

مقایسه کیفیت تصور از خدا در بیماران افسرده و افراد سالم

حسین احمد برابادی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۷/۱۵

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی کیفیت تصور از خدا در بیماران افسرده و افراد سالم و مقایسه آن‌ها انجام شده است. به منظور بررسی تصور از خدای بیماران افسرده، از بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان امام خمینی تهران، ۱۵ نفر که تشخیص افسردگی اساسی دریافت نمودند با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و با استفاده از مصاحبه عمیق داده‌های مربوط به متغیر پژوهش جمع آوری شد. داده‌های مربوط به تصور از خدای افراد سالم به شیوه فوق از بین فرهنگیان ناحیه ۳ تهران (۱۰ نفر از افرادی که در مصاحبه بالینی فاقد نشانگان افسردگی یا سایر اختلالات روانی بودند) گردآوری شد. پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی بوده و در آن از شیوه نظریه مبنایی یا نظریه زمینه‌ای^۱ استفاده شد. داده‌ها با روش تحلیل موضوعی (تماتیک)^۲ بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد بین تصور از خدای افراد سالم و افسرده تفاوت چشمگیری وجود دارد. تصور غالب افراد افسرده از خدا منفی و شامل مقوله‌های خدای ترسناک، غیر قابل اعتماد، بی‌محبت و غیر قابل دسترس بود، در حالیکه تصور غالب افراد سالم از خدا مثبت و شامل مقوله‌های خدای قابل اعتماد و امنیت بخش، بخشنده و پذیرا، دارای رحمت و عطف، و خدای حکیم بود.

واژگان کلیدی: تصور از خدا، افسردگی، سلامت روان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

۱. استادیار گروه علوم تربیتی و مشاوره دانشگاه بجنورد، habarabadi@gmail.com

2. grounded theory
3. Thematic Analysis

مقدمه

روانشناسی با پشت سر گذاشتن دورانی که در آن نگرش منفی به دین داشت و عمده مطالعات آن در سیطره ایدئولوژی‌های الحادی بود در حال حرکت به سمت چشم‌اندازهای تازه‌ای در مطالعات دینی است. روانشناسان و روانپزشکان نیز به طور روزافزون درمی‌یابند که استفاده از روش‌های سنتی و ساده، برای درمان اختلالات روانی کافی نیست (شهیدی، ۱۳۷۹؛ ریچاردز و برگین^۱، ۲۰۰۶؛ پیدمونت^۲، ۲۰۰۹؛ یوهانسون^۳، ۲۰۱۰؛ عبدی و همکاران، ۱۳۹۱). یکی از دلایل مهم بر مدعای مذکور، تغییر رویکردی است که در چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) در سال ۱۹۹۴، نسبت به چاپ سوم آن رخ داده است. در این چاپ یک طبقه (وی-کد^۴) جدید آمده که مشخصاً به مشکلات دینی و معنوی اشاره دارد. معرفی این کد تازه نشان‌دهنده تغییر عمده در حوزه مربوط بود و اهمیت تشخیص و کسب صلاحیت و شایستگی در مورد مسائل اعتقادی، دینی و معنوی را مطرح می‌ساخت. در توجیه این کد تازه گفته بودند که فراوانی مشکلات دینی و معنوی به مراتب بیشتر از آن است که تصور می‌شد (یوهانسون، ۲۰۱۰). اقتضای چنین بینشی این است که دین و معنویت ابزارهای روان‌درمان‌بخش به شمار آیند (اسپیلکا^۵ و همکاران، ۲۰۰۳، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۰). اظهارات ضد‌مذهبی، نظیر این گفته الیس^۶ (۱۹۸۰) که «بیماران هر چه کمتر مذهبی باشند، از لحاظ عاطفی و هیجانی سالم‌تر خواهند بود»، - نه تنها بی‌مبنا و مغایر با نتایج بسیاری از پژوهش‌ها است - رفته رفته رو به زوال گذارده‌اند، تا جایی که خود الیس (۲۰۰۰) اکنون گمان می‌کند که «عقاید مذهبی که وی زمانی آن‌ها را نامعقول می‌دید، بالقوه برای برخی از مراجعان مفیدند، مؤمنان هم عقایدی معقول دارند که آن‌ها را یاری می‌دهد».

-
1. Richards & Bergin
 2. Piedmon
 3. Johansen
 4. V-Cod
 5. Spilka
 6. Ellis

بدیهی است که واژه «خدا» و کلمات مترادف آن در زبان‌های مختلف، مهم‌ترین و محوری‌ترین واژه در حوزه‌ی دین است (آذربایجانی، ۱۳۸۷). مفهوم خدا یکی از بنیادی‌ترین مقوله‌های زندگی بشری است. آدمی چه در تنهایی و چه در بطن زندگی اجتماعی خود و چه به عنوان یک دیندار یا ملحد همواره با این مفهوم روبرو بوده و هست. می‌توان سراسر تاریخ تفکر بشری را، در حول و حوش «معنا و مفهوم خدا» صورت‌بندی کرد. این مفهوم دارای ریشه‌ای غنی و عمیق در تفکر بشری است و تمدن‌ها، فرهنگ‌ها، آداب و ادیان مختلف متأثر از این مفهوم در تاریخ بشر به منحصی ظهور رسیده‌اند (عبدالکریمی، ۱۳۸۱).

مفهوم خدا یعنی درک عقلانی و اعتقاداتی که فرد نسبت به خدا دارد. این مفهوم شامل نکات دیگری نیز می‌شود از جمله ویژگی‌ها و خصوصیت‌های شخصیتی‌ای که فرد به لحاظ شناختی معتقد است که خداوند مالک آن‌هاست. تصور از خداوند^۲ شیوه‌ای است که در آن فرد خداوند را به صورت عاطفی احساس می‌کند. تصور از خداوند حالتی روانشناسی است که به چگونگی احساس فرد نسبت به خداوند و برداشت و درک فرد مبنی بر چگونگی احساس خداوند نسبت به وی مربوط می‌شود (گریمز^۳، ۲۰۰۷). تصور از خدا یک مدل کارکرد درون روانی است که فرد، «خدا» را بدان گونه و در آن قالب تصور می‌کند (گاتیس^۴، ۲۰۰۱).

تصور از خدا حکایت از کیفیت ارتباط با خدا دارد که یکی از مهم‌ترین ارتباطات فرد بوده و بررسی آن می‌تواند کیفیت دیگر ارتباطات مهم زندگی روانی فرد را به ما بشناساند (لان‌دین^۵، ۱۹۹۶، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۷۸). همچنین در صورتی که صحبت از شناخت افراد و شخصیت ایشان به میان باشد و بخواهیم سازه‌ای روانی انتخاب کنیم تا با بررسی آن به بسیاری از خصایص روانی افراد پی ببریم، آنگاه ادراک فرد از خدا و تصویری که به آن

-
1. God
 2. Image of God
 3. Grimes
 4. Gattis
 5. Laundin

دست یافته، بسیار مهم است (لاورنس^۱، ۱۹۹۷؛ ریزوتو^۲، ۲۰۰۵؛ دی روز^۳، ۲۰۰۶؛ پلوسو^۴، ۲۰۰۸؛ کلینتون و استراب^۵، ۲۱۰؛ گروسمن^۶؛ ۲۱۰).

بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی ارتباط تصور از خدا با سایر متغیرهای روانشناختی پرداخته‌اند. براد شاو^۷ و همکاران (۲۰۰۸) دریافتند که بین تصویر ذهنی مثبت از خدا و گستره‌ی وسیعی از نشانگان رفتاری شامل شکایت جسمانی، وسواس-بی‌اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. فلانلی^۸ و همکاران (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که افراد با تصویر ذهنی مثبت به خدا از مقابله‌های روانشناختی بالایی برخوردارند و موقعیت‌ها را به صورت مثبت ارزیابی می‌کنند. نیوتون و مکین تاش^۹ (۲۰۱۰) نشان دادند که افراد با تصویر ذهنی مثبت به خدا از مقابله‌های روانشناختی بالاتری برخوردارند و موقعیت‌ها را به صورت مثبت ارزیابی می‌کنند. برام^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۸a) به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی، احساس افسردگی، احساس گناه و نشانگان افسردگی ارتباط معنی‌داری داشته است، در این پژوهش، تصویر ذهنی منفی از خدا (باور به خداوند تنبیه‌کننده) با احساس گناه افراد شرکت‌کننده در پژوهش همراه است و نوروزگرایی، با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه است در حالی که همسازی، با تصویر ذهنی حمایتگر از خدا توأم بوده است (برام و همکاران، ۲۰۰۸b).

افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است و اخیراً به شدت رو به افزایش نهاده است. افرادی که بعد از سال ۱۹۷۰ متولد شده‌اند، ده برابر بیشتر از پدر بزرگ و مادر

1. Lawrence
2. Rizzoto
3. Deroos
4. Peloso
5. Clinton & Strub
6. Grossman
7. Bradshaw
8. Flannelly
9. Newton & Mcintosh
10. Braam

بزرگ‌شان احتمال دارد که به افسردگی مبتلا شوند، افسردگی سرماخوردگی بیماری‌های روانی است و تقریباً همه، حداقل به صورت خفیف احساس افسردگی کرده‌اند؛ احساس دمغی، بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دل‌سردی، و ناخشنودی، همگی تجربیات افسردگی رایج هستند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۹، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱).

با همه تلاش‌هایی که در حوزه روان‌پزشکی و روانشناسی با رویکردهای مختلف انجام می‌گیرد افسردگی همچنان قربانیان زیادی می‌گیرد و برخی را به کام مرگ می‌فرستد. طبق مطالعه شیم^۱ و همکاران (۲۰۱۱) ۶/۳ درصد از بزرگسالان در ایالات متحده از علائم متوسط تا شدید افسردگی رنج می‌برند، همچنین تقریباً ۱۴/۸ درصد افراد بالغ از نشانه‌های افسردگی خفیف رنج می‌برند، این بدان معنی است که در مجموع بیش از ۲۱ درصد از بزرگسالان در ایالات متحده علائم افسردگی را دارند. در این مطالعه، ۳۷ درصد افراد عدم درمان را گزارش نمودند، از بین بیماران دریافت‌کننده داروهای ضدافسردگی، ۴۴/۹ درصد تداوم برخی از نشانگان افسردگی را گزارش نمودند. می‌توان این فرض را مطرح نمود که تداوم نشانگان افسردگی برای برخی از افراد مربوط به مسائل معنوی‌شان باشد. طبق بررسی نوربالا و همکاران (۱۳۸۹)، در ایران ۳۴/۲ درصد افراد ۱۵ ساله و بالاتر مشکوک به اختلال روانی بودند، علائم افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلالات بود. از طرفی پژوهش‌های زیادی افسردگی را با متغیرهای معنوی از جمله تصور از خدا مرتبط می‌دانند (غباری‌بناب و حدادی کوهسار، ۲۰۱۱؛ فاروقی و محمود، ۱۹۹۹؛ برام و همکاران، ۲۰۰۸؛ براد شاو و همکاران، ۲۰۰۸).

افسردگی در مسیحیت از زمان‌های طولانی به عنوان یک مشکل معنوی باز تعریف شده است (سورنسون^۲، ۲۰۱۳). دکتر هارولد کوئینگ^۳ (۲۰۰۹)، به نقل از سورنسون، (۲۰۱۳) از جامعه روانپزشکان خواست که از وضعیت مذهبی بیماران‌شان به خاطر اهمیتی که این متغیر دارد آگاه باشند. او ادعا می‌کند که بیماران ممکن است دین را به عنوان

-
1. Shim
 2. Sorenson
 3. Koenig, H

ابزاری برای تضعیف نیاز برای حرکتِ رو به جلو در زندگی استفاده کنند. تشخیص مرز بین اعمال و اعتقادات مذهبی سالم و ناسالم مشکل است و مشخص نمودن آن یک عامل اساسی است که کوئینگ از روانپزشکان می‌خواهد که آن را کشف نمایند.

یک مطالعه طولی (مورفی^۱ و فیتچک^۲، ۲۰۰۹) روی بیمارانی که از افسردگی اساسی رنج می‌بردند، نشان داد: بیمارانی که اعتقاد راسخی به وجود خدا داشتند نسبت به بقیه، احساس افسردگی کمتری را ۸ هفته پس از درمان گزارش کردند. با این وجود برخی پزشکان به صراحت بیان کردند که آن‌ها هیچ دلیلی - جز همبستگی - مبنی بر اینکه باورهای مذهبی به کاهش افسردگی کمک می‌کند، نیافته‌اند. در عین حال آن‌ها از پزشکان می‌خواهند که نسبت به درجه‌ای که بیماران‌شان جهان‌بینی مذهبی دارند آگاه باشند. مطالعه فوق همچنین نشان داد: بیماران فاقد حس قوی سلامت مذهبی، زمانی که با افسردگی اساسی مواجه می‌شوند به احتمال زیاد ایمان‌شان را از دست می‌دهند (مورفی و فیتچک، ۲۰۰۹). سلامت مذهبی در این مطالعه به معنای درجه‌ای که فرد با خدا احساس صمیمیت می‌کند تعریف می‌شود.

فاروقی و محمود (۱۹۹۹) در پژوهشی که روی جمعیت مسلمان پاکستان انجام دادند به بررسی تصور از خدا در بین بیماران افسرده و بیمارانی که مشکلات جسمانی داشتند، پرداختند. یافته‌ها نشان داد که افسرده‌ها ادراک منفی‌تری از خدا در مقایسه با بیماران جسمانی نشان دادند، همچنین تفاوت معنی‌داری بین زنان و مردان افسرده در ادراک منفی‌شان از خدا نیافتند. فاروقی و رحمان (۲۰۰۱) تصور از خدا را در بین بیماران اسکیزوفرن و افسرده (یک قطبی و دو قطبی) جامعه مسلمان پاکستان بررسی نمودند، نتایج نشان داد که اسکیزوفرن‌ها و بیماران افسرده دو قطبی تصور منفی‌تری از خدا نسبت به بیماران افسرده یک قطبی داشتند. همچنین مشخص شد که اسکیزوفرن‌ها و افسرده‌های دو قطبی تفاوت معنی‌داری در تصور از خدا ندارند.

1 Murphy

2. Fitchett

با توجه به آنچه گفته شد رابطه تنگاتنگی بین تصور از خدا و سلامت روان وجود دارد. تصورات مثبت نسبت به خدا با نشانگان رفتاری از جمله شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی و اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی رابطه منفی دارد (شاپ-جانکر و همکاران، ۲۰۰۲).

اکثر پژوهش‌های انجام شده در مورد تصور از خدای افراد، با استفاده از رویکرد اثبات‌گرایانه و نگاه از بیرون سعی کرده‌اند در قالب اعداد و ارقام، استنباطی از نوع تصور از خدای افراد داشته باشند، اما این پژوهش با استفاده از رویکردی تفسیرگرایانه سعی دارد تا تصور از خدا را از نگاه افراد افسرده و سالم به عنوان عوامل اصلی تولید دانش بازشناسی کند. یعنی تم‌ها یا موضوعاتی را استخراج نماید که بر اساس آن بتوان به مقایسه تصور از خدا در افراد افسرده و سالم پرداخت تا هم در سبب‌شناسی و هم مداخلات درمانی راهنمای مشاوران و درمانگرانی که علاقه‌مند به مداخلات معنوی هستند قرار گیرد.

روش پژوهش

برای بررسی کیفیت تصور از خدا در افراد افسرده و سالم از شیوه نظریه‌مبنایی یا نظریه زمینه‌ای^۱ استفاده شد. نظریه زمینه‌ای، دارای مجموعه‌ای از تکنیک‌ها جهت انجام تحقیق کیفی است. ایده‌ی اصلی نظریه زمینه‌ای این است که به جای استفاده از داده‌ها جهت آزمون فرضیه‌های برخاسته از ادبیات پژوهش که در تحقیقات کمی انجام می‌گیرد، از گزارش‌های کلامی افراد در مورد تجارب‌شان به عنوان داده استفاده می‌شود. تفاوت مهم و اساسی بین نظریه زمینه‌ای و اشکال صرفاً توصیفی طبقه‌بندی، مثل تحلیل محتوا^۲، این است که کدها و مقوله‌ها^۳ از پیش تعیین شده نیستند، بلکه از زمینه داده‌ها برای مقوله‌بندی خود داده‌ها استفاده می‌شود (استراوس و کوربین، ۱۹۹۸).

جامعه پژوهش حاضر به منظور بررسی تصور از خدا در افراد افسرده، شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان امام خمینی شهر تهران و به

-
1. grounded theory
 2. content analysis
 3. codes and categories

منظور بررسی تصور از خدا در افراد سالم، فرهنگیان شاغل در آموزش و پرورش ناحیه ۳ تهران بود. نمونه‌گیری در پژوهش حاضر مانند اکثر مطالعات کیفی با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند انجام شد. باس (۱۹۸۰) عنوان می‌کند یک شیوه مناسب برای ایجاد سازه‌های نظری بامعنا، با مطالعه بر روی افرادی حاصل می‌شود که در متغیرهای مورد نظر سرآمد یا الگو^۲ باشند. بنابراین با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند از بین بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان امام خمینی تهران، آن‌هایی که توسط روانپزشک تشخیص افسردگی اساسی دریافت نمودند، انتخاب شدند. بر همین اساس، افراد سالمی که بر اساس مصاحبه بالینی فاقد نشانگان تشخیصی اختلالات روانی بودند از بین فرهنگیان آموزش و پرورش ناحیه ۳ تهران با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. همچنین به دلیل اینکه برای پاسخ‌گویی به سؤالات مصاحبه داشتن سطح متوسطی از توانایی‌های شناختی لازم بود، نمونه شرکت‌کننده در پژوهش به صورت هدفمند از بین کسانی انتخاب شد که حداقل سطح تحصیلات آن‌ها دیپلم بود و دارای توانایی شناختی مناسبی در پاسخ‌گویی به سؤالات مصاحبه بودند. برای ثابت نگه داشتن برخی عوامل زمینه‌ای تنها افرادی برای مصاحبه انتخاب شدند که بین ۵۰-۲۰ سال سن داشتند. به دلیل اینکه پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی است، تعداد نمونه بر اساس شیوه تئوری زمینه‌ای که برای تحلیل داده‌ها به کار از آن استفاده شد به اندازه‌ای انتخاب شد که حداکثر محتوای کیفی تصور از خدا استخراج شود و به اصطلاح مصاحبه‌ها به حالت اشباع برسند. با توجه به این موضوع، در پژوهش حاضر پس از مصاحبه با ۱۵ بیمار افسرده (۱۰ زن و ۵ مرد) و ۱۰ فرد سالم (۷ مرد و ۳ زن) پاسخ‌های افراد به حالت اشباع رسید و انجام مصاحبه متوقف شد. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه عمیق (جامع) استفاده شد.

روش عملی اجرای مصاحبه در مورد بیماران افسرده اینگونه بود: روانپزشک پس از تشخیص افسردگی به مراجع می‌گفت: «جهت ارزیابی بیشتر به همکارم مراجعه نمایید». در

-
1. meaningful
 2. prototypical or exemplary

اتاق جداگانه و امنی مصاحبه با بررسی علت مراجعه، سابقه بیماری، بررسی روابط اولیه مراجع، بررسی تاریخچه زندگی مراجع از جمله بررسی مسایل معنوی و مذهبی شروع می‌شد، وقتی مراجعان به صورت خودانگیخته کلمه یا باور یا تصویری را در مورد خدا بیان می‌کردند روی آن تمرکز می‌شد و به صورت عمیق این مقوله در ابعاد مختلف زندگی مراجع مورد کاوش قرار می‌گرفت. در مورد افراد سالم مشابه افراد افسرده ارزیابی صورت می‌گرفت فقط به جای علت مراجعه و سابقه بیماری با یک سؤال کلی «روحیه‌تون چطوره؟» مصاحبه آغاز می‌شد. نکته مهمی که در مصاحبه وجود داشت این بود که هر جا مراجعان توصیف‌هایی از خدا را بیان می‌کردند که صرفاً محصول آموزش یا تلقین‌های اجتماعی بود، به بررسی تجربه شخصی مراجع پرداخته می‌شد. مثلاً اگر مراجعی اظهار می‌کرد "خدا مهربان است" از او خواسته می‌شد "چطور مهربانی خدا را تجربه کرده‌ای". مصاحبه‌ها با کسب اجازه از مراجعان ضبط شده و سپس روی کاغذ ثبت می‌شد تا برای تحلیل و کدگذاری آماده باشند. برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از انجام مصاحبه از روش تحلیل موضوعی (تماتیک) استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

برای بررسی کیفیت تصور از خدا در افراد افسرده، داده‌های حاصل از مصاحبه با ۱۵ نفر مورد تحلیل قرار گرفت. اگرچه داده‌های حاصل از مصاحبه، از نفر ۱۳م به بعد تکراری بودند و به اصطلاح به اشباع نظری رسید بودند اما جهت اطمینان بیشتر این مصاحبه‌ها تا نفر پانزدهم ادامه پیدا کردند. داده‌ها در مرحله اول جمله به جمله بررسی و کدگذاری شد و در نهایت ۵۸ مفهوم در باره تصور از خدا استخراج گردید. مفاهیم استخراج شده در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مفاهیم اولیه استخراج شده از بیماران افسرده در مرحله ی اول کدگذاری تحلیل تماتیک

ردیف	مفاهیم	فراوانی	ردیف	مفاهیم	فراوانی
۱	خدا وجود دارد.	۶	۳۰	خدا به من توجه نمی کند.	۸
۲	کارهای خدا از روی حکمت است.	۲	۳۱	خدا از من غافل است.	۳
۳	خدا عادل است.	۲	۳۲	خدا دارد ما را بازی می دهد.	۱
۴	خدا مهربان است.	۲	۳۳	خدا جواب من را نمی دهد.	۵
۵	خدا از همه امور آگاه است.	۱	۳۴	خدا من را دوست ندارد.	۳
۶	خدا بازتاب اعمال را به انسان نشان می دهد.	۴	۳۵	خدا من را نمی بیند.	۲
۷	خدا ناظر است.	۱	۳۶	خدا دنیا را بی هدف آفریده است.	۲
۸	خداوند متذکر است.	۱	۳۷	خدا مراقب من نیست.	۱
۹	خدا اهل حساب و کتاب است.	۱	۳۸	رثوف بودن خدا هم حدی دارد.	۱
۱۰	از خدا شاکمی هستم.	۳	۳۹	خدا از من انتقام می گیرد.	۵
۱۱	برای من خدا حضور ندارد.	۱	۴۰	خدا چیزهایی را مقدر کرده است.	۱
۱۲	خدا بیدار است.	۱	۴۱	خدا ما را آزمایش می کند.	۲
۱۳	از خدا می ترسم.	۷	۴۲	خدا به همه چیز اشراف دارد.	۱
۱۴	خدا معامله گر است.	۲	۴۳	خدا همه جا حضور دارد.	۱
۱۵	خدا ما را خلق کرده و رها کرده است.	۴	۴۴	شک دارم که خدا هست.	۱
۱۶	خداوند مشروط آدم را می پذیرد و به او کمک می کند.	۵	۴۵	خدا مانع رسیدن من به خواسته هایم می شود.	۱
۱۷	خدا داور است.	۱	۴۶	عالم بی حساب و کتاب است.	۱
۱۸	خدا رئیس است.	۱	۴۷	خدا به من کمک نمی کند.	۲
۱۹	خدا پادشاه است.	۲	۴۸	خدا به ما ضربه می زند.	۱
۲۰	خدا همه کاره است.	۲	۴۹	خدا هم طرفداران ظالم هاست.	۲
۲۱	خدا دنیا را می گرداند.	۱	۵۰	خدا ما را ضایع می کند.	۱
۲۲	خدا بی انصاف است.	۱	۵۱	نمی توانم به خدا تکیه کنم.	۳
۲۳	خداوند بیناست.	۱	۵۲	خدا را دوست ندارم.	۱
۲۴	خدا شنواست.	۱	۵۳	رابطه ام با خدا صمیمی نیست.	۲
۲۵	خدا کنترل کننده است.	۱	۵۴	خدا نعمت دهنده است.	۱

۲۶	خدا دنیا را اداره می کند.	۲	۵۵	خداوند مرا حمایت می کند.	۱
۲۷	خدا به من کمک می کند.	۲	۵۶	خداوند صدای مرا نمی شنود.	۱
۲۸	خدا ما را خلق کرده و رها کرده است.	۳	۵۷	همه چیزی تحت نظارت خداوند است.	۱
۲۹	خدا بازی گردان است.	۱	۵۸	خمه چیز تحت کنترل خداوند است.	۱
	جمع	۶۲		جمع	۵۷
				جمع کل گویه‌ها	۱۱۹

این مفاهیم در مرحله دوم جهت انسجام بیشتر و تحلیل و تفسیر منسجم‌تر در قالب ۲۱ مفهوم انتزاعی تر کدگذاری شد. نتایج این کدگذاری و نحوه تحلیل و ترکیب مفاهیم اولیه در قالب مفاهیم ثانویه در جدول ۲ به نمایش درآمده‌اند. در مرحله بعد ۲۱ مفهوم تولید شده در فرآیند کدگذاری ثانویه در قالب ۷ مقوله عمده یا تم طبقه‌بندی شدند. این مقولات عمده (تم) از لحاظ انتزاعی بودن در سطح بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار دارند. در فرآیند طبقه‌بندی و کدگذاری مفاهیم ممکن است تشابه لغوی بین مفاهیم وجود داشته باشد و یا یک مفهوم را بتوان در دو یا چند طبقه قرار داد. به وجود آمدن چنین مسائلی در تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی طبیعی است و از نقطه نظر روش‌شناسی تحلیل تماتیک تشابه لغوی بین برخی مفاهیم و مقوله‌های بدست آمده ایرادی ندارد. و یک مفهوم را بر اساس نزدیک‌ترین ارتباطی که با هر کدام از تم‌های اصلی دارد می‌توان طبقه‌بندی کرد. تم‌های اصلی و نحوه ارتباط آن‌ها با مفاهیم در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

جدول ۲. نحوه شکل‌گیری ۷ تم اصلی بدست آمده از تحلیل تماتیک

مفاهیم اولیه	مفاهیم ثانویه	تم یا مقولات عمده	فراوانی
خدا وجود دارد	وجود		
خدا از همه امور آگاه هست. / خدا ناظر است. خدا بیدار است. / خدا بینا است. / خدا شنوا است. / خدا به همه چیز اشراف دارد. / خدا همه جا حضور دارد.	عالم	صفات ذاتی یا کمال خدا	۲۴
خدا عادل است	عادل		

		خدا دنیا را اداره می کند. همه چیز تحت نظارت خداوند است. خدا چیزهایی را مقدر کرده است. همه چیز تحت کنترل خداوند است. خدا دنیا را می گرداند. خدا اهل حساب و کتاب است. خداوند متذکر است.	مدیر
		خدا داور است. / خدا رئیس است. / خدا پادشاه است. / از خدا می ترسم. / خدا کنترل کننده است. / خدا همه کاره است. / خدا بازی گردان است.	قدرت ترسناک
۳۰	خدای ترسناک	خداوند مشروط آدم را می پذیرد و به او کمک می کند. خدا بازتاب اعمال را به انسان نشان می دهد. / خدا از من انتقام می گیرد.	سخت گیر انتقام گیر
		خدا هم طرفدار ظالم هاست. / خدا بی انصاف است خدا به ما ضربه می زند. / خدا ما را ضایع می کند. / خدا مانع رسیدن من به خواسته هایم م شود.	غیر عادل بدخواه
۱۷	خدای غیر قابل اعتماد	نمی توانم به خدا تکیه کنم خدا ما را خلق کرده و رها کرده است. / خدا دنیا را بی هدف آفریده است. / عالم بی حساب و کتاب است.	غیر قابل اعتماد بی حکمت
		خدا را دوست ندارم شک دارم که خدا هست	نامحسوب تردید در وجود
		خدا به من توجه نمی کند. / خدا از من غافل است. / از خدا شاکی هستم. / خدا من را نمی بیند.	بی توجه
۲۵	خدای بی محبت	خدا من را دوست ندارد خدا مراقب من نیست. / خدا به من کمک نمی کند. / خدا معامله گر است.	بی محبت غیر حامی
		رثوف بودن خدا هم حدی دارد. خدا جواب من را نمی دهد. / خدا صدای من را نمی شنود. / خدا برای من حضور ندارد.	مهربانی محدود غیر پاسخگو
۱۳	خدای غیر قابل دسترس	خدا صدای من را نمی شنود. / خدا دنیا را خلق کرده و رها کرده است / رابطه ام با خدا صمیمی نیست.	دور

			خدا به من کمک می کند.
۶	خدای حامی و مهربان	حامی	خدا نعمت دهنده است خدا مهربان است. خدا مرا حمایت می کند.
۴	حکیم	با حکمت	کارهای خدا از روی حکمت است. خدا ما را آزمایش می کند
۱۱۹		مجموع	

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، محتوای مصاحبه با افراد افسرده در قالب ۷

مقوله طبقه بندی شد:

(۱) صفات ذاتی یا کمال خداوند: ۲۴ گویه (۲۰ درصد) از اظهارات افراد افسرده به این مقوله اشاره داشت.

صفات ذاتی به توصیف ذات خداوند بدون ملاحظه غیر اشاره دارند (جوادی آملی، ۱۳۹۱). صفات کمال نیز ثبوت کمالات برای خدا را می رساند (شجاعی، ۱۳۹۰).

افراد افسرده در این مقوله به مفاهیم وجود (به وجود خداوند اعتقاد دارم)، علم (خداوند نسبت به همه امور آگاه است)، عدالت (خداوند عادل است) و مدیریت و تدبیر خداوند (همه چیز تحت کنترل، نظارت و مدیریت خداوند است).

(۲) خدای ترسناک: که اکثریت اظهارات افراد افسرده به این مقوله اختصاص دارد. ۳۰ گویه از اظهارات افراد افسرده (۲۵ درصد) تصور از خدای ترسناک را نشان می دهد. آن‌ها خدا را به عنوان یک قدرت ترسناک (خدا رئیس است، خدا پادشاه است) در نظر می گیرند. خدای آن‌ها خدای سختگیر (خدا، انسان‌ها را مشروط می پذیرد) و انتقام گیرنده است (خدا از من انتقام می گیرد).

(۳) خدای غیر قابل اعتماد: ۱۷ گویه (۱۴ درصد) از اظهارات افراد افسرده تصور از خدای غیر قابل اعتماد را نشان می دهد. تصورشان از خدا، خدایی بی انصاف و بی عدالت است (خدا بی انصاف است، خدا هم طرفدار ظالم‌هاست). خدای آن‌ها نه تنها آن‌ها را پشتیبانی نمی کند بلکه بدخواه آن‌هاست (خدا به ما ضربه می زند، خدا ما را ضایع می کند). آن‌ها نمی توانند به خدای شان اعتماد کنند، دنیایی که خدا آن‌ها در آن قرار داده بی معناست و

حکمتی در آن نیست (خدا ما را خلق کرده و رها کرده است، خدا دنیا را بی هدف آفریده، عالم حساب و کتابی ندارد). آنها رابطه‌ی عاطفی و دوستانه‌ای با خدا ندارند و گاهی اوقات حتی در وجود خدا شک می‌کنند. مجموع این تصورات در آنها احساس ناامنی و بی‌اعتمادی نسبت به خدا ایجاد می‌کند.

۴) خدای بی‌محبت: بعد از طبقه خدای ترسناک، خدای بی‌محبت بیشترین گویه‌ها را به خود اختصاص داده است. ۲۵ گویه (۲۱ درصد) از اظهارات افراد افسرده به خدای بی‌محبت اشاره دارد. تصور این افراد این است که خدا نسبت به آنها بی‌توجه بوده (خدا به من توجه نمی‌کند، خدا از من غافل است)؛ آنها را دوست نداشته و از آنها حمایت نمی‌کند (خدا مراقب من نیست، خدا به من کمک نمی‌کند). آنها حتی زمانی که از مهربانی و رأفت خدا صحبت می‌کنند، مهربانی خدا را همچنان محدود در نظر می‌گیرند (رئوف بودن خدا هم حدی دارد).

۵) خدای غیر قابل دسترس: ۱۳ گویه (۱۱ درصد) از اظهارات افراد افسرده، تصور از خدای غیر قابل دسترس را نشان می‌دهد. آنها خدا را در هنگام سختی‌ها و مشکلات زندگی غیر پاسخگو می‌بینند (خدا جواب من را نمی‌دهد، انگار خدا صدای من را نمی‌شنود)، آنها رابطه‌ای نزدیک و صمیمی را با خدا تجربه نمی‌کنند بلکه در عوض او را دور در نظر می‌گیرند (خدا ما را خلق کرده و رهایمان کرده است، رابطه صمیمی با خدا ندارم).

۶) خدای حامی و مهربان: ۶ گویه (۵ درصد) از اظهارات افراد افسرده، به خدای حامی و مهربان اختصاص دارد. در این اظهارات آنها خدا را به عنوان ذاتی که به آنها کمک نموده و از آنها حمایت می‌کند، در نظر می‌گیرند (خدا به من کمک می‌کند، خدا مهربان است و مرا حمایت می‌کند).

۷) خدای حکیم: ۴ گویه (۴ درصد) از اظهارات افراد افسرده به این موضوع اشاره دارند که کارهای خدا حکیمانه و از روی حکمت است و او ما را در این دنیا به منظور خاصی آزمایش می‌کند.

در نمودار دایره‌ای زیر ۷ مقوله تصور از خدای افراد افسرده به همراه درصد اختصاص یافته به هر مقوله آمده است.

جدول ۳. مفاهیم اولیه استخراج شده تصور از خدا در افراد سالم در مرحله اول کدگذاری تحلیل تماتیک

ردیف	مفاهیم	فراوانی	ردیف	مفاهیم	فراوانی
۱	خداوند وجود دارد.	۵	۲۶	خدا به بندگانش کمک می‌کند.	۷
۲	خداوند خالق همه هستی است.	۱	۲۷	خداوند پاسخگو است.	۳
۳	خداوند برترین نیرو و قدرت هستی است.	۳	۲۸	خداوند کامل و بی نقص است.	۷
۴	خداوند سرشار از رحمت است.	۳	۲۹	خداوند عادل است.	۳
۵	خداوند مالک همه هستی است.	۲	۳۰	خداوند عاشق بنده است و بندگانش را دوست دارد.	۶
۶	بازگشت همه امور به خداوند است.	۱	۳۱	خداوند دوست داشتنی است.	۴
۷	خداوند از همه مهربان‌تر است.	۹	۳۲	تقدیر امور به دست خداوند است.	۲
۸	خداوند بیشترین لطف را دارد.	۳	۳۳	خداوند عالم را منظم اداره می‌کند.	۳
۹	همیشه حواس خداوند به ما هست (مراقب ماست)	۴	۳۴	خداوند از مشکلات بندگان آگاه است.	۲
۱۰	همه خوبی‌ها از خداوند است.	۳	۳۵	همه امور به عهده خداوند است.	۲
۱۱	خداوند حلال مشکلات است.	۱	۳۶	امور را می‌توان به خدا واگذار کرد.	۲
۱۲	خداوند کارهایش را به موقع انجام می‌دهد.	۴	۳۷	با خدا صمیمی هستم.	۲
۱۳	خدا بر بندگانش آسان می‌گیرد.	۳	۳۸	خداوند بندگانش را آزمایش می‌کند.	۲
۱۴	خداوند نور است.	۱	۳۹	خدا از بندگانش زیادی نمی‌خواهد.	۲
۱۵	خداوند خیر خواه است.	۴	۴۰	خداوند به وعده‌هایش وفا می‌کند.	۲
۱۶	از خدا ترسی ندارم.	۲	۴۱	خدا بندگانش را عذاب نمی‌کند.	۱
۱۷	خدا ستار است.	۲	۴۲	خدا درست کارش را انجام می‌دهد.	۲

۱۸	خدا گناهان را می‌بخشد.	۶	۴۳	خدا به دنبال انتقام‌گیری از بندگان نیست.	۲
۱۹	خدا بدون قید و شرط بندگانش را می‌پذیرد.	۵	۴۴	خدا به بندگانش تلنگور می‌زند.	۱
۲۰	خداوند دست بندگانش را می‌گیرد.	۲	۴۵	حضور خدا را احساس می‌کنم.	۳
۲۱	خداوند حضور همیشگی دارد.	۴	۴۶	کارهای خداوند حساب و کتاب دارد.	۱
۲۲	خداوند روزی‌دهنده است.	۲	۴۷	نسبت به خداوند احساس قدردانی دارم.	۲
۲۳	خداوند به بندگانش نعمت می‌بخشد.	۴	۴۸	خداوند حامی و یاری‌دهنده است.	۳
۲۴	کارهای خدا از روی حکمت است.	۷	۴۹	گاهی اوقات پاسخم را نمی‌دهد.	۲
۲۵	کنترل همه امور در دست اوست.	۳	۵۰	گاهی اوقات به عدالتش شک می‌کنم	۳
	جمع	۸۴		جمع	۶۹
	مجموع مفاهیم بیان شده در باره خدا				۱۵۳

این مفاهیم در مرحله دوم جهت انسجام بیشتر و تحلیل و تفسیر منسجم‌تر در قالب ۲۳ مفهوم انتزاعی تر کدگذاری شد. نتایج این کدگذاری و نحوه تحلیل و ترکیب مفاهیم اولیه در قالب مفاهیم ثانویه در جدول ۲ به نمایش درآمده‌اند. در مرحله بعد مفاهیم تولید شده در فرآیند کدگذاری ثانویه، در قالب ۷ مقوله عمده یا تم طبقه‌بندی شدند. این مقولات عمده (تم) از لحاظ انتزاعی بودن در سطح بالاتری نسبت به مفاهیم مرحله قبل قرار دارند. تم‌های اصلی و نحوه ارتباط آن‌ها با مفاهیم در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نحوه شکل‌گیری ۷ تم اصلی بدست آمده از تحلیل تماتیک

مفاهیم اولیه	مفاهیم ثانویه	مقولات عمده (تم)	فراوانی
خداوند عادل است.	عادل		
خداوند کامل و بی‌عیب و نقص است.	بی‌نقص		
خداوند نور است	نور	کمال	۳۴
خداوند وجود دارد.	وجود		

	خالق	خداوند خالق هستی است.
	قادر	خداوند برترین نیرو قدرت هستی است.
	عالم	خداوند مالک همه هستی است. بازگشت امور به خداست. کنترل همه امور به دست خداست. تقدیر امور به دست خداوند است. خداوند عالم را منظم اداره می کند. کارهای خداوند حساب و کتاب دارد. خداوند از مشکلات بندگانش آگاه است.
	مدیر	
	تدارک دهنده	خداوند بر بندگانش نعمت می بخشد. / خداوند روزی دهنده
	امکانات	است.
	مراقب و محافظ	همیشه حواس خداوند به ما هست (مراقب ماست) / خداوند
	یاربگر	بندگانش را عذاب نمی کند.
	در دسترس	خداوند به دنبال انتقام گیری از بندگانش نیست. / خدا به
	پاسخگو	بندگانش تلنگور می زند.
	قابل اعتماد	خداوند حلال مشکلات است. / خداوند به بندگانش کمک می کند.
۴۷	قابل اعتماد و امنیت بخش	خداوند حامی و یاری دهنده است. / خداوند دست بندگانش را می گیرد. خداوند حضور همیشگی دارد. / حضور خدا را احساس می کنم خداوند پاسخگو است. امور را می توانم به خدا واگذار کنم. / همه امور به عهده خداوند است. خدا به وعده هایش وفا می کند. / خداوند کارهایش را درست انجام می دهد. با خدا صمیمی هستم.
	نزدیک	
	آسان گیر	خدا بر بندگانش آسان می گیرد. / خداوند از بندگانش زیاد نمی خواهد. از خدا ترس ندارم. خدا گناهان را می بخشد. / خدا بدون قید و شرط بندگانش را می پذیرد.
۱۸	بخشنده و پذیرا	بخشنده و پذیرا

	رحمت		خداوند سرشار از رحمت است./خداوند از همه مهربانتر است./خداوند بیشترین لطف را دارد.
	خیرخواه و با محبت		همه خوبی‌ها از خداوند است.
۳۶	رحمت و عطا		خداوند خیرخواه است./خداوند عاشق بندگانش است و آن‌ها را دوست دارد.
	محبوب		خداوند ستار است.
			خداوند دوست‌داشتنی است./نسبت به خدا احساس قدردانی دارم.
			خداوند کارهایش را به موقع انجام می‌دهد.
۱۳	حکیم		کارهای خدا از روی حکمت است.
			خداوند بندگانش را آزمایش می‌کند.
	غیر پاسخ‌گو	غیر پاسخ‌گو	گاهی اوقات خدا پاسخ نمی‌دهد
۲	غیر عادل	غیر عادل	گاهی اوقات به عدالتش شک می‌کنم.
۳			
۱۵۳			

با توجه به جدول ۳، محتوای مصاحبه با افراد سالم در قالب ۷ مقوله عمده طبقه‌بندی شد:

(۱) صفات ذاتی یا کمال خداوند: ۳۴ گویه (۲۲ درصد) از اظهارات افراد سالم به صفات ذاتی یا کمال خداوند اختصاص داشت. آن‌ها علاوه بر اعتقاد به وجود خداوند، او را عادل، بی‌نقص، نور، قادر، خالق، عالم، مدیر و مدبر در نظر می‌گرفتند.

(۲) خدای قابل اعتماد و امنیت‌بخش: بیشترین فراوانی اظهارات افراد سالم (۴۷ گویه، که ۳۱ درصد کل اظهارات را نشان می‌دهد) مربوط به این مقوله است. افراد سالم، خدا را به عنوان ذاتی که امکانات زندگی و رشد را به آن‌ها بخشیده و مراقب و محافظ آن‌هاست، تصور می‌کنند. برای آن‌ها نه تنها خداوند به دنبال انتقام نیست بلکه اغلب خداوند را یاریگر در نظر می‌گیرند. در مشکلات و مصائب زندگی خداوند برایشان در دسترس و پاسخگو بوده، می‌توانند به خدای خود تکیه کنند و همچنین می‌توانند با خدا رابطه‌ی نزدیک و صمیمی داشته باشند.

(۳) خدای بخشنده و پذیرا: گویه (۱۲ درصد) از اظهارات افراد سالم به بخشنده و پذیرا بودن خدایشان اشاره دارد. خدای افراد سالم خدای سهل‌گیری است که به بندگانش آسان

می‌گیرد و از آن‌ها زیاد نمی‌خواهد، رابطه آن‌ها با خدا مبتنی بر ترس نیست، آن‌ها حتی وقتی اشتباه یا گناهی انجام می‌دهند خدا را بخشنده می‌یابند. آن‌ها معتقدند خدایشان آن‌ها را بدون قید و شرط می‌پذیرد.

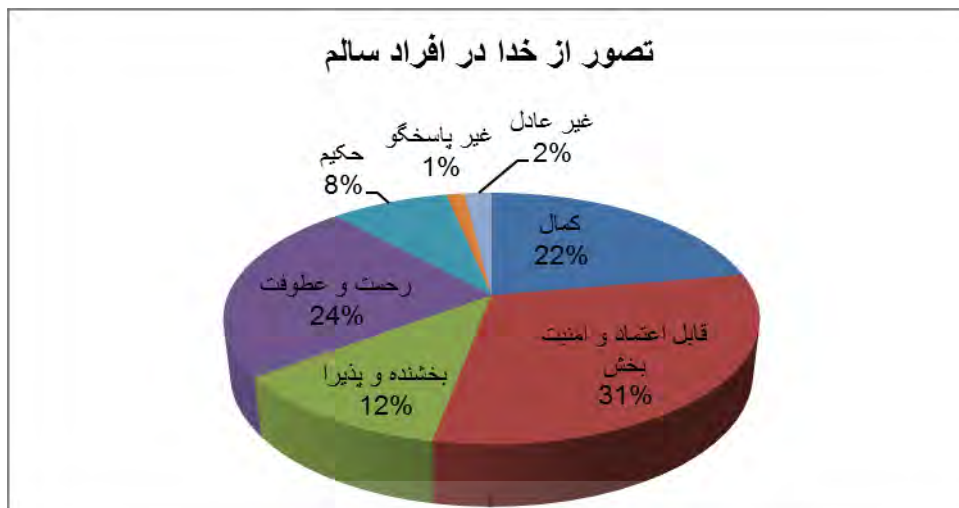
۴) خدای پر از رحمت و عطوفت: بعد از خدای قابل اعتماد و امنیت‌بخش، بیشترین فراوانی اظهارات افراد سالم مربوط به مقوله خدای پر از رحمت و عطوفت است (۳۶ گویه و ۲۴ درصد). آن‌ها خدایشان را سرشار از رحمت و عطوفت و مهربانی تصور می‌کنند. آن‌ها معتقدند خداوند عاشق بندگانش بوده و خیرخواه آن‌هاست. خدای آن‌ها از سر لطف و رحمت گناهان و اشتباهات آن‌ها را می‌پوشاند و آن‌ها نسبت به خدای خود احساس قدردانی دارند.

۵) خدای حکیم: ۱۴ گویه از اظهارات افراد سالم (۸ درصد) به این مقوله اختصاص دارد. آن‌ها خداوند را ذاتی حکیم می‌دانند که کارهایش را به موقع انجام می‌دهد. و گاه از روی حکمت چالش‌ها و امتحاناتی را برای بندگان خود رقم می‌زند.

۶) غیر پاسخگو: در میان اظهارات افراد سالم درصد بسیار کمی (۱٪) خداوند را در برخی شرایط غیر پاسخگو می‌دانند.

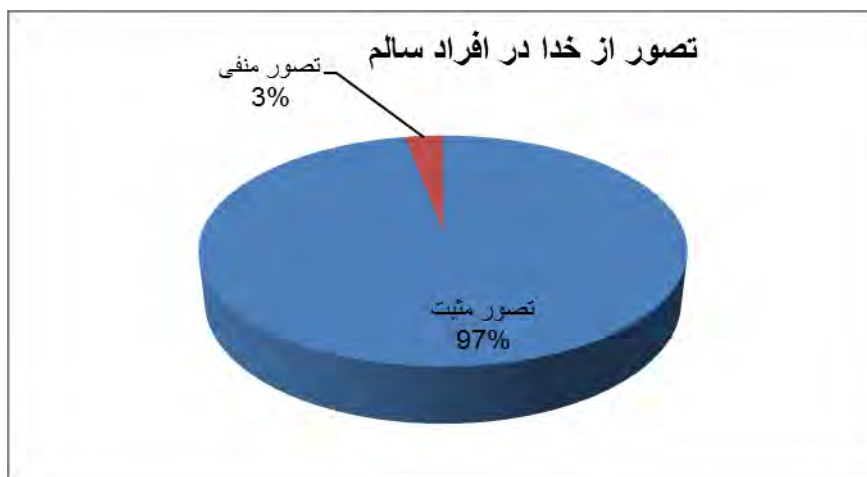
۷) خدای غیر عادل: حدود ۲ درصد از اظهارات افراد سالم به این موضوع اشاره دارد که گاهی در زندگی با شرایطی مواجه شده‌اند که به عدالت خدا شک نموده‌اند.

در نمودار دایره‌ای زیر ۷ مقوله تصور از خدای افراد سالم به همراه درصد اختصاص یافته به هر مقوله آمده است.



نمودار ۳. تصور از خدا در افراد سالم

چنانچه تصور از خدای افراد سالم را در قالب دو طبقه تصور مثبت یا منفی از خدا قرار دهیم، ۵ مقوله (خدای قابل اعتماد و امنیت بخش، خدای بخشنده و پذیرا، خدای پر از رحمت و عطاوفت، خدای حکیم و خدایی که دارای صفات کمال است) که حدود ۹۷ درصد اظهارات افراد سالم را نشان می دهد، تصور مثبت از خدا را نشان داد و حدود ۳ درصد (خدای غیر عادل و غیر پاسخگو) تصور منفی از خدا را نشان می دهد.



نمودار ۴. تصور از خدا در افراد سالم

با توجه به جداول ۲ و ۴ و همچنین نمودارهای ۳، ۲، ۱ و ۴ می‌توان به تفاوت‌های تصور از خدا در افراد سالم و افسرده دست یافت. در مجموع ۹۷ درصد اظهارات افراد سالم درباره تصور از خدا مثبت و ۳ درصد منفی بود، درحالی‌که ۷۱ درصد اظهارات افراد افسرده درباره خدا منفی و ۲۹ درصد مثبت بود. در مقایسه جزئی تر هر دو گروه به صفات کمال یا ذاتی خدا اشاره داشته‌اند (۲۲٪ سالم و ۲۰٪ افسرده). تفاوت عمده دو گروه در ابعاد امنیت و پذیرش و رحمت و عطا بود. درحالی‌که افراد سالم خدای خود را قابل اعتماد و امنیت بخش (۳۱٪)، بخشنده و پذیرا (۱۲٪) و سرشار از رحمت و عطا (۲۴٪) تصور می‌کنند، افراد افسرده خدایی ترسناک (۲۵٪)، غیر قابل اعتماد (۱۴٪) و بی‌محبت دارند. در ارتباط با دسترس‌پذیری، حمایت و پاسخگویی افراد افسرده خدا را غیر قابل دسترس (۱۱٪) می‌دانند و فقط ۵٪ درصد اظهارات‌شان به خدایی حامی و مهربان اشاره دارد، درحالی‌که فقط ۱٪ از افراد سالم خدا را غیر پاسخگو می‌دانند.

