

پیش‌بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا در دانشجویان  
Prediction of behavioral symptoms from representation of God  
in college students

Ali Akbar Haddadi Kuhsar  
Bagher Ghobary Bonab

علی‌اکبر حدادی کوهسار\*  
باقر غباری‌بناب\*\*

**Abstract**

Representation of God in individuals is based on their experience and feeling with deity and is acquired during individual's encounter with sacred- relate objects; this construct has been investigated in the field of religion and spirituality. The aim of the current study was to prediction of behavioral symptoms from representation of God in Tehran Medical Sciences University. To accomplish the stated goal 195 students were selected by means of proportional sampling procedure. The Image of God Inventory (Lawrence, 1997) and Symptom Checklist90-R (Deragotis et al.,1973) were administered on them. Analysis of data using a multiple regression analysis revealed that the magnitude of behavioral symptoms can be predicted from the quality of student's representation of God. Moreover, data revealed that students who had a positive and accepting representation of God were lower in behavioral symptoms. Theroretical implications of the findings in treatment of mental disorders are reported in the paper.

**Keywords:** Representation of God; Behavioral Symptoms; Medical Sciences University Student

**چکیده**

تصور فرد از خدا مبتنی بر واکنش احساسی و تجربی فرد از خدا می‌باشد و در اثر تجربیات زندگی او حاصل شده است که در حوزه روان‌شناسی دین و معنویت مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین منظور تعداد 195 نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمی انتخاب شدند. سیاهه تصور فرد از خدا (لارنس، 1997) و چک لیست نشانگان رفتاری (دراگوتیس و همکاران، 1973) بر روی آنان اجرا گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که نشانگان رفتاری دانشجویان را به‌طور کلی می‌توان از روی تصور فرد از خدا پیش‌بینی کرد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از نشانگان رفتاری کمتری برخوردار بودند. تلوپحات نظری یافته‌ها و کاربردهای عملی نتایج بدست آمده از لحاظ به‌کارگیری در درمان اختلالات روانی در اصل مقاله گزارش شده است.

**واژه‌های کلیدی:** تصور فرد از خدا، نشانگان رفتاری، دانشجویان علوم پزشکی

email: haddadi280@ut.ac.ir

\* کارشناس پژوهشی دانشگاه تهران  
\*\* عضو هیات علمی دانشگاه تهران

Received: 14 Apr 2015 Accepted: 10 Sep 2015

پذیرش: 94/6/19

دریافت: 94/1/25

## مقدمه

پژوهش‌ها و احادیث نبوی نشان می‌دهند که حسن ظن و خوش بینی نسبت به خداوند باعث حفظ مثبت نگری در انسان می‌شود (میکولینسر و شیور، 2007؛ مجلسی، 1110-1037 ه.ق). حسن ظن به خداوند موجب پذیرفته شدن توبه از گناه می‌شود و از لحاظ معنوی انسان را به اوج می‌رساند. در بخشی از حدیث مذکور از طریق حضرت امام رضا (ع) روایت شده است که خداوند به موسی فرمود: به بنی اسرائیل بگوید که افراد برحسب حسن ظن خود رحمت و برکت خدا را جذب می‌کنند. اگر به خدا حسن ظن داشته باشند، خداوند را مهربان و دادرسی پیدا می‌کنند و در صورت داشتن سوء ظن به خداوند او را همان‌گونه که تصور کرده‌اند، در می‌یابند. با اینکه ارتباط بین عزت درونی و سلامت جسمی و روانی و اعتماد به خدا به عنوان خالق مهربان، رحمن و رحیم تأکید فراوان شده است، کمبود تحقیقات تجربی درباره تصور فرد از خدا و سلامت روانی محسوس است. در این راستاست که پژوهشگران درصدد بررسی‌اند که این رابطه را به صورت تجربی مورد آزمایش قرار دهند.

تصور فرد از خدا عبارت است از تجربه درونی افراد با خدا و دیگران که بصورت بازنمایی‌های ذهنی خود را نشان می‌دهد. رشد تصور فرد از خدا به همراه تجربیات زندگی آنان شکل می‌گیرد و از کیفیت دلبستگی افراد نسبت به خدا تأثیر می‌پذیرد. افراد با دلبستگی ایمن به خدا تصور مثبت‌تری از خدا دارند و خداوند را نزدیک به خود و در دسترس می‌دانند که به هنگام درخواست کمک به یاری آنان خواهد شتافت (کرکپاتریک، 2005). افرادی که دچار بیماری‌های روانی هستند، تصور منفی‌تری از خدا دارند (شاپ‌جانکر و همکاران، 2002). براد شاو و همکاران (2008) در پژوهش خود یافتند که بین تصور مثبت از خدا به صورت معکوس با گستره وسیعی از نشانگان رفتاری (شکایت جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) همبستگی معناداری وجود داشته است، بدین معنی که تصور مثبت از خدا با نشانگان رفتاری رابطه منفی داشته است. البته بیشتر تحقیقات انجام شده در جوامع مسیحی مذهب انجام شده و تعمیم دادن نتیجه آنها به جوامع اسلامی لازم است با احتیاط صورت گیرد.

فلانلی و همکاران (2009) ارتباط بین اختلالات روانی و نوع تصور فرد از خدا را مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که افراد با تصور مثبت از خدا نشانگان اختلالاتشان (شکایت جسمانی، وسواس - بی‌اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) پایین‌تر از دیگران بوده است. بدین معنی که تصور مثبت از خدا با نشانگان رفتاری (SCL-90R) همبستگی منفی معناداری داشته است. نیوتون و مکین تاش (2010) در پژوهشی نشان دادند، والدین کودکان استثنایی دارای تصور مثبت به خدا از مقابله‌های روانشناختی بالایی برخوردارند و موقعیت‌ها را به صورت مثبت ارزیابی می‌کنند.

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که باور داشتن به خداوند نزدیک به انسان و حمایت‌کننده با اضطراب و افسردگی پایین توأم بوده است (فیلیس و همکاران، 2004)، در حالی که باور به اینکه انسان توسط خداوند مورد تنبیه قرار گرفته و یا طرد شده است، با گستره وسیعی از اختلالات روانشناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، پارانوئیا، روان‌پریشی و افکار وسواسی (مک‌کونل و همکاران، 2006) توأم بوده است. روبینز، فرانسیس و کر (2006) ارتباط بین نوع تصور فرد از خدا را با شاخص‌های سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند و همبستگی معنی‌داری ( $p < 0/01$ ) بین کیفیت تصور فرد از خدا با روان‌پریشی و روان‌رنجوری بدست آورده‌اند. و افرادی که تصور مثبت از خدا داشتند میزان روان‌پریشی و روان‌رنجوری آنان کمتر بود. افزون بر این نتایج برخی از پژوهش‌ها حاکی ارتباط مثبت مفهوم خدا با افسردگی (کاستا و همکاران، 2016)، جنبه‌های دینی و معنوی با پیامد‌های سلامت روانشناختی مثبت (کونیک، کینگ، و کارسون، 2012)، و بین تصور دوست داشتن خداوند، احساس معنا و هدفمندی در زندگی می‌باشد (استروپ و همکاران، 2013). همچنین سیلتون و همکاران (2014) در پژوهشی نشان دادند که بین باور داشتن به خداوند با نشانگان روانپزشکی مانند اضطراب اجتماعی، وسواس-اجباری، و پارانوئیا ارتباط وجود دارد و این نشانگان از روی باور به خداوند قابل پیش‌بینی می‌باشد. افزون بر این، تصور فرد از خدا (بعد خیرخواهی) و شکرگذاری به خدا با نشانگان جسمانی و امیدواری ارتباط دارد (کراس و همکاران، 2015).

برام و همکاران (2008<sup>a</sup>) در تحقیقی که در آن افراد سالخورده (68 الی 93 ساله) شرکت نموده بودند، 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 تصور منفی از خدا (باور به خداوند تنبیه‌کننده) با احساس گناه افراد شرکت‌کننده در پژوهش توأم بوده است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نوروژرایی با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه بوده است، در حالی که همسازی با تصور حمایت‌گر از خدا توأم بوده است (برام و همکاران، 2008<sup>b</sup>).

شاپ-جانکر و همکاران (2002) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین تصور فرد از خدا با نمره کلی و ابعاد چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) همبستگی معناداری وجود داشته است، به این معنی که تصور مثبت از خدا با ابعاد نشانگان رفتاری (شکایت جسمانی، وسواس-بی‌اختیاری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) رابطه منفی داشته است. پژوهشگران همچنین به این نتیجه رسیدند که تصور بیماران روانی در مقایسه با تصور افراد عادی منفی‌تر بوده است. این امر روشن‌کننده ارتباط تنگاتنگ تصور فرد از خدا با سلامت روان است. در گروهی که تصور مثبت به خدا بالاتر بود، میزان اضطراب و عصبانیت پایین‌تر بوده است. افرادی که خداوند را تنبیه‌کننده می‌دانستند، اضطراب و پرخاشگری بالاتری نسبت به گروه دیگر داشتند (شاپ -

جانکر و همکاران، 2008).

همبستگی بین شاخص‌های سلامت روان و تصور فرد از خدا نیز به کرات توسط پژوهشگران گزارش شده است. کرکپاتریک (2005) ارتباط بین تصور فرد از خدا و سلامت روان را بررسی نموده است، و در پژوهش خود ارتباط بین تصور مثبت به خدا و سلامت روانی افراد را کشف نموده است. در این پژوهش یافته‌ها نشان دادند، افرادی که خداوند را مهربان، حمایت‌کننده و نزدیک به خود تصور می‌کنند، سلامت روانی‌شان بیشتر است.

تیزدل و همکاران (1997) همبستگی معناداری را بین پذیرش خود، پذیرش دیگران و داشتن تصور پذیرنده از خدا پیدا نموده‌اند. علاوه بر این، همدلی و توانمندی مراقبت از دیگران با نوع تصور افراد از خدا و تجربیات مذهبی‌شان در ارتباط بوده است. احساس تنهایی نیز در افرادی که تصور منفی از خدا دارند، بیشتر است، و رابطه ایمن داشتن با خدا و مذهبی بودن باور به خداوند در دسترس و اجابت‌کننده دعا باعث می‌شود که احساس تنهایی در افراد کاهش پیدا کند، و افرادی که خداوند را پذیرنده، خیرخواه و حاضر می‌دانند کمتر احساس تنهایی می‌کنند (کرکپاتریک، شیلیتو، کلاس، 1999).

کرکپاتریک و شیور (1992) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دلستگی ایمن و داشتن تصور مثبت از خداوند با رضایت بالا از زندگی، کاهش سطح اضطراب، افسردگی و بیماری‌های جسمانی افراد توأم بوده است. تصور افراد از خداوند می‌تواند با ویژگی‌های سلامت روانی آنان در ارتباط باشد (دیویس و همکاران، 2003). مثلاً فردی که خداوند را عصبانی تصور می‌کند که گناهان بندگان را به رخشان کشیده و آنان را عذاب می‌دهد، ممکن است شاخص‌های منفی سلامت روانی از قبیل اضطراب و افسردگی را از خود نشان دهد. برعکس فردی که خداوند را مهربان و دوست دارنده تصور می‌کند که همیشه مراقب بندگان خود است، کمتر دچار اضطراب و افسردگی می‌گردد.

مک‌الری (1999) در پژوهش خود همبستگی معناداری را بین تصور فرد از خدا با افسردگی و سلامت روان پیدا کرده است. افرادی که خداوند را دوست دارند میزان افسردگی‌شان در سطح پایین بوده و میزان سلامت روانی‌شان بالا بوده است. به علاوه سوءاستفاده جنسی، افسردگی و تروما با تصور منفی از خدا در ارتباط می‌باشد (جانسون و اسیت برگ، 1992). پیدمونت، ویلیامز، و سیروچی (1997) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های شخصیتی (عدم انعطاف‌پذیری، منفی‌گرایی و مشکلات هیجانی) ارتباط تنگاتنگی با تصور منفی از خدا دارند. پژوهشگران همچنین نشان داده‌اند که افراد معتقد به خدای مهربان، دوست دارنده، بخشنده و حمایت‌گر عزت نفس بالاتری دارند (نسون و اسپیلکا، 1973، فرانسیس و همکاران، 2001)، روحیه آنان بالا است (لوین، 2002) و از رضایت زندگی بالاتری برخوردارند (کرکپاتریک و شیور، 1992). از سوی دیگر، افرادی که خداوند را تنبیه‌کننده می‌دانند و یا فکر می‌کنند که خداوند آنان را به حال خود گذاشته است، از اعتماد به نفس، کیفیت زندگی و خلق و

پیش‌بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا در دانشجویان

خوی پایین‌تری برخوردار بوده‌اند (پارگامنت و همکاران، 1998، 2004). اعتقاد به اینکه خداوند به افراد نزدیک بوده و از آنان حمایت می‌کند، ارتباط بالایی با عزت نفس افراد (پارگامنت و همکاران، 1988) و خلق و خوی آنان دارد (کراس، 2002). پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که احساس رابطه مثبت با خدا با سازگاری روانی بالاتر همراه بوده، در حالی که احساس رابطه منفی با خدا با سازگاری پایین روانشناختی توأم می‌باشد (آنو و واسکانسیلین، 2005). تحقیقات اخیر نشان می‌دهند که باور داشتن به اینکه خداوند به صورت فعال زندگی انسان را اداره می‌کند، عامل مهمی در کاهش ناراحتی‌های روانی می‌باشد (شیمان و همکاران، 2006). باور به خداوند نزدیک و حمایت‌کننده با بهزیستی روانشناختی توأم است، در حالی که باور به اینکه فرد مستوجب تنبیه بوده و توسط خداوند طرد شده است با بهزیستی روانی پایین‌تر توأم است (پارگامنت، 1998).

ارتباط بین مشکلات روانشناختی و تجربیات دینی در بیماران نیز مورد مشاهده قرار گرفته است. تعدادی از پژوهشگران ارتباط بین تصور فرد از خدا و آسیب‌های شخصیتی را مورد مطالعه قرار داده‌اند که از آن میان می‌توان به پژوهش‌های بانسچیک (1992)، بادیسکو ماسینک (1997)، رایزتو (1979) و شاپ جانکر و همکاران (2002) اشاره کرد. این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که آسیب‌های شخصیتی و روانی در بین افرادی که تصور آنان از خدا منفی است، بیشتر است. شاپ جانکر و همکاران (2002) ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و تصور فرد از خدا را نشان داده‌اند. این پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که افراد با ویژگی‌های پارانوئیدی و اسکیزوئیدی، تصور سرد و بی‌روح، دور و غیر حمایت‌گر از خدا دارند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که ارتباط معناداری بین نوع تصور فرد از خدا با اختلالات روانی آنان وجود دارد. این پژوهش‌ها در بافت فرهنگ مسیحی انجام شده‌اند. با توجه به اینکه تصور فرد از خدا در مسیحیت بیشتر بر مبنای خداشناسی مسیحی صورت گرفته است که با مبنای خداشناسی در اسلام متفاوت است و نتایج تحقیق‌های انجام شده در بافت فرهنگ مسیحی را نمی‌توان به مسلمانان در جامعه اسلامی تعمیم داد. در راستای پر کردن خلاء موجود، پژوهشگران ارتباط بین کیفیت تصور فرد از خدا و ابعاد سلامت روانی را در بافت فرهنگ اسلامی مورد بررسی قرار دادند. افزون بر این پژوهشگران توان پیش‌بینی ابعاد سلامت روانی را از روی کیفیت تصور فرد از خدا بررسی کرده‌اند.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های پس‌رویدادی (همبستگی و پیش‌بینی) می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش، کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌باشد. از این جامعه تعداد 195 نفر (88 مرد- 107 زن) بر اساس نمونه‌گیری طبقه‌ای سهمی (نسبتی) نمونه‌گیری شدند و 5 درصد دانشجویان از

دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند و نسبت نمونه‌گیری از هر دانشکده با نسبت جامعه هماهنگ بوده است. علاوه بر این، نسبت نمونه از لحاظ جنسیت نیز با نسبت آن در جامعه در نظر گرفته شده است. دامنه سنی آنها اکثراً بین 18 تا 25 سال می‌باشد. 53 درصد زن و 47 درصد مرد بودند. از نظر تاهل اکثرشان (89 درصد) مجرد بوده و اکثریت شیعه (64 درصد) بودند. ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها به صورت تصادفی بود و پرسشنامه‌ها توسط دستیاران آموزش دیده در ابتدای کلاس و یا انتهای آن با اجازه اساتید توزیع شده و در همان جلسه جمع آوری می‌شد. به دانشجویان گفته می‌شد که پرسشنامه‌های آنان بدون نام و نشان تحلیل خواهد شد.

### ابزار

ابزارهای زیر در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفتند:

**چک لیست نشانگان رفتاری:** در این پژوهش، از چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای 90 سؤال می‌باشد که پاسخ‌گر در هر سؤال در یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت میزان ناراحتی خود را (از هیچ تا به شدت) گزارش می‌دهد. این پرسشنامه شامل 9 بعد اختلالی از قبیل شکایت جسمانی، وسواس-اجباری، حساسیت بین‌شخصی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی می‌باشند. برای محاسبه ثبات درونی آزمون از ضریب آلفای-کرونباخ استفاده شده است. نتایج برای 9 بعد آزمون کاملاً رضایت‌بخش بوده است. بیشترین همبستگی مربوط به بعد افسردگی ( $\alpha = .90$ ) و کمترین آن روان‌پریشی ( $\alpha = 0/77$ ) بوده است. پایایی مجدد آزمون به فاصله یک هفته ضرایب بین 0/87 تا 0/90 را نشان داده است (دراگوتیس و همکاران، 1973). دراگوتیس و همکاران (1976) همبستگی فهرست نشانه‌های مرضی (SCL-90R) را با پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و آزمون چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI) محاسبه کردند و نتایج نشان داد که بین این مقیاس‌ها همبستگی بالای 0/75 وجود دارد. در مورد روایی تشخیصی فهرست نشانه‌های مرضی، ریف و فیچتر (1992) و اسپمیتز و همکاران (1999) گزارش داده‌اند که این آزمون می‌تواند افراد با سطوح مختلف بیماری روانی و افراد عادی را از هم تشخیص دهد. علاوه بر این، کلارک و فریدمن (1983) متوجه شدند که این آزمون افراد با درجات مختلف اضطراب، افسردگی و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را از افراد سالم تشخیص داده است. تعدادی از مطالعات تحلیل عاملی، فهرست نشانه‌های مرضی را مانند افسردگی، جسمانی‌سازی، عصبانیت و خصومت، پارانوئیا، روان‌پریشی، اضطراب و هراس، و وسواس- اجباری را نشان دادند. ابعاد افسردگی و پارانوئیا، اضطراب و هراس با افکار پارانوئیدی همبستگی بسیار بالایی داشتند. در کل داده‌ها نشان می‌دهند که این آزمون روایی لازم را دارد (دراگوتیس، 2000). در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد فوق به ترتیب 0/81، 0/87، 0/80، 0/81، 0/90، 0/90، 0/76، 0/77، 0/82 و نمره کلی 0/97 است (حدادی و غباری، 1392).

پیش‌بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا در دانشجویان

**سیاهه تصور فرد از خدا:** این سیاهه شامل 72 ماده و 6 عامل: 1. تأثیرپذیری (آنچه از خدا بخواهم به من می‌دهد)، 2. مشیت الهی (خداوند آنچه را لازم است انجام دهد به من الهام می‌کند)، 3. حضور (خداوند را در عمیق‌ترین نقطه وجود احساس می‌کنم)، 4. چالش (خدا هرگز با من چالش نمی‌کند)، 5. پذیرش (مطمئن هستم که خداوند مرا دوست دارد)، و 6. خیرخواهی (خداوند از من می‌خواهد که سخت‌تر کوشش کنم) می‌باشد. هدف این سیاهه، ارزیابی کیفیت تصور فرد نسبت به خدا می‌باشد که در یک مقیاس لیکرتی سنجیده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ که نشان‌دهنده همسانی درونی سوالات آزمون است برای هر یک از عوامل فوق به ترتیب 0/92، 0/94، 0/86، 0/90، 0/91 می‌باشد (لارنس، 1997). نتایج پژوهش نیوتون و مکین تاش (2010) نشان داد که همبستگی درونی ابعاد تصور فرد از خدا با مقیاس آنان در این پژوهش بین 0/42 تا 0/79 می‌باشد. در ایران نیز ضریب همسانی درونی برای هر یک از عوامل فوق به ترتیب برابر با 0/80، 0/41، 0/88، 0/51، 0/81، و 0/82 گزارش شده است (حدادی و غباری، 1390).

**شیوه اجرا:** برای جمع‌آوری داده‌ها پس از آماده‌سازی پرسشنامه‌ها و آموزش دستیاران پژوهشی با قرار قبلی دستیاران به دانشکده‌ها رفتند و با کمک منشی گروه و اساتید مربوطه در حدود 25-20 دقیقه از وقت کلاس را برای پاسخدهی به پرسشنامه‌ها اختصاص دادند، تا پرسشنامه‌ها را پر کنند. در کل 195 پرسشنامه برای تحلیل نهایی مورد استفاده قرار گرفت.

**روش تحلیل داده‌ها:** برای تحلیل داده‌ها از همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد تا متغیرهای پیش‌بینی‌کننده نشانگان رفتاری در دانشجویان مورد شناسایی قرار گیرد.

### یافته‌ها

نتایج جدول 1 نشان می‌دهد که نشانگان رفتاری با بعد پذیرش تصور فرد از خدا همبستگی منفی معنی داری دارد. یعنی افرادی که خداوند را پذیرنده بندگان می‌دانند، نشانگان رفتاری آنان پایین‌تر بوده و از سلامت روانی بالاتری برخوردار می‌باشند. در مرحله بعد برای بررسی سهم ابعاد تصور فرد از خدا در تبیین میزان نشانگان رفتاری از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. برای استفاده از مدل رگرسیون لازم است پیش‌فرض‌های استفاده از آن مورد آزمون قرار گیرد. بدین منظور، آزمون دوربین/واتسن برای بررسی استقلال خطاها، آزمون هم‌خطی با دو شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس و آزمون کالموگروف/اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع انجام شد. در پیش‌بینی نشانگان رفتاری از روی ابعاد تصور فرد از خدا، مقادیر عددی آزمون دوربین/واتسن و آزمون کالموگروف/اسمیرنف بیانگر استقلال خطاها و نرمال بودن توزیع بود. نتایج تحلیل رگرسیون و مفروضه‌ی هم‌خطی بودن در جدول 2 مشاهده می‌شود. شاخص‌های هم‌خطی بودن نشان می‌دهند، بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی وجود نداشته و

نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل استفاده می‌باشد. نتایج تحلیل رگرسیون (جدول 2) نشان می‌دهد که ابعاد پذیرش خدا و خیرخواهی از شش بعد تصور فرد از خدا (تأثیرپذیری، مشیت الهی، حضور، چالش، پذیرش، خیرخواهی) قدرت تبیین‌کنندگی دارند. و میزان درصد واریانس تغییرات در پیش‌بینی نشانگان رفتاری (به غیر از، شکایت جسمانی و ترس مرضی) بر اساس ابعاد پذیرش خدا و خیرخواهی در جدول 2 آورده شده است. افزون بر این، دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، نشانگان رفتاری آنها در سطح پایین‌تری بود و از سلامت روانی بیشتری برخوردار می‌باشند.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر رابطه بین تصور فرد از خدا با نشانگان رفتاری در دانشجویان مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که نشانگان رفتاری دانشجویان علوم پزشکی از روی نوع تصور آنان از خدا (بعد پذیرش خدا و خیرخواهی) قابل پیش‌بینی است. افزون بر این، نتایج پژوهش نشان داد، دانشجویانی که تصور پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از نشانگان رفتاری کمتری برخوردار بودند. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران قبلی (فلانلی و همکاران، 2009؛ براد شاو و همکاران، 2008؛ مک کونل و همکاران، 2006؛ شاپ جانکر و همکاران، 2002؛ فرانسسیس و همکاران، 2001؛ لوین، 2002؛ کرکپاتریک و شیور، 1992؛ پارگامنت و همکاران، 1998، 2004، کراس، 2002) در یک جهت بوده است.

براد شاو و همکاران (2008) در پژوهش خود نشان دادند که تصور مثبت از خدا به صورت معکوس با گستره وسیعی از نشانگان رفتاری در ارتباط می‌باشد. همچنین پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افراد با تصور مثبت به خدا در میزان نشانگان رفتاری پایین‌تر از دیگران بودند. فلانلی و همکاران (2009) ارتباط بین نشانگان رفتاری و نوع تصور فرد از خدا را مورد بررسی قرار داده و بدین نتیجه رسیده‌اند که افراد با تصور مثبت از خدا (افرادی که خداوند را نزدیک، دوست دارنده و بخشاینده می‌دانستند)، نشانگان اختلالاتشان پایین‌تر از دیگران بوده است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که افراد با تصور مثبت به خدا در میزان نشانگان رفتاری پایین‌تر از دیگران بودند.

باور داشتن به خداوند نزدیک به انسان و حمایت‌کننده با اضطراب و افسردگی پایین توام بوده است (فیلیپس و همکاران، 2004)، در حالی که باور به اینکه انسان توسط خداوند مورد تنبیه قرار گرفته و یا طرد شده است با گستره وسیعی از اختلالات روانشناختی از قبیل اضطراب، افسردگی، پارانویا، افکار وسواسی و روان‌پریشی (مک کونل و همکاران، 2006) توام بوده است. روبینز، فرانسسیس و کر (2006) ارتباط بین نوع تصور فرد از خدا را با شاخص‌های سلامت روان مورد بررسی قرار داده‌اند و همبستگی معنی‌داری ( $p < 0/01$ ) بین کیفیت تصور فرد از خدا با روان‌پریشی و روان‌رنجوری بدست آورده‌اند و



پیش‌بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا در دانشجویان

افرادی که تصور مثبت از خدا داشتند، میزان روان‌پریشی و روان‌رنجوری آنان کمتر بود. در پژوهشی شاپ-جانکر و همکاران (2002) به این نتیجه رسیدند، افرادی که دچار بیماری‌های روانی هستند، تصور منفی‌تری از خدا دارند. در این پژوهش مشخص شد که تصور منفی از خدا با نمره کلی و ابعاد چک لیست نشانگان رفتاری (SCL-90R) همبستگی معناداری وجود داشته است، به این معنی که تصور مثبت از خدا با نشانگان رفتاری رابطه منفی داشته است. تصور فرد از خدا که بر مبنای تجربیات فرد در دوران تحول شکل می‌گیرد و تابعی از تجربیات اساسی با والدین و دوستان نزدیک آنان می‌باشد، می‌تواند نقش اساسی را در سلامت روانی و بهزیستی معنوی افراد بازی کند. پژوهش‌های تجربی همانطور که در فوق اشاره شد، این نکته را تایید می‌کنند و هماهنگ با یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشند. به هر حال، پژوهش حاضر از نوع تحقیقات گذشته نگر (پس رویدادی) بوده و محدودیت پژوهش‌های گذشته نگر را دارد.

در این گونه پژوهش‌ها کشف رابطه علت و معلولی کار دشواری است و فقط به همبستگی و ارتباط متغیرها می‌توان اشاره کرد، بدون اینکه تقدم و تاخر آنان دقیقاً در این ارتباط مشخص شود. مثلاً می‌توان بحث کرد که اختلالات روانشناختی موجب می‌شود که تصور افراد نسبت به خدا منفی شود یا تصور منفی افراد نسبت به خدا است که باعث اختلالات روانشناختی می‌گردد. انجام پژوهش‌های مداخله‌ای که در آن سطوح مختلف درمان در گروه‌های آزمایشی و گواه معرفی می‌شود، می‌تواند پاسخگوی این سوال باشد که آیا با دستکاری و درمان دل‌بستگی به خدا بیماری‌های روانی آنان تعدیل می‌شود؟ انجام تحقیقاتی از نوع آزمایشی در این راستا مورد نیاز است.

## References

- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A metaanalysis. *Journal of Clinical Psychology, 61*(4), 461–480.
- Banschick, M.R. (1992). *God-representations in adolescence*. In FINN, M. & GARTNER, J. (Eds), *Object Relations Theory and Religion. Clinical Applications* (pp.73–85).New York: Praeger.
- Bodiscomassink, H.J. (1997). *Inleiding werkgroep. RIAGG & RELIGIE*, 24 May.
- Braam A.W.; Mooi B.; Schaap Jonker J.; van Tilburg W; D. J.(2008<sup>b</sup>). 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.
- Braam A.W; Hanneke Schaap-Jonker b; Bianca Mooi c; Dineke de Ritter d; Aartjan T.F. Beekman a; Dorly J. H. Deeg (2008<sup>a</sup>). God image and mood in old age: Results from a community based pilot study in the Netherlands. *Health, Religion & Culture, 11*, 2, 221-237.
- 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.
- Clark A, Friedman MJ. (1983). Factor Structure and Discriminant Validity of the SCL-90 in a Veteran Psychiatric Population. *J Pers Assess* :47:396-404.
- Costa, S., Gugliandolo, M. C., Barberis, N., Larcian R. (2016). The Mediational Role of Psychological Basic Needs in the Relation between Conception of God and Psychological Outcomes. *Journal of Religion Health*, 55, 1-15.
- Davis, T. L., Kerr, B. A., & robinson-Kurpius, S. E. (2003). Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth: The relationship between anxiety and spirituality. *Journal of Psychology and Theology*, 31, 356-365.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., & Covi, C. (1973). SCL- 90: An out patient psychiatric rating scale-preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Derogatis LR, Rickels K, Roch AF. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self report scale. *Br J Psychiatry*, 129: 280-289.
- Derogatis LR. (2000). Symptom Checklist-90-Revised. *In Handbook of psychiatric measures*. American Psychiatric Association. pp.81-84.
- Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G. & Koenig, H. G. (2010). Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49, 2, 246-261.
- Francis, L. J., Gibson, H. M.,&Robbins, M. (2001). God images and self-worth among adolescents in Scotland. *Mental Health, Religion & Culture*, 4,103-108.
- Haddadi Kohsar, A. A., & Bagher Ghobari, B. (1390). Image of God and Paranoid Ideation in College Students. *Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 7, 27, 289-295 [in Persian].
- Haddadi Kohsar, A. A., & Bagher Ghobari, B. (1392). Representation of God and Symptoms Checklist:Comparative of Male and Female Students. *Jornal of Psychological Science*, 12, 48, 481-494 [in Persian].
- Jahanson, W. B., & Eastburg, M. C. (1992). God, parent, and self concepts in abused and nonabused children. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 235-243.
- Kirkpatrick, I. A., & Shaver, P. R.(1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Society for Personality and Social Psychology*, 18, 266-275.
- Kirkpatrick, L. A., Shillito, D. J., & Kellas, S. L. (1999). Loneliness, social support, and perceived relationships with God. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16, 513-522.
- Kirkpatrick, L.A. (2005). Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York, The Guilford Press.
- Koenig H, King D, Carson VB. (2012). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Krause, N. (2002). Church-based social support and health in old age: Exploring variations by race. *Journal of Gerontology*, 57, 6, 332-347.
- Krause, N., Emmons, R. A., Ironson, G. (2015). Benevolent Images of God, Gratitude, and Physical Health Status. *Journal of Religion and Health*, 54, 1503-

1519.

- Lawrence, R. T. (1997). Measuring the image of God: The God image inventory and the God image scales. *The Journal of Psychology and Theology*, 25, 214-226.
- Levin, J. (2002). Is depressed affect a function of one's relationship with God? Findings from a study of primary care patients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32, 4, 379-393.
- Majlisi, M. B (1983). *Behar- el - Anwar. section Tawakkul and Tafviz*. vol 68, Hadith 42 [in Persian].
- McConnell, K. M., Pargament, K. I., Ellison, C. G., & Flannelly, K. J. (2006). Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 12, 1469-1484.
- McElroy, Eileen Marie(1999). The effect of God image and religious coping on depression, well-being and alcohol use in college students. *Dissertation Abstract International*.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Newton, A. T. & McIntosh, D. N. (2010). Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20,1,39-58.
- Pargament, K. I., Kennell, J., Hathaway, W., & Grevengeod, N. (1988). Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27,1, 90-104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., & Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients. *Journal of Health Psychology*, 9, 6, 713-730
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerwin, J., & Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1, 77-89.
- Phillips, R. E., Lynn, Q. K., Crossley, C. D., & Pargament, K. I. (2004). Self-directing religious coping: a deistic god, abandoning god, or no god at all? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43, 3, 409-418.
- Piedmont, R. L., Williams, J. L., & Ciarrocchi, J. W. (1997). Personality correlates of one's image of Jesus: Histiographic analysis using the five-factor model of personality. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 363-372.
- Rief W, Fichter M. (1992).The Symptom Check List SCL-90-R and its Ability to Discriminate between Dysthymia, Anxiety Disorders, and Anorexia nervosa. *Psychopathol*, 25: 128-138.
- Rizzuto, A.M. (1979). *The Birth of the Living God*. Chicago: University of Chicago Press.
- Robbins, M; Francis, L.& Kerr, S.(2006). Robbins M, Francis L, Kerr S (2006). God images and empathy among a group of secondary school pupils in south Afriga. *Religion & Theology*,13(2) 175-154.

- Schaap-Jonker H; Elisabeth Eurelings-Bontekoe; Piet J. Verhagen; Hetty Zock. (2002). Image of God and personality pathology: an exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health Religion & Culture*, 5, 1, 55-71.
- Schaap-Jonker H; Elisabeth H.M. Eurelings-Bontekoe b; Hetty Zock c; Evert Jonker (2008<sup>a</sup>). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11, 5, 501-515.
- Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W.(1993). Diagnosing mental health disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Epidemiology*, 34: 360-366.
- Silton, N. R., Flannelly, K. J., Galek., K., Ellison, C. G. (2014). Beliefs about God and Mental Health among American Adults. *Journal of Religion and Health*, 53, 1285-1296.
- Stroope, S., Draper, S., Whitehead, A. L. (2013). Images of a loving God and sense of meaning in life. *Social Indicators Research*, 111, 25-44.
- Tisdal, T.H., Key, T.L., Edwards, K.J., Brokaw, B.F., Kemperman, S.R., Cloud, H., Townsend, J. & Okamoto, T. (1997). Impact of treatment on God image and personal adjustment and correlations of God image to personal adjustment and object relations development. *Journal of Psychology and Theology*, 25, 227-239.

جدول 1- ماتریس همبستگی تصور فرد از خدا با نشانگان رفتاری در دانشجویان علوم پزشکی تهران

مقیاس‌ها	متغیرها	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	شکایت جسمانی	1														
	وسواس - اجباری	0/58**	1													
	حساسیت بین شخصی	0/47**	0/66**	1												
	افسردگی	0/58**	0/75**	0/78**	1											
نشانگان رفتاری	اضطراب	0/75**	0/74**	0/63**	0/74**	1										
	خصوصیت	0/52**	0/53**	0/63**	0/54**	0/40**	1									
	ترس مرضی	0/49**	0/54**	0/54**	0/50**	0/61**	0/38**	1								
	افکار پارانوئیدی	0/39**	0/64**	0/74**	0/67**	0/55**	0/56**	0/70**	1							
	روان‌پریشی	0/51**	0/86**	0/76**	0/72**	0/72**	0/69**	0/67**	0/87**	1						
	GSI	0/74**	0/86**	0/85**	0/89**	0/88**	0/69**	0/67**	0/76**	0/70**	1					
	تأثیرپذیری	0/03	-0/04	-0/06	-0/09	-0/02	-0/04	0/09	0/06	0/03	0/03	1				
	مشیت‌الهی	0/08	-0/05	-0/01	-0/01	0/04	-0/07	0/05	0/04	0/08	0/03	0/66**	1			
تصور فرد از خدا	حضور	0/04	-0/08	-0/09	-0/12*	-0/03	-0/13*	0/05	0/05	-0/02	-0/06	0/72**	0/82**	1		
	چالش	0/06	0/03	0/05	0/05	0/09	0/03	0/02	0/02	0/02	0/06	0/54**	0/56**	0/68**	1	
	پذیرش	-0/09	-0/18**	-0/23**	-0/20**	-0/16*	-0/19**	-0/01	-0/01	-0/16*	-0/20**	0/57**	0/46**	0/67**	0/40**	1
	خیرخواهی	0/01	-0/03	0/05	0/04	0/02	-0/04	0/08	-0/03	0/07	0/02	0/61**	0/44**	0/72**	0/63**	0/62**

P < 0/01\*\* P < 0/05\*

جدول 2 - نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش بینی نشانگان رفتاری بر اساس تصور فرد از خدا

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	R	R <sup>2</sup>	Df	F	B	Beta	T	آزمون دوربین/ واتسن	مفروضه هم خطی تولرنس	VIF
وسواس - اجباری	پذیرش	0/18	0/03	192.1	6/44*	-0/02	-0/18	-2/54**	2/07	1/00	1/00
حساسیت	پذیرش	0/34	0/11	192.2	12/01**	-0/06	-0/42	-4/85**	1/96	0/62	1/62
بین شخصی	خبرخواهی	0/29	0/08	190.2	8/53**	0/04	0/31	3/54**	2/12	0/62	1/62
افسردگی	پذیرش	0/22	0/05	190.2	5/04**	-0/07	-0/36	-4/10**	2/01	0/62	1/62
اضطراب	خبرخواهی	0/19	0/04	191.1	7/05*	-0/03	-0/23	-2/93**	2/29**	0/84	1/19
چالش	پذیرش	0/16	0/03	191.1	4/73*	0/03	0/18	2/29**	2/11	0/84	1/19
خصوصیت	پذیرش	0/28	0/08	190.2	7/99**	-0/03	-0/19	-2/66*	2/20	1/00	1/00
افکار پارانوئیدی	پذیرش	0/27	0/07	190.2	7/56**	-0/03	-0/16	-2/18*	2/10	1/00	1/00
روان‌پریشی	خبرخواهی	0/27	0/07	190.2	7/56**	-0/04	-0/34	-3/88**	2/11	0/62	1/62
GSI	خبرخواهی	0/27	0/07	190.2	7/56**	-0/04	-0/34	-3/87**	2/11	0/62	1/62
						0/03	0/24	2/66**		0/62	1/62

P < 0/01\*\* P < 0/05\*