخراج شده بود، پرسیده شد. با توجه به محتوای جلسات و مصاحبه‌های بالینی، ۱۱۷ گزینه به دست آمد. همان‌طور که گفته شد پرسشنامه اصلی شامل ۳۹ سؤال بود که هر سؤال ۳ گزینه داشت و فرد پاسخگو توانست هر یک از سه گزینه را انتخاب کند و سپس درجه توافق خود را با پاسخ ارائه‌شده روی یک نمودار ۱۰ درجه‌ای، امتیاز دهد. در نهایت پس از محاسبات آماری و تحلیل عاملی، پرسشنامه نهایی با ۲۵ سؤال و ۵۰ گزینه که باور افراد را بر روی محوری با ۱۰ درجه، نشان می‌دهد، ساخته شد و در کنار آن عوامل تشکیل‌دهنده باورهای مبتلایان به ام اس به دست آمد. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه به این صورت بود که هر سؤال شامل ۳ گزینه

بود. آزمودنی باید نمره‌ای را که حالات، احساسات، رفتارها، نگرش و باور او را در هر یک از گزینه‌ها بهتر نشان می‌دهد، انتخاب می‌کرد و نمره خود را روی محوری که روبه‌روی هر گزینه مشخص شده بود نشان می‌داد (آزمودنی می‌بایست به همه گزینه‌ها نمره می‌داد). روش نمره گذاری این پرسشنامه از روش لیکرتی ۱ تا ۱۰ پیروی می‌کرد. پس از مشخص شدن سؤالات معکوس در نهایت، نمره هر فرد از جمع نمرات او در گزاره‌ها محاسبه شد. هر چه فرد نمره بیشتری کسب کند، نشان‌دهنده نگرش مثبت‌تر و هر چه نمره کمتری کسب کند، نشان‌دهنده نگرش منفی‌تر او در زمینه باورهای وجودی است. نتایج به دست آمده در قسمت یافته‌ها به تفصیل شرح داده شده است.

نتایج

همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، پس از تهیه و در نظر گرفتن اصلاحات، در نهایت پرسشنامه با ۳۹ گویه به‌صورت مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از مبتلایان اجرا شد. در مرحله مقدماتی برای تعیین پایایی^۱، از ضریب آلفای کرونباخ^۲ و روش لوپ (ضریب آلفا در صورت حذف هر گویه) استفاده شد. همچنین همبستگی گویه‌ها با کل آزمون نیز مورد بررسی قرار گرفت. در این مرحله ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۷) نشان داد که گویه‌های پرسشنامه از همسانی درونی مناسبی برخوردارند. در نهایت ۳۹ گویه جهت اجرا بر روی نمونه اصلی آماده شد. پس از اجرای اصلی با ۱۵۰ پرسشنامه، به‌منظور بررسی همسانی درونی و پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، نتایج نشان داد که پرسشنامه با مقدار ضریب (۰/۷۷) از همسانی قابل قبولی برخوردار است. همچنین پس از بررسی همبستگی گویه‌ها با کل آزمون، گویه‌هایی که همبستگی منفی و خیلی پایین با نمره کل داشتند از مجموع گویه‌ها حذف شدند (گویه‌های ۱۵-۲۰) و بررسی روایی سازه^۳ و تحلیل عاملی^۴ پرسشنامه با ۳۷ گویه انجام شد. برای بررسی روایی سازه پرسشنامه با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی چند مرحله به کار برده شد. ابتدا ماتریس همبستگی سؤالات که در برگیرنده کلیه همبستگی‌های سؤال با سؤال و سؤال با نمره کل است، نشان داد که

-
1. reliability
 2. cronbach's alpha
 3. construct validity
 4. factor analysis

ضرایب همبستگی در سطح $P < 0/05$ به صورت مثبت معنی‌دار هستند. همچنین به منظور بررسی اهمیت و معنی‌دار بودن ماتریس داده‌ها از شاخص‌های کفایت نمونه‌برداری^۱ (KMO) و آزمون خی دو کرویت بارتلت^۲ استفاده شد. مقدار (KMO) شاخص نیرومندی رابطه بین متغیرها را تبیین می‌کند و مقادیر همبستگی مشاهده‌شده را با مقدار همبستگی جزئی مقایسه می‌کند. سرنی و کیسر^۳ (۱۹۷۷؛ به نقل از هومن، ۱۳۸۵) معتقدند که اگر مقدار KMO بزرگ‌تر از ۰/۶ باشد می‌توان تحلیل عاملی را انجام داد و هر چه این مقدار بزرگتر، مناسبیت نمونه‌برداری بیشتر خواهد بود. جدول ۱ نتایج را نشان می‌دهد:

جدول ۱. مقدار KMO و نتیجه آزمون کرویت بارتلت برای ماتریس همبستگی سؤالات

آزمون کفایت نمونه‌گیری KMO		۰/۶۸۷
مقدار خی دو	۱۸۷۵۲/۸۳	
آزمون کرویت بارتلت	درجه آزادی	۶۱۰۵
	ضریب معنی‌داری (p)	$p < 0/01$

همان‌طور که در جدول نشان داده شده، مقدار KMO برابر ۰/۶۸۷ بوده و آزمون کرویت بارتلت نیز در سطح $(P < 0/01)$ معنادار است؛ بنابراین ماتریس همبستگی دارای اطلاعات معنی‌دار است. به عبارت دیگر در داده‌های پژوهش حداقل شرایط لازم برای تحلیل عاملی وجود دارد.

