

خدا؛ و تصور مثبت و منفی از او

و رابطه آن با عزت نفس و سلامت روانی دانش آموزان

زهرا خاکساری* / زهره خسروی**

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تصور مثبت و منفی از خدا با عزت نفس و سلامت روانی انجام شد. در این پژوهش، ۳۰۰ دانش آموز دبیرستانی از رشته‌های تحصیلی گوناگون با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به پرسش‌نامه تصور از خدا، پرسش‌نامه عزت نفس کوپر اسمیت و پرسش‌نامه سلامت روانی (G.H.Q.28) پاسخ دادند. داده‌ها با شاخص‌های آماری همچون «همبستگی»، «واریانس چند متغیری» و «رگرسیون گام به گام» تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین تصور مثبت از خدا با سلامت روان و عزت نفس، همبستگی مثبت وجود داشت. همچنین نتیجه آزمون «رگرسیون گام به گام» نشان داد اولین عاملی که سهم تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سلامت روان دارد عامل عزت نفس و دومین عامل تصور منفی از خداست. کلیدواژه‌ها: خدا، تصور، عزت نفس، سلامت روان.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رمانال جامع علوم انسانی

zahra_khaksari@yahoo.com

zohreh_khosravi@yahoo.com

* عضو هیات علمی دانشگاه پیام نور میناب

** دانشیار دانشگاه الزهراء

دریافت: ۱۳۹۰/۱۲/۴ - پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۲۱

مقدمه

موضوع سلامت روانی جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است و با وجود تلاش‌هایی که از سوی پیش‌گامان سلامت روانی در جهان به منظور تأمین هرچه بیشتر سلامتی به عمل آمده است، می‌توان گفت: هنوز در ابتدای راه هستیم^۱ و مشکلات بهداشت روانی از جمله گرفتاری‌های مهم رو به افزایش جوامع است. از سوی دیگر، هر روزه بر شمار افرادی که باور دارند «معنویت» درمان روان‌رنجوری‌ها و درماندگی روحی آنهاست، همچنین متخصصانی که برای درمان بیماری‌های روانی و بهداشت روان بر باورها و رفتارهای مذهبی متمرکز می‌شوند، افزوده می‌شود.^۲ ارتباط بین مذهب و سلامت روانی مسئله‌ای مهم است و مطالعات بسیاری ارتباط بین این دو را به اثبات رسانده است.^۳ به نظر ادونا هو،^۴ این مسئله غیر قابل اجتناب است که مذهب و معنویت در قلب روان‌درمانی قرار دارد. شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اعمال و مداخله‌های معنوی می‌تواند بیماران را در تلاششان برای مقابله و درمان یاری کند.^۵ اما با توجه به اینکه موضوع خدا از جمله تفکرات اساسی مذهبی است و در رأس موضوعات مذهبی قرار دارد، در بین روان‌شناسان گرایش‌هایی پیدا شده است مبنی بر اینکه در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان منتدین می‌بخشد و در تحمل سختی‌های زندگی او را کمک می‌کند و مردم را از نگرانی و اضطرابی که بسیاری اکنون در معرض ابتلای آن هستند، دور می‌سازد. یکی از پیش‌گامانی که این مسئله را مطرح کرد ویلیام جیمز بود. وی می‌گوید: میان ما و خداوند رابطه‌ای ناگسستنی وجود دارد. اگر ما خود را تحت اشراف خداوند درآوریم و تسلیم او شویم تمام آمال و آرزوهای ما محقق خواهد شد.^۶

ریچاردز و برگین^۷ در تحقیقی گزارش کردند: مراجعانی که ایمان به خداوند داشتند و از منابع معنوی در زندگی‌شان استفاده می‌کردند، در طول درمان روان‌شناختی، از قدرت بیشتری برای مقابله برخوردار بودند. اما یکی از عواملی که بر رابطه افراد با خداوند تأثیر می‌گذارد، نوع تصویری است که افراد از خداوند دارند.^۸

خداوند در قرآن دو سیمای متفاوت از خود نشان می‌دهد که به صورت اساسی مقابل یکدیگر قرار گرفته‌اند. البته برای عقل متقی مؤمن، این دو سیما چیزی جز دو جانب خدای

یگانه نیست، ولی برای عقل معمولی، این دو متضاد به نظر می‌رسند. در یکی از این دو سیما، خدا خود را خدای خیر و نیک‌خواهی بی‌پایان و خدای محبت و رحمت نامتناهی و بخشنده و آمرزنده نشان می‌دهد. در جایی دیگر، خدا سخت‌گیر در دادگستری و داور نرم‌نشدنی در روز داوری و سخت‌گیر (شدیدالعقاب) و تلافی‌کننده است که غضب وی بر هر که فرود آید او را از پا درمی‌آورد.^۹

بنابراین، برای منطقی عقل معمولی، تصویری که از خدا در افراد شکل می‌گیرد به تصور مثبت و منفی تقسیم می‌شود. در تصور مثبت، خدا به صورت مهربان، حمایتگر و راهنما تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش‌بخش داشته باشد. در تصور منفی، خدا با اصطلاحات منفی همچون طردکننده، نامهربان، سخت‌گیر و مانند آن تصور می‌شود که موجب نومیدی، تنفر و خلق منفی در افراد می‌شود.^{۱۰}

البته توجه به این نکته مهم است که به‌طور کلی، اصطلاح «تصور خدا» می‌تواند به‌عنوان شناخت هیجانی افراد از خدا تعریف شود و بیشتر بر پایه تجارب هیجانی و عاطفی فرد مبتنی است.^{۱۱} پارگامنت^{۱۲} نیز ضمن پذیرش قاطعانه مذهب به عنوان یک عامل مؤثر در رسیدن به سلامت روانی، می‌نویسد: «آنچه باید مهم تلقی شده و روی آن تمرکز شود نوع برداشت و تعریفی است که افراد از مذهب و خدای خود دارند.»^{۱۳} وی تأکید می‌کند وقتی به افراد خیلی نزدیک می‌شویم، می‌بینیم دریافت‌ها و برداشت‌های مشخص و چندگانه‌ای از مذهب در ذهن و دل خود دارند که برخی از آنها یاریگر و مفید، و برخی دیگر نومیدکننده و مضر هستند.