بحث و نتیجه‌گیری

در این مقاله به یکی از محوری‌ترین و مهم‌ترین سازه‌های روانی در حوزه روانشناسی دین، یعنی تصور از خدا پرداخته شده است. هدف این پژوهش بررسی تصور از خدا در

افراد افسرده و سالم و مقایسه‌ی بین آن‌ها بود. نتایج این مطالعه در مجموع نشانگر تفاوت چشمگیر بین تصور از خدا در افراد سالم و افسرده بود. ۹۷ درصد اظهارات افراد سالم درباره تصورشان از خدا، مثبت و ۳ درصد منفی بود. این در حالی است که ۷۱ درصد اظهارات افراد افسرده درباره تصورشان از خدا منفی و ۲۹ درصد مثبت بود. این نتیجه با توجه به مطالعه شیم و همکاران، (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه بیماران افسرده‌ای که داروهای ضد افسردگی دریافت می‌کنند همچنان تداوم برخی نشانگان افسردگی را گزارش می‌کنند، فرض ارتباط نشانگان افسردگی با مسائل معنوی از جمله تصور از خدا را قوت می‌بخشد.

در این مطالعه ۷۱ درصد اظهارات منفی افراد افسرده درباره تصور از خدا مربوط به مقوله‌های خدای ترسناک (۲۵ درصد)، خدای بی‌محبت (۲۱ درصد)، خدای غیر قابل اعتماد (۱۴ درصد) و خدای غیر قابل دسترس (۱۱ درصد) است، که در مجموع یک رابطه‌ی نایمن با خدا را به تصویر می‌کشد. ۹۷ درصد اظهارات مثبت افراد سالم درباره تصور از خدا مربوط به مقوله‌های خدای قابل اعتماد و امنیت‌بخش (۳۱ درصد)، بخشنده و پذیرا (۱۲ درصد)، خدای دارای رحمت و عذوبت (۲۴ درصد)، خدای دارای صفات کمال (۲۲ درصد) و خدای حکیم (۸ درصد) بود، که در مجموع نشانگر یک رابطه ایمن نسبت به خداست.

در دنیای روانشناسی نظریه روابط ابژه و دل‌بستگی به عنوان زیربنای نظری شکل‌گیری تصور از خدا مطرح شده‌اند. ریزوتو (۲۰۰۵) معتقد است خداوند در درون انسان مشابه مراقب اولیه شکل گرفته است. اما همراه با خداوند یک تصویر درونی برای درک خدا و ارتباط با خدا مورد نیاز است. تصور از خدا با توجه به روابط ابژه، شکل‌گیری روابط خویشتن و نظام‌های اعتقادی محیطی شکل می‌گیرد. میزان قابل توجهی از پژوهش‌ها نظریه دل‌بستگی را برای درک ماهیت تصور از خدای افراد در نظر می‌گیرند (کیرکپاتریک، ۱۹۹۲؛ کیرکپاتریک و شاور، ۱۹۹۰). پژوهش‌هایی که روی سبک‌های دل‌بستگی و تصور از خدا متمرکز شده‌اند بر این باورند که خدا به عنوان یک پایگاه ایمن خدمت می‌کند و خدای در دسترس و پاسخگو برای افراد آسایش و امنیت فراهم می‌آورد. نظریه بالبی در

مورد دل‌بستگی بر دو فرض استوار است: ۱- مراقب پذیرا و قابل دسترس باید پایگاه امنی برای کودک فراهم آورد. ۲- این رابطه با مراقب، درونی می‌شود و به عنوان یک ملاک روانی عمل می‌کند که روابط دوستی و عاشقانه بر آن استوار می‌شود (فیست و فیست، ۲۰۰۲). با توجه به این نظریات در بررسی دلایل تصور منفی افراد افسرده نسبت به خدا و تصور مثبت افراد سالم درباره خدا شاید بتوان به بازنمایی رابطه‌ی آن‌ها با والدین‌شان نسبت داد و یا اینکه به نوع دل‌بستگی‌شان (ناایمن یا ایمن) اشاره نمود. تحقیقات (گورساج، ۱۹۶۸؛ اسپیلکا، آرماتاس و ناسبام، ۱۹۶۴) نشان داده است افرادی که دل‌بستگی ایمن داشته‌اند خدا را به عنوان محبوب، محافظ، نزدیک و قابل دسترس تجربه می‌کنند، برعکس افراد افسرده رابطه‌ی ناامنی نسبت به خدا را تجربه می‌کنند و خدا را ترسناک، تنبیه‌گر، دور، غیر قابل دسترس و غیر قابل اعتماد می‌دانند که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. ارتباط کیفیت دل‌بستگی با نوع تصور از خدا و سلامت روانی در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (کیرکپاتریک، ۲۰۰۵)، براون و بایفلکو، (۱۹۸۶) نشان دادند که مراقبت نامناسب از کودکان به دنبال فقدان مراقب اولیه ریسک افسردگی در بزرگسالی را چندین برابر می‌کند. طبق تحقیق ناگاتا، شانو و کتیا مورا (۲۰۰۹)، خلق و خوی افسرده از روی فشارهای روانی ادراک شده و دل‌بستگی ناایمن قابل پیشگیری است.

حوزه‌ی دیگری از پژوهش‌ها که ارتباط افسردگی و تصور از خدا را تبیین می‌کنند، نظریه‌های خودپنداره و عزت نفس است. فرد افسرده نظر منفی نسبت به خود داشته و خودپنداره و عزت نفس کمی دارد (روزنهان و سلیگمن، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۹). نظریه‌های خودپنداره و عزت نفس معتقدند که ارزیابی خود حداقل در بخشی مربوط به این است که فرد در می‌یابد توسط دیگران چگونه ارزیابی می‌شود. در واقع همانطور که فرانسیس، گیسون و رابینز گفته‌اند می‌توان فرض کرد که اگر کسی معتقد باشد خداوند او را بی‌ارزش، بدبخت و گناهکار می‌داند، خودپنداره‌اش به سمت منفی شدن گرایش پیدا می‌کند. به همین ترتیب افرادی که خودشان را بی‌ارزش و بی‌مقدار تلقی می‌کنند، متمایلند نگاه مشابه‌ای از طرف خدا و دیگران نسبت به خود داشته باشند.

نتایج این پژوهش مبنی بر تصور مثبت افراد سالم از خدا و تصور منفی افراد افسرده از خدا با پژوهش‌های (برام و همکاران، ۲۰۰۸ a؛ فلانلی و همکاران، ۲۰۰۹؛ نیوتن و مکین تاش، ۲۰۱۰؛ برادشاو و همکاران، ۲۰۰۸) همخوانی دارد. نصیرزاده و رسولزاده طباطبایی (۱۳۸۶)، نیز نشان دادند که تصور از خدا به عنوان خیرخواه، ارزشمند و لایتنه‌ای با افسردگی رابطه منفی و تصور از خدا به عنوان دور، غیرمرتبط، ترسناک، تنیه‌گر و انتقام‌جو با افسردگی رابطه مثبت دارد، که با نتایج این پژوهش همسو است.

نتایج این پژوهش با توجه به روش اجرای کیفی آن بیش از روش‌های کمی به درک عمیق‌تر و غنی‌تر تصور از خدا کمک می‌کند و به دانش موجود در زمینه تصور از خدا غنا بخشیده و ادبیات مربوطه را تقویت می‌کند. به طور کلی یافته‌های بدست آمده در این مطالعه نشانگر نقش غیر قابل انکار تصور از خدا بر سلامت روان است. بنابراین لازم است مشاوران و روانشناسانی که در حوزه سلامت روان فعالیت می‌کنند این سازه مهم روانشناختی را در ارزیابی‌ها و مداخلات روانشناختی مد نظر قرار دهند.

تبیین دیگری که می‌توان در مورد تفاوت تصور از خدا در بیماران افسرده و افراد سالم مطرح نمود تأثیر عوامل دیگری از جمله جریان آموزش و پرورش و تعلیم و تربیت به صورت رسمی و غیررسمی است (نصیرزاده و طباطبایی، ۱۳۸۶)، که بسیاری اوقات سطحی بوده و تصور عوامانه و تلقینی از خداست نه آنگونه تصویری که خدا از خودش ارائه می‌نماید چنانچه این عوامل تأکید یک جانبه‌ای بر ابعاد منفی خدا (تنبیه‌کنندگی، مجازات‌کنندگی و...) داشته باشند می‌تواند زمینه‌ساز اختلالات روانی از جمله افسردگی شود. نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند برای پیشگیری از مشکلات روانی و ارتقاء سلامت روان در خدمت نظام تعلیم و تربیت و آموزش و پرورش رسمی یا غیررسمی قرار گیرد.

با توجه به این که این پژوهش با روش کیفی انجام شده محدودیت‌های روش کیفی از جمله غیرممکن بودن حذف سوگیری مشاهده‌گر، عدم کنترل اعتبار نتیجه‌گیری محقق و عدم قابلیت تعمیم‌پذیری بر آن وارد است. پیشنهاد می‌گردد محققان دیگر، سازه تصور از خدا را در سایر اختلالات روانی و در جمعیت‌های دیگر و به تفکیک جنسیت با روش‌های

کیفی مورد بررسی قرار دهند تا این مقوله به عنوان بخشی از ارزیابی‌های روان‌شناختی در مصاحبه‌های تشخیصی جایگاه خود را باز نموده و مطالعاتی را جهت مداخله و اصلاح این سازه مهم رهنمون گردد.

منابع

- اسپیلکا، برنارد، هود، رالف دبلیو، هونسبرگ، بروس و گرساچ، ریچارد (۲۰۰۳). روانشناسی دین بر اساس رویکرد تجربی. ترجمه: محمد دهقانی. تهران: انتشارات رشد.
- آذربایجانی، مسعود (۱۳۸۷). روانشناسی دین از دیدگاه ویلیام جیمز. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جوادی آملی، عبدالله (۱۳۹۱). توحید در قرآن، تفسیر موضوعی قرآن کریم. مرکز نشر اسراء، قم.
- روزنهان، دیوید ال و سلیگمن (۱۹۸۹). روانشناسی ناپهنجاری - آسیب شناسی روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.
- شجاعی، محمد (۱۳۹۰). اسماء حسنی، تهران، سروش.
- شهیدی، شهریار (۱۳۷۹). روان‌درمانی و معنویت. سخنرانی ماهانه انجمن روانشناسی ایران، تهران: فرهنگسرای اندیشه.
- عبدالکریمی، بیژن (۱۳۸۱). خدا در اندیشه غرب، نشریه اینترنتی درگاه پاسخگویی به سؤالات دینی، شماره ۱۴۱، ص ۲۵-۱۸.
- عبدی، منصور؛ رستمی، مهدی و محمدی، فهیمه (۱۳۹۱). گرایشهای مذهبی و اضطراب مرگ در بین دانشجویان. مجموعه مقالات ششمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه گیلان.
- لاندرین، رابرت ویلیام (۱۹۹۶). نظریه‌ها و نظام‌های روانشناسی. ترجمه: یحیا سید محمدی. تهران: ویرایش.

نور بالا، آ؛ باقری یزدی، س؛ اسدی لاری، م؛ واعظ مهدوی، م (۱۳۸۹). وضعیت سلامت روان در افراد بالای ۱۵ سال در ایران- تهران. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی*؛ ۱۶: ۴۷۹.

- American psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders.(4th ed.). Washington. DC: Author
- Braam, A. W., HannekeSchaap-Jonker, B., Bianca Moo, C., Dineke de Ritter, D., Aartjan, T. F., Beekman, A., & Dorly, J. H. D. (2008). God image and mood in old age: Results from a community based pilot study in the Netherlands. *Health, Religion & Culture*, 11(2), 221-237.
- Braam, A. W., Mooi, B.,SchaapJonker, J., & Van Tilburg, W. D. J.(2008). God image and Five-Factor Model personality characteristics in later life: A study among inhabitants of Sassenheim in The Netherlands. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(6), 547-559.
- Bradshaw, M., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2008). Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(4), 644-659.
- Brown, G. W., Bifulco, A., Harris, T., & Bridge, L. (1986). Life stress, chronic psychiatric symptoms and
- De Roos, S. A. (2006). *Youn hhlldr'n's God con.. pts: Influenees of attachment and religious socialization in a family and school context*. *Religious Education*, 101, 84-103.
- depression: A sample of Japanese university students. *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 639-52.
- Ellis, A. (1988). *Psychotherapy and atheistic values: A response to A. E. ggrgins ppsyhhothrpy and religious issue* *Journal of Counsulting and Clinical Psychlogy*,48, 635-639.
- Ellis, A. (2000). *Spritual goals and spirited values in psychotherapy*. *Journal of individual psychology*. 56, 277-284.
- Ellis, A. (2000). Can rational emotive behavior therapy (REBT) be effectively used with people who have devout beliefs in God and religion? *Professional Psychology: Research and Practice*, 31, 29-33.
- Farooghi, Yasmin nilofer & Rahman, Fasal Mahmood (1999): *perseption of god amonge depressives and Medical pations*, *American jornal of postral counseling*, 4:4, 57-70.
- Farooghi, Yasmin nilofer & Rahman, Mobashra Rehman. (2001): *perseption of allah amonge schizofernics and depressives*, *American jornal of postral counseling*, 4:4, 57-70.
- Feist, Jess and Feist, Gregory. J(2002). *Theories of personality*.

- Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G., & Koenig, H. G. (2009). *Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry*. *Journal of Religion and Health*, 49(1), 246-261.
- Gattis, J. P. (2001). Developing a web-based scoring program for the God Image Inventory. *Unpublished doctoral dissertation*. Rosemead School of Psychology, Biola University, La Mirada, California.
- Ghobari Bonab B, Haddadi Koohsar A.A (2011). *Relation between quality of attachment and psychological symptoms in college students*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* , Acceptence .
- Grosuch, R. L. (1968). The conceptualization of God as seen in adjective ratings. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 7, 56-64 Part I. Foundations 31
- Kirkpatrick, L. A. (1992). An attachment-theoretical approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 3-38.
- Kirkpatrick, L. A. (2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: The Guilford Press.
- Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283° 291.
- Lawrence, R. T. (1997). *Measuring the Image of God: The God image inventory and the God image scales*, *Journal of Psychology and Theology*. 25(2), 214-226.
- Murphy, P., & Fitchett, G. (2009). Belief in a concerned God predicts response to treatment for adults with clinical depression. *Journal of Clinical Psychology*, 65(9), 1000° 1008.
- Nagata, T., Shono, M., & Kitamura, T. (2009). The effects of adult attachment and life stress on daily
- Piedmont. R. L. (2009). Editorial. *Psychology of Religion*, 1 (1), 1-2.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E.(Eds.) (2006a). *Handbook of psychotherapy and Religious Diversity*. Washington, DC: American Psychological Association. (Original work published 1999).
- Rizzuto, A. (2005). *Psychoanalytic considerations about spiritually oriented psychotherapy*. In L. Sperry & E. Shafranske (Ed.), *Spiritually oriented psychotherapy* (pp. 31-50). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schaap-Jonker, H., Eurelings-Bontekoe, E., Verhagen, P., & Zock, H. (2002). Image of God and personality pathology: An exploratory study among psychiatric patients.
- Shim, R. S., et al. (2011). Prevalence, treatment, and control of depressive symptoms in the United States. *Journal of the American Board of Family Medicine*., 24(1), 33° 38. doi:10.3122/jabfm.2011.01.100121.

- Sorenson, S. J. (2013). Depression and God: The Effects of Major Depressive Disorder on Theology and Religious Identity. *Pastoral Psychology*, 62(3), 343-353.
- Spilka, B., Armatas, P., & Nussbaum, J., (1964), The concept of God: A factor analytic study. *Review of Religious Research*, 16, 154-165
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- vulnerability to clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 11(1), 1-19.