برای استخراج عامل‌های اولیه مقیاس باورهای وجودی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی^۴ استفاده شد. با استفاده از چرخش واریماکس^۵، سؤالات چرخش داده شد تا روی عامل‌های مربوطه بار عاملی بیشتری را نشان دهند و گویه‌هایی که بار عاملی نامناسبی داشتند حذف شوند. نتایج نشان داد که تمامی مقادیر مرتبط با همبستگی گویه‌ها با کل آزمون در راستای تحلیل مؤلفه‌های اصلی، بالاتر از ۰/۵ قرار داشتند که نشان از همبستگی بالا بین تک‌تک گویه‌ها با کل آزمون و مناسب بودن آن جهت تحلیل عاملی است. همچنین مقادیر اولیه تمامی اشتراک‌ها برابر با ۱ بود.

1. sampling adequacy
2. Bartlett's Test of Sphericity (Chi-Square)
3. Cerny & Kaiser
4. principal component analysis
5. varimax rotation

به منظور انتخاب عامل‌ها از آزمون اسکری کتل^۱ استفاده شد. نمودار اسکری ملاکی است که جهت تعیین تعداد عوامل استخراجی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نمودار اسکری به دست آمده نشان داد که تعداد ۴ عامل از عامل‌های پرسشنامه بالاتر از شیب خط قرار داشتند. سپس به منظور تعیین گویه‌های مربوط به هر عامل از چرخش عمودی واریمارکس استفاده شد. آماره‌های مربوط به ۴ جز استخراج شده در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. آماره‌های مربوط به ۴ جزء استخراج شده

عامل‌های فرضی	مجموع مجذور بار عاملی هر عامل بعد از چرخش		
	ارزش ویژه	درصد تبیین کنندگی واریانس	درصد تجمعی
۱	۱۰	۹/۹۰	۹/۹۰
۲	۱۰	۹/۴۲	۱۹/۳۲
۳	۹/۰۲	۸/۱۳	۲۷/۴۵
۴	۷/۴۱	۶/۶۸	۳۴/۱۴

روش چرخش: تحلیل مؤلفه‌های اصلی

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۳۴/۱۴ درصد واریانس این پرسشنامه توسط ۴ عامل تبیین می‌شود. عامل اول ۹/۹۰ درصد واریانس کل، عامل دوم ۹/۴۲ درصد واریانس کل، عامل سوم ۸/۱۳ درصد واریانس کل و عامل چهارم ۶/۶۸ درصد واریانس کل را تبیین می‌کنند. از این رو، با توجه به اینکه ۴ عامل (با ارزش ویژه ۲ و بالاتر) بهتر واریانس‌های پرسشنامه را تبیین می‌کنند، با توجه به مقدار واریانس تبیین شده توسط عامل‌ها و با استفاده از نمودار اسکری، ۴ عامل جهت چرخش مشخص شد. ماتریس مؤلفه‌ها برای عامل‌های استخراج شده بعد از چرخش نشان داد که تعدادی از سؤالات به دلیل این که بار عاملی بالاتر از ۰/۳ (سنت روانسنجی) روی هیچ کدام از ۴ عامل به دست آمده نداشتند از مجموعه سؤالات پرسشنامه حذف شدند. بدین ترتیب، بر اساس نتایج به دست آمده در نهایت ۵۰ آیتم مناسب باقی ماند. ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و مقدار ۰/۷۰ نشان‌دهنده پایایی و همسانی درونی مطلوب پرسشنامه بود. در ضمن همبستگی تمامی سؤالات با مجموع سؤالات نیز در حد مطلوب بود. بعد از مشخص کردن سؤالات نهایی و در ضمن مؤلفه‌های مربوطه (عامل‌ها)، با توجه به مبانی نظری مربوط به

1. Cattell

باورهای وجودی در نهایت عامل‌ها نام‌گذاری شدند. جدول ۳ نام‌گذاری عوامل را به تفکیک گویه‌ها نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه‌ای از تحلیل عاملی بعد از چرخش از ۱۱۱ آیتم پرسشنامه

بودن در جهان معنادار	ایمان و حقیقت	خودآگاهی و مسئولیت	بخشش و عشق به دیگران
۳۰b	۲۸b		
۳۰a	۲۳a		
۱۹c	۹c	۱۹b	۳۸c
۲۵c	۷a	۱۸b	۱۳a
۱۰b	۱۸c	۲۲b	۲۶a
۳۷b	۲۱b	۱c	۱۴c
۳۷a	۱b	۵c	۸b
۹a	۱۶b	۱۳b	۳۵b
۸a	۲c	۲۱c	۲۸c
۲۳c	۱۳c	۲۶b	۷c
۲۵b	۱۱c	۱۴b	۱۱a
۱۶a	۲۲a	۲۶c	۵b
۲b	۳۸b		۳۴b
۱۰c	۳۴c		
	۳۵c		

جدول شماره ۴ همبستگی بین عوامل به دست آمده و نمره کل پرسشنامه را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون همبستگی بین عوامل به دست آمده و نمره کل

متغیر	بودن در جهان معنادار	ایمان و خودآگاهی	خودآگاهی و مسئولیت	عشق به دیگران	نمره کل پرسشنامه
بودن در جهان معنادار	۱				
ایمان و حقیقت	۰/۴۴۷**	۱			
خودآگاهی و مسئولیت	۰/۳۸۴**	۰/۲۸**	۱		
عشق به دیگران	۰/۲۸۱**	۰/۳۱**	۰/۴۲**	۱	
نمره کل پرسشنامه	۰/۶۱۴**	۰/۶۶**	۰/۲۰*	۰/۳۴۸**	۱

** همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۱

* همبستگی معنی دار در سطح ۰/۰۵

بر اساس نتایج به دست آمده بین عوامل با یکدیگر و نمره کل، همبستگی معنادار وجود دارد؛ بنابراین این خود نشان دهنده روایی بالای سؤالات پرسشنامه بعد از انجام تحلیل عاملی است.

همچنین بعد از مشخص کردن عوامل مربوط به پرسشنامه به بررسی اولویت بندی این عوامل از نظر افراد مبتلا به ام اس پرداخته شد. بدین صورت که میانگین حاصل شده در هریک از مؤلفه‌ها را در طیف پاسخگویی ۱ تا ۱۰ محاسبه نموده و با توجه به عدد حاصل شده، عوامل را به صورت زیر الویت بندی نمودیم.

جدول ۵. اولویت بندی عوامل براساس پاسخ افراد مبتلا به ام اس

شاخص آماری عامل	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
خودآگاهی و مسئولیت	۱۵۰	۶/۸۱	۲/۱۲
بخشش و عشق به دیگران	۱۵۰	۶/۶۰	۱/۸۳
ایمان و حقیقت	۱۵۰	۶/۲۳	۱/۷۹
بودن در جهان معنادار	۱۵۰	۴/۹۵	۲/۲۷

از آنجا که در پرسشنامه هنجار شده، نمره بالا نشان دهنده باورهای وجودی مثبت و نمره پایین نشان دهنده باورهای منفی است؛ بنابراین با توجه به یافته‌های جدول ۵، افراد مبتلا به ام اس در عامل مربوط به بودن در جهان معنادار، از باورهای مثبت (وجودی) کمتری برخوردارند. بنابراین در جریان مشاوره، تمرکز بر این عامل می‌تواند ما را در رسیدن به هدف مشاوره که همان سلامت و بهبود سطح معنوی آن‌ها می‌باشد، یاری نماید. بعد از آن به ترتیب عامل‌های ایمان و حقیقت، عشق به دیگران و خودآگاهی و مسئولیت قرار می‌گیرند که لزوم تمرکز روان‌درمانی را تأکید می‌کنند. همچنین بر اساس پاسخ افراد مبتلا به ام اس در خصوص استعاره‌ها که به صورت کیفی و پاسخ‌های باز از افراد پرسیده شده بود این نتایج حاصل شد که ۲۸ نفر از آن‌ها در پاسخ به استعاره‌ها به باورهای وجودی و ۵۳ نفر به باورهای عدمی اشاره کرده بودند که با توجه به نمرات به دست آمده در پرسشنامه اختلاف دو گروه در متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت:

جدول ۶. آماره‌های توصیفی مربوط به نمرات باورهای وجودی به تفکیک گروه

شاخص آماری متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین
بیماران با باورهای وجودی	۲۸	۷۹/۲۱	۳۲/۱۵	۶/۰۸
بیماران با باورهای عدمی	۵۳	۷۰/۶۶	۲۸/۱۵	۳/۸۷
بیماران با باورهای وجودی	۲۸	۹۸/۳۹	۲۲/۶۳	۴/۲۸
بیماران با باورهای عدمی	۵۳	۹۳/۸۳	۲۴/۳۹	۳/۳۵
بیماران با باورهای وجودی	۲۸	۷۰	۱۸/۹۰	۳/۵۷
بیماران با باورهای عدمی	۵۳	۶۳/۸۱	۲۱/۲۸	۲/۹۲
بیماران با باورهای وجودی	۲۸	۷۵/۴۶	۱۳/۱۹	۲/۴۹
بیماران با باورهای عدمی	۵۳	۷۱/۲۵	۲۴/۰۶	۳/۳۰
بیماران با باورهای وجودی	۲۸	۳۲۳/۰۷	۴۵/۲۱	۸/۵۴
بیماران با باورهای عدمی	۵۳	۲۹۵/۵۵	۴۵/۳۷	۶/۲۳

همان‌طور که از جدول ۶ استنباط می‌شود میانگین نمرات باورهای وجودی در گروه افراد با باورهای مثبت بیشتر از میانگین نمرات گروه افراد، با باورهای عدمی می‌باشد. حال در ادامه به بررسی معنی‌داری این تفاوت پرداخته می‌شود. همان‌طور که از جدول ۶ استنباط می‌شود میانگین نمرات باورهای وجودی در گروه افراد مبتلا با باورهای مثبت بیشتر از میانگین نمرات گروه مبتلایان با باورهای عدمی می‌باشد. منظور از باورهای وجودی مثبت، باورهایی هستند که نشانگر سطح بالاتری از شناخت خداوند و ایمان به پروردگار و یا به‌طور کل، نشانگر سطح بالاتری از خودآگاهی و یا عشق هستند. مثلاً در سؤال باز پاسخ آخر (اگر عضو آسیب‌دیده شما زبان می‌داشت و جمله‌ای می‌گفت آن جمله چه بود؟) این افراد پاسخ داده‌اند که: (الهی راضی‌ام به رضای تو. و امیدوارم به فضل

و رحمت تو و آنچه برایم مقدر فرمودی را می‌پذیرم و می‌دانم که تو به همه چیز دانا و توانایی. (شکر). (توکل به خدا من تنها نیستم). (خدا را شکر که بدتر از این نیستم). (می‌بخشمت. تو هم سعی کن بخشنده باشی). (با من مدارا کن. تسلیم نشو). (همیشه یک راه جدید وجود دارد فقط باید آن را کشف کرد). (می‌توانست بدتر از این شود). (خدایا هیچ کس مریض نشه). (سعی کردم طبق دستورات خداوند گام بردارم. اکنون قدر منو بهتر می‌دونی. من باز هم با تو می‌سازم. نا امید نشو)... اما افرادی که باورهای منفی‌تر (باورهای عدمی) بیشتری داشتند پاسخ‌هایی دادند که نشانگر وابستگی بیشتر، مسئولیت کمتر، خودآگاهی کمتر، انتقام و... بوده‌اند مثل: (به من اهمیت دهید که بی دلیل گرفتار بیماری صعب‌العلاج نشوم). (قدر منو ندونستی، حالا بکش). (کاش زودتر از دست خلاص بشم). (چرا؟). (نمی‌دانم. نمی‌دانم). (منو تنها رها نکن). (اه این چه وضعیه؟ چرا نمی‌تونم دنیا رو درست بینم). (ای کاش من هم تاج سلامتی رو بر سر داشتم). (چرا من؟) و این بخش بنا داشت که همسویی نمره پرسشنامه را با استعاره‌های به کار برده توسط مبتلایان به ام اس، نشان دهد و بیان نماید که استعاره‌ها به خوبی می‌توانند سمت و سوی باورها را نشان دهند و این همراستایی، اعتبار محتوایی پرسشنامه را هرچه بهتر روشن می‌کند.

جدول ۷. نتایج آزمون t مستقل میانگین نمرات باورهای وجودی

متغیر	آزمون لوین		t مستقل	درجه آزادی	سطح معناداری
	F	سطح معناداری			
بودن در جهان معنادار	۰/۸۰	۰/۳۷	۱/۲۳	۷۹	۰/۲۱
ایمان و حقیقت	۱/۲۰	۰/۲۷	۰/۸۲	۷۹	۰/۴۱
خودآگاهی و مسئولیت	۱/۰۵	۰/۳۰	۱/۲۹	۷۹	۰/۲
بخشش و عشق به دیگران	۰/۹۰	۰/۳۰	۰/۸۶	۷۹	۰/۳۹
نمره کل	۰/۰۶۳	۰/۸۰	۲/۲۲	۷۹	۰/۰۲

جدول ۷ نشان می‌دهد که با توجه به این که مقدار سطح معنی‌داری آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس‌ها بیشتر از ضریب ملاک یعنی ۰/۰۵ است؛ بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان گفته می‌شود که دو گروه از نظر واریانس برابر هستند و پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه، جهت آزمون t رعایت شده است.

همان گونه که نتایج آزمون t مستقل نشان می‌دهد از آنجا که مقدار t به دست آمده در نمره کل پرسشنامه با درجه آزادی ۷۹، از مقدار t بحرانی بزرگتر است و همچنین از آنجا که سطح معنی‌داری به دست آمده کوچکتر از سطح معنی‌داری ملاک $0/05$ است؛ بنابراین با ۹۵ درصد اطمینان می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات باورهای وجودی در دو گروه معنی‌دار می‌باشد. نتایج به دست آمده خود نشان دهنده روایی تشخیصی پرسشنامه است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، ساخت و هنجاریابی مقیاسی مناسب برای بررسی باورهای وجودی در بین مبتلایان به ام اس بود. پرسشنامه باورهای وجودی با ۵۰ آیتم مناسب و با در نظر گرفتن چهار عامل بودن در جهان معنادار، ایمان و حقیقت، خودآگاهی و مسئولیت و بخشش و عشق به دیگران، از نظر ویژگی‌های روانسنجی مورد تأیید قرار گرفت. همچنین نتایج نشان داد که خرده‌مقیاس‌های محاسبه شده و نمره کل پرسشنامه با ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی معنی‌دار داشتند.

عامل اول در برگیرنده باورهای فرد در رابطه با جهان معنادار بود. لازم به ذکر است که افراد مبتلا در این عامل کمترین میانگین را نیز در بین عامل‌های استخراج شده به دست آوردند. لزوم بودن در جهانی معنادار و هدفمند، اعتقاد به پروردگار عالم است. تجربه احساساتی که منعکس کننده عدم اطمینان در مورد جهان (به عنوان مثال، نگرانی، تعجب، ترس، امید)، در مقایسه با احساسات خاص (به عنوان مثال، خشم، شادی، نفرت، قناعت)، نیاز به میزان بودن در جهان بودن به علاوه فعال شدن ساختارهای ذهنی دارد (ویتسون، گالینسکی و کای، ۲۰۱۵). علمی و چنگی، (۱۳۹۳) در بررسی کارکرد معنابخشی دین در اندیشه علامه طباطبائی، به سه عامل (نقش و تأثیرات آیین‌ها، کوشش به منظور ارائه تصویری معنادار از جهان هستی و سپری در برابر تهدید کننده‌های معنا) پرداخته‌اند. که دست آوردهای آن با استخراج عامل اول تحقیق در یک افق قرار می‌گیرد و به گزاره‌های مربوط به آن نزدیک است. ون دورزن (۲۰۱۰) در تعریف پارامترهای وجودی انسان، لایه فیزیکی را به عنوان لایه اول عنوان می‌کند که شباهت به "بودن در جهان" دارد. او می‌گوید، در

بعد فیزیکی، ما به محیط اطرافمان و جهان طبیعی مسلم اطرافمان، مرتبط هستیم. این حلقه بیرونی، روابط جهان ماست و شامل جسمی که داریم نیز می‌شود، محیط محسوسی که خود را در آن می‌یابیم، آب و هوا، اشیا و دارایی‌های مادی و ظرفیت سلامت و بیماری. افراد عموماً از طریق سلامتی و دارایی به دنبال امنیت در این بعد هستند؛ اما گاهی یک سرماخوردگی باعث درکی تدریجی به این موضوع می‌شود که چنین امنیتی می‌تواند موقت باشد. بیماری جسمی چه حاد و چه مزمن، به ما ضعف و میرایی مان را یادآور می‌گرداند.

عامل دوم ایمان و حقیقت است. افرادی که باور ضعیفی در رابطه با جاودانگی "روح" دارند، احتمالاً "عشق" را معنای زندگی ندانسته و مفهومی را در تعریف "حقیقت" نمی‌یابند. اعتقاد به دنیای غیر مادی، مستلزم قبول ناتوانی عقل در درک پدیده‌هایی است که خبر از دنیایی ناشناخته می‌دهند که متأسفانه قرار گرفتن در پارادایم زمانی که بر پایه علوم شناختی و عقلی بود، به دور شدن انسان از پدیده‌های غیر مادی، دامن زد. در این حالت انسان‌ها بیش از پیش به تنهایی و انزوا فرو می‌روند و کمتر در شرایط اضطراری، به توبه، صبر و توکل می‌اندیشند. پارامتر چهارم از ابعاد وجودی ون دورزن، (۲۰۱۰) به بعد معنوی اشاره دارد؛ اما او در این راستا از ارزش‌ها سخن می‌گوید که ممکن است توسط خود شخص تعریف شود. به نظر وی، ایمان و رابطه با خداوند یکی از چند تعریف ممکن از ارزش است و نه همه آن. این نقضی است که در این رابطه، احساس می‌شود. بعد معنوی، محور مرکزی درمان وجودی است. تأکید بر خداوند در این رابطه، عشق و حقیقت را معنا می‌دهد و آدمی را به امنیت و نشاط درونی رهنمون می‌شود. باقی (۱۳۹۱) نیز به موضوع باور به خداوند اشاره می‌کند که نیازی به اثبات ندارد و در برگیرنده فضای ذهنی انسان است و هوشیارانه او را می‌شناسد.

عامل سوم خودآگاهی و مسئولیت است. این عامل شامل باورهایی در زمینه مسئولیت، آزادی و ابعاد مختلف آگاهی می‌باشد. آگاهی انسان از چیستی خود همواره زمینه‌ساز تأملات او بوده است. رجبی (۱۳۹۳) در مقاله خود تحت عنوان "تحلیل تطبیقی نقش خودشناسی در معرفت به خدا از دیدگاه ملاصدرا و ابن عربی" به این نکته اشاره کرده است. ملاصدرا در آثار خود به مسأله خودشناسی پرداخته است. او خودشناسی را امری ضروری و امکان‌پذیر می‌داند؛ زیرا با معرفت به نفس می‌توان بسیاری از مسائل فلسفی را

حل کرد. ضمن اینکه به نظر ملاصدرا معرفت نفس در مسأله جهان‌شناسی اهمیت دارد. در یک تبیین، محی‌الدین به امتناع معرفت و شناخت خود و نفس نظر داده است. وی بین دو مقام ذات و مقام اسما و صفات و افعال الهی و به تبع آن در نفس آدمی، فرق قائل شده است. او معتقد است دسترسی به کنه ذات نفس و خدا امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین خودشناسی و در ادامه خداشناسی اگر ناظر به مقام ذات باشد، محال است. اما معرفت در مقام دوم امکان‌پذیر است. در آثار مختلف ابن عربی امکان‌پذیری این خودشناسی مطرح شده است.

عامل چهارم بخشش و عشق به دیگران است. این عامل شامل گزاره‌هایی می‌شود که نگرش فرد به دیگری را می‌سنجد. عشق به انسان‌ها، پذیرش، بخشش و صمیمیت را می‌پرورد. در این صورت وابستگی، ترس، نفرت، انزوا و اجتناب مفهومی نمی‌یابند. ایمانی فر و همکاران (۱۳۹۱) در مقاله‌ای تحت عنوان "بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم" بر موضوع بخشش تمرکز کرده‌اند. قرآن کریم می‌گوید عفو به معنای نگرفتن انتقام است که حق انتقام گیرنده است اما نمی‌گیرد و عفو می‌کند (مانده، ۹۵). قرآن کریم در مبحث بخشش بیشترین تأکید را بر نتایج اخروی آن داشته است در صورتی که روان‌شناسی با توجه به روش‌شناسی تحقیقی که بر پایه علم تجربی تکیه کرده است نمی‌تواند در این وادی وارد شود همچنین در روانشناسی امروز شرایط مشخصی وجود ندارد که بتواند توصیه به عدم بخشش کند؛ زیرا بخشش یک فضیلت اخلاقی است (انریگت، ۲۰۱۱) که با بهزیستی روانی ارتباط دارد و تا وقتی اصل لذت رعایت شود، بخشش نیز توصیه می‌گردد؛ اما بر اساس دیدگاه قرآنی هرچند توصیه به بخشش حداکثر شده است (شوری، ۳۰). در بعضی از موارد پس از عفو، اگر دوباره آن خطا تکرار شود، راه انتقام باز گذاشته شده است (مانده، ۹۵). پارامتر دوم یا ارتباط با دیگران ون دورزن، (۲۰۱۰) نیز بیان می‌کند، در بعد اجتماعی ما به دیگران و تعامل با جهان عمومی اطرافمان مربوط هستیم. این بعد در مورد حضور دیگر افراد در جهان و لزوم کار کردن با آنها است. علی‌رغم اینکه بعضی اوقات ساده‌تر به نظر می‌رسد با دیگران سرو کار نداشت اما از سوی دیگر، ما به دیگران برای بقای جسمی و احساسی‌مان نیاز داریم و اغلب اوقات دل‌مان برایشان تنگ شده و بدون آنها احساس تنهایی می‌کنیم، دیر یا زود همه ما با تنهایی و دانستن اینکه هیچ کس نمی‌تواند بداند "من بودن" به چه شکل است، روبرو می‌شویم و

آگاهیم که گذشته من، حال من و آینده من به این افراد مقید است و گرچه همه ما خیلی به همه شبیه هستیم، هر کدام از ما به طور ثابت از دیگران مجزا هستیم. و با این حال می دانیم به دیگران نیاز داریم و می بایست فهمیده و توسط دیگران فهمانده شویم. مسأله غامض تناقض است که آگاهی مجزا بودن من می تواند به من برای درک و احترام به دیگران کمک کند و مسأله غامض دیگر، وجود نیازمان برای فردیت، ترکیب شده با نیازمان جهت جزئی از جهان بودن است (ون دورزن، ۲۰۱۰). بر اساس تحقیقات، همسلی^۱ (۲۰۱۰) و فارلین^۲ و واندرکولک^۳ (۱۹۹۶) به اتفاق موافقاند که سرکوب شدن و نادیده گرفته شدن در اجتماع بهتر از انزوا و دور بودن از اجتماع است (کوربت و میلتن، ۲۰۱۱).

همچنین از محدودیت های پژوهش می توان به این نکته اشاره کرد که برای جمع آوری پرسشنامه ها اغلب افراد مبتلا به ام اس، جزء افرادی بودند که قادر به حرکت بوده و برای دریافت دارو به داروخانه مراجعه داشته اند و افراد با مشکلات شدید و معلولیت وسیع، در دسترس محقق نبوده اند. همچنین پیشنهاد می شود تحقیق در محدوده کوچکتر از کل قرآن کریم، می تواند عمق تحقیق را بیشتر نماید. به عنوان مثال، عنوان تحقیق بر اساس سوره اعراف، آل عمران و... می تواند دقت نظر محققین را با توجه به محدودیت زمانی و محدودیت ساختاری تحقیق، وسعت بخشد. همچنین فراهم نمودن شرایط سهل تر از طرف سازمان ها برای محققین علاقه مند و فراهم کردن امکانات خاصی که محققین، دسترسی آسان تری به کلیه افراد مبتلا به ام اس داشته باشند، می تواند راهگشای امکانات بهتر برای توجه به ابعاد معنوی، در کنار توجه به بعد جسمانی و دارو درمانی، فراهم نماید. در پایان از تمام مبتلایان به ام اس، کارکنان دانشگاه علوم و تحقیقات تهران و سازمان تأمین اجتماعی که با هماهنگی های لازم، موجبات این پژوهش را فراهم کردند صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

منابع

احمدی، بابک. (۱۳۸۱). هایدگر و پرسش بنیادین. تهران: نشر مرکز

1. Hemsley, C.
2. Mcfarlane, A.
3. Van derkolk, B. A

- احمدی، صدیقه. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی آموزش مبتنی بر طرح معنویت درمانی با رویکرد دینی و درمان روایت دل‌بستگی به زنان به کاهش تعارضات زناشویی. پایان نامه دکتری. تهران: علامه طباطبایی
- آذربایجانی، مسعود. (۱۳۸۷). مقیاس سنجش دینداری، تهیه و ساخت آزمون جهت گیری مذهبی با تکیه بر اسلام. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه
- آرام، محمدرضا. (۱۳۸۷). قرآن و بهداشت روانی. گروهی از نویسندگان، مجموعه مقالات قرآن کریم، جلد سوم؛ انتشارات اسوه، چاپ اول. سایت راسخون
- آرکینز، پل و گری، کالین. (۱۳۸۲). کتاب آموزشی *SPSS10*، ترجمه فتوحی اردکانی. تهران: نشر آصال-شایگان.
- آقاییوسفی، علیرضا؛ شقاقی، فرهاد؛ دهستانی، مهدی و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۱). ارتباط کیفیت زندگی و سرمایه روان‌شناختی با ادراک بیماری در میان مبتلایان به بیماری ام اس. *فصلنامه روانشناسی سلامت*. شماره ۱، ص ۱-۱۵
- ایمانی فر، حمیدرضا؛ فاطمی، جمیله و امینی، فاطمه. (۱۳۹۱). بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم؛ *فصلنامه انسان پژوهی*، مقاله ۷، دوره ۹، شماره ۲۷.
- باقی، عبدالرضا. (۱۳۹۱). بررسی و نقد صدق و معقولیت باور به خدا بر اساس براهین وجودی از دیدگاه پلانتینگا. *فصلنامه اندیشه نوین دینی*. سال ۷. ش ۲۷. ص (۱۹۷-۲۲۰).
- بهراری، فرشاد و سیف، سوسن. (۱۳۷۹). بخشودگی: معرفی یک مدل درمانی در مشاوره ازدواج و خانواده. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره. *فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن مشاوره ایران*. جلد ۲، شماره ۷ و ۸.
- پترسون، مایکل وهاسکر، ویلیام و رایشنباخ، بروس و بازینجر، دیوید. (۱۳۸۷). عقل و اعتقادات دینی، ترجمه احمد نراقی و ابراهیم سلطانی. ج ۵، تهران: طرح نو.
- پرن، پریسا. (۱۳۸۹). بررسی و مقایسه باورهای زنان بارور و نابارور نسبت به ناباروری. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی
- تقی یاره، فاطمه. (۱۳۸۹). تدوین بسته‌ی روان‌درمانگری وجودی بر اساس اندیشه جلال‌الدین محمد مولوی و بررسی اثر بخشی آن در درمان افسردگی و افزایش سطح تحول من. پایان نامه دکتری. تهران: علامه طباطبایی

ژندایک، رابرت. آل. (۱۳۷۵). *روانشنجی کاربردی*. ترجمه: هومن حیدر علی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

جان بزرگی، مسعود و داستانی، محبوبه. (۱۳۹۳). *مروری بر وضعیت تجربی روان‌درمانگری در ایران. دو فصلنامه علمی-پژوهشی. مطالعات اسلام و روانشناسی*. شماره ۱۵، ص ۱۴۵-۱۹۰.

جان بزرگی، مسعود؛ فاکر، حسین و جان بزرگی، امین. (۱۳۹۰). *ارزیابی تحول روانی - معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی. مطالعات اسلام و روانشناسی*. سال پنجم. شماره ۸.

جهانگیر، اکرم و مفتون، فرزانه. (۱۳۸۷)؛ تأویل آیه ۸۲ سوره اسراء در رابطه با دعا و درمان. *فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی*. سال اول، شماره اول. حیدری، علی. (۱۳۸۸). *ناخودآگاه روحی و خلاء وجودی از دیدگاه قرآن و روان‌شناسی جدید*.

دلاور، علی. (۱۳۸۰). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی*. تهران: انتشارات رشد. رجبی، محمود. (۱۳۹۳)؛ *روش تفسیر قرآن*. تهران: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. چاپ پنجم. (۱۳۹۱).

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۳). *اندازه‌گیری، سنجش و ارزشیابی آموزشی*. تهران: نشر آگاه. سیمون و سیمون. س. (۱۳۷۱). *بخشودن*. ترجمه مهدی قراچه داغی، چاپ اول، نشر: مترجم

شکری نیا، محمد علی. (۱۳۸۸)؛ *جایگاه طبیعت در تربیت انسان از دیدگاه قرآن*. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: علامه طباطبایی

طباطبایی (ره)، سید محمد حسین. (۱۳۸۸). *قرآن در اسلام از دیدگاه تشیع*. تهران: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه قم
طباطبایی (ره)، سید محمد حسین. (۱۳۹۱). *اصول فلسفه رئالیسم*. به کوشش سید هادی خسروشاهی. چاپ سوم؛ قم: دفتر تبلیغات اسلامی حوزه علمیه قم. موسسه بوستان کتاب.

طباطبایی (ره)، سید محمد حسین. (۱۳۹۱). *اصول فلسفه رئالیسم*. مقدمه و پاورقی به قلم شهید مرتضی مطهری. (پنج جلد). انتشارات صدرا. چاپ بیست و یکم

طباطبایی (ره)، سیدمحمدحسین. (۱۳۹۰). *تفسیر المیزان* (دوره ۲۰ جلدی)، ترجمه سید محمدباقر موسوی همدانی. چاپ ۳۱. قم: دفتر انتشارات اسلامی وابسته به جامعه مدرسین قم

علمی، قربان و چنگی آشتیانی، مریم. (۱۳۹۳). بررسی کارکرد معنا بخشی دین در اندیشه علامه طباطبایی.

فاطمی، آزاده سادات. (۱۳۸۶). مقایسه افکار ناکارآمد و سازگاری اجتماعی در زنان نابارور. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

فتاحیان، کبری. (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به ام اس، بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی شهر تهران. روانشناسی عمومی. دانشگاه علامه طباطبایی.

فرگوسن، کیتی؛ استیون هاکنینگ. (۱۳۹۲). *ذهنی رها*. ترجمه رامین رامبد. تهران: نشر مازیار.

فقیهی، شکوهی یکتا، پرند. (۱۳۹۰). نگرش انسان شناختی اسلامی و بازتاب آن در سلامت روانی. تازه‌ها و پژوهشهای مشاوره. *فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن مشاوره ایران*. جلد ۱۰، شماره ۳۷. بهار ۱۳۹۰.

فقیهی، علی نقی و رفیعی مقدم، فاطمه. (۱۳۸۷). انسان از دیدگاه راجرز و مقایسه آن با دیدگاه اسلامی. *دو فصلنامه علمی، تخصصی. مطالعات اسلام و روان شناسی*. س ۲، ش ۳، پاییز و زمستان. صفحات ۱۶۷-۱۴۳.

قرآن حکیم. ترجمه و شرح آیات منتخب، حضرت آیه الله مکارم شیرازی. (۱۳۸۹). قم: نشر نشتا، چاپ نوبت دوم.

کجباف، محمدباقر؛ قاسمیان نژاد جهرمی، علی نقی و احمدی فروشانی، سید حبیب الله. (۱۳۹۴). تأثیر گروه‌درمانی معنوی و وجودی بر میزان افسردگی، اضطراب مرگ و باور به ادامه حیات پس از مرگ با تکیه بر گزارش‌های افراد تجربه کننده مرگ در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. سال شانزدهم، شماره ۴، ص (۱۳-۴).

کلاین، پل. (۱۳۸۰). *راهنمای ساده تحلیل عاملی*. ترجمه صدر السادات، سیدجلال و مینایی، اصغر. تهران: نشر سمت. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۴)

مصلح، علی اصغر. (۱۳۸۴). پرسش از حقیقت انسان مطالعه‌ای تطبیقی در آراء ابن عربی و هایدگر؛ قم: کتاب طه

معاضدی، کاظم و اسدی، عبدالله. (۱۳۹۰)؛ بررسی روش‌های حفظ سلامت روان از منظر قرآن کریم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. دوره دوازدهم. شماره اول. بهار (۱۳۹۱). صفحات ۸۵-۹۶

مفتون، فرزانه و جهانگیر، اکرم و صدیقی، ژیللا و کاربخش، مژگان و فرزندی، فرانک و خدایی، شهناز. (۱۳۸۷)؛ دعا درمانی و کیفیت زندگی در بیماران مولتیپل اسکلروز. *فصلنامه تخصصی پژوهش‌های میان رشته‌ای قرآنی*. سال اول، شماره اول، زمستان، ۱۳۸۷.

میرهاشمی، مالک و نجفی، فاطمه. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان راه حل‌مدار بر تاب آوری و احساس انسجام بیماران مولتیپل اسکلروزیس. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. دوره ۲۴. شماره ۳. ص ۱۷۵-۱۸۱.

هاریسون، (۱۳۸۴). *اعصاب هاریسون*. ترجمه: سید مصطفی میدی. تهران: چراغ دانش. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵)

هومن، حیدر علی. (۱۳۸۰). *اندازه‌گیری روانی و تربیتی و فن تهیه تست با تجدید نظر کلی و افزودنی‌ها*. تهران: نشر سلسله.

هینکل، جانیس آل و چیویر، کری اچ. (۲۰۰۸). *درسنامه پرستاری داخلی و جراحی برونر و سودارث: مغز و اعصاب*. ترجمه زهرا مشتاق. (۱۳۹۳). تهران: جامعه نگر

Corbett, L. & Milton, M. (2011). Existential therapy: A useful approach to trauma?. *Counselling Psychology Review*, 26 (1), 62-74.

Enright, R. D., Eastin, D. L., Golden, S., Sarinopoulos, I., & Freedman, S. (1991). Interpersonal forgiveness within the helping professions: An attempt to resolve differences of opinion. *Counseling and Values*, 36(2), 84-103.

Festinger, I. (1954). A theory of social comparison process, *Hum Relt.* 7: 117-140.

Heidegger, M. (1962). *Being and time*, trans. J. Macquarrie and E. Robinson.

Helminiak, D. A. (2001). Treating spiritual issues in secular psychotherapy. *Counseling and values*, 45(3), 163-189.

Hemsley, C. (2010). Why this trauma and why now? The contribution that psychodynamic theory can make to the understanding of post-traumatic stress disorder. *Counselling Psychology Review*, 25(2), 13-20.

- Hoffman, L. (2012). An existential-phenomenological approach to the psychology of religion. *Pastoral Psychology*, 61(5-6), 783-795.
- Hoffman, L., Dias, J., & Soholm, H. C. (2012). Existential-humanistic therapy as a model for evidence-based practice. In *Evidence in support of existential-humanistic psychology: Revitalizing the 'third force'. Symposium presented at the 120th annual convention of the American Psychological Association, Orlando, FL.*
- Jung, C. G. (1959). *The Archetypes and Collective Unconscious* (2nd.). London: Routledge. PP.31.
- Kennedy, G. A; Macnab, F. A. & Ross, J. J. (2015). The effectiveness of spiritual religious interventions in psychotherapy and counseling: a review of the recent literature. Melbourne: PACFA.
- Koenig, H. G., Pearce, M. J., Nelson, B., Shaw, S. F., Robins, C. J., Daher, N. S., & Rosmarin, D. H. (2015). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A pilot randomized trial. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(4), 243-251.
- Lodrick, Z. (2007). Psychological Trauma—What Every Trauma Worker Should Know. *Integration*, 4, 2.
- McFarlane, A. C., & Van Der Kolk, B. A. (1996). Trauma and its challenge to society.
- Miars, R. D. (2002). Existential authenticity: A foundational value for counseling. *Counseling and Values*, 46 (3), 218-225.
- Oliver, Mark. (2010); An Analysis of Existential therapy from a counseling perspective. University of Houston- clear lake.P.1-14
- Petrie, K. J; myrtveit, Solbjorg Makalani, Partridge, Ann, H; Stephens, Melika. (2015). The Relationship between the belief in a genetic cause for breast cancer and bilateral mastectomy. *Health psychology*, Vol 34(5), May 2015, 473-476.
- Spinelli, E. (2002). The therapeutic relationship as viewed by existential psychotherapy: re-embracing the world. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32(1), 111-118.
- Stephen A. Diamond. (2014). secrets of existential, psychotherapy – Prt II, *journal Dasein 2014*; p.64-65, Dasein n.2
- Van Deurzen, E., & Adams, M. (2016). *Skills in existential counselling & psychotherapy*. Sage.
- Van Deurzen, E. (2010). the framework of Existential therapy.4030-ch-01.indd.P.7-26
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: a meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115.
- Wainrip, B. R. (2006). *Healing crisis and trauma with body, mind, and spirit*. New York: Springer publishing company.
- Whitson, J. A., Galinsky, A. D., & Kay, A. (2015). The emotional roots of conspiratorial perceptions, system justification, and belief in the paranormal. *Journal of Experimental Social Psychology*, 56, 89-95.