وی دریافت که تقریباً تمام تعاریف و دریافت‌های مردم از خدا در دو الگوی کلی جای می‌گیرد: در الگوی اول، افراد خدا را به صورت منبعی از خشم، قهر و انتقام محض می‌شناسند و انسان را گناه‌کاری مبتلا به هبوط و اسیر در پنجه‌های این خدای خشمگین تصور می‌کنند. شناخت خدا در این الگو، خواسته یا ناخواسته هراس‌آور و اضطراب‌برانگیز است. مردمی که بر اساس این الگو با خدا رابطه برقرار کرده‌اند، روز به روز از سلامت روانی خود بیشتر فاصله می‌گیرند. در نقطه مقابل این گروه، افرادی هستند که از الگوی دوم در اتباط با خدا پیروی می‌کنند. آنها در این الگو، خداوند را بخشنده و دوست خود

می‌دانند و با او از طریق برقراری یک رابطه عاشقانه، ملاقات صمیمانه و گرم به عمل می‌آورند. در این الگو، خدا خیلی به انسان نزدیک است. این گروه بسیاری از دشواری‌ها و رنج‌ها را فرصت‌هایی برای رشد و تعالی بیشتر می‌دانند. افرادی که از این الگو پی‌روی می‌کنند بهداشت روانی پایدارتری را تجربه می‌کنند و از زندگی خود بیشتر لذت می‌برند.

از سوی دیگر، بیشتر صاحب‌نظران برخوردار از «عزت نفس» را به‌عنوان عامل مرکزی و اساسی در سازگاری عاطفی اجتماعی فرد می‌دانند و چون میزان عزت نفس در سلامت روانی نقش بسزایی دارد بر اهمیت آن تأکید دارند. بدین‌رو، برخی همچون براون^{۱۴} در سال ۱۹۹۷ ادعا می‌کند عزت نفس مثبت ارزشمندترین نیاز روان‌شناختی ماست و پیش‌نیازی برای سلامت روانی به شمار می‌رود.^{۱۵} این در حالی است که اسپیلکا و همکاران او^{۱۶} در سال ۱۹۷۵ گفتند: تصور از خدا با عزت نفس رابطه دارد و بر اساس نظریه «هماهنگی شناختی»، تصور افراد از خودشان بر اینکه آنها خداوند را چگونه ببینند تأثیر می‌گذارد. فرض این نظریه آن است که داده‌هایی که به‌طور ضمنی با ادراک خود واقعی افراد مخالف است، ناهماهنگی شناختی ایجاد می‌کند. برای کم کردن آشفتگی روان‌شناختی ایجاد شده توسط این ناهماهنگی، افراد ممکن است از فنونی همچون انکار، تحریف یا درک‌گزینی برای اطمینان یافتن از اینکه اطلاعات هماهنگ با تصور خود آنهاست، استفاده کنند. بنابراین، تصور از خود، می‌تواند بر توانایی افراد برای دیدن خدا به‌عنوان پرورش‌دهنده، پذیرنده، پردکننده، و حمایت‌کننده تأثیرگذار باشد.

علاوه بر این، در تحقیقاتی که رابطه مذهب و سبک‌های اسنادی بررسی گردیده است، مشاهده گردیده هنگامی که افراد درگیر وقایع بحرانی می‌شوند این اتفاقات را نسبت به وقایع معمولی، بیشتر به خدا و جنبه قهاریت آن نسبت می‌دهند.^{۱۷}

حال با توجه به اینکه اندیشه خدا از جمله تفکرات اساسی مذهبی است،^{۱۸} و از سوی دیگر، می‌بینیم که موضوعات عشق و ترس در ارتباط با خدا، در کتب مقدس دایم تکرار شده و هر دو موضوع کاملاً اساسی و مهم هستند، به این دلیل، این دو بعد برای این مطالعه انتخاب شده است. اما این‌گونه فرض نشده که این تصاویر خداوند کاملاً دو قطبی است، بلکه ارجحیت نسبی هریک از این تصاویر در ذهن پاسخ‌دهندگان در این نقطه زمانی و

رابطه آن با سلامت روان و عزت نفس مورد بررسی قرار گرفته و بر این اساس، فرضیه‌های ذیل تدوین و بررسی شده است:

۱. بین تصور مثبت از خدا با سلامت روان همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.
 ۲. بین تصور مثبت از خدا با عزت نفس همبستگی مثبت معنادار وجود دارد.
 ۳. تصور از خدا و عزت نفس نقش تعیین‌کننده‌ای در پیش‌بینی سلامت روان دارد.
- روش جامعه آماری و روش نمونه‌گیری؛ جامعه آماری این پژوهش تمام دانش‌آموزان دبیرستان‌های دولتی شهر میناب است که در سه رشته تحصیلی «علوم انسانی»، «علوم تجربی» و «ریاضی - فیزیک» مشغول به تحصیل بودند. با استفاده از جدول برآورد حجم نمونه، بر اساس جدول کرجسی و مورگان، ۳۰۰ نفر (۱۴۹ دختر و ۱۵۱ پسر) به صورت «نمونه‌برداری تصادفی ساده» انتخاب شدند و به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.
- ابزارهای پژوهش؛ در پژوهش حاضر، از ابزارهای ذیل استفاده شد:

۱. پرسش‌نامه سلامت روانی گلد برگ (G.H.Q - ۲۸)^{۱۹}

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۲ به وسیله گلد برگ ارائه شد و می‌توان آن را به‌عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از پایین‌ترین سطوح نشانه‌های مشترک مرضی، که در اختلالات روانی وجود دارد، تشکیل شده و منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است.^{۲۰} اطلاعات مربوط به مقیاس علائم جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی از این پرسش‌نامه قابل حصول است. نمره‌گذاری پرسش‌نامه به روش لیکرت چهار گزینه‌ای از ۰ تا ۳ از سمت راست تعلق می‌گیرد که در این شیوه نمونه‌گذاری، نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده سلامت عمومی ضعیف‌تر و نمره‌های پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت عمومی بهتر است.

یعقوبی ضریب پایایی کلی این پرسش‌نامه را ۰/۸۸ و ضریب پایایی خرده‌آزمون‌ها را بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۱ گزارش کرده است.^{۲۱}

تقوی در روش «آزمون - آزمون مجدد»، ضریب پایایی کلی این پرسش‌نامه را ۰/۷۳ و ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌ها را بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۸ به دست آورد.^{۲۲}

در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۰، و برای خرده‌مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی، به

ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۰، ۰/۶۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین همبستگی بین این خرده مقیاس‌ها با نمره کلی اختلالات روانی، به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۴، ۰/۷۰ و ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. پرسش‌نامه عزت نفس کوپر اسمیت

کوپر اسمیت پرسش‌نامه عزت نفس خویش را بر اساس تجدید نظری که بر مقیاس خودمفهومی راجرز و دیموند انجام داد، تدوین نمود. این مقیاس دارای ۵۸ سؤال بود که ۸ ماده سؤال آن دروغ‌سنج است. این پرسش‌نامه شامل ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی، عزت نفس خانوادگی و عزت نفس تحصیلی می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به صورت صفر و یک است؛ به این معنا که در سؤالاتی که حاکی از عزت نفس بالاست، پاسخ «بلی» یک نمره و پاسخ «خیر» صفر می‌گیرد و بقیه سؤالات به صورت برعکس نمره‌گذاری می‌شود.

ذوالفقاری^{۳۳} برای بررسی روایی سازه پرسش‌نامه از دو روش استفاده نمود: ابتدا همبستگی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه همنام آن، یعنی پرسش‌نامه آیزنک را محاسبه کردند که ضریب همبستگی به دست آمده را برابر ۰/۸۴ گزارش نمودند. در روش دوم، در تعیین سازه‌ای که پرسش‌نامه آن را می‌سنجد، از روش «تحلیل عاملی» استفاده کردند که برای انجام تحلیل عامل در این پژوهش، ابتدا میزان KMO^{۳۴}، که نشان‌دهنده میزان کفایت نمونه‌برداری است، محاسبه شد که مقدار آن را برابر ۰/۸۳ گزارش کردند. سپس از آزمون بارتلت^{۳۵} استفاده کردند که مقدار آن برابر ۶۳۶۳/۰۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار معنادار بود و انجام تحلیل عاملی را توجیه می‌کرد. در تحلیل عاملی، از دو روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی (PC)^{۳۶} و بیشینه احتمال (ML)^{۳۷} استفاده کردند که با توجه به روش PC تسلط یک عامل کلی بر پرسش‌نامه مسجّل شد که این عامل کلی همان سازه عزت نفس است. ضریب آلفای این پرسش‌نامه را نیز ۰/۸۵ به دست آورد.

در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه عزت نفس کوپر اسمیت ۰/۸۰ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه تصور از خدا

در این پرسش‌نامه، عوامل خاصی که مربوط به خداوند بود از پرسش‌نامه «وضعیت مذهبی» (RSI)^{۳۸} انتخاب و به کار گرفته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۷ سؤال و سه

خرده مقیاس «حضور خدا در زندگی»،^{۲۹} «مراقبت خداوند»^{۳۰} و «تصور منفی از خدا» است که در نهایت، خرده مقیاس‌های «حضور خدا در زندگی» و «مراقبت خداوند» با یکدیگر ترکیب شده و مقیاس «تصور مثبت از خدا»^{۳۱} را تشکیل می‌دهند. در این پژوهش، از ترجمه فارسی این پرسش‌نامه، که توسط خسروی در سال ۱۳۸۴ انجام شده، استفاده گردیده است.

نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شیوه «لیکرت» است، به این صورت که سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹ و ۱۱ از سمت راست از ۱ تا ۵ و بقیه سؤالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کلاین^{۳۲} پایایی درونی سه خرده مقیاس «حضور خدا در زندگی»، «مراقبت خداوند» و «تصور منفی از خدا» را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ به دست آورده است و آنرا نشانه پایایی درونی خوب این پرسش‌نامه می‌داند.^{۳۳}

علوی پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در خصوص عامل «حضور خدا در زندگی» ۰/۷۷، «مراقبت خداوند» ۰/۸۹، «تصور مثبت از خدا» ۰/۸۶ و «تصور منفی از خدا» ۰/۵۷ به دست آورد.^{۳۴}

در پژوهش حاضر، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در خصوص عامل «حضور خدا در زندگی» ۰/۶۰، «مراقبت خداوند» ۰/۶۴، «تصور مثبت از خدا» ۰/۶۱ و «تصور منفی از خدا» ۰/۵۸ به دست آمد. در ضمن، همبستگی عامل «حضور خدا در زندگی» و «مراقبت خداوند» (زیرمجموعه‌های «تصور مثبت از خدا») با «تصور مثبت از خدا»، به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۲ به دست آمد.

خسروی و فیض‌آبادی پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمجموعه‌های «تصور منفی از خدا» ۰/۷۶، «تصور مثبت از خدا» ۰/۸۵، «حضور خدا در زندگی» ۰/۸۳ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۹^{۳۵} و نتیجه آزمون و آزمون مجلد را ۰/۷۹ گزارش می‌کنند. همچنین برای بررسی روایی پرسش‌نامه، از روش «روایی همزمان» استفاده نمودند و همبستگی پرسش‌نامه «تصور از خدا» را با پرسش‌نامه «نگرش‌های مذهبی خدایاری» فرد محاسبه کردند و ضریب همبستگی به دست آمده را برابر ۰/۶۷ گزارش نمودند که معنادار است.

علاوه بر این، روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه تصور از خدا توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

در این پژوهش، از ضریب همبستگی پیرسون و «رگرسیون گام به گام» استفاده شده است.

جدول شماره ۱: آزمون همبستگی بین متغیرهای اختلالات روانی، تصور از خدا و عزت نفس در افراد گروه نمونه:

همبستگی	علائم جسمانی	اضطراب	کارکرد اجتماعی	افسردگی	اختلالات روانی	حضور خدا در زندگی	مراقبت خداوند	تصور مثبت از خدا	تصور منفی از خدا	عزت نفس
علائم جسمانی	۱۰۰	۰/۵۷**	۰/۴۳**	۰/۵۷**	۰/۸۰**	-۰/۱۷**	-۰/۱۴*	-۰/۲۰**	۰/۱۵**	-۰/۳۴**
اضطراب	۰/۵۷**	۱۰۰	۰/۴۶**	۰/۶۲**	۰/۸۴**	-۰/۱۱*	۰/۰۲	-۰/۰۶	۰/۱۳*	-۰/۴۰**
کارکرد اجتماعی	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۱۰۰	۰/۴۶**	۰/۷۰**	-۰/۱۶*	-۰/۰۷	-۰/۱۵**	۰/۱۱*	-۰/۴۷**
افسردگی	۰/۵۷**	۰/۶۲**	۰/۴۶**	۱۰۰	۰/۸۵**	-۰/۲۰**	-۰/۰۳	-۰/۱۶**	۰/۲۳**	-۰/۴۸**
اختلالات روانی	۰/۸۰**	۰/۸۴**	۰/۷۰**	۰/۸۵**	۱۰۰	-۰/۲۲**	-۰/۰۵	-۰/۱۸**	۰/۲۰**	-۰/۵۳**
حضور خدا در زندگی	-۰/۱۷**	-۰/۱۱*	-۰/۱۶*	-۰/۲۰**	-۰/۲۲**	۱۰۰	۰/۱۲*	۰/۷۷**	-۰/۲۶**	۰/۲۲**
مراقبت خداوند	-۰/۱۴**	۰/۰۲	-۰/۰۷	-۰/۰۳	-۰/۰۵	۰/۱۲*	۱۰۰	۰/۷۲**	۰/۱۰	۰/۰۹
تصور مثبت از خدا	-۰/۲۰**	-۰/۰۶	-۰/۱۵**	-۰/۱۶**	-۰/۱۸**	۰/۷۷**	۰/۷۲**	۱۰۰	-۰/۱۰	۰/۲۱**
تصور منفی از خدا	۰/۱۵**	۰/۱۳*	۰/۱۱**	۰/۲۳**	۰/۲۰**	-۰/۲۶**	۰/۱۰	-۰/۱۰	۱۰۰	-۰/۱۹**
عزت نفس	-۰/۳۴**	-۰/۴۰**	-۰/۴۷**	-۰/۴۸**	-۰/۵۳**	۰/۲۲**	۰/۰۹	۰/۲۱**	-۰/۱۹**	۱۰۰

مبستگی معنادار در سطح ۰/۰۱ *

مبستگی معنادار در سطح ۰/۰۰۱ **

نتایج جدول (۱) نشان می‌دهد بین نمره «تصور مثبت از خدا» و نمره کل پرسش‌نامه سلامت روانی و زیرمجموعه‌های سلامت روانی - بجز زیرمجموعه اضطراب - همبستگی معناداری مشاهده می‌شود؛ بدین معنا که هر قدر «تصور مثبت از خدا» بیشتر باشد، سلامت روانی بالاتر و احتمال بروز اختلالات روانی کمتر می‌شود. دلیل همبستگی منفی آن است که هر قدر نمره فرد در آزمون سلامت روان بالاتر باشد، نشان‌دهنده آن است که فرد از سلامت روانی کمتری برخوردار است و بعکس، هر قدر نمره فرد در این مقیاس کمتر باشد از سلامت روانی بیشتری برخوردار است.

بین نمره «تصور مثبت از خدا» و نمره «عزت نفس» نیز ارتباط معناداری وجود دارد. به این معنا که هر قدر نمره «تصور مثبت از خداوند» بالاتر باشد، نمره «عزت نفس» هم بالاتر می‌شود.

جدول (۲): نتایج به دست آمده از ضرایب همبستگی متغیر «اختلالات روانی»، «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا» در گام اول و دوم

گام‌ها	متغیر وابسته	متغیر مستقل	همبستگی R	ضریب تعیین R2	R2 اصلاح شده	انحراف استاندارد خطای تخمین
گام اول	اختلالات روانی	عزت نفس	۰/۵۳	۰/۲۷۹	۰/۲۷۷	۱۰/۴۴
گام دوم	اختلالات روانی	عزت نفس تصور منفی از خدا	۰/۵۴	۰/۲۸۹	۰/۲۸۴	۱۰/۳۹

همان‌گونه که در جدول (۲) ملاحظه می‌شود، همبستگی بین «اختلالات روانی» و «عزت نفس» ۰/۵۳ بوده و همبستگی بین «اختلالات روانی» با «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا» ۰/۵۴ بوده است.

جدول (۳): نتایج به دست آمده از ضریب مربوط به رگرسیون اختلالات روانی از روی «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا»

مقدار t	ضریب استاندارد شده	ضرایب استاندارد شده		متغیر مستقل	متغیر وابسته	گام
		خطای استاندارد	B			
۱۰/۲**	-	۴/۲۸	۴۳/۸	مقدار ثابت	اختلالات روانی	دوم
-۱۰/۱۷**	-۰/۵۰	۰/۰۸	-۰/۹۰	عزت نفس		
۲/۰۴*	۰/۱۰	۰/۱۶	۰/۳۳	تصور منفی از خدا		

بر پایه نتایج واریانس و شاخص آماری «رگرسیون گام به گام»، بین «اختلالات روانی» و «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا»، میزان t به دست آمده در جدول ۳ معنادار است.

جدول (۴): نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس مربوط به پیش‌بینی اختلالات روانی از روی «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا»

مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای مستقل	متغیر وابسته	گام
۱۱۵/۳۰۳	۱۲۵۷۶/۴۸	۱	رگرسیون ۱۲۵۷۶/۴۸	عزت نفس	اختلالات روانی	اول
	۱۰۹/۰۷۳	۲۹۸	باقیمانده ۳۲۵۰۳/۷۶			
	-	۲۹۹	مجموع ۴۵۰۸۰/۲۵۰			
۶۰/۳۵۸	۶۵۱۳/۸۷	۲	رگرسیون ۱۳۰۲۷/۷۴۰	عزت نفس و تصور منفی از خدا	اختلالات روانی	دوم
	۱۰۷/۹۲۱	۲۹۷	باقیمانده ۳۲۰۵۲/۵۱۰			
	-	۲۹۹	مجموع ۴۵۰۸۰/۲۵۰			

۰/۰۰۱** همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود، هنگامی که در گام دوم هر دو متغیر پیش‌بینی‌کننده یعنی «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا» در رگرسیون وارد شده‌اند، f به دست آمده در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است و می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا» می‌توانند اختلالات روانی را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، همبستگی بین «تصور از خدا» (مثبت و منفی) و سلامت روان، معنادار به دست آمده است. نتایج آزمون همبستگی نشان می‌دهد که بین «تصور مثبت از خدا» و سلامت روان همبستگی مثبت معناداری وجود دارد. نتایج این آزمون در جهت کار محققانی همچون فیلیپس و همکاران اوست.^{۳۶} که در تحقیقی دریافتند وقتی افراد خدا را به‌عنوان خدای طردکننده، سختگیر، و متقاضی (تصور منفی) در نظر می‌گرفتند، این عامل سلامت روانی پایین را نشان می‌داد. نتایج این آزمون در جهت نظر پارگامنت نیز هست که بیان نمود: افرادی که خدا را به‌عنوان منبعی از خشم، قهر و انتقام محض می‌شناسند و انسان را گناه‌کاری مبتلا به هبوط و اسیر در پنجه‌های این خدای خشمگین تصور می‌کنند دچار هراس و اضطراب می‌شوند و روز به روز از سلامت روانی خود فاصله می‌گیرند. اما در الگویی که افراد خداوند را بخشنده و دوست خود می‌دانند و با او از طریق برقراری یک رابطه عاشقانه ارتباط برقرار می‌کنند، خداوند را اولین مددکاری می‌دانند که در مشکلات به یاری آنها می‌آید و افراد وابسته به این بینش، بهداشت روانی پایدارتری را تجربه می‌کنند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت: زمانی که افراد از خداوند تصور منفی دارند به‌صورت تلویحی، ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط افراد مد نظر قرار می‌گیرد و این افراد خدا را بیشتر به‌عنوان منبعی از درد و تنبیه در نظر می‌گیرند تا منبعی از عشق و محبت. این در حالی است که وقتی از خداوند تصور مثبت دارند یک معنای مبتنی بر یک رابطه عاشقانه با خدا نیز همراه آن است. کسی که خود را در هاله‌ای از لطف پروردگار رحمان و رحیم می‌یابد و او را همواره به خویش نزدیک و حتی به تعبیر قرآن، از رگ گردن به خود نزدیک‌تر می‌بیند هیچ‌گاه احساس بی‌پناهی و طردشدگی نمی‌کند و این طرز تلقی به انسان احساس آرامش می‌دهد که او را از گسیختن رشته‌های تعادل روانی و امنیت درون باز می‌دارد.

