

The relationship between God-image and psycho-spiritual development with depression, anxiety, and stress in student

Leila Sarabadani Tafreshi¹, Masoud Janbozorgi^{2*}

1.Clinical Psychology, department of Psychology ,Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

2.Clinical Psychology, department of Psychology, Research institute of Hawzah & university,Qom, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between God-image and psycho-spiritual development with depression, anxiety, and stress in students. The research method is correlational. The sample consists of 377 female and male under graduate students Azad University, South Tehran Branch, selected with the multistage cluster sampling method. All the participants were subject to four tests: the tension factors scale (DASS 21), psycho-spiritual development, and researcher-made tests of self-image and God-image. The findings indicated that there is negative, inverse relationship between the psycho-spiritual development level, with depression, anxiety, stress and God-image. Also there is a significant positive, direct relationship between the God-image and depression. God-image has an important contribution to anticipating depression, anxiety and stress. With high probability, it could be concluded that in the level of psychological evolution, the lower Psycho-spiritual development forms negative and ineffective, and the place of hope and activity creates fear and despair in a person, which provides the ground for depression, anxiety and tension.

Keywords: God-image, Psycho-spiritual development, Depression, Anxiety, Stress

*. psychjan@gmail.com

رابطه‌ی خداپنداره (تصویرپردازی ساختگی از خدا) و تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان

لیلا سرآبادانی تفرشی^۱، مسعود جان بزرگی^۲*

۱. روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

L_sarabadani@yahoo.com

۲. روان‌شناسی بالینی، گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

psychjan@gmail.com

چکیده

هدف پژوهش، بررسی رابطه‌ی خداپنداره و سطح تحول روانی معنوی با میزان افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان بود. روش پژوهش، توصیفی، از نوع همبستگی بود. تعداد ۳۷۷ نفر از دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب، گروه نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان با چهار آزمون، مقیاس عوامل تنیدگی، تحول روانی معنوی، تصویر خدا و آزمون محقق ساخته‌ی خودپنداره - خداپنداره بررسی شدند. یافته‌ها نشان دادند بین متغیر سطح تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب، استرس و خداپنداره رابطه‌ی منفی، معکوس و همچنین بین متغیر خداپنداره (تصور خودساخته از خدا) با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه‌ی مثبت و مستقیم معناداری وجود داشت. سطح تحول روانی معنوی سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، و خداپنداره سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس داشت. با احتمال بالا می‌توان نتیجه گرفت در سطح تحول روانی معنوی پایین خداپنداره‌های منفی و ناکارآمد شکل می‌گیرند و جای امید و فعالیت، ترس و نومییدی در فرد، ایجاد و زمینه‌ی افسردگی، اضطراب و تنیدگی را فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: خداپنداره / تصور از خدا، تحول روانی معنوی، افسردگی، اضطراب و استرس

مقدمه

اضطراب و تنیدگی نیز از دیگر مشکلات مهم زندگی انسان‌هاست و عوارض ناشی از آن، در زندگی فردی و اجتماعی فرد کاملاً محسوس است (همتی مسلک پاک، ۱۳۸۳ به نقل از علیپور و همکاران، ۱۳۹۴). فردی که در معرض اضطراب و تشویش دائم است، اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهد و ضمن احساس حقارت دچار افسردگی می‌شود که آن نیز به نوبه خود بر چرخه معیوب تنش شغلی و کارآیی او دامن خواهد زد. تداوم این چرخه به مرور باعث فرسایش توانایی‌های روانی و جسمانی افراد می‌شود و پس از مدتی به اختلالات عصبی، روانی ناپایدار منتهی می‌شود (علیپور و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از مفاهیمی که امروزه برای مطالعه آسیب‌شناسی روانی بررسی می‌شود، تصور فرد درباره خود از قبیل خود-پنداشت^۱، خود-پنداره^۲ و حرمت خود^۳ است. خودپنداشت بیشتر توصیف فاعلی فرد از خود است و حرمت خود و خودپنداره بیشتر به مفهوم ارزشیابانه فرد از خود مربوط است که جنبه عینی دارد (گرگوردویل، ایگناسیو پرز و موزاز، ۲۰۰۸). خودپنداشت بر اساس چارچوب نظری انسان‌گرایانه (راجری) بیشتر با مفهوم واقعی یا خود واقعی مطابق است و خودپنداره و حرمت خود بیشتر با درونی‌سازی تصور دیگران از خود حاصل می‌شود (جان بزرگی و نوری، ۱۳۹۴). ناهمگونی این دو تصویر از خود، زمینه آسیب‌شناسی روانی را فراهم می‌کند. پژوهش‌های زیادی این موضوع را تأیید می‌کنند (گرگوردویل و همکاران، ۲۰۰۸). اگر این متغیرها نقش مهمی در

سلامت روانی، یکی از ابعاد مهم سلامت دانشجویان (آینده‌سازان کشور) است. این گروه به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض استرس‌های فراوان‌اند. استرس می‌تواند به بروز بیماری‌های جسمی و روانی منجر شود (نجفی کلیانی، پورجم، جمشیدی، کریمی و نجفی کلیانی، ۱۳۹۲). فشار روزافزون عوامل تنیدگی‌زا و همچنین اضطراب و افسردگی، نتایج ناگواری را برای بشر امروزی به ارمغان آورده‌اند. بیشتر انسان‌ها نسبت به تهدیدات و تنیدگی، علاوه بر واکنش‌های روانی، واکنش‌های جسمی نیز نشان می‌دهند (صفوی، وفایی و صالحی، ۱۳۹۲).

امروزه تنیدگی، اضطراب و افسردگی به یکی از مهم‌ترین مسائل مورد مطالعه روانشناسان، روانپزشکان و متخصصان علوم رفتاری در سراسر جهان تبدیل شده است (آزادی مرز آبادی، ۱۳۸۴؛ به نقل از علیپور، ابراهیمی، هدایتی، رنجبر و حسین‌پور ۱۳۹۴). در میان بیماری‌های جسمی و روانی، افسردگی از مسائل مهم دنیا محسوب می‌شود. افسردگی بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی از مهم‌ترین اختلالات خلقی است که با کاهش خلق، از دست دادن علاقه، احساس گناه و بی‌ارزشی، اختلال در خواب و اشتها، کاهش انرژی و ضعف تمرکز همراه است. در مطالعات جدید، اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روانپزشکی بیشترین شیوع طول عمر حدود ۱۷ درصد را داشته است (سادوک، سادوک و روئیز، ۲۰۱۵). تقریباً ۱۵ درصد کل جمعیت در مقطعی از زندگی خود، یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (لیون، ۲۰۰۷).

¹ Self-concept

² Self-image

³ Self-esteem

⁴ Garaigordobil. M., Ignacio Pérez., J and Mozaz. M. (2008).

گرایش دینی نباشد. به جرأت می‌توانم بگویم تک‌تک آنها به این دلیل قربانی بیماری روانی شده بودند که آن چیزی که ادیان موجود در هر زمان به پیروان خود می‌دهند نداشتند و فرد فرد آنها تنها وقتی که به دین و دیدگاه‌های دینی بازگشته بودند، به طور کامل درمان شدند» (قاسمی، ۱۳۸۸).

همانگونه که مشکلات مذهبی / معنوی با آسیب‌های روانشناختی رابطه نشان داد، مذهب / معنویت می‌تواند در تمامی امور، نقش مؤثری در تنیدگی‌زدایی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله و منابع حمایتی موجب کاهش گرفتاری روانی شود. بر این اساس، امروزه چنین تصور می‌شود که بین مذهب و سلامت روان ارتباط مثبتی وجود دارد و به‌تازگی نیز روانشناسی مذهب، حمایت‌های تجربی زیادی را در این راستا فراهم آورده است (حمید، ۱۳۹۱). حسینی، بشارت و جاهد (۱۳۹۵) جدیدترین یافته‌های علمی‌شان حاکی از آن است که دین و معنویت تأثیرات مثبت فراوانی بر سلامت جسمی و روانی دارند و به ارتقای وضعیت سلامتی، منجر و باعث پیشگیری از بسیاری از بیماری‌ها می‌شود. جان‌بزرگی و دائمی (۱۳۹۵) و جان‌بزرگی، فاکر و جان‌بزرگی (۱۳۹۰) در پژوهش خود نشان دادند رابطه مثبت معناداری بین سلامت روانی و تحول روانی معنوی وجود دارد. نتایج پژوهش کارمودی، رد، کریستلر و مرییم (۲۰۰۸) نشان دادند افزایش معنویت با بهبود علائم روانشناختی و پزشکی رابطه دارد.

اگر معنویت را جستجوی امر قدسی بدانیم (پارگانمت، ۲۰۱۱)، پس مهم‌ترین مفهوم در بیشتر

آسیب‌شناسی روانی داشته باشند، مداخلات روانشناختی یکی از اهداف خود را پنداره‌زدایی (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵) یا همگونی خودپنداشت (خودواقعی)، خود-پنداره و خودآرمانی می‌دانند (ریمی، ۱۹۴۸ و راسکین، راجرز و ویتی، ۲۰۱۱). از سویی این مفاهیم که با خودشناسی در ارتباط‌اند (گرگوردویل و همکاران، ۲۰۰۸) با مفاهیم فرهنگی دیگری مانند خداپنداره به‌خصوص در درمان‌های معنوی / مذهبی شایان توجه قرار گرفته است (انصاری و جان‌بزرگی، ۱۳۹۵).

امروزه با وجود پیشرفت‌های علمی چشمگیری که در زمینه‌های روانپزشکی و روان‌درمانگری در درمان و شناخت عوامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی به وجود آمده است، برخی از صاحب‌نظران برجسته بر نقش، اهمیت و ضرورت دین در بهداشت روانی و روان‌درمانی تأکید کرده‌اند و معتقدند اعتقادات مذهبی و توکل به خدا، موجب تسکین و بهبودی سریع‌تر آلام و مشکلات روانی می‌شود (حمید، گلستانی‌پور و کریم‌نژاد، ۱۳۹۲). امیر ارجمندی، هاشمیان و نیکنام (۱۳۹۴) نشان دادند آموزش معنویت موجب کاهش افسردگی، افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل می‌شود. میلر، ویکرامارانت، جمروف، سیچ، تنک و ویزمن (۲۰۱۲) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مشغولیت به مذهب یا معنویت می‌تواند مانع افسردگی، ناامیدی، آسیب به خود و تمایل به خودکشی شود.

برخی دانشمندان و روانشناسان برجسته، اهمیت دین و معنویت را در نظام روانشناختی انسان مطرح کرده بودند. کارل یونگ بیان می‌کند «از میان بیمارانی که در نیمه دوم عمر خود به سر می‌برند (۳۵ سالگی به بعد) حتی یک بیمار را ندیدم که اساساً مشکلش نیاز به

درحالی که همسازی با تصویر ذهنی حمایتگر از خدا توأم بوده است.

شاپ - جانکر، الیزابت، ارلینگ - بنتکو، زوگ، جونکر (۲۰۰۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین تصویر ذهنی از خدا و اضطراب و افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد و تصویر ذهنی مثبت از خدا با نشانگان رفتاری رابطه منفی داشته است. پژوهشگران همچنین به این نتیجه رسیدند که تصویر ذهنی بیماران روانی در مقایسه با تصویر ذهنی افراد عادی منفی‌تر بوده است.

غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار (۱۳۸۸) رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و علوم پزشکی ایران را بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که اضطراب و افسردگی دانشجویان را به‌طور کلی می‌توان از روی تصویر ذهنی‌شان از خدا پیش‌بینی کرد. همچنین نتایج پژوهش نشان داد دانشجویانی که تصویر پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از اضطراب و افسردگی کمتری برخوردار بودند؛ ولی دانشجویانی که تصویر ذهنی منفی و تعارض‌آمیزی از خدا داشتند، اضطراب و افسردگی بیشتری از خود نشان می‌دادند. ازسویی تصور وجود لایتناهی، نیکخواه و ارزشمند از خداوند (نصیرزاده، رسول‌زاده طباطبایی و عرفان‌منش، ۱۳۹۳) با افسردگی رابطه منفی و ادراک خدای نامربوط و خدای تنبیه‌گر با افسردگی رابطه مثبت داشت.

مطالعات اخیر نشان می‌دهند معنویت بدون مذهب چندان در درمان مشکلات روانشناختی پاسخگو نیست و مذهب، هسته اصلی معنویت، با پاسخ به نیازهای

مذاهب، رابطه انسان با خدا است و بنابراین تصور فرد از خداوند مفهوم محوری در معنویت و مذهب است (جان بزرگی و غروی، ۱۳۹۵ الف و ۱۳۹۵ ب). تصور از خدا پدیده چندبعدی یا چندمتغیری است که بیشتر در حیطه وسیع‌تری به نام دین قرار دارد (لی و ارلی، ۲۰۰۰). نخستین بار رایتو (۱۹۷۹) تصویر ذهنی از خدا را بررسی روانشناختی کرد. از نظر رایتو تصویر ذهنی از خدا دربرگیرنده برداشت احساسی و تجربی فرد از خدا است که برگرفته از نظریه روان تحلیل‌گری است. تصویر ذهنی از خدا با تجربیات افراد شکل می‌گیرد و به‌صورت احساس معنوی از خدا در می‌آید.

پژوهشگران متعددی ارتباط تصویر ذهنی از خدا و سلامت روان را بررسی کرده‌اند. کرکپاتریک (۲۰۰۵) ارتباط بین تصویر ذهنی از خدا و سلامت روان را بررسی و در پژوهش خود ارتباط بین تصویر ذهنی مثبت و سلامت روانی افراد را کشف کرده است. در این پژوهش یافته‌ها نشان دادند افرادی که خداوند را مهربان، حمایت‌کننده و نزدیک به خود تصور می‌کنند، سلامت روانی بیشتری دارند.

برام و همکاران (۲۰۰۸a) در پژوهشی که در آن افراد سالخورده (۶۸ الی ۹۳ ساله) شرکت کرده بودند، به این نتیجه رسیدند که احساس نارضایتی از خدا با ناامیدی، احساس افسردگی، احساس گناه و همچنین با نشانگان افسردگی ارتباط معناداری داشته است. در این پژوهش تصویر منفی از خدا (باور به خداوند تنبیه‌کننده) با احساس گناه افراد شرکت‌کننده در پژوهش توأم بوده است. علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان دادند روان‌آزرده‌خویی با احساس ترس از خدا، اضطراب و نارضایتی از او همراه بوده است؛

معنوی، نقش بنیادینی برای حل بسیاری از مسائل انسان‌ها دارد (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

اما براساس منابع اسلامی، خداوند خود را از هرگونه توصیف بشری منزّه دانسته است (آیه ۱۵۹، سوره الصافات و ...) و اطلاق آیه، هم شامل تصور مثبت است و هم منفی (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۵ ب). بر این اساس، خود این تصور از خدا می‌تواند به دلیل وابستگی به تصاویر والدینی برای فرد مشکل‌زا باشد. برای رهایی از تصور خودساخته (خداپنداره ۱) تنها راه وابستگی این توصیف‌ها به مرجع دقیق دینی مانند قرآن (به منزله کلام مستقیم خدا) است. جای پژوهشی برای این سؤال باقی است که تصویرپردازی ذهنی فرد از خداوند با توجه به ابطال آن توسط خود او با مسائل روانشناختی رابطه دارد، و اگر ادراک فرد از خدا با منابع اصیل مذهبی به‌ویژه قرآن هماهنگ باشد (مفهوم واقعی از خدا یا خداپنداشت ۲) چه تأثیری بر هیجان‌ها و نگرانی‌های فرد دارد. ازسویی این تصویرپردازی مانند سایر مفاهیم انتزاعی از عوامل تحولی تأثیر می‌گیرد و اگر تحول روانی - معنوی متأثر از سایر خطوط تحول (از جمله تحول شناختی) دانسته شود (جان‌بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰)، آیا تحول روانی معنوی با این تصویرپردازی (خداپنداره) و مشکلات روانشناختی (تنیدگی، اضطراب و افسردگی) رابطه دارد. برخی مطالعات، تحول روانی معنوی را با پدیده‌های روانشناختی بررسی کرده‌اند؛ از جمله دلجو، جان‌بزرگی، بزازیان، موسوی (۱۳۹۲) به این نتیجه رسیدند که بین تحول روانی معنوی و اضطراب

وجودی رابطه معکوسی وجود دارد. هرچه سطح تحول روانی معنوی بیشتر است، اضطراب وجودی کمتر می‌شود؛ اما پژوهشی در زمینه رابطه خداپنداره و مشکلات روانشناختی با تحول روانی معنوی یافت نشد. بنابراین انجام این پژوهش با توجه به زمینه مذهبی جامعه از یک سو و وجود آسیب‌های روانی از سوی دیگر ضرورت می‌یابد؛ بنابراین در پژوهش حاضر با این پرسش‌ها مواجه‌ایم که:

آیا بین سطح تحول روانی معنوی و خداپنداره با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان رابطه وجود دارد؟

چگونه می‌توان رابطه خداپنداره و سطح تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان را تبیین کرد؟

پاسخ به این سؤال‌ها با یک مطالعه زمینه‌یابی شرایط را برای بررسی‌های بالینی از نوع مداخله‌ای در این مسئله، فراهم و ارزش آموزش‌های درست مذهبی را در سلامت روانی برجسته می‌کند.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری در این پژوهش تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب به تعداد ۲۷۱۱۰ نفر بودند. با توجه به حجم آماری و مراجعه به جدول مورگان تعداد ۳۷۷ دانشجو، پسر و دختر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. شرکت کنندگان با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا بین دانشکده‌ها نمونه‌گیری تصادفی انجام گرفت. سه

¹ God- Image

² God-cincept

برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۷۴ و ۰/۸۱ است.

مقیاس تحول روانی معنوی^۲: جان بزرگی، فاکر، جان بزرگی (۱۳۹۰) این پرسشنامه را با جهت‌گیری فرهنگی و دینی، براساس معیارهای بالینی مراجعان مذهبی در مراحل مختلف روانی - معنوی - که جنیا (۱۹۹۵) آن را گزارش کرده است - تهیه کرده‌اند. این ابزار ۱۵ ماده دارد و هر ماده دارای چهار گزینه است که منطبق با چهار مرحله تحول روانی معنوی است. پژوهشگر برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی آن را روی ۳۴۱ دانشجوی مؤنث اجرا کرد و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ برای آن به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نیز به ترتیب ۱۰/۴۴ و ۶/۷۰۱ گزارش شد.

برای نمره‌گذاری، طبق الگوی زیر نمرات در هر مرحله، جمع می‌شود و جمع سطرها را (براساس مرحله از ۱ تا ۴؛ مثلاً اگر فردی در مجموعه اول به گزینه ۴ پاسخ داده است، عدد ۱ را در ستون آخر (مرحله) وارد می‌کنیم و ...) در ستون، ثبت و در سطر آخر جمع نهایی نمره محاسبه می‌شود.

دانشکده فنی مهندسی، علوم تربیتی، حقوق و علوم سیاسی انتخاب شد. بین این دانشکده‌ها قرعه‌کشی و ۱۱ کلاس از هر دانشکده انتخاب شد و پرسشنامه‌های تحول روانی - معنوی جان بزرگی، و همکاران (۱۳۹۰)، مقیاس عوامل تنیدگی DASS (لاویبوند و لاویبوند^۱، ۱۹۹۵)، آزمون محقق‌ساخته خودپنداره - خداپنداره و برخی سؤالات مربوط به ویژگی جمعیت‌شناختی توزیع شد. به دانشجویان درباره محرمانه بودن اطلاعات و انتشار نیافتن مشخصات آنها اطمینان لازم داده شد. پس از جمع‌آوری، پرسشنامه‌های ناقص حذف شد. درخور ذکر است پرسشنامه‌ها فقط در مقطع کارشناسی، توزیع و جمع‌آوری شد و جنسیت آنها مدنظر قرار نگرفت. در تحلیل داده‌ها از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد.

ابزار سنجش: مقیاس عوامل تنیدگی ۲۱-DASS:

مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس DASS (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵)، مجموعه‌ای از سه مقیاس خود گزارش دهی برای ارزیابی حالات عاطفی منفی در افسردگی، اضطراب و استرس است. هر یک از خرده‌مقیاس‌های ۲۱-DASS شامل ۷ سؤال است (جمعاً ۲۱ سؤال) که هر یک از صفر (اصلاً) تا سه (زیاد) نمره‌گذاری می‌شود.

روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران بررسی شده است (سامانی و جوکار، ۱۳۸۶) که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را

^۱ Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F

^۲ -Depression and Anxiety Stress Scale: DASS

^۳ - psycho-spiritual development scale

جدول ۱. نمره‌گذاری سطح تحول روانی معنوی

سؤال	مرحله ۱	مرحله ۲	مرحله ۳	مرحله ۴
۱	۴	۳	۱	۲
۲	۳	۲	۴	۱
۳	۴	۲	۱	۳
۴	۲	۳	۱	۴
۵	۲	۱	۴	۳
۶	۴	۱	۳	۲
۷	۱	۲	۴	۳
۸	۱	۳	۲	۴
۹	۱	۳	۴	۲
۱۰	۱	۳	۲	۴
۱۱	۲	۱	۳	۴
۱۲	۴	۱	۲	۳
۱۳	۳	۲	۴	۱
۱۴	۲	۱	۳	۴
۱۵	۴	۱	۳	۲

روش همبستگی آزمون - آزمون مجدد در خداپنداره ۰/۸۰۶ و در خودپنداره برابر ۰/۵۸۲ است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز $\alpha = ۰/۸۱۵$ به دست آمد. تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی ۴ عامل در پاسخ شرکت کنندگان شناسایی کرد که شامل ۷ سؤال خودپنداره، ۸ سؤال خودپنداشت، ۱۴ سؤال خداپنداره و ۱۱ سؤال خداپنداشت بود.

روش اجرا و تحلیل: در این پژوهش پژوهشگر پس از هماهنگی با دانشگاه و گرفتن مجوز، در دانشگاه حضور پیدا کرد و با رضایت دانشجویان پس از توضیح درباره پژوهش به آنها پرسشنامه‌های مدنظر داده و به آنها اطلاع داده شد که نام آنها محرمانه خواهد ماند و فرم را به صورت کامل تکمیل کنند و هیچ سؤالی را بدون پاسخ باقی نگذارند. به منظور تجزیه داده‌ها، برای بیان شاخص‌های توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، به منظور بیان همبستگی و پیش‌بینی میزان سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک از روش‌های ماتریس همبستگی و تحلیل

آزمون محقق ساخته خودپنداره - خداپنداره^۱: این پرسشنامه براساس مفاهیم مذهبی اسلامی و جهت‌گیری فرهنگی و دینی نویسندگان تهیه شده است. این پرسشنامه برای سنجش میزان تصورات خودساخته از خداوند (خداپنداره) و همچنین مفهوم‌پردازی مبتنی بر منابع اصیل (قرآن کریم) از خداوند (مفهوم‌پردازی واقعی از خداوند یا خداپنداشت)، از یک سو و مفهوم خودپنداره (مفهوم‌پردازی خود از نگاه دیگران) و مفهوم‌پردازی فاعلی و واقعی از خود (خودپنداشت) ساخته شده است (جان بزرگی و سرآبادانی تفرشی، زیر چاپ). این مفاهیم براساس چارچوب نظری درمان چندبعدی معنوی (جان بزرگی و غروی، ۱۳۹۵) پردازش شده‌اند. این ابزار ۴۰ سؤال دارد که ۲۵ سؤال مربوط به خداپنداره و ۱۵ سؤال مربوط به خودپنداره است و هر سؤال آن دارای چهار گزینه (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) است. برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی مقطع کارشناسی اجرا شد. پایایی پرسشنامه به

^۱ - researcher-made tests of self-image and God-image

رگرسیون چند گانه به صورت همزمان با استفاده از نرم افزار SPSS 22 استفاده شده است.

یافته‌ها

در این بخش، یافته‌های پژوهش بررسی شده است. شرکت کنندگان ۳۷۷ نفر از دانشجویان کارشناسی دانشگاه آزاد واحد تهران جنوب بودند که میانگین سن

دانشجویان شرکت کننده تقریباً ۲۴ سال بود و ۶۵/۶ درصد از شرکت کنندگان در آزمون زن و ۳۴/۴ درصد از آنها مرد بودند. یافته‌های حاصل از این پژوهش در جداول (۲) و (۳) گزارش شده‌اند. یافته‌ها با استفاده از روش همبستگی و تحلیل رگرسیون چند گانه به صورت همزمان به دست آمد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی بین سطح تحول روانی معنوی با خداپنداره و افسردگی، اضطراب و استرس

خداپنداره		تحول روانی - معنوی		انحراف معیار	میانگین	متغیرها
ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری			
۰/۱۷۲-	۰/۰۰۱	-	-	۴/۳۱	۳۹/۳۲	تحول روانی - معنوی
۰/۴۷۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۹-	۹/۹۲	۱۳/۳۶	افسردگی
۰/۴۲۲	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۶۲-	۹/۶۰	۱۳/۵۳	اضطراب
۰/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۰۳۹	۰/۰۹۱-	۹/۶۱	۱۸/۶۲	استرس
-	-	۰/۰۰۱	۰/۱۷۲-	۶/۵۳	۳۱/۰۹	خداپنداره

اضطراب دارای رابطه ۰/۴۲۲ و با استرس دارای رابطه ۰/۴۱۰ هستند. این ضرایب همبستگی از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادارند و نشان دهنده آن است که با خداپنداره بالا، افسردگی، اضطراب و استرس، بالا می‌رود و بالعکس. پس از بررسی مفروضه‌های رگرسیون چند گانه و حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، به منظور تعیین نقش تحول روانی - معنوی و خداپنداره در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس از رگرسیون چند گانه به روش همزمان استفاده شد.

با توجه به جدول (۲)، نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان می‌دهند در دانشجویان رابطه تحول روانی معنوی با افسردگی ۰/۱۹۱-، با اضطراب ۰/۱۶۲-، با استرس ۰/۰۹۱- و با خداپنداره ۰/۱۷۲- است. این ضرایب همبستگی از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۵ معنادارند و نشان می‌دهند با پایین آمدن تحول روانی - معنوی، افسردگی، اضطراب، استرس و خداپنداره پایین می‌آید و بالعکس. همچنین نتایج ضریب همبستگی برای خداپنداره با افسردگی دارای رابطه ۰/۴۷۶، با

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون همزمان پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس بر اساس خداپنداره و سطح تحول روانی معنوی

متغیرها	R	R ²	F	B	β	t
خداپنداره	۰/۴۸	۰/۲۳	۵۸/۵۷	۰/۶۹	۰/۴۵	۹/۹۶ **
سطح تحول روانی - معنوی	۰/۴۳	۰/۱۸	۴۲/۹۳	۰/۵۹	۰/۴	۸/۵۹ **
اضطراب	۰/۴۱	۰/۱۶	۳۷/۸۷	۰/۵۹	۰/۴۰۶	۸/۴۸ **
سطح تحول روانی - معنوی	۰/۴۴	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۴	۰/۰۲	۰/۴۴

(۱۳۹۵)، جان بزرگی و دائمی (۱۳۹۵)، جان بزرگی و همکاران (۱۳۹۰)، کارمودی و همکاران (۲۰۰۸) همسو است.

در تبیین این موضوع با توجه به این تعریف که معنویت به موازات تحول شناختی و تحول روانی اجتماعی متحول می‌شود، همچنان که در تحول شناختی و تحول روانی اجتماعی، اگر فرد از مرحله‌ای گذر نکند، دچار بحران، تعارض و خودمیان‌بینی می‌شود و در بزرگسالی آسیب می‌بیند. به نظر می‌رسد در تحول روانی معنوی و شکل‌گیری خداپنداشت و خداپنداره نیز این مورد مصداق پیدا کند. اگر در تحول روانی معنوی نیز فرد نتواند تمام مراحل را به خوبی طی کند یا از مرحله‌ای عبور نکند و به مرحله بعد نرسد، مفهوم‌پردازی او از خداوند و خود و به دنبال آن رابطه فرد با خداوند دچار مشکل و احتمالاً مستعد آسیب‌روانی می‌شود و هر چه فرد در مراحل پایین‌تر تحول روانی معنوی مثل مرحله نخست، دین خودمیان‌بینی و مرحله دوم دین‌گرانه توقف داشته باشد، طبق پژوهش‌های به عمل آمده (جان بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰) آسیب روانی بیشتر است، هر چه در سطوح بالاتر باشد، این آسیب کمتر است. همین‌طور اگر مفهوم‌پردازی ساختگی (از خداوند) با مفاهیم اصیل مذهبی اصلاح نشود (خداپنداشت)، براساس نتایج به دست آمده، فرد احتمالاً دچار آسیب روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) می‌شود؛ زیرا دیده شد خداپنداره سهم مهمی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس دارد.

پژوهش‌های مختلفی که در کشور و خارج از کشور صورت گرفته، به رابطه تحول روانی معنوی و خداپنداره با آسیب‌شناسی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) نپرداخته‌اند. در این زمینه تنها می‌توان به مطالعاتی اشاره کرد که رابطه خداپنداره با افسردگی و

اطلاعات حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که مدل کلی (پیش‌بینی) معنادار است. به علاوه یافته‌های این جدول بیان‌کننده آن است که مؤلفه‌های خداپنداره و سطح تحول روانی - معنوی سهمی اختصاصی در پیش‌بینی افسردگی دارند. میزان R^2 نشان می‌دهد به‌طور کلی ۲۳٪ از افسردگی با خداپنداره و سطح تحول روانی - معنوی پیش‌بینی می‌شود. خداپنداره سهم اختصاصی در پیش‌بینی اضطراب دارد و میزان R^2 نشان می‌دهد به‌طور کلی ۱۸٪ از اضطراب با خداپنداره پیش‌بینی می‌شود. خداپنداره سهم اختصاصی در پیش‌بینی استرس دارد و میزان R^2 نشان می‌دهد به‌طور کلی ۱۶٪ از استرس با خداپنداره پیش‌بینی می‌شود. خداپنداره پیش‌بین مثبت افسردگی و معنادار بود. سطح تحول روانی - معنوی پیش‌بین منفی افسردگی ($\beta = -0/113$) و معنادار بود و سطح تحول روانی - معنوی نقش معناداری در پیش‌بینی اضطراب و استرس نداشت.

بحث

پژوهش با هدف رابطه مفهوم‌پردازی تصور از خدا یا خداپنداره و سطح تحول روانی معنوی با آسیب‌شناسی روانی (افسردگی، اضطراب و استرس) در دانشجویان انجام شد.

نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان می‌دهند بین متغیر سطح تحول روانی معنوی با افسردگی، اضطراب و خداپنداره رابطه، معکوس و معناداری وجود دارد. همچنین بین خداپنداره با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

این یافته با نتایج مطالعات گذشته از جمله یافته‌های امیر ارجمندی و همکاران (۱۳۹۴)، میلر و همکاران (۲۰۱۲)، دلجو و همکاران (۱۳۹۲)، حسینی و همکاران

می‌کند. چنین شخصی بین خطاهای خود و مجازات خداوند نمی‌تواند رابطه منطقی برقرار کند؛ بنابراین شخصی که خداپنداره بالا دارد، حوادث سخت زندگی را به خدا و مجازات او نسبت می‌دهد و در پس هر حادثه به‌طور ناخودآگاه اراده و مشیت و انتقام‌جویانه خدا را جستجو می‌کند. طبیعی است احساس خوبی نسبت به خود ندارد و احساس بی‌ارزشی و کم‌ارزشی می‌کند و خود را شایسته دوست داشتن خدا و دیگران نمی‌داند، عزت نفس او کاهش می‌یابد و احساس بی‌کفایتی می‌کند. چنین شخصی بیش از دیگران آسیب‌های روانی را تجربه می‌کند.

با توجه به اینکه نتیجه پژوهش حاضر نشان داد دست‌یابی به سطوح بالاتر تحول روانی معنوی به کاهش افسردگی، همچنین وجود خداپنداره به افسردگی و اضطراب و استرس بالا منجر می‌شود، پیشنهاد می‌شود با اجرای پژوهش‌های گسترده‌تر در این زمینه و به دست آوردن نتایج دقیق‌تر، مسئولان امر در دانشگاه‌ها به مفهوم تحول‌یافتگی روانی معنوی و خداپنداره توجه کنند و در تبیین آن برای دانشجویان بکوشند تا بتوانند آنان را در درک ارزش و معنای زندگی، هدفمندی، حل مسائل و ارتباط با خود، جهان و دیگران یاری کنند.

منابع

امیرارجمندی، ز. هاشمیان، ک. نیکنام، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی در کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی زنان متأهل منطقه ۵ تهران. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*. ۱۱(۳۵)، ۱۵۸-۱۳۷.

انصاری، ح، جان بزرگی، م. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط «خودپنداره» و «خداپنداره» در درمان مذهبی

اضطراب و سطح تحول روانی معنوی با اضطراب وجودی را جداگانه بررسی کرده‌اند. یافته‌های این پژوهش از این زاویه با یافته‌های نصیرزاده و همکاران (۱۳۹۳)، برام و همکاران (۲۰۰۸)، غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار (۱۳۸۸)، شاپ - جانکر و همکاران (۲۰۰۲)، کرکپاتریک (۲۰۰۵) همسو است.

برای تبیین این موضوع بنا بر تعریفی که از خداپنداره ارائه شد، کسی که دارای خداپنداره‌های متعدد است، تصویر متزلزل و بی‌ثباتی از خدا دارد. فرض اساسی این بی‌ثباتی به پنداره‌های افول‌پذیر^۱ از خداوند و به‌طور دقیق پنداره‌زدایی به مفهوم تسبیح خداوند از توصیف‌های ذهنی درباره خود بر می‌گردد.^۲ همچنین خداوند در قرآن کریم، نسیان خداوند را سبب خودفراموشی می‌داند.^۳ به عبارت دیگر، ارتباط سالم با خداوند به رابطه سالم با خود کمک می‌کند و چه بسا رمز رابطه مثبت بین خداپنداره و آسیب‌های سه‌گانه مورد مطالعه و رابطه منفی آنها با خداپنداشت در همین نکته نهفته باشد؛ به همین دلیل، وقتی مفهوم‌پردازی از خداوند درست باشد، به ایمان فرد کمک می‌کند و تماس با خداوند از طریق کلامش قلب آنها را متأثر می‌سازد و به ایمانشان می‌افزاید. ازسویی کسانی که سطح تحول روانی معنوی پائینی دارند، نسبت به فقدان حساس‌اند و به دلیل خودمیان‌بینی و جزمی‌نگری (جنیا، ۱۹۹۵)، خداپنداره آنها نیز بیشتر منفی است و مستعد تنیدگی و اضطراب و آسیب روانشناختی‌اند (جان بزرگی و همکاران، ۱۳۹۰).

خداپنداره‌ای که در دوره کودکی شکل گرفته، همچون والد سرزنشگری است که به جای حمایت و دلجویی فرد را سرزنش و به‌طور نا عادلانه مجازات

^۱ لا أجبُ إلاَّ قَلْبِین (سوره انعام آیه ۷۶)

^۲ سُبْحَانَ اللَّهِ عَمَّا يُصِفُونَ (سوره الصافات، آیه ۱۵۹)

^۳ وَ لَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنسَاهُمْ أَنفُسَهُمْ (سوره حشر آیه ۱۹)

- (معنوی) اختلالات روانی. *مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۰(۱۹)، ۱۳۰-۱۱۵.
- جان بزرگی، م. دائمی، ف. (۱۳۹۵). تأثیر روان‌بنه‌های ناسازگار نخستین بر تحول روانی - معنوی: یک متغیر تعدیل‌گر در روان‌درمانگری. *دوفصلنامه علمی پژوهشی. مطالعات اسلام و روانشناسی*. ۱۰(۱۸)، ۲۶-۷.
- جان بزرگی، م. . فاخر، ح. جان بزرگی، ا. (۱۳۹۰). ارزیابی تحول روانی - معنوی در درمانگری مراجعان مذهبی. *دوفصلنامه علمی - پژوهشی مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۵(۸)، ۷۰-۴۹.
- جان بزرگی، م. و غروی، م. (۱۳۹۵ الف)، *نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان بزرگی، م. غروی، م. (۱۳۹۵ ب)، *اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی*. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان بزرگی، م و نوری، ن. (۱۳۹۴). *نظریه‌های بنیادین روان‌درمانگری و مشاوره*. قم: انتشارات سