

پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس مفهوم خدا در دانشجویان علوم پزشکی

علی اکبر حدادی کوهسار^۱، باقر غباری بناب^۲

چکیده

زمینه و هدف: مفهوم خدا که از طریق فرهنگ زبانی و کلامی به انسان‌ها انتقال می‌یابد و برداشت انسان‌ها را در مورد خدا مشخص می‌کند، با سلامت روانی افراد ارتباط تنگاتنگی دارد. هدف از پژوهش حاضر، پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس مفهوم خدا در دانشجویان دختر و پسر علوم پزشکی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع همبستگی است. بدین منظور تعداد ۲۸۹ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از روش نمونه‌گیری سهمی انتخاب شدند. فهرست نشانه‌های مرضی و مقیاس مفهوم خدا بر روی دانشجویان اجرا شد. داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری همبستگی و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که نشانه‌های مرضی دانشجویان را می‌توان از روی مفهوم خدا پیش‌بینی کرد. همچنین دانشجویان دختر و پسر که مفهوم مثبتی از خدا داشتند، نشانه‌های مرضی کمتری ($P < 0/01$) و دانشجویان دختر و پسر که مفهوم منفی از خدا داشتند، نشانه‌های مرضی بیشتری ($P < 0/01$) داشتند.

نتیجه‌گیری: نتیجه پژوهش نشان داد که نشانه‌های مرضی و ناراحتی‌های افراد از کیفیت مفهوم خدا قابل پیش‌بینی است و سلامت روان، ارتباط تنگاتنگی با چگونگی مفهوم خدا دارد. تلویحات نظری و کاربردهای عملی یافته‌ها در اصل مقاله گزارش شده است.

واژه‌های کلیدی: مفهوم خدا، نشانه‌های مرضی، دانشجویان علوم پزشکی

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۱۳

مقدمه

متکلمان و عقلانی از خدا که در حوزه الهیات بیشتر مورد بحث قرار گرفته است (۳)، در حالی که مفهوم تصور فرد از خدا مبتنی بر واکنش احساسی و تجربی فرد از خدا می‌باشد و در اثر تجربیات زندگی او (نه بر مبنای متون دینی) حاصل شده است که در حوزه روان‌شناسی مذهب و معنویت بیشتر مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. مفهوم خدا و تصور فرد از خدا جنبه‌های مختلف یک فرایند پیچیده‌ای می‌باشند که در ضمن آن برداشت‌های فرد از وجود باری تعالی (خداوند) شکل می‌گیرد. آن چه انسان در مورد خدا می‌داند، در شکل‌دهی

مفهوم‌سازی فرد از خداوند و صفات او یک باور دینی است که از طریق دانش زبانی و کلامی به ما رسیده است. روحانیون صفات خداوند را در فرهنگ دینی به افراد آموزش می‌دهند و آن‌ها به آن صفات خداوند باور دینی پیدا می‌کنند، بدون این که تجربه روزانه افراد شکل دهنده مفهوم خدا در آن‌ها باشد. نویسندگان چندی کوشش نموده‌اند که سطح مختلف درک و برداشت و مفهوم خدا را مورد بررسی قرار دهند (۱-۳). مفهوم‌سازی فرد از خدا عبارت است از برداشت انتزاعی،

Email: yamola280@yahoo.com

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

تجربیات او از خداوند مؤثر است.

پژوهشگران رابطه بین باورهای دینی و مفهوم خدا را با سلامت روانی و جسمانی مورد بررسی قرار داده‌اند (۴-۶). این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین باورها و اعتقادات مذهبی با سلامت روانی و جسمانی نیز رابطه وجود دارد. Benson کاردیولوژیست معروف دانشگاه هاروارد در سخنرانی خود در مجمع سالانه انجمن روان‌شناسان آمریکا بیان داشته است که افراد مذهبی و معنوی در مقایسه با افراد غیر مذهبی احتمال بازگشت به حالت سلامت‌شان پس از بیماری بیشتر است (۷). همچنین Koenig گزارش داده است که افراد مذهبی در مقایسه با افراد غیر مذهبی کمتر دچار اختلالات و نارسایی‌های فیزیکی می‌شوند (۸). هر چند تعدادی از پژوهش‌ها رابطه دلبستگی ایمن به خدا با متغیرهای سلامت فیزیکی و روانی را نشان داده‌اند (۹)، تحقیقات در مورد ارتباط بین مفهوم خدا و سلامت روانی را به طور غیر مستقیم می‌توان از تحقیقات مربوط به مذهب و سلامت روان استنباط نمود. Gorsuch اعتقاد دارد که مفهوم‌سازی فرد از خدا خیلی پیچیده‌تر و از لحاظ روان‌شناسی با معنی‌تر از آن چیزی است که با ارزیابی‌های مکرر درجات اعتقاد مذهبی به دست آید. او باور دارد که این مفهومی شدن، ممکن است با تکرار شکل‌های مختلف نیایش، اعتقادات مذهبی، مناسک دینی، متغیرهای شخصیتی و سلامت روانی مرتبط باشد (۱۰). در هر حال نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که داشتن مفهوم مثبت از خدا موجب ارتباط عاطفی بیشتر و نزدیک‌تر با خدا می‌شود و باعث افزایش سلامت روانی آن‌ها می‌گردد (۱۱-۱۵).

ارتباط بین مفهوم منفی از خدا (توصیف خدا به عنوان نیروی انتقام‌گیر و خشمگین) با نشانه‌های مرضی نیز نشان داده شده است. Arrindell و Ettema نشان دادند که دانشجویانی که خداوند را بیشتر با صفت خشمگین و انتقام‌گیر توصیف می‌کردند، نشانه‌های مرضی بالاتر و سلامت روانی کمتری داشتند (۱۶).

نتایج پژوهش Kaiser نشان داد که بین مفهوم مثبت از خدا و افسردگی پایین در بیماران روانی رابطه معنی‌داری

وجود دارد. در این پژوهش افرادی که مفهوم مثبت از خدا داشتند، افسردگی‌شان در سطح پایین‌تر و افرادی که مفهوم منفی از خدا داشتند، افسردگی‌شان در سطح بالاتری بود (۱۷). Schaap-Jonker و همکاران بین اختلالات و ناراحتی‌های روانی و نوع مفهوم خدا در بین ۴۶ بیمار روانی رابطه معنی‌داری پیدا کردند. افرادی که مفهوم منفی از خدا داشتند، بیماری‌ها و ناراحتی‌های روانی آن‌ها به طور معنی‌داری بیشتر از دیگران بود (۱۸).

در پژوهش Eurelings-Bontekoe و همکاران احساس‌های منفی به خدا، با دلبستگی نایمن، اجتناب مضر، و ناراحتی‌های روانی توأم بوده است. ناراحتی‌های روانی در افرادی که مفهوم منفی از خدا داشتند، به مراتب بیشتر از دیگران بوده است. دلبستگی اضطرابی با سلامت روانی پایین و دلبستگی ایمن به خدا با سلامت روانی بالا و افسردگی پایین‌تر توأم بوده است (۱۹). همچنین افرادی که خداوند را خشمگین و نابخشنده توصیف می‌کنند، نشانگان افسردگی در آن‌ها بیشتر از افرادی است که خداوند را مهربان و بخشنده توصیف می‌کنند (۲۰). انگیزه‌های مذهبی با مفهوم خدا ارتباط دارد و شاخص‌های سلامت از قبیل اضطراب و سازگاری روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲۱-۲۴).

Schaefer و Gorsuch در بررسی عوامل تعیین‌کننده سلامت روان و سازگاری روانی افراد بزرگسال به این نتیجه رسیدند که اضطراب افراد با بعد خیرخواهی مفهوم خدا، حضور خدا، رهنمود بودن، پایداری و قدرتمند بودن رابطه منفی داشته است. افرادی که اعتقاد داشتند خداوند خیرخواه، حاضر و قدرتمند است، اضطراب آن‌ها کمتر از افراد دیگر بوده است، ولی افرادی که اعتقاد داشتند خداوند دور از دسترس انسان‌ها است، اضطراب آن‌ها بیشتر بوده است (۲۴). Maynard و همکاران به این نتیجه رسیدند که کیفیت برداشت مفهومی از خدا می‌تواند به طور معنی‌داری برداشت انسان‌ها را از محیط‌های پرتنش و استرس‌های محیطی تعدیل کند. افرادی که صفات مثبت از خدا از قبیل خیرخواهی، هدایت، حضور، قدرتمندی، پایداری و مراقبت را به خدا نسبت می‌دهند، بیشتر

جمع‌آوری گردید.

ابزارهای زیر در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفتند:

۱- مقیاس مفهوم‌سازی فرد از خدا: این مقیاس

شامل ۹۱ ماده و ۵ عامل (مذهبی سنتی، قابل دسترس بودن، انتقام‌گیر، بی‌نهایت، غیرنافذ) است که با هدف ارزیابی صفات خداوند در یک مقیاس ۳ درجه‌ای لیکرت (از ۱ بیانگر این است که صفت مورد نظر خدا را از نظر شما توصیف نمی‌کند تا ۳ که نشانگر این است که صفت مورد نظر خدا را به طور کامل توصیف می‌کند)، نمره‌گذاری می‌شود. ضریب همسانی درونی سؤالات برای هر یک از عوامل فوق به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۸۹ و ۰/۴۹ گزارش شده است (۱۰). در پژوهش حاضر، این ضریب برای عوامل فوق به ترتیب برابر ۰/۹۷، ۰/۶۳، ۰/۷۹، ۰/۷۲ و ۰/۷۱ به دست آمد.

اعتبار مقیاس مفهوم‌سازی فرد از خدا را پژوهشگران از راه‌های مختلف مورد بررسی قرار داده‌اند. اولین بار Osgood و همکاران با توجه به تحقیقات گسترده خود، پنج بعد مفهوم‌سازی فرد از خداوند را کشف نمودند که عبارت از عوامل مذهبی سنتی، در دسترس بودن خداوند، انتقام‌گیر بودن، بی‌نهایت بودن و غیر نافذ بودن می‌باشد (۳۵). این پنج عامل در تحقیقات Spilka و همکاران (به نقل از Bernard و همکاران) نیز خود را نشان دادند (۳۶). پژوهشگران فعلی، این مقیاس را از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه کرده‌اند و آن را پس از ترجمه توسط یک نفر روان‌شناس مسلط به زبان انگلیسی به زبان اصلی برگرداندند تا اعتبار و صحت ترجمه گزاره‌ها مشخص شود. به ۵ نفر از روحانیان که اطلاعاتی در این زمینه داشتند، گزاره‌ها را نشان دادند تا تناسب آن‌ها را برای اندازه‌گیری سازه مورد نظر در بافت فرهنگ اسلامی بررسی کنند. حاصل این نظرات کارشناسان دینی نشان داد که پرسش‌های مقیاس اشکال عمده‌ای ندارد و با فرهنگ اسلامی نیز تناسب لازم را دارد.

پژوهشگران همچنین اعتبار سازه‌ای این مقیاس را با استفاده از ارتباط آن با سازه‌های دیگر مورد بررسی قرار دادند. نتیجه این بررسی نشان داد که بعد در دسترس بودن مفهوم

از مقابله‌های اشتراکی و واگذاری امور به خدا استفاده می‌کنند و همین امر باعث می‌شود که با انواع مختلف تنیدگی‌ها و فشارهای روانی کنار بیایند، بر عکس، افرادی که خداوند را دور از دسترس و انتزاعی می‌دانند، بیشتر به مقابله‌های ناکارآمد تأکید می‌کنند و توان لازم آرام‌سازی و مقابله با شرایط دشوار را ندارند (۲۵). همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تصور فرد از خدا با نشانه‌های مرضی ارتباط دارد (۳۴-۲۶).

نظر به این که پژوهش‌های انجام شده در حیطه مفهوم‌سازی فرد از خدا در بافت مذهب مسیحی انجام شده است که با فرهنگ اسلامی ایران متفاوت است، هدف اصلی پژوهش حاضر، پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس مفهوم خدا در دانشجویان دختر و پسر علوم پزشکی بود. به علاوه این پژوهش می‌تواند یکی از اولین پژوهش‌ها در پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس مفهوم خدا در ادبیات پژوهشی داخل کشور به شمار آید.

مواد و روش‌ها

طرح کلی این پژوهش، از نوع همبستگی و پس‌رویدادی است، که در زمره تحقیقات توصیفی به شمار می‌آیند. از جامعه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران تعداد ۲۸۹ نفر (۱۳۲ مرد و ۱۵۷ زن) با دامنه سنی بین ۱۸ تا ۲۵ سال به شیوه نمونه‌گیری سهمی طبقه‌ای بر مبنای دانشکده‌های مختلف و جنسیت دانشجویان به نسبت دانشکده‌ها انتخاب شدند و در این نمونه‌گیری سهم دختران و سهم پسران جداگانه مورد بررسی قرار گرفت. میانگین سنی برای پسران ۲۱/۶ با انحراف استاندارد ۲/۶ سال و میانگین سنی برای دختران ۲۱/۱ با انحراف استاندارد ۲/۶ سال بود. افراد شرکت کننده در این پژوهش دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی بودند و اختلال روانی شدید و مشکلات جسمی نداشتند و آزادانه در این پژوهش شرکت کردند. پرسش‌نامه‌ها توسط دستیاران پژوهشی آموزش دیده در کلاس‌های درسی دانشجویان با اجازه استاد درس توزیع و پس از پر شدن

خدا با بعد خصومت فهرست نشانه‌های مرضی همبستگی منفی و معنی‌داری دارد (۳۷). دانشجویانی که خداوند را در دسترس می‌دانستند، خصومت آن‌ها در حد پایین‌تری بود. علاوه بر این، پژوهشگران فوق همبستگی مثبت معنی‌دار بین نمره بعد انتقام‌گیر پنداشتن خدا با خصومت و حساسیت بین شخصی را پیدا کردند. از آن جا که این ارتباط از لحاظ نظری قابل پیش‌بینی بود، به عنوان شاخص اعتبار نیز به حساب آمد. دانشجویانی که خداوند را بیشتر انتقام‌گیر می‌دانستند، خصومت بالایی از خود نشان می‌دادند و در روابط بین شخصی حساسیت بیشتر منفی از خود نشان می‌دادند. دانشجویان دختر که مفهوم مثبتی از خدا داشتند، روان‌پریشی و جسمی‌سازی کمتری و دانشجویان پسر که مفهوم مثبت از خدا داشتند و خداوند را بی‌نهایت در ورای زمان و مکان به حساب می‌آوردند، روان‌پریشی کمتری داشتند (۳۸).

۲- فهرست نشانه‌های مرضی: این فهرست شامل ۹۰ ماده و ۹ بعد (شکایت جسمانی، وسواس بی‌اجباری، حساسیت بین شخصی، افسردگی، اضطراب، خصومت، فوبیا، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی) است که آزمودنی در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا چهار میزان ناراحتی خود را (از هیچ تا خیلی زیاد) گزارش می‌دهد. ضریب همسانی درونی سؤالات برای عوامل فوق بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بوده است و پایایی مجدد آزمون به فاصله یک هفته بین ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۰ را نشان داده است (۳۹). Kirkpatrick (۴۰) و Derogatis و همکاران (۴۱) همبستگی فهرست نشانه‌های مرضی (SCL-90R یا Symptom checklist-90-R) و فهرست نشانه‌های سلامت عمومی (GHQ یا General health questionnaire) و آزمون چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI یا Minnesota multiphasic personality inventory) را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتیجه گرفتند که بین این مقیاس‌ها همبستگی بالای ۰/۷۵ گزارش داده شده است. در مورد روایی تشخیصی این مقیاس نیز Rief و Fichter گزارش داده‌اند که این آزمون افراد دارای بیماری روانی و عادی را از هم جدا می‌کند (۴۲). علاوه

بر این Clark و Friedman متوجه شدند که این آزمون افراد با درجات مختلف اضطراب، افسردگی و بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی را از افراد سالم تشخیص داده است (۴۳). Schmitz و همکاران از بررسی مطالعات مختلف در مورد روایی تشخیص فهرست نشانه‌های مرضی، به این نتیجه رسیدند که این آزمون می‌تواند افراد با سطوح مختلف بیماری روانی و افراد عادی را از هم جدا کند (۴۴).

تعدادی از مطالعات مربوط به تحلیل عاملی، فهرست نشانه‌های مرضی شش بعد اختلال را در آن پیدا کرده‌اند که عبارت از افسردگی، جسمانی‌سازی، عصبانیت و خصومت، پارانوئیا-روان‌پریشی، اضطراب و هراس، وسواس و اجبار است. 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 (۴۵). در پژوهش حاضر، ضریب Cronbach's alpha فهرست نشانه‌های مرضی ۰/۹۷ به دست آمد. برای تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش در جداول زیر منعکس شده‌اند. افزون بر این، برای تعیین ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در دانشجویان پسر و دختر، جداول همبستگی به صورت جداگانه گزارش شده است.

جدول ۱ نشان می‌دهد که نشانه‌های مرضی با ابعاد انتقام‌گیر پنداری و قابل دسترس بودن در مفهوم‌سازی فرد از خدا همبستگی معنی‌داری دارد. یعنی دانشجویان دختری که مفهوم‌سازی منفی از خدا دارند، نشانه‌های مرضی آن‌ها بیشتر است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که نشانه‌های مرضی فقط با بعد انتقام‌گیر پنداری در مفهوم‌سازی فرد از خدا همبستگی معنی‌داری دارد. یعنی دانشجویان پسری که مفهوم‌سازی

که اثرات تعاملی جنس در بعد در دسترس بودن در مقیاس مفهوم‌سازی فرد از خدا نیز معنی‌دار می‌باشد. یعنی دانشجویان پسر و دختر شرکت کننده در این پژوهش به طور یکسان خداوند را در دسترس نمی‌دانند بلکه دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر خداوند را در دسترس می‌دانند.

منفی از خدا دارند، نشانه‌های مرضی آن‌ها بیشتر است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نشانه‌های مرضی بین دانشجویان پسر و دختر متفاوت است. یعنی میانگین نشانه‌های مرضی در دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر می‌باشد. افزون بر این نتایج جدول فوق نشان می‌دهد

جدول ۱. ضرایب همبستگی ابعاد مفهوم‌سازی فرد از خدا و نشانه‌های مرضی در دانشجویان دختر

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱- نشانه‌های مرضی	۷۳/۱۱	۴۹/۵۸	-				
۲- مذهبی سنتی	۱۳۳/۳۴	۱۶/۹۸	۰/۰۵	-			
۳- قابل دسترس بودن	۷/۰۴	۱/۹۰	۰/۲۹**	۰/۲۱*	-		
۴- انتقام‌گیری	۲۱/۲۰	۴/۳۴	۰/۲۵**	۰/۴۳**	۰/۳۹**	-	
۵- بی‌نهایت	۱۱/۰۱	۱/۶۷	-۰/۰۳	۰/۷۷**	۰/۰۸	۰/۲۸**	-
۶- غیر نافذ	۴/۱۵	۰/۵۸	۰/۰۲	-۰/۲۲*	۰/۱۹*	۰/۰۴	-۰/۲۶**

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

جدول ۲. ضرایب همبستگی ابعاد مفهوم‌سازی فرد از خدا و نشانه‌های مرضی در دانشجویان پسر

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱- نشانه‌های مرضی	۷۳/۲۹	۵۲/۴۸	-				
۲- مذهبی سنتی	۱۳۱/۱۷	۱۹/۴۳	۰/۱۰	-			
۳- قابل دسترس بودن	۷/۰۰	۲/۱۰	۰/۱۴	۰/۰۵	-		
۴- انتقام‌گیری	۲۱/۴۶	۴/۳۷	۰/۱۸**	۰/۴۲**	۰/۴۴**	-	
۵- بی‌نهایت	۱۱/۰۱	۱/۷۱	۰/۰۶	۰/۸۲**	-۰/۰۷	۰/۲۶**	-
۶- غیر نافذ	۴/۲۳	۰/۹۲	-۰/۰۲	-۰/۲۷**	۰/۴۴**	۰/۲۳**	-۰/۳۲**

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای پیش‌بینی نشانه‌های مرضی بر اساس ابعاد مفهوم‌سازی فرد از خدا و اثرات تعاملی بر حسب جنس دانشجویان

متغیرها	R	R ²	Adj.R ²	F	P	B	SE	Beta	t
پیش‌بین									
جنس						-۴۵/۱۸	۲۲/۰۵	-۰/۴۲*	-۲/۰۵
مذهبی سنتی						۰/۱۱	۰/۳۰	۰/۰۴	۰/۳۵
نشانه‌های رفتاری						-۰/۲۸	۲/۳۷	-۰/۰۱	-۰/۱۲
قابل دسترس بودن						۰/۰۲	۱/۶۸	۰/۱۴	۱/۸۹
انتقام‌گیر پنداری	۰/۲۴	۰/۰۶	۰/۰۴	۲/۵۱	۰/۰۲	-۱/۲۳	۳/۲۳	-۰/۰۴	-۰/۳۸
بی‌نهایت						-۳/۵۲	۴/۱۷	-۰/۰۶	-۰/۸۴
غیر نافذ						۶/۳۰	۳/۰۶	۰/۴۵*	۲/۰۶
جنس × قابل دسترس بودن									

** $P < 0.01$ * $P < 0.05$

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که کیفیت مفهوم‌سازی فرد از خدا با نشانه‌های مرضی در دانشجویان دختر و پسر ارتباط دارد. به بیان دیگر نشانه‌های مرضی دانشجویان دختر و پسر که مفهوم‌سازی مثبتی از خدا داشتند، در سطح پایین‌تر و دانشجویانی که مفهوم‌سازی منفی از خدا (توصیف خدا به عنوان نیروی انتقام‌گیر و خشمگین) داشتند، در سطح بالاتری بود. افزون بر این، نتایج پژوهش نشان داد که نشانه‌های مرضی در دانشجویان پسر بیشتر از دانشجویان دختر می‌باشد و اثرات تعاملی جنس در بعد در دسترس بودن در مقیاس مفهوم‌سازی فرد از خدا نیز معنی‌دار می‌باشد. یعنی دانشجویان دختر بیشتر از دانشجویان پسر خداوند را در دسترس می‌دانند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های قبلی هماهنگ است (۲۹-۳۳، ۲۴، ۲۳، ۲۰، ۱۶-۱۱).

Ettema و Arrindell در پژوهش خود نشان دادند که بین مفهوم‌سازی منفی از خدا با اختلالات شخصیتی و مشکلات روانی (که با فهرست نشانه‌های مرضی SCL90-R سنجیده شده است)، رابطه‌ای معنی‌داری وجود دارد. هر اندازه مفهوم‌سازی از خداوند در افراد منفی‌تر باشد، اختلالات روانی و شخصیتی آن‌ها افزایش پیدا می‌کند (۱۶).

Gorsuch اعتقاد دارد که مفهوم‌سازی فرد از خدا خیلی پیچیده‌تر و از لحاظ روان‌شناسی با معنی‌تر از آن چیزی است که با ارزیابی‌های مکرر درجات اعتقاد مذهبی به دست آید. او باور دارد که مفهوم‌سازی فرد از خدا ممکن است با تکرار شکل‌های مختلف نیایش، اعتقادات مذهبی، مناسک دینی، متغیرهای شخصیتی و سلامت روانی مرتبط باشد (۱۰). در هر حال، تحقیقات نشان می‌دهند که مفهوم‌سازی مثبت از خدا و داشتن ارتباط نزدیک و عاطفی بیشتر و نزدیک‌تر با خداوند باعث افزایش سلامت روانی و کاهش نشانه‌های مرضی آن‌ها می‌شود (۲۴، ۱۳-۱۱).

Maynard و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که کیفیت برداشت مفهومی از خدا می‌تواند به طور معنی‌داری برداشت انسان‌ها را از محیط‌های پرتنش و

استرس‌های محیطی تعدیل کند. افراد مذهبی که باورهایشان نسبت به صفات خدا مثبت است و خداوند را در دسترس و خیرخواه می‌دانند، راحت‌تر با محیط‌های تنیدگی‌زا کنار می‌آیند و مقاومت بیشتری در مقابل استرس‌ها از خود نشان می‌دهند (۲۵). این افراد صفات مثبت از قبیل خیرخواهی، هدایت‌کنندگی، همه‌جا حضور داشتن، قدرتمندی، پایداری و ثبات و مراقبت را به خدا نسبت می‌دهند و بیشتر از مقابله‌های اشتراکی و واگذاری امور به خدا استفاده می‌کنند و همین امر باعث می‌شود که با انواع مختلف استرس‌ها و فشارهای روانی مقابله کنند. برعکس افرادی که خداوند را دور از دسترس و انتزاعی می‌دانند، بیشتر به مقابله‌های ناکارآمد تأکید می‌کنند و مقابله‌های ناکارآمد در بسیاری از موقعیت‌های تهدیدآمیز توان لازم برای آرام‌سازی و مقابله با فشارها را ندارند. این تحقیق بر محوریت استنباط درست افراد از خداوند و تأثیر آن بر سلامت روانی و معنوی استوار تأکید می‌کند. پژوهشگران کوشیده‌اند که شواهدی را دال بر این که نوع برداشت از صفات و اسمای خداوند در سلامت تأثیر دارد، ارائه دهند. بیشتر تحقیقات در کشورهای خارجی انجام شده است، ولی پژوهش حاضر در کشور اسلامی ایران انجام شده است که با نتایج پژوهش‌های قبلی هماهنگ است. این نقطه آغازی است و نشان می‌دهد که در روان‌شناسی اسلامی یکی از مهم‌ترین حیطه‌های بررسی، چگونگی برداشت افراد از صفات و اسمای خداوندی است. هر چند که این حیطه به کیفیت دلبستگی افراد به خدا ارتباط دارد (۴۰)، ولی شکل دهنده بسیاری از سبک‌های زندگی و روش‌های مقابله‌ای نیز می‌باشد. افرادی که صفات مثبت و حمایت‌گرانه خداوند را به خدا نسبت می‌دهند، دلبستگی‌شان به خدا ایمن است و راحت‌تر از روش‌های مقابله‌ای توکل مدارانه و خدا محورانه استفاده می‌کنند و می‌توانند منابع معنوی خود را بهتر در جهت سازگاری با زندگی و مشکلاتش به کار گیرند، در حالی که افراد با دلبستگی نایمن از خدا تمایل به مفهوم‌سازی‌های منفی از خدا دارند و خداوند را دور از دسترس می‌دانند. این گونه افراد از روش‌های مقابله‌های معنوی مثل توکل به خدا،

شاهد و آزمایشی تقسیم نمود و یکی از گروه‌ها را تحت درمان معنوی قرار داد که در آن دیدگاه آن‌ها نسبت به صفات خدا مورد تغییر قرار می‌گیرد (از طریق طرح‌واره درمانی معنوی) و از منفی به مثبت گرایش پیدا می‌کند و دید مثبت و واقع‌بینانه‌تری در مورد صفات خدا در آن‌ها ایجاد می‌شود، در حالی که در گروه شاهد هیچ گونه تغییری در دیدگاه آن‌ها به خدا ایجاد نمی‌شود. اگر در گروه آزمایشی سلامت روانی افراد افزایش یابد و میزان نشانه‌های مرضی پایین آید، می‌توان نتیجه گرفت که در اثر تغییرات در نگرش افراد به صفات خدا، تغییراتی نیز در میزان نشانه‌های مرضی آن‌ها ایجاد شده است. کاربردهای این گونه پژوهش‌ها را در برنامه‌ریزی برای افزایش سلامت روانی افراد و در سنجش متغیرهای دخیل در سلامت و یا بیماری افراد نمی‌توان نادیده گرفت.

سپاسگزاری

از همه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

صبر و تفویض نمی‌توانند در جهت سازگاری خود با محیط‌های چالش‌آور به خوبی استفاده کنند و زندگی آن‌ها همراه با تنش‌های فراوان خواهد بود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به همبستگی و پس‌رویدادی بودن طرح آن اشاره نمود. هر چند که بین نوع مفهوم‌سازی فرد از خدا و ناراحتی‌های روانی در فهرست نشانه‌های مرضی ارتباطی ملاحظه شده است و مشخص شده است که سلامت روان دانشجویان را می‌توان با توجه به نوع مفهوم‌سازی آن‌ها از خدا پیش‌بینی کرد، هیچ گونه رابطه علت- معلولی از آن استنباط نمی‌شود. امکان دارد که هم سلامت روانی افراد و هم نوع برداشت آن‌ها از صفات خداوند تابعی از متغیر دیگری مثل دلبستگی ایمن آن‌ها به والدین خود باشد و یا به عواملی دیگر تحولی در دوران زندگی آن‌ها اسناد داده شود، ولی همین اندازه یافته نیز معنی‌دار و با اهمیت تلقی می‌شود و به انباشته شدن دانش مورد استفاده در حیطه دینداری و سلامت کمک می‌کند. در پژوهش‌های آتی می‌توان از طرح‌های آزمایشی با گروه شاهد استفاده کرد. افرادی را که مشکلات و ناراحتی‌های روانی دارند، به دو گروه

References

1. Lawrence RT. Measuring the image of God: the God Image Inventory and the God Image Scales. *Journal of Psychology and Theology* 1997; 25: 214-36.
2. Rizzuto AM. *The Birth of the Living God: A Psychoanalytic Study*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1979.
3. Spero MH. *Religious objects as psychological structures*. Chicago, IL: University of Chicago Press; 1992.
4. Larson DB, Larson SS. Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of the quantitative research. *Journal of Psychology and Theology* 2003; 31(1): 37-51.
5. Powell LH, Shahabi L, Thoresen CE. Religion and spirituality. Linkages to physical health. *Am Psychol* 2003; 58(1): 36-52.
6. Seeman TE, Dubin LF, Seeman M. Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. *Am Psychol* 2003; 58(1): 53-63.
7. Benson H. *Religious and Stirituality*. Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association; 1999; Boston, USA. 1999.
8. Koenig HG. *The healing power of faith: science explores medicine's last great frontier*. New York, NY: Simon & Schuster; 1999.
9. Kirkpatrick LA, Shaver PR. An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Pers Soc Psychol Bull* 1992; 18(3): 266-75.
10. Gorsuch RL. The Conceptualization of God as Seen in Adjective Ratings. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1968; 7(1): 56-64.
11. Benson H, Stark M. *Timeless healing: The power and biology of belief*. London, UK: Hodder & Stoughton; 1996.
12. Christy JH. Prayer as medicine. *Forbes* 1998; 161(6): 136-7.

13. Easterbrook G. Faith healers. *New Republic* 1999; 221: 20-3.
14. Ellison CG, Levin JS. The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Educ Behav* 1998; 25(6): 700-20.
15. Faneuli N. The spirituality of wellness: physicians say religious belief contributes to healing. *American Fitness* 1997; 15: 42-7.
16. Arrindell WA, Ettema JH. SCL-90; Handleiding bij een Multidimensionele psychopathologie indicator [Manual for a Multi-dimensional Psychopathology-indicator]. Lisse, Netherlands: Zwets en Zeitlinger; 1987.
17. Kaiser R. Concept of God: The relationship to depression in psychiatric patients. D.S.W. [Thesis]. New York, NY: Fordham University; 1991.
18. Schaap-Jonker H, Eurelings-Bontekoe E, Verhagen PJ, Zock H. Image of God and personality pathology: An exploratory study among psychiatric patients. *Mental Health, Religion & Culture* 2002; 5(1): 55-71.
19. Eurelings-Bontekoe EH, Hekman-Van Steeg J, Verschuur MJ. The association between personality, attachment, psychological distress, church denomination and the god concept among a non-clinical sample. *Mental Health, Religion & Culture* 2005; 8(2): 141-54.
20. Ingersoll-Dayton B, Torges C, Krause N. Unforgiveness, rumination, and depressive symptoms among older adults. *Aging Ment Health* 2010; 14(4): 439-49.
21. Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice. New York, NY: Guilford Publications; 1997.
22. Pargament KI, Kennell J, Hathaway W, Grevengoed N, Newman J, Jones W. Religion and the problem-solving process: Three styles of coping. *J Sci Stud Relig* 1988; 27: 90-104.
23. Gorsuch RL, Ong-McDonald A. A multivariate theory of God concept, religious motivation, locus of control, coping, and spiritual well-being. *J Psychol Theol* 2004; 32: 318-34.
24. Schaefer CA, Gorsuch RL. Psychological adjustment and religiousness: The multivariate belief-motivation theory of religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion* 1991; 30(4): 448-61.
25. Maynard E, Gorsuch R, Bjorck J. Religious Coping Style, Concept of God, and Personal Religious Variables in Threat, Loss, and Challenge Situations. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2001; 40(1): 65-74.
26. Bradshaw M, Ellison CG, Flannelly KJ. Prayer, God imagery and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2008; 47(4): 644-59.
27. Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG, Koenig HG. Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *J Relig Health* 2010; 49(2): 246-61.
28. Jonkera SH, Eurelings-Bontekoe EH, Zock H, Jonkera E. Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture* 2008; 11(5): 501-15.
29. Ghobari Bonab B, Haddadi Koohsar AA. Relations of anxiety and depression with image of God in college students. *Journal of Psychological Science* 2009; (31): 297-314.
30. Bonab BG, Koohsar AAH. Relation between image of God with hostility and interpersonal sensitivity in college students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5(0): 970-4.
31. Ghobari Bonab B, Haddadi Koohsar AA. Relation between images of God with paranoid ideation in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5(5): 266-9.
32. Haddadi Koohsar AA, Ghobari Bonab B. Relations between images of God with Psychoticism in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5(5): 975-8.
33. Haddadi Koohsar AA, Ghobari Bonab B. Relations between image of God with obsessive compulsive behaviors in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5(5): 979-82.
34. Newtona AT, McIntosha DN. Specific religious beliefs in a cognitive appraisal model of stress and coping. *International Journal for the Psychology of Religion* 2010; 20(1): 39-58.
35. Osgood CE, Suci GC, Tannenbaum P. The measurement of meaning. Urbana, Ohio: University of Illinois Press; 1957.
36. Bernard S, Armatas P, Nussbaum J. The concept of god: a factor-analytic approach. *Review of Religious Research* 1964; 6(1): 28-36.
37. Haddadi Koohsar AA, Ghobari Bonab B. Relations between God concept with hostility and interpersonal sensitivity in college students. *Proceedings of the International Congress on Psychology, Religion and Culture*; 2011 May 13-15; Tehran, Iran; 2011. [In Persian].
38. Ghobari Bonab B, Haddadi Koohsar AA. Relation between God concept with psychoticism and somaticization in college students. *Journal of Psychological Science* 2009; 8(31): 297-314. [In Persian].

39. Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale--preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973; 9(1): 13-28.
40. Kirkpatrick LA. Attachment, evolution, and the psychology of religion. New York, NY: Guilford Press; 2004.
41. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry* 1976; 128: 280-9.
42. Rief W, Fichter M. The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology* 1992; 25(3): 128-38.
43. Clark A, Friedman MJ. Factor structure and discriminant validity of the SCL-90 in a veteran psychiatric population. *J Pers Assess* 1983; 47(4): 396-404.
44. Schmitz N, Kruse J, Heckrath C, Alberti L, Tress W. Diagnosing mental disorders in primary care: the General Health Questionnaire (GHQ) and the Symptom Check List (SCL-90-R) as screening instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34(7): 360-6.
45. Derogatis LR. Symptom Checklist-90-Revised. In: Rush AJ, Editor. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000. p. 81-4.

Prediction of symptoms based on the concept of God among medical students

Ali Akbar Haddadi- Kuhsar MSc¹, Bagher Ghobari- Bonab²

Abstract

Aim and Background: The concept of God concept is transferred to individuals by means of cultural and theological media. It is a conceptual understanding of people about the attributes of God and is closely associated with their mental health. The aim of the current study was to predict symptoms based on the concept of God in Iranian medical students.

Methods and Materials: In this correlational study, 289 students from Tehran University of Medical Sciences were selected through proportional stratified sampling God Concept Adjective Checklist and Symptoms Checklist 90-Revised were administered to collect data. Data was then analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis.

Findings: Symptoms of college students can be predicted by their God concept. Moreover, male and female students with a positive God concept had fewer symptoms than students with a negative God concept ($P < 0.01$).

Conclusions: Result of the study indicated that symptoms can be predicted from their God concept, thus mental health of individuals is associated with their mental health status. Theoretical implication and practical application of the finding are discussed in the original paper.

Keywords: God concept, Symptoms, Medical sciences students

Type of article: Original

Received: 13.06.2012

Accepted: 03.12.2012

1- Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: yamola280@yahoo.com

2- Associate Professor, Department of Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran