

اثربخشی درمان وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی)؛ بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام اس

parisa.paran52@gmail.com

Mazarbayerjani110@yahoo.com

پریسا پرن / دکتری مشاوره دانشگاه علوم تحقیقات

مسعود آذربایجانی / دانشیار روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

علی دلاور / عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی

دریافت: ۱۳۹۴/۰۶/۳۰ - پذیرش: ۱۳۹۴/۱۱/۱۴

چکیده

این پژوهش، به‌منظور تعیین اثربخشی درمان وجودی، بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای مبتلایان به ام‌اس ارائه شده است. جامعه آماری این تحقیق، کلیه بیماران ام‌اس تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی بودند. برای بررسی باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس و بررسی اثربخشی درمان استخراجی از قرآن کریم، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد و در اختیار مبتلایان به ام‌اس قرار گرفت. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه محقق ساخته و پس از طی مراحل تحلیل عاملی، استخراج عوامل تشکیل‌دهنده باورهای وجودی مبتلایان انجام شد که به ترتیب شامل، باورهای وجودی در رابطه با: ۱. بودن در جهان معنادار؛ ۲. ایمان و حقیقت؛ ۳. خودآگاهی و مسئولیت؛ ۴. بخشش و عشق به دیگران بودند. در مرحله نهایی پرسش‌نامه اصلاح شده، برای بررسی تغییر مثبت باورها، در اختیار دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. نتیجه تحقیق نشان داد که درمان وجودی بر تغییر مثبت بیماران ام‌اس مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: رویکرد وجودی، درمان وجودی بر اساس قرآن کریم، باورهای وجودی.

مقدمه

باورها دارای ابعاد شناختی، روانی و رفتاری‌اند. بُعد شناختی عبارت است از: اطلاعاتی که آن باور مبتنی بر آن می‌باشد و اساسی است، برای قضاوت در مورد آنچه خوب یا بد، درست یا اشتباه می‌باشد. بُعد روانی عبارت است از: هیجان، احساس یا شدت تغییر حالت. بُعد رفتاری، عملی است که یک فرد انجام می‌دهد و با بُعد شناختی افکار و باورها سازگار است. چنین اعمالی با محتوای تفکر مطابقت دارند (فاطمی، ۱۳۸۶، ص ۳۹).

اهمیت باور در این است که وقتی چیزی مورد پذیرش قرار می‌گیرد، و به جزیی از خود انسان بدل شود، در همه افعال و رفتار و احساسات وی تأثیر می‌گذارد. از این رو، زندگی آدمی را به مسیر خاصی هدایت خواهد کرد. در واقع، از آنجایی که واقعی‌ترین چیز برای انسان خود اوست و خود نیز از باورها تغذیه کرده و می‌کند، می‌توان یک انسان را مجموعه‌ای از باورها دانست (ترابی، ۱۳۸۸، ص ۸۳).

باورها به حدی قوی هستند که می‌توانند در رابطه با بروز بیماری نقش ایفا کنند. مثلاً، باورهایی که فرد در رابطه با علت بیماری خود دارد، می‌تواند در سراسر دوره بیماری، تصمیمات او و رفتارهای خود را هدایت کنند (پتری (Petrie) و همکاران، ۲۰۱۵).

آنچه به عنوان نظام باورهای وجودی مطرح است، شامل ساختارهای شناختی، جهان‌بینی، فرضیات، منطق، ویژگی‌ها و تبیین‌هایی می‌باشد که به ابعاد مختلف چالش‌های وجودی مربوط است و مثل سایر ساختارهای ذهنی، باورها قدرتمندند، چون داربست ذهنی ما را تشکیل می‌دهند. باورها عوامل درونی هستند که رفتار یک فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (رفتار را توصیف و پیش‌بینی می‌کنند). وقتی کسی چیزی را باور می‌کند، یعنی در راهی معین و با شرایطی ویژه حرکت خواهد کرد (هالیگان (Halligan)، ۲۰۰۶).

تحقیقات نشان می‌دهد که مداخله در رابطه با معنویت و باورهای مذهبی، عاملی است که تأثیرات مثبت بر سلامت روان و جسم داشته است. مطالعات پس از سال‌های ۲۰۱۰، اثربخشی معنویت و باورهای مذهبی در مداخلات روان‌درمانی و مشاوره را ثابت کرده است. به طوری که نتایج مثبتی بر انواع نگرانی‌های درمان‌جو، از جمله افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنی و مقابله با بیماری‌های جسمی داشته است. مسائل مربوط به معنویت و دین، به شدت ممکن است درک فرد از خویش، جهان‌بینی، تفسیرهای وی از تجارب و رفتارش را تحت تأثیر قرار دهد (کندی (Kennedy) و همکاران، ۲۰۱۵). شناخت رو به رشدی از تأثیر مثبت معنویت و باورهای مذهبی و تجارب در این رابطه، بر سلامت روان و جسم افراد وجود دارد. مطالعات متعدد، ارتباط معنادار بین این عامل و ویژگی‌های مثبت و سلامت روان، مانند رفاه، امید، خوش‌بینی، معنا و هدف، کاهش سطح اضطراب و افسردگی و مهارت‌های سازگاری را نشان داده است (کندی و همکاران، ۲۰۱۵). این مداخلات شامل بحث در اطراف مسائل خاص از قبیل ایمان، هدف و معنا می‌باشند (همان).

مداخله‌های معنوی شامل برنامه‌هایی است که به نوعی از مذهب یا معنویت، به‌عنوان یک مؤلفه درمانی و یا به‌عنوان یک مداخله مستقل استفاده می‌گردد. مداخله‌های معنوی، پرداختن به مذهب و معنویت را امری ضروری و شیوه‌ای مؤثر برای مهار مشکلات روان‌شناختی می‌دانند. این مداخله‌ها، پرداختن به امری مقدس است که اساس سلامت روانی بیان می‌شود و به هم ریختگی معنوی که شامل ارزش‌ها، شیوه معنادهی و هدف‌گایی زندگی است، اساس تبیین آسیب روان‌شناختی فرض می‌گردد (جان‌بزرگی و داستانی، ۱۳۹۳).

سلامتی معنوی و مداخله، در زمینه معنویت و باورهای مذهبی، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های درمانی مهم در بیماری‌های مزمن و سخت شناخته شده است. کرامر و همکاران (۲۰۱۱)، با تأکید بر این مطلب سه جنبه این درمان را بررسی کرده‌اند. ایمان، آرامش و معنادهی اهمیت ویژه‌ای داشته‌اند. جرلیک و همکاران (۲۰۱۱)، درمان یکپارچه روانی - معنوی را برای زنانی که به کار برده‌اند که به سرطان سینه مبتلا بودند. ایشان دریافتند که آنها علاوه بر بهبودی از نظر افسردگی، خشم و خستگی از نظر سلامتی جسمی، سلامتی هیجانی و سلامتی کنش‌وری بهبودی معناداری یافته‌اند. علاوه بر آن، از نظر تشخیصی قوی‌تر شده‌اند و سلامت معنوی (احساس معناداری و آرامش) بیشتری داشته‌اند. در این روش، محققان از جهان‌بینی و هدف‌یابی برای زندگی، معنادهی و تمرین‌های معنوی برای عبور از نشانه‌های بیماری بیشتر استفاده کرده‌اند. این مؤلفه‌های درمانی، به جنبه‌های روانی - معنوی افراد مربوط هستند (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

یکی از اختلالات ناتوان‌کننده عصب‌شناختی، مولتیپل اسکلوروزیس (ام‌اس) می‌باشد که علاوه بر اختلالات عصبی - حرکتی، با علائمی چون اضطراب 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 به سرعت پیش‌رونده و ناتوان‌کننده متغیر است (هاریسون (Harison)، ۱۳۸۴). از آنجاکه ارتباط بُعد مادی و معنوی انسان، تعادل و سلامت وی را شکل می‌دهد، توجه به بُعد معنوی از اهمیت بسیار برخوردار است. روح بشر نمی‌تواند بیمار باشد. علی‌رغم بیماری جسمی، یک هسته سالم در وجود بشر قرار گرفته است. با اینکه رسیدن به حالت موازنه و تعادل، در ابعاد جسمی و فکری پسندیده است، اما در بُعد روحی، شادی نتیجه رشد و توسعه نیروی بالقوه فرد است که مشروط به معناخواهی بشر است (قدرتی و همکاران، ۱۳۸۹).

روش‌های درمانی رایج اصولاً شناختی، رفتاری یا زیست‌شناختی هستند و عموماً فلسفه را فرو گذارده‌اند. درمان‌گران، اکثراً به عوامل درون‌روانی یا میان‌فردی متمرکزند. درحالی‌که درمان وجودی، علاوه بر این ابعاد، زمینه دید وسیع‌تری داشته و تمرکز آن به ذات حقیقت و واقعیت بوده و به توانایی شخصی برای مقابله با چالش‌هایی که زندگی به‌طور اجتناب‌ناپذیر به ما عرضه می‌کند، اشاره می‌نماید. درمان وجودی، یک مؤلف یا نظریه‌پرداز واحد ندارد که با او بتوان نظریه را شناخت (مانند فروید، راجرز، پرز یا پاولوف). این درمان، ریشه در فلسفه دارد و برخلاف پیوندهای پرمعنائیش، با سؤالات زندگی و تاریخ طولانی‌اش، اصولاً فقط به صورت یک رشته علمی تحصیلی بوده

است. به دلیل آموزش صرفاً علمی، اکثر درمان‌گران و مشاوران، به کشف سوالات به روش فلسفی عادت نکرده‌اند. آنها اغلب بر روی نشانه‌های روان‌شناختی و رفتاری، یا بر ابعاد محسوس تعامل درمانی تمرکز می‌کنند (دورزن (Deurzen)، ۲۰۱۰). درمان‌های وجودی، با تناقضاتی که انسان در تعامل با زندگی با آنها روبرو می‌شود، پتانسیل‌ها و امکانات درگیر می‌شوند.

همهٔ تناقضات زندگی، به یکی از چهار بُعد وجودی یا بیشتر مرتبط هستند (ما هم‌زمان در چهار بُعد مختلف زندگی می‌کنیم: فیزیکی، اجتماعی، روان‌شناختی و معنوی) (همان). آنها مرزهایی را برای زندگی مان مشخص می‌کنند. بنابراین، تنش حاصل از آنها روش‌های مختلفی برای فرد ایجاد می‌کند تا او با انگیزه و با روش‌های مختلف سعی کند، امکانات و نیروهای خود را کشف کند (جدول ۱). اضطراب در همهٔ ابعاد وجود پخش شده و نسبت به اجتناب یا انکار آن، به زندگی هیجان و معنی می‌دهد. اگر با چالش‌های وجودی، در هر مرحله روبرو شویم، قدرت تازه‌ای به دست می‌آوریم. اما اگر سعی کنیم از آن اجتناب کنیم بیش از آنکه به دست آوریم، از دست می‌دهیم. از آنجایی که این اضطراب‌ها را نمی‌توان پاک کرد و فقط می‌توان از آنها طفره رفته یا انکارشان کرد، تکلیف ما این است که آنها را درک کرده، بتوانیم با آنها زندگی کنیم. هایدگر می‌گوید: اگر ما در مقابل حقایق زندگی از اضطراب‌ها مان دور شویم، با ندای وجدان دوباره به سمت آنها کشیده می‌شویم. زندگی کردن، «هرگز کامل ایمن نبودن» است (همان).

چالش‌های وجودی انسان همواره، زمینه‌ساز تأملات وی بوده و اغلب در صورتی که باورهای اساسی درستی در کوله آدمی نباشد، سردرگمی در جریان حل آنها، وی را بیش از پیش خسته و درمانده می‌سازد.

جدول ۱. تناقض‌های وجود انسان

پتانسیل‌های از دست رفته	پتانسیل‌های به‌دست‌آمده	چالش‌های مواجه شده	ابعاد وجود
یک زندگی زندگی نشده یا ترس همیشگی	زندگی کامل کردن {هدفمند}	مرگ	فیزیکی
تحکم کردن و یا مورد تحکم واقع شدن - ترس - وابستگی	درک کردن و درک شدن	جدایی و تنهایی	اجتماعی
خودمحوری - خودپرستی - خودتخریبی	کشف تحمل و قدرت	آسیب‌پذیری و ضعف، رنج	شخصی
تعصب - بنیادگرایی - بی‌معنایی	استنتاج یک سیستم اخلاقی برای زندگی	معنا	معنوی

مثلاً آزادی، مسئولیت و انتخاب، به‌عنوان منبع هرج‌ومرج وجودی فرد، در درمان‌های وجودی مطرح می‌گردد. اصولاً اجتناب از رویارویی با سه رأس مثلث، بخصوص مسئولیت، دیده می‌شود. هدایت فرد به سوی توجه به پتانسیل‌های فردی، یافتن راه‌هایی برای پذیرش و کنار آمدن با چالش‌های وجودی اجتناب‌ناپذیر، مسئولیت فردی، شکستن روزمرگی و الگوهای ثابت و عمل کردن، با توجه به خودآگاهی و اراده شخصی، از مهم‌ترین اهداف درمان‌های وجودی است (هانگ (Huang)، ۲۰۱۵).

در حوزهٔ شناختی، گاه ممکن است آرمان‌ها، باورها و شناخت‌های ما با وضعیت عینی محیط زندگی تعارض پیدا کند. 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 به‌گونه‌ای تغییر دهد که با ذهن وی موافق افتد. یا باید ذهن را تغییر دهد و با عین همراه سازد. من

کیستیم؟ چرا به اینجا آمده‌ام؟ به کجا می‌روم؟ چه باید بکنم؟ از کجا آمده‌ام؟ آمدنم بهر چه بود؟ پرسش‌هایی زندگی‌ساز و زندگی‌سوز می‌باشند. عمده این مسائل، تعادل در حوزه شناختی را که نتیجه‌اش سازگاری بیرونی است، بر هم می‌زند (آذربایجانی، ۱۳۸۷، ص ۱۶). بررسی باورهای فرد، بخصوص در زمینه مفاهیم وجودی، می‌تواند راهگشای مشاوران برای کمک به درمانجو باشد، تا وی بتواند ضمن تفکر در مورد ساختارهای شناختی، فرضیات و جهان‌بینی به اصلاح باورهای نادرست خود پرداخته و با افزایش آگاهی از امکانات و نیروهای بالقوه خود، به رشد معنوی و سلامت دست یابد. بنابراین، سؤال این است که باورهای وجودی بیماران ام‌اس کدامند و از چه مؤلفه‌هایی تشکیل شده‌اند؟

از سوی دیگر، اگرچه تمامی متفکران وجودی دیدگاه فلسفی دارند، اما آنها می‌توانند نقطه‌نظرهای کاملاً متفاوت داشته باشند (دورزن، ۲۰۱۰). فلاسفه و درمانگران وجودی، هریک گرایشات و دیدگاه‌های خاص خود را دارند؛ گرایشات باوری و مذهبی افرادی که در این حوزه کارآمد بوده‌اند، گویی بر پیوستاری قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، سارتر ملحد و کی یرکگارد و تیلیش خداپرست بوده‌اند. این دو دستگی، گاهی افراد با فرهنگ‌ها و مذاهب گوناگون را در ارتباط با مفاهیم وجودی دستخوش تردید می‌گرداند.

قرآن منبع معرفت است. 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 (یونس: ۲۵). در جای‌جای قرآن کریم، می‌توان رد پای مفاهیم وجودی را که همواره مبنای تأمل درمان‌های وجودی بوده‌اند، شناسایی کرد. موضوعاتی مانند ایمان، حقیقت، وجود، مرگ و جاودانگی، اضطراب، ترس، غم، رنج، آرامش، امنیت، آزادی، مسئولیت، اینها مواردی هستند که می‌توان از طریق تفکر و تأمل در آنها و همگام با یافتن مسیر فطرت، ظرفیت‌های وجود را در جهت رشد و شکوفایی بارور کرده، علاوه بر کاهش اضطراب ناشی از روبرو شدن با بالا و پایین‌های زندگی و تغییر باورهای منفی و انحرافی در رابطه با تعارضات وجودی، به کمال والای انسانی و سلامت دست یافت. از آنجاکه درمان‌های وجودی هریک بر مبنای پایه فلسفی خاص بنا شده‌اند که شالوده آن را آبیاری می‌کند، این تحقیق سعی دارد درمان وجودی بر اساس فرهنگ قرآنی را بر بیماران بی‌ام‌اس کاربرد بسته روان‌درمانگری استخراج شده از قرآن کریم، در تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران MS مؤثر است؟

اصول بنیادین درمان وجودی بر اساس آیات قرآن کریم؛ با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی

با توجه به مفاهیم وجودی، چهار بُعد وجودی انسان و مؤلفه‌های استخراج شده از قرآن کریم، بسته درمانی تحقیق، شامل چهار میدان می‌شود.^۱

میدان اول: ایمان

ایمان، اولین میدانی است که برای رسیدن به میادین دیگر، باید از آن گذشت و ضامن رسیدن به شاهراه درمانی است. برای پرداختن به موضوع ایمان، تفکر بر برخی حقایق که پیش‌زمینه درک موضوع هستند، ضروری است. در این بحث، توجه دادن مراجع به موضوعات وجود، حقیقت، صفات خدا و در نهایت، کشاندن وی به فضای که غنای حق و

افتقار انسان را روشن می‌کند، زمینه ورود به میدان اول؛ یعنی ایمان را برای وی فراهم می‌کند. ایمان، اصلی‌ترین واژه برای رشد و تکامل روح بشری است. توجه دادن مراجع به این مفهوم و پیامدهای عملی آن، مثل صبر، توکل، توبه، دعا، نیایش و ذکر، کلید یک درمان موفق است. هر میدان دو بُعد شناختی و رفتاری دارد. لازم به یادآوری است که مراجع به ایمان و پیامدهای رفتاری آن، اجبار نخواهد شد؛ زیرا فرض بر این است که وی از نخستین روز هستی و هنگامه پیمان «الست»، با خداوند آشناست. بنابراین، در این درمان ضمن کار با مراجع و چالش حول مفاهیم وجودی، مفاهیم و مؤلفه‌های درمان قرآنی یادآوری خواهند شد؛ زیرا حقیقت این است که روح آدمی بر اثر قرار گرفتن در حجاب تن و به خاطر رهایی از اضطراب وجودی و تفکر در معنای وجود، راه غفلت پیش گرفته و راه‌های آسان‌تری چون روزمرگی را پیشه خود ساخته است و چنان می‌نماید که گویی، هرگز عهدی با خدای خویش نبسته است. غبار فراموشی را فقط با یادآوری می‌توان زبود، نه با جبر. همین دلیل هم موجب می‌گردد که افراد در کنار بحث و چالش درمانی، با شنیدن حقایق قرآنی، به طرز شگفت‌انگیزی توجهشان جلب معانی می‌گردد.

میدان دوم: خودآگاهی

برای رسیدن به مفهوم خودآگاهی، بالا رفتن از چند پله ضروری است. بهترین مؤلفه برای شروع درمان، خودشناسی است؛ یعنی تقویت شناخت درمانجو و آگاهی او از چستی خود به‌عنوان انسان. در پی این شناخت، بحث و بررسی تناقضاتی که در پی می‌آیند و چگونگی حل آنها، در رشد خودآگاهی و شکوفاسازی توانایی‌های بالقوه‌اش، سهم عمده‌ای ایفا می‌کنند. شناخت انگیزه‌ها، باورها و نیت آدمی و شناخت چستی و چگونگی آنها، از پایه‌های اصلی رشد خودآگاهی هستند. آشکار شدن مظاهر خودآگاهی در متن زندگی، از مشخصه‌های یک انسان اصیل است. بنابراین، در بررسی بُعد رفتاری، به چالش‌های انسانی در رابطه با انتخاب، آزادی و مسئولیت اشاره می‌گردد. درمانجو نیز در زندگی روزمره خود، در رابطه با این مفاهیم، به تعاریف تازه‌ای دست می‌یابد.

از نظر یونگ، رسیدن به خویشتن یعنی نائل شدن به وحدت کامل شخصیت هدف زندگی است؛ هدفی که مردم دائماً برای رسیدن به آن تلاش می‌کنند، ولی به‌ندرت به آن می‌رسند. رسیدن به خویشتن، یکی از مهم‌ترین انگیزه‌های رفتار بشر و سبب جست‌وجوی او برای رسیدن به وحدت و تمامیت شخصیت، بخصوص از راه‌های مذهبی است. تجارب مذهبی، نزدیک‌ترین تجربه‌ها برای رسیدن به مفهوم خویشتن است (فقیهی و همکاران، ۱۳۹۰).

میدان سوم: جهان هدفدار

در این میدان، توجه دادن درمان‌جویان به مفاهیم شناختی از هستی، جهانی که در آن زندگی می‌کنیم، حس، تعقل، مفهوم مرگ، قیامت، دنیای غیرمادی و سوق دادن آنها به بُعد رفتاری ناشی از این شناخت و تشویق درمان‌جو به سیر و تفکر در طبیعت، خوب دیدن، خوب شنیدن، تفکر و ادراک نشانه‌های خداوند، رشد وجودی را در آنها موجب می‌گردد. سنت عرفانی شرقی، همواره به جریان جاری حیات، به دیده یک کل نگریسته است. همه چیز از حیوانات و پرندگان و گیاهان، زمینی که بر آن پای می‌گذاریم، اقیانوس‌ها، کوه‌ها و حتی هوایی که تنفس می‌کنیم، زنده تلقی

می‌شوند و به یک روح واحد متصل و در پیوند با یکدیگرند (طلایی مینایی، ۱۳۸۲، ص ۹ و ۲۳).

میدان چهارم: عشق به دیگران

در این میدان، ابتدا معنای شناختی «دیگران»، برای درمان‌جویان روشن شده، آنها با مفهوم دیگران و تناقضات رو در رو با آن آشنا می‌شوند. در نهایت، به افق تازه‌ای راه می‌یابند که آنها را به مسیر رفتاری تازه‌ای از پذیرش، بخشش و عشق به دیگران هدایت خواهد کرد.

روش پژوهش

این پژوهش، از جمله طرح‌های پژوهشی مرکب از دو بخش کیفی و کمی می‌باشد. 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 فلاسفه و روان‌شناسان در حوزه وجودی و بررسی مؤلفه‌های مشترک و غیرمشترک 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؛ ۴. مراجعه به کتب ترجمه تفسیر المیزان علامه طباطبائی برای بررسی عمیق‌تر و صحت درک محقق؛ ۵. به موازات موارد مزبور، مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته، با افراد مبتلا به ام‌اس برای بررسی پاسخ‌هایشان به سؤالاتی که بر اساس محتوای درمان استخراج شده از قرآن کریم، تنظیم شده بودند و مبنای ساخت پرسش‌نامه قرار گرفت. مرحله کمی: در مرحله بعد، همراه با ساخت پرسش‌نامه تحقیق، تحلیل عاملی و استخراج مؤلفه‌های باورهای مبتلایان به ام‌اس انجام شد. سپس، با کمک پرسش‌نامه، اثر بخشی درمان بر تغییر مثبت باورها، به طریق نیمه‌آزمایشی سنجیده شده و تحقیق در مجرای کمی قرار گرفته است. طرح تحقیق، پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. در مرحله اول، برای بررسی باورهای مبتلایان به ام‌اس و تحلیل عاملی، با روش تصادفی ساده از بین چهار داروخانه هلال احمر، ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین و شهید کاظمی که مبتلایان به ام‌اس بیمه شده تأمین اجتماعی برای تأیید نسخه دارو به آنها مراجعه می‌کنند، داروخانه ۱۳ آبان انتخاب شد. افراد مراجعه‌کننده، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال داشتند. مدرک تحصیلی آنها بین سیکل تا دکتری بود.

در مرحله دوم، برای تعیین دو گروه آزمایش و کنترل، مشارکت‌کنندگان، از بین افرادی که پرسش‌نامه را پاسخ داده بودند و مایل به شرکت در گروه بودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند که دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال و حداقل میزان تحصیلات لیسانس، همه زن و مسلمان بودند. متغیر مستقل در این پژوهش، درمان وجودی بر اساس قرآن کریم، با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی بود. متغیر وابسته، باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس بود که با کمک پرسش‌نامه محقق ساخته سنجیده شد.

جامعه آماری در این پژوهش، شامل کلیه مبتلایان به ام‌اس بیمه شده تأمین اجتماعی مراجعه‌کننده به داروخانه ۱۳ آبان، ۲۹ فروردین و هلال احمر و شهید کاظمی بوده‌اند، که برای تأیید نسخه دارویی خود، به آنها مراجعه می‌کنند. برای انتخاب مشارکت‌کنندگان از میان این چهار مرکز، داروخانه ۱۳ آبان به روش تصادفی ساده انتخاب شد. محقق به مدت دو ماه پرسش‌نامه‌ها را در اختیار مبتلایان به ام‌اس مراجعه‌کننده به داروخانه ۱۳ آبان که بیمه شده تأمین اجتماعی بودند و شخصاً برای تأیید دارو مراجعه کرده بودند، قرار داد. سپس، در بخش کمی از بین ۱۵۰ نفر از افرادی که پرسش‌نامه را به‌طور درست و کامل پر نمودند و تمایل به شرکت در گروه درمانی داشتند، به روش تصادفی ساده، ۱۶ نفر انتخاب شدند. سپس، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. ملاک‌های ورود به گروه، به این صورت بود که مشارکت‌کنندگان دارای حداقل مدرک لیسانس بودند، دامنه سنی آنها بین ۲۰ تا ۴۵ بود، مسلمان بوده و همگی مبتلا به ام‌اس بودند. در بخش کیفی، بررسی کل قرآن کریم و کدگذاری آیات مرتبط با مؤلفه‌های وجودی و استخراج ابعاد وجودی قرآن کریم و ساخت درمان، مبتنی بر آموزه‌های قرآنی صورت گرفت. سپس، برای ساخت پرسش‌نامه، از مصاحبه با مبتلایان به ام‌اس و محتوای جلسات درمانی، مبتنی بر آموزه‌های قرآنی استفاده گردید.

ابزار پژوهش

در این پژوهش، برای سنجش باورهای وجودی مبتلایان به ام‌اس، با توجه به تعریف این سازه، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد. محقق سعی داشته پرسش‌نامه‌ای تهیه کند تا بتواند باورهای وجودی مبتلایان را سنجیده و مؤلفه‌های آن را تعیین کند؛ زیرا محقق درصدد بود که درمان وجودی بر اساس آیات قرآن کریم و دیدگاه علامه طباطبائی را بر جامعه آماری خویش سنجیده، اثربخشی آن را در جامعه‌ای با فرهنگ دینی و اسلامی بیازماید. برای رسیدن به چنین مقصدی، یافتن سطح باورهای وجودی افراد گروه و استخراج عوامل تشکیل‌دهنده باورها ضروری می‌نمود. با توجه به اینکه چنین پرسش‌نامه‌ای در دسترس محقق نبود، در این زمینه، پس از استفاده از قرآن کریم، به‌عنوان منبع معتبر و کتب علامه طباطبائی و **تفسیر المیزان** که برای ساخت درمان وجودی، بر مبنای فرهنگ قرآنی از آنها استفاده شد، با استفاده از محتوای درمان استخراج شده از قرآن کریم، سوالات تحقیق بر اساس چهار محور انتخاب شدند.

برای استخراج باورهای وجودی، یک سؤال در نظر گرفته شد. در ذیل آن در پرسش‌نامه اولیه، ۳ گزینه که می‌توانست باورهای فرد را روی محور درجه‌بندی شده روبروی آن بر اساس ۱-۱۰ نمره دهد، قرار گرفت. گزینه‌ها طی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حاصل شد. به‌عنوان نمونه، 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 گستردگی آن، به وسعت جهان غیب و شهادت جای می‌گرفت. در این زمینه،

این سؤال از مبتلایان به اماس پرسیده شد، به نظر شما چه چیز در این دنیا بازیچه است؟ آنها پاسخ‌های متفاوتی بیان می‌کردند. رایج‌ترین آنها، همه جهان و موجوداتش، انسان، حیوانات بود. بنابراین، سؤالی مطرح شد که تحت عنوان (به نظر شما چه چیز بازیچه آفریده شده است؟) و گزینه‌ها، پاسخ‌های ذکر شده فوق بود.

یافته‌های پژوهش

روایی و پایایی: برای تعیین اعتبار صوری پرسش‌نامه، به ۵ نفر از استادان مجرب 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 ($\alpha=0/97$) و در صورت حذف هر سؤال، پایایی پرسش‌نامه بالاتر نرفته و تفاوت فاحشی در ضریب آلفای کرونباخ مشاهده نمی‌شود. بنابراین، پرسش‌نامه با ۳۹ سؤال برای اجرا روی گروه نمونه اصلی در نظر گرفته شد. برای اعتبار محتوایی پرسش‌نامه نیز از تحلیل عاملی استفاده شد. پس از انجام مراحل تحلیل عاملی و حذف گزینه‌ها، پرسش‌نامه نهایی، با ۵۰ آیتم به جا ماند و از این پرسش‌نامه برای بررسی اثربخشی بر دو گروه آزمایشی و کنترل استفاده شد.

تحلیل عاملی: اگر این تست به‌عنوان وسیله‌ای برای سنجش شناخت ابعاد وجودی و معنوی بیماران اماس طراحی شده، طرح این پرسش منطقی است که آیا واقعاً این تست، سازه ابعاد وجودی و معنوی را می‌سنجد، یا نه؟ برای پاسخ به این پرسش، که آیا مجموعه سؤال‌های پرسش‌نامه از روایی مناسبی برخوردار است، در قلمرو روایی سازه از تحلیل عاملی استفاده می‌شود و از این طریق، ساختار عاملی پرسش‌نامه معلوم می‌شود.

تحلیل گران عاملی توافق دارند که آزمون اسکری تقریباً بهترین راه‌حل جهت انتخاب تعداد درست عامل‌هاست (به نقل از: فصیح‌فر، ۱۳۸۶).

Scree Plot



نمودار ۱. نمودار اسکری جهت تعیین عوامل

۳۴/۱۴ درصد واریانس این پرسش‌نامه، توسط ۴ عامل تبیین می‌گردد. 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. بعد از تعیین تعداد عامل‌ها، پرداختن به این نکته ضروری است که هر عامل، چه سؤال‌هایی را دربر می‌گیرد. سؤال‌اتی که روی هر عامل، بار عاملی قابل ملاحظه‌ای داشتند و سؤال‌ات ضعیف (یعنی سؤال‌اتی که روی هیچ عاملی بار عاملی مطلوب نداشته‌اند) مشخص شد. در نهایت، پرسش‌نامه‌ای با ۵۰ آیتم آماده شد. پس از محاسبه نمره خام هر یک از آزمودنی‌ها، در خرده‌مقیاس‌ها مجدداً ضریب پایایی پرسش‌نامه، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ و نمرات خرده‌مقیاس‌ها، محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۷۰، تعداد آیتم‌ها برابر ۵۰ و تعداد آزمودنی‌ها برابر ۱۵۰ می‌باشد.

پس از مشخص کردن سؤال‌ات نهایی و در ضمن عامل‌های مربوطه، با توجه به مبانی نظری جهت نامگذاری عامل‌ها اقدام شد که در نهایت، عامل‌ها بدین صورت نامگذاری شدند: عامل اول: بودن در جهان معنادار؛ عامل دوم: ایمان به خداوند و حقیقت مطلق؛ عامل سوم: خودآگاهی و مسئولیت؛ عامل چهارم: بخشش و عشق به دیگران.

ضریب همبستگی بین عوامل به‌دست‌آمده، با یکدیگر و نمره کل پرسش‌نامه نشان داد که این ضریب بین تمامی عوامل با یکدیگر و نمره کل پرسش‌نامه در سطح مطلوب قرار دارد، به‌طوری‌که با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت: تمامی ضرایب به‌دست‌آمده معنادار و در جهت مثبت هستند. بنابراین، این خود نشان‌دهنده روایی بالای سؤال‌ات پرسش‌نامه پس از انجام تحلیل عاملی است.

بر اساس سؤال مطرح شده مبنی بر اینکه آیا روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران ام‌اس تأثیر دارد؟ فرض تحقیق این بود که روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم، بر تغییر مثبت باورهای بیماران ام‌اس مؤثر است. برای آزمون فرضیه مورد نظر، از آنجا که پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش مورد بررسی قرار گرفته بود، با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، نمرات پس‌آزمون باورهای وجودی، در دو گروه مورد مقایسه قرار می‌گیرد. همچنین، چون هدف مقایسه میانگین چند گروه، نمره از متغیرهای وابسته در دو گروه می‌باشد، پیش از انجام این آزمون، پیش‌فرض آنها را مبنی بر تساوی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس دو گروه با استفاده از آزمون باکس بررسی شد.

جدول ۲. نتایج آزمون باکس مبنی بر پیش‌فرض تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس دو گروه

شاخص	ضریب F	معناداری (p)	باکس
مقدار	۱/۵۲	۰/۱۲۵	۲۲/۳۴

با توجه به نتایج آزمون باکس، مشخص است که چون مقدار سطح معناداری این آزمون برابر $0/125$ می‌باشد و این مقدار بیش از سطح معناداری ملاک $0/05$ است، می‌توان نتیجه گرفت که این پیش فرض برای انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره رعایت شده است. به عبارت دیگر، تساوی ماتریس واریانس - کوواریانس دو گروه، از نظر متغیرهای پژوهش برقرار است و دو گروه از نظر ماتریس واریانس - کوواریانس، تفاوت معناداری با هم ندارند.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری (P)
بودن در جهان معنادار	۰/۰۳۹	۱	۱۴	۰/۸۴۶
ایمان به خداوندو حقیقت مطلق	۱/۷۳۷	۱	۱۴	۰/۲۰۹
خودآگاهی و مسئولیت	۳/۴۹۶	۱	۱۴	۰/۰۸۳
بخشش و عشق به دیگران	۰/۰۳۴	۱	۱۴	۰/۸۵۷

نتایج این آزمون نشان می‌دهد که چون سطح معناداری به‌دست‌آمده در متغیرهای پژوهش، بزرگ‌تر از $0/05$ می‌باشد، دو گروه از نظر واریانس در نمرات متغیرهای وابسته، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش

شاخص	ضریب F	معناداری (p)	ویلز لامبدا
مقدار	۴۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۱

از آنجایی که سطح معناداری ($0/0001$) کمتر از $0/01$ می‌باشد، با $0/99$ اطمینان می‌توان به‌طور کلی گفت: بین دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون اثرات بین گروهی در دو گروه از نظر متغیرهای پژوهش پس از کنترل پیش‌آزمون

توان آماری	PES (مجذور اتا)	sig	F	MS	df	SS	شاخص
							متغیر وابسته
۰/۹۶۳	۰/۶۳۵	۰/۰۰۲	۱۷/۴۱۷	۲۱۸۳/۲۳۶	۱	۲۱۸۳/۲۳۶	بودن در جهان معنادار
۱	۰/۹۱۴	۰/۰۰۰۱	۱۰۶/۱۸۳	۷۵۳۸/۳۰۳	۱	۷۵۳۸/۳۰۳	ایمان به خداوندو حقیقت مطلق
۰/۸۳	۰/۵۱۲	۰/۰۰۹	۱۰/۴۸۴	۲۳۸۸/۲۷۹	۱	۲۳۸۸/۲۷۹	خودآگاهی و مسئولیت
۰/۴۷۹	۰/۳۰۸	۰/۰۶۱	۴/۴۵۷	۱۰۴۳/۶۱۳	۱	۱۰۴۳/۶۱۳	عشق به دیگران

تحلیل هریک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بنفرونی ($0/012$) که از تقسیم آلفا ($0/05$) بر تعداد متغیرهای وابسته (۴ متغیر اصلی) به‌دست‌آمده است، نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش، در متغیرهای «بودن در جهان معنادار»، «خودآگاهی و مسئولیت» و «ایمان به خداوند و حقیقت مطلق»، با یکدیگر اختلاف معنادار دارند؛ زیرا سطح معناداری به‌دست‌آمده، کمتر از مقدار ملاک $0/012$ می‌باشد.

همچنین، مقایسه میانگین بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای (بودن در جهان معنادار)، (خودآگاهی و مسئولیت) و (ایمان به خداوند و حقیقت مطلق)، در دو گروه نشان می‌دهد که گروه آزمایش، نمرات بالاتری را نسبت به گروه کنترل کسب کرده‌اند. بنابراین، در پاسخ به سؤال پژوهش می‌توان گفت: روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم بر تغییر مثبت باورهای وجودی بیماران اماس تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در متغیر عشق به دیگران، از آنجاکه

سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از سطح معناداری ملاک است، بنابراین تأثیر متغیر مستقل بر آن معنادار نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

انسان همواره برای رسیدن به پروردگار در تب و تاب است؛ زیرا از لحظه عهد «الست»، آگاهانه خداوند را می‌شناسد، اما با هبوط به زمین و قرارگیری روح در حجاب تن، گرفتار گرداب غفلت و فراموشی گشت. افسردگی و اضطراب بیمارگون در اصل، به این موضوع اشاره دارند. روح آدمی، پیوسته این نیاز را دانسته و او را به مسیر حق اشاره می‌دهد. در صورتی که باورها، اهداف و اعمال در جهت خداوند باشند، انسان دلشاد و آرام است. در غیر این صورت، همچنان حتی با رسیدن به هدف‌های انتخابی، ولع رسیدن به چیز دیگری را دارد که خود هم نمی‌داند چیست. همین امر، پیش‌زمینه سقوط وی به ورطه اندوه و ناامیدی می‌گردد.

نتیجه تحقیق، چهار عامل را از میان باورهای وجودی بیماران، استخراج کرد. عامل اول، شامل باورهای فرد در رابطه با جهان معنادار است. لزوم بودن در جهانی معنادار و هدفمند، اعتقاد به پروردگار عالم است. تجربه احساساتی که منعکس کننده عدم اطمینان در مورد جهان هستند (نگرانی، تعجب، ترس، امید)، در مقایسه با احساسات خاص (خشم، شادی، نفرت، قناعت)، نیاز به میزان «در جهان بودن»، به علاوه فعال شدن ساختارهای ذهنی دارد (ویتسون (Whitson) و همکاران، ۲۰۱۵).

جهان، دربر گیرنده ما، دیگران، همه موجودات زنده و همه آفریده‌های پروردگار است. ما از طریق جسممان، افکار و باورهایمان، ارتباط با زنجیره تمام آدمیان و کل جهان اطرافمان، «بودن» را تجربه می‌کنیم. دیدن، شنیدن، درک کردن و تعقل، راه‌هایی هستند که وجودمان را توسعه بخشیده، رشدان می‌دهند. پذیرش خود، دیگران و ارتباط معنوی با کل هستی، رگه‌هایی از عشق را در وجودمان می‌پرورد و ما را هرچه بیشتر، به احساس امنیت نزدیک می‌کند. تعقل و تأمل در معنای زندگی، ما را در پذیرش معنای مرگ و رنج و تمام آن چیزهایی که تحملشان بفرنج می‌نماید، یاری می‌کند.

ون دورزن (۲۰۱۰)، نیز در تعریف پارامترهای وجودی انسان، لایه فیزیکی را به عنوان لایه اول عنوان می‌کند که شباهت به «بودن در جهان» دارد. او می‌گوید:

در بُعد 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 محسوس می‌شود که خود را در آن می‌یابیم، آب و هوا، اشیا و دارایی‌های مادی و ظرفیت سلامت و بیماری. افراد عموماً به دنبال امنیت در این بعد هستند - از طریق سلامتی و دارایی - 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 (دورزن، ۲۰۱۰).

نقش اصلی بُعد فیزیکی را جسم بازی می‌کند. به گفته *ون دورزن* (۱۹۹۷)، سراسر زندگی مادی مبارزه‌ای است برای حل مشکلات ظاهری و اولیه مربوط به زندگی. او معتقد است: ما ابتدا با مشکلات فیزیکی روبرو شده و بعد به سمت مشکلات روانی سوق داده می‌شویم (ساداوی (Sadavoy)، ۱۹۹۷). تحت تأثیر مرگ یک عزیز، یا شرایط گوناگون دیگر در زندگی، می‌توان آثار انزوای شخصی را در فرد مشاهده کرد. یک آسیب روانی، می‌تواند در احساسات شخص، یک حالت پیش رونده داشته و او را تحت تأثیر قرار دهد که می‌تواند بر پتانسیل جسم هم تأثیر بگذارد. *کندال* (Kendall) (۲۰۰۹)، بر اساس این یادداشت بیان می‌کند که تجربیاتی از این قبیل می‌تواند موجب بروز مشکلات جسمی از قبیل دیابت، مشکلات گوارشی و تحریک‌پذیری در افراد شود (کوربت (Corbett) و همکاران، ۲۰۱۱).

عامل دوم، ایمان به خداوند و حقیقت مطلق است. باور به دنیای غیرمادی، لازمهٔ نزدیک شدن به معنای حقیقت است و در این راه، تکیه بر عقل به تنهایی، جز درماندگی و ابهام چیزی در پی نخواهد داشت. باور به خداوند که وجود مطلق است، امید را در ما رشد می‌دهد. در سایهٔ ایمان به حقیقت مطلق، تحمل سختی‌ها، آسان‌تر است. توکل به او، توانمندمان می‌کند و اضطراب را از دل‌هامان می‌زداید و توبه از همهٔ آن چیزهایی که بر شانه‌هامان سنگینی می‌کند، اندوهمان را کاهش می‌دهد. ایمان به خداوند، ارزش‌گذاری‌هامان را در جهت حقیقت سوق می‌دهد، باورمان را شفاف، ذهنمان را زیبا و قلبمان را آرام کرده، هر روز رنگی زیباتر به زندگی‌مان می‌زند. پارامتر چهارم از ابعاد وجودی *ون دورزن* (۲۰۱۰)، به بُعد معنوی اشاره دارد، اما او در این راستا از ارزش‌ها سخن می‌گوید که ممکن است توسط خود شخص تعریف شود. این بُعد، مختص به رابطه با پروردگار و ایمان نیست. به نظر وی، ایمان و رابطه با خداوند، یکی از چند تعریف ممکن از ارزش است و این نقیصه است که در این رابطه، احساس می‌شود.

عامل سوم، بخشش و عشق به دیگران است. عشق به انسان‌ها، پذیرش، بخشش و صمیمیت را می‌پرورد. در این صورت، وابستگی، ترس، نفرت، انزوا و اجتناب مفهومی نمی‌یابند. *ایمانی‌فر* و همکاران (۱۳۹۱)، در مقاله‌ای تحت عنوان «بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم»، بر موضوع بخشش تأکید کرده‌اند. در روان‌شناسی، بخشش به انواع گوناگونی تقسیم می‌شود. *والروند/اسکینر* (۱۹۹۸)، در بررسی‌های خود انواع بخشش را عبارت می‌داند از: ۱. بخشش عجولانه؛ ۲. بخشش با اکراه؛ ۳. بخشش مشروط؛ ۴. بخشش کاذب متقابل؛ ۵. بخشش مزورانه؛ ۶. بخشش بی‌وقفه؛ ۷. بخشش اصیل. در نگاه قرآنی، تنها یک بخشش وجود دارد؛ آن هم بخشش اصیل است (آل‌عمران: ۱۵۲؛ بقره: ۲۳۷) و به سایر بخشش‌ها، نام‌های دیگری مثل ربا، شرک، نفاق و... می‌دهد.

پارامتر ارتباط با دیگران، در نظر *ون دورزن* (۲۰۱۰)، نیز بیان می‌کند، که در بُعد اجتماعی، ما به دیگران و تعامل با جهان عمومی اطرافمان مربوط هستیم. این بُعد، در مورد حضور دیگر افراد در جهان و لزوم با آنها کار کردن است. علی‌رغم اینکه بعضی اوقات ساده‌تر به نظر می‌رسد با دیگران سروکار نداشت، اما از سوی دیگر، ما

به دیگران برای بقای جسمی و احساسی‌مان نیاز داریم. اغلب اوقات دلمان برایشان تنگ شده، 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. آگاهی که گذشته من، حال و آینده من به این افراد مقید است. گرچه همه ما بسیار به همه شبیه هستیم، هریک از ما، به‌طور ثابت از دیگران مجزا هستیم. با این حال، می‌دانیم به دیگران نیاز داریم و می‌بایست فهمیده و توسط دیگران فهمانده شویم. مسئله غامض، تناقض است که آگاهی مجزا بودن من می‌تواند به من برای درک و احترام به دیگران کمک کند. مسئله غامض دیگر، وجود نیازمان برای فردیت ترکیب شده با نیازمان جهت جزیی از جهان بودن است (دورزن، ۲۰۱۰). بر اساس تحقیقات، همسلی (Hemsley) (۲۰۱۰) و مک‌فارلن (McFarlane) و ون درکولک (Van derkolk)، (۱۹۹۶) به اتفاق موافقت که سرکوب شدن و نادیده گرفته شدن در اجتماع، بهتر از انزوا و دور بودن از اجتماع است (کوربت و همکاران، ۲۰۱۱).

عامل چهارم، که باورهای بیماران در رابطه با آن استخراج شدند، عامل خودآگاهی و مسئولیت است. انسان با شناخت خود، نیرومند می‌شود و در پی این نیرومندی، با درک بیشتری از آزادی‌های خود، انتخاب‌هایی می‌کند که او را به حقیقت وجودی‌اش رهنمون می‌شود؛ هرچقدر که قدرتمندتر باشد، بر مسئولیت‌هایش بیشتر پافشاری می‌کند. با افزایش خودآگاهی، خدا آگاهی رشد می‌کند.

سومین متغیر وجودی در نظریه ون دورزن نیز سطح ارتباطی با خود را شامل می‌گردد که تأییدکننده مطالب بیان شده است. او می‌گوید: رابطه با خود، داشتن یک جهان درونی با دیدگاه‌های شخصی، تجربه گذشته و احتمالات آینده است. افراد در جست‌وجوی مورد توجه بودن و دوست داشتن هستند، اما حوادث زندگی به ما ضعف‌های شخصی را یادآوری کرده و می‌تواند ما را در ابهام فرو برد. ممکن است برای تسکین این امر، به حواس‌پرتی و دارو پناه ببریم، اما بعد از طفره رفتن و انکار، بالاخره کشف می‌کنیم که اگر بخواهیم حس واقعی بیدار شدن را گرفته و در قبال زندگی‌مان مسئول باشیم، به عهده گرفتن مسئولیت شخصی برای تصمیم‌هایمان، در حقیقت تنها راه به سمت جلو می‌باشد (دورزن، ۲۰۱۰).

روان‌درمانی وجودی، درمانی عمیق است که بیماران در سطوح مختلف، از درجه عاطفی و تجارب مختلف را به چالش می‌طلبد (استفن (Stephen)، ۲۰۱۴). وس (Vos) و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی نشان دادند که با وجود مقدار نمونه کوچک و حتی کیفیت پایین مطالعات، درمان‌های وجودی برای جمعیت‌های خاص مفید بوده است. درمان وجودی به دلیل درگیری با چالش‌های انسانی، در صورتی که بر اساس فلسفه درستی بنا شده باشد، می‌تواند مؤثر باشد. در بخش کمی و پیرامون آزمون درمان وجودی بر مبنای قرآن کریم، همان‌طور که پیشتر اشاره شد، رابطه معنادار بین اعمال روش پیشنهادی درمان وجودی، بر اساس قرآن کریم با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی و تغییر مثبت باورهای بیماران ام‌اس وجود دارد. به‌طور کلی، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل،

تفاوت معناداری نشان داده‌اند. دستیابی به این نتایج، به دلیل سهم مهم باورها در زندگی فرد و عملکرد انسان در جهت سلامت، رشد سطح معنوی افرادی با مشکلات خاص، که ممکن است دچار ناتوانی‌هایی در جسم باشند و نقش درمان‌هایی با رنگ معنوی و فرهنگ قرآنی، در آرامش روح و سلامت ذهن، قابل توجه می‌باشد.

در این تحقیق، نتایج تحلیل هریک از متغیرهای وابسته به تنهایی، با استفاده از آلفای میزان شده بنفرونی (۰/۰۱۲)، که از تقسیم آلفا (۰/۰۵) بر تعداد متغیرهای وابسته (۴ متغیر اصلی) به دست آمده است، نشان داد که دو گروه کنترل و آزمایش، در متغیرهای (ایمان به خداوند و حقیقت مطلق)، (بودن در جهان معنادار)، (خودآگاهی و مسئولیت)، با یکدیگر اختلاف معنادار دارند؛ زیرا سطح معناداری به دست آمده، کمتر از مقدار ملاک ۰/۰۱۲ می‌باشد. اما در عامل (بخشش و عشق به دیگران)، تفاوت معناداری را نشان ندادند. این مورد، می‌تواند به عوامل متعددی اشاره کند. در مصاحبه‌های بالینی با بیماران ام‌اس، به نظر می‌رسید که این بیماران، اغلب در رابطه با دیگران دچار تناقض هستند. گذشته آنها اغلب تجاربی را شامل می‌شد که در تعامل با دیگران اعم از مادر، پدر و همسر، دوستان یا همکاران مشکل‌دار بود. آنها از به یاد آوردن این تجارب، اجتناب می‌کردند. اغلب دیگران را به نوعی مقصر دانسته و گناهشان را نابخشودنی می‌دانستند. آنان اغلب عنوان می‌کردند که اگر موقعیتشان با آنها عوض می‌شد، هرگز مرتکب آن خطا نمی‌شدند. آنان به نوعی، اجتناب و کناره‌گیری را تنها راه تحمل وضع موجود می‌دانستند و این در شرایطی است که آنها در رشد خودآگاهی، تغییر مثبت نشان دادند. کوریت و میلتون (۲۰۱۱)، نیز در رابطه با درمان وجودی بر تروما تحقیق کردند. آنها آورده‌اند که یک واقعه آسیب‌زا، وضعیت احساسی و طاقت‌فرسایی است که طی آن یک تجربه یا درک تهدیدآمیزی برای فرد یا اطرافیان او به وجود می‌آید (لودریک (Lodrick)، ۲۰۰۷؛ روت اسپچیلد (Rothschild)، ۲۰۰۰). آشکار است که چنین تجربیاتی می‌تواند به مشکلات روانی منجر شود. وندر (۱۹۹۶)، بیان می‌کند افرادی که دچار آسیب روانی می‌شوند، این آسیب‌زدگی آنها را تحت تأثیر قرار خواهد داد. زمینه‌های تکراری موقعیت ناخوشایند، در واقع در مرکز قرار داشته و ممکن است فرد، واقعه اصلی را به‌طور مرتب تکرار و یادآوری نماید (لودریک، ۲۰۰۷). *تاتون* (Totton) (۲۰۰۵) می‌گوید: آسیب‌های روانی دوران کودکی، می‌تواند عمیقاً به آسیب‌های روانی دوران بزرگسالی، با سطحی از تحریک‌پذیری بالا و ازهم‌گسیختگی منجر شود. این تجربیات، می‌تواند فرد را نسبت به حوادث آینده حساس کند. با توجه به اهمیت مشکلات ارتباطی و تجاربی که فرد در تعامل با دیگران کسب کرده، احتمالاً وجود تفاوت‌ها، سوءتعبیرها و وجود بسیاری نکات و مسائل مطرح نشده، به نظر می‌رسد، در کنار درمان گروهی، در میدان چهارم، مشاوره فردی و درپی آن مشاوره، در کنار فرد یا افرادی که درمانجو تجارب نه‌چندان خوشایندی را در تعامل با وی داشته است و سبب اجتناب و کناره‌گیری‌اش شده، مفید باشد. همچنین، افزایش جلسات درمان گروهی، در مرحله چهارم و تمرکز بیشتر بر مسئله‌پذیرش، می‌تواند این رابطه را از نظر آماری معنادار نماید. نکته قابل تأمل دیگر آنکه، درمانگر در کار با چنین رویکردی،

علاوه بر قدرت علمی، نیاز به تلاش عملی برای مرمت درونی و حل تعارضات خویش دارد. این نکته‌ای است که نباید از نظر مشاوران دور بماند.

پی‌نوشت‌ها

۱. واژه «میدان»، برگرفته از کتاب صد میدان خواجه عبدالله انصاری می‌باشد. انتخاب این واژه، عطر و بویی عرفانی، الهی، معنوی و روحانی به فضای درمانی می‌بخشد.

منابع

- ایمانی فر، حمیدرضا و همکاران، ۱۳۹۱، «بخشش از دیدگاه روان‌شناسی و قرآن کریم»، *انسان پژوهی*، دوره نهم، ش ۲۷، ص ۱۴۹-۱۷۵.
- آذربایجانی، مسعود، ۱۳۸۷، *مقیاس سنجش دینداری، تهیه و ساخت آزمون جهت‌گیری مذهبی با تکیه بر اسلام*، قم، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- پرن، پریسا، ۱۳۹۵، *تهیه و ساخت بسته روان‌درمانگری وجودی بر اساس قرآن کریم (با تأکید بر دیدگاه علامه طباطبائی) و اثربخشی آن بر تغییر مثبت باورهای وجودی مبتلایان به ادم‌اس، پایان‌نامه دکتری، تهران، دانشگاه علوم تحقیقات.*
- ترابی، منوچهر، ۱۳۸۸، *نیچه (زندگی، آثار، اندیشه)*، تهران، مجید.
- جان‌بزرگی، مسعود و محبوبه داستانی، ۱۳۹۳، «مروری بر وضعیت تجربی روان‌درمانگری در ایران»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، ش ۱۵، ص ۱۴۵-۱۹۰.
- جان‌بزرگی، مسعود و همکاران، ۱۳۹۰، «ارزیابی تحول روانی - معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی»، *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، سال پنجم، ش ۸، ص ۴۹-۷۰.
- دلاور، علی، ۱۳۸۰، *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی*، تهران، رشد.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین، ۱۳۹۰، *تفسیر المیزان*، ترجمه سیدمحمدباقر موسوی همدانی. چ سی‌ویکم، قم، جامعه مدرسین.
- ، ۱۳۹۱، *اصول فلسفه و روش رئالیسم*، به کوشش سیدهادی خسروشاهی، چ سوم، قم، بوستان کتاب.
- طلایی مینائی، اصغر، ۱۳۸۲، *عرفان، زیبایی‌شناسی و شعور کیهانی*، ترجمه سیدرضا افتخاری، تهران، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- فاطمی، آزاده سادات، ۱۳۸۶، *مقایسه افکار ناکارآمد و سازگاری اجتماعی در زنان ناباور، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.*
- فصیح‌فر، الهه، ۱۳۸۶، *ساخت و هنجارایی مقیاس بلوغ اجتماعی در دانش‌آموزان دختر و پسر دبیرستانی شهرستان سبزوار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌سنجی، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی.
- فقیهی، علی‌نقی و همکاران، ۱۳۹۰، «نگرش انسان‌شناختی اسلامی و بازتاب آن در سلامت روانی، تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره»، *انجمن مشاوره ایران*، ش ۳۷، ص ۶۱-۸۶.
- قدرتی، سیما و همکاران، ۱۳۸۹، «بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر دیدگاه فرانکل بر افزایش سلامت عمومی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس»، *انجمن مشاوره ایران*، ش ۳۴، ص ۷-۲۴.
- Corbett, et al, 2011, Existential therapy: A useful Approach to trauma? *Counseling Psychology*, 26, N. 1, The British psychological society-ISSN 0269-6975
- Halligan, P, 2006, The power of belief. *Psychological Influences of illness/ disability and Medicine.*
- 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*, v. 25 (2), p. 13-20.
- Huang, Yen-chi, 2015, An Existential psychoanalyst in the Literary therapy aenre: the Representation of a psychoanalytic Encounter in Irvin Yalom's the Schopenhauer cure, *Ars Aeterna*, n. 7, p. 23-34.
- Kendall-tackett, K, 2009, psychological trauma and physical health: Apsychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions, *psychological Trauma: Theory, Research, practice and policy*, v. 1(1), p. 35-48.