در بررسی فرضیه دوم مبتنی بر رابطه «تصور مثبت از خدا» و «عزت نفس» نیز از آزمون «همبستگی» استفاده شد که نتیجه بررسی حاکی از وجود همبستگی مثبت معنادار بین تصور مثبت از خدا و عزت نفس است. طبق نتایج آزمون، افرادی که عمدتاً تصویری مثبت از خدا نشان می‌دهند، از عزت نفس بالاتر، و افرادی که تصویری منفی از خدا بیشتر

نشان می‌دهند از عزت نفس پایین تری برخوردارند. بنسون و اسپیلکا نیز بیان کردند که عزت نفس بالا به طور مثبت، با تصورات خدای مهربان همبستگی مثبت، اما با تصورات منفی از خداوند همچون طردکنندگی، سرد بودن، انتقام جو و کنترل‌کننده بودن همبستگی منفی دارد.^{۳۷} رابرتس نیز نشان داد که یک نگرش پذیرنده از خود و دیگران به اعتقاد به یک یک خدای پذیرنده مربوط می‌شود.^{۳۸} ریچتر نیز شواهدی یافت مبنی بر اینکه تصور خدا به مقدار زیاد از عزت نفس و تصور خود متأثر می‌شود.^{۳۹} در تبیین یافته‌ها، می‌توان نظیر اسپیلکا و بنسون،^{۴۰} از نظریه «هماهنگی شناختی» استفاده کرد. بر اساس این نظریه، تصور افراد از خودشان در اینکه آنها خداوند را چگونه ببینند، تأثیر می‌گذارد. داده‌هایی که به طور ضمنی با ادراک خود واقعی افراد مخالفند، ناهماهنگی شناختی ایجاد می‌کنند. برای کم کردن این آشفتگی روان‌شناختی ایجاد شده توسط این ناهماهنگی، ممکن است افراد از فنونی همچون «تحریف یا درک گزینشی برای اطمینان یافتن از اینکه اطلاعات هماهنگ با تصور خود آنهاست»، استفاده کنند.

بر این اساس، اگر افراد تصورشان از خودشان منفی باشد، تصور مثبت از خدا برای آنها آشفتگی روان‌شناختی ایجاد می‌کند؛ زیرا یا این تصور را انکار می‌نمایند و یا از تحریف و درک گزینشی برای هماهنگ کردن اطلاعات با تصور خود استفاده می‌کنند، و در صورتی که عزت نفس فرد بالا باشد این از نظر شناختی، به یک تصور مهربان و پذیرنده از خدا با یک تصور تنبیه‌گرانه از خدا همخوان‌تر است. از سوی دیگر، افرادی که خود را از نگاه طرف دیگر رابطه ارزیابی می‌کنند بر اساس نظر راجرز، در صورتی که احساس کنند دوست داشتنی نیستند و طرف مقابل رابطه آنها را نمی‌پذیرد مجبور به تحریف تصور خود واقعی می‌شوند، و اگر تصور فرد از خدا، خدایی باشد که انسان‌ها را به صورت بی‌قید و شرط پذیراست و خدایی که او را دوست دارد، طبیعی است که فرد برای خود ارزشی در نظر بگیرد و تصویر مطلوبی از خود ارائه دهد و از عزت نفس بالاتری برخوردار گردد.^{۴۱} همچنین التویس مطرح می‌کند که نقص در عزت نفس منجر به تکبر، خودپسندی و خودبینی می‌شود و منجر به انحراف از تصدیق عشق خدا به خود می‌گردد.^{۴۲} در فرضیه سوم، سهم تعیین‌کننده «تصور از خدا» و «عزت نفس» در پیش‌بینی سلامت روان مورد بررسی و تحقیق قرار گرفت. این فرضیه از طریق آزمون «رگرسیون» بررسی

شد. نتایج آزمون نشان داد که هرچند هر دو متغیر «عزت نفس» و «تصور منفی از خدا» به‌طور معناداری در پیش‌بینی سلامت روانی افراد مؤثرند، ولی اولین عاملی که سهم مهم‌تری در پیش‌بینی سلامت روانی افراد دارد عامل «عزت نفس» است که واریانس بیشتری به خود اختصاص داده است، و دومین عامل می‌تواند «تصور منفی از خدا» باشد. در تبیین این یافته که «عزت نفس» نقش پیش‌بینی کننده‌ای در سلامت روانی افراد دارد، می‌توان به اهمیتی که بسیاری از نظریه‌پردازان به بحث «عزت نفس» قائل بوده‌اند اشاره کرد. کارل راجرز ریشه بسیاری از ناراحتی‌های عصبی را در تجربه فرد از این واقعیت می‌داند که بی‌ارزش است و کسی او را نمی‌پذیرد.^{۴۳}

براون بیان می‌کند که یک درک مساعد و مطلوب از خود، یعنی عزت نفس مثبت، ارزشمندترین نیاز روان‌شناختی ماست. یک احساس خوب از خود، یک شرط لازم (پیش‌نیاز) برای سلامت روانی است، در حالی که فقدان عزت نفس نتیجه ناسازگاری روان‌شناختی است.^{۴۴}

در این فرضیه، همچنین نقش پیش‌بینی‌کنندگی تصور منفی از خدا در اختلالات روانی مد نظر قرار گرفته و تأیید شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: وقتی انسان تصور منفی از خدا دارد؛ یعنی احساس کند خدا از او مراقبتی به عمل نمی‌آورد، در بهبود زندگی‌اش نقشی ندارد، هدایتی از جانب او دریافت نمی‌کند، مجازات‌کننده و سخت‌گیر و بی‌علاقه نسبت به اوست، رابطه انسان با خدا در فضای چنین تجربه خوف‌انگیزی، رابطه ارباب و رعیتی خواهد بود؛ یعنی خداوند را مالک مطلق می‌داند که همه چیز انسان بی‌چیز را در قبضه تصرف قاهرانه خویش دارد و می‌تواند با این انسان خفیف و بی‌مقدار، هرچه می‌پسندد انجام دهد و این می‌تواند مقدمه‌ای برای سوق دادن انسان به سمت اختلالات روانی گردد.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر را می‌توان چنین بیان کرد که گاهی در میان مؤمنین حالتی رخ می‌دهد که نسبت به خدای متعال بهره‌مندی از هر دو نوع جلال و جمال الهی و حالت خوف و رجاء است که در عین توجه به رحمانیت و رحیمیت خدا به واسطه اعمال خود فرد ممکن است غصب و سخط الهی نیز دامنگیر شود که این خود بحث جداگانه‌ای را می‌طلبد.

پی‌نوشت‌ها

۱. ر.ک: سیامک خدارحیمی، مفهوم سلامت روانشناختی.
۲. رضا شجاعیان و افشین زمانی منفرد، «ارتباط سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی»، اندیشه و رفتار، ش ۲، ص ۳۹-۳۳.
3. H. Koenig, "religion and mental health in later life" , *religion and mental health* , p: 177.
4. W. Odonohue, "the bolder model :the clinical psychologist as metaphysician –scientist –practioner" , *american psychologist* ,V 44,P68.
5. C.F. Richards, P and A.Bergin , "Religious diversity and psychotherapy " , *conclusions, recommendations, and future directions*.
۶. ر.ک: محمد عثمان نجاتی، قرآن و روانشناسی.
7. C.f. Richards, P and A.Bergin, Op.cit.
8. H.Schaap-jonker et al , "images of god and personality pathology" *journal of mental health , religion and culture* .V5 ,P: 55.
۹. توشیهیکو ایزوتسو، خدا و انسان در قرآن، ترجمه احمد آرام.
10. A.Greenway et al , " Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God" *Journal of Mental health, religion & culture* , V6, P: 45.
11. H.Schaap-jonker et al , Op.cit, P: 55.
12. Pargament.
۱۳. ر.ک: مهدی پور رضائیان، « نقش دین در روان‌درمانی امروز جهان»، اصلاح و تربیت، ش ۷۵ و ۷۶.
14. Brown.
15. C.f. D. Kramer, M. Moor, Happy is the man that feareth always: *psychology VS. Religion*.
16. B . spilka et al, "parents , self and god : A test of competing theories of individual – religion relationships" , *Review of religious research* , V16,P154.
17. R.L.Gorsuch,C.S. Smith, "Attribution of responsibility to god : An interaction of religious beliefs and outcomes" , *journal for the scientific study of religion* .V22,P340.
18. J. Janssen et al , "Images of God in adolescence" , *Journal for the Psychology of Religion* ,V4,P105.
19. General Health Questionnaire (G.H.Q).
۲۰. ر.ک: پریخ دادستان ، تنیدگی یا استرس.
۲۱. نورالله یعقوبی، بررسی همه‌گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستای صومعه سرا، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
۲۲. ر.ک: محمدرضا تقوی، « بررسی روایی و اعتبار پرسش‌نامه سلامت عمومی»، روان‌شناسی، ش ۲۰.
۲۳. اکرم‌السادات ذوالفقاری، بررسی روایی، اعتبار و نرم‌یابی پرسش‌نامه عزت نفس کوپراسمیت در دبیرستان‌های اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
24. Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy.
25. Bartlett's test of sphericity.
26. principal component.
27. maximum likelihood.
28. religious status inventory.
29. God in life.
30. God cares.
31. Positive Image of God.
32. Kline.
33. C.f. Greenway, A.P., Milne, L.C & Clarke, V. , " Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God" *Journal of Mental health, religion & culture*.
۳۴. زهرا علوی، بررسی احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران سرطانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.

۳۵. ر.ک: زهره خسروی و سلیمه فیض آبادی، «سبک دل‌بستگی و تصور از خدا در بین زنان متأهل خواهان طلاق و غیر خواهان طلاق شهر کاشان»، *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ش ۱۹.

36. R.E. Phillips et al , "Self-Directing Religious Coping: A Deistic God, Abandoning God, or no God at all?" *Journal for the scientific Study of Religion*, V 43, P: 409.
37. L.J. Francis et al , " God images and self-worth among adolescents in Scotland", *Journal of Mental health, religion & culture*, V 4, P: 103.
38. C.W. Roberts, " Imagining God: who is created in whose image?" *Review of Religious Research*, V 30 , P: 375.
39. R.J. Richter , "Correlation of Psychological Well-being and Christian spiritual Well- being at a small Christian liberal Arts collage in the urban" *Midwest journal of psychology and theology*, V28 , P: 322.
40. C.f. Spilka, B., Addison, J., Rosenson, M., " Parents, Self and god: A test of competing theories of individual – religion relationships", *Review of Religious Research*.
41. C.f. W.R. Clough, "To be loved and to love" *Journal of psychology and theology*, V 34, P: 23.
42. J.H. Olthuis, "With-ing: A psychotherapy of love" *Institute for the Christian studies*.www.EBSCO.ar.ir
43. C.f. W.R. Clough, Op.cit.
44. C.f. D. Kramer, M. Moor, Op.cit.



منابع

- ایزوتسو، توشیهیکو، *خدا و انسان در قرآن*، ترجمه احمد آرام، تهران، بهمن، ۱۳۶۱.
- پور رضائیان، مهدی، «نقش دین در رواندرومانی امروز جهان»، *اصلاح و تربیت*، ش ۷۵ و ۷۶، سال ۱۳۸۰، ص ۲۶-۲۸.
- تقوی، محمدرضا، «بررسی روایی و اعتبار پرسش نامه سلامت عمومی»، *روانشناسی*، ش ۲۰، سال ۱۳۸۰، ص ۳۸۱ - ۳۹۸.
- خدارحیمی، سیامک، *مفهوم سلامت روانشناختی*، مشهد، جاودان خرد، ۱۳۷۴.
- خدایاری فرد، محمد، «گزارش نهایی طرح پژوهش تهیه مقیاس اندازه گیری اعتقادات و نگرش مذهبی»، تهران، دانشگاه تهران، ۱۳۸۴.
- خسروی، زهره و سلیمه فیض آبادی، «سبک دلبستگی و تصور از خدا در بین زنان متأهل خواهان طلاق و غیر خواهان طلاق شهر کاشان»، *اندیشه های نوین تربیتی*، ش ۱۹، سال ۱۳۸۸، ص ۵۴ - ۳۷.
- دادستان، پریخ، *تنیدگی یا استرس*، تهران، رشد، ۱۳۷۷.
- ذوالفقاری، اکرم السادات، بررسی روایی، اعتبار و نرم یابی پرسش نامه عزت نفس کوپراسمیت در دبیرستان های اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.
- ساکي، بهزاد، بررسی رابطه بین ناهماهنگی مولفه های خود-پنداشت با اضطراب و افسردگی در دبیران شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی، ۱۳۸۳.
- شجاعیان، رضا و زمانی منفرد، افشین، «ارتباط سلامت روانی و عملکرد شغلی کارکنان فنی صنایع مهمات سازی»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲، سال ۱۳۸۱، ص ۳۹ - ۳۳.
- علوی، زهرا، بررسی احساس گناه مرضی و تصور از خدا با افسردگی و امیدواری در بیماران سرطانی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۵.
- نجاتی، محمد عثمان، *قرآن و روانشناسی*، ترجمه عباس عرب، مشهد، آستان قدس رضوی، ۱۳۶۷.
- یعقوبی، نورالله، *بررسی همه گیری شناسی اختلالات روانی در مناطق شهری و روستای صومعه سرا*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۷۴.
- Clough, W.R. , "To be loved and to love", *Journal of psychology and theology*, 2006,34(1):23-31.
- Francis, L.J., Gibson, H.M., Robbins, M., "God images and self-worth among adolescents in Scotland", *Journal of Mental health, religion & culture*, 2001,4(2):103-110.
- Gorsuch, R.L., Smith, C.S., "Attribution of responsibility to god : An interaction of religious beliefs and outcomes", *journal for the scientific study of religion*, 1983,22(4):340-352.
- Greenway, A.P., Milne, L.C & Clarke, V. , " Personality variables, self-esteem and depression and an individual's perception of God" *Journal of Mental health, religion & culture*, 2003, 6(1):45-57.
- Janssen, J., Dehart, J., Gerardts, M., " Images of God in adolescence", *Journal for the Psychology of Religion*, 1994, 4(2): 105-121.
- Koenig, H., "aging and god : religion and mental health in later life " *religion and mental health* , 1994pp.177-88.
- Kramer, D., Moore, M., " Happy is the man that fearth always" *psychology VS. Religion*. 2005 .
- Odonohue, W., "the bolder model :the clinical psychologist as metaphysician -scientist -practioner" ,

- american psychologist*, 1989, 44(12):146-68.
- Olthuis, J.H., *With-ing: A psychotherapy of love*, Institute for the Christian studies, 2006.
- Phillips, R.E., Pargament, K.I., Lynn, O.K., Crossley, C.D., "Self-Directing Religious Coping: A Deistic God, Abandoning God, or no God at all?", *Journal for the scientific Study of Religion*, 2004, 43(3):409-418.
- Richards, P and Bergin, A., *Religious diversity and psychotherapy: conclusions, recommendations, and future directions*, (eds.) 2000.
- Richter R.J., "Correlation of Psychological Well-being and Christian spiritual Well-being at a small Christian liberal Arts college in the urban", *Midwest journal of psychology and theology*, 2000, 28(2):322-330.
- Roberts, C.W., "Imagining God: who is created in whose image?" *Review of Religious Research*, 1989, 30(4):375-385.
- Schaap – Jonker, H., Eurelings – Bontekoe, E., Verhagen, P.J., Zock, H., "Images of God and personality pathology: an exploratory Study among psychiatric patient", *Journal of Mental health, Religion & culture* 2000, 5(1):55-71.
- Spilka, B., Addison, J., Rosenson, M., "Parents, Self and god: A test of competing theories of individual – religion relationships", *Review of Religious Research*, 1975, 16(3): 154-165.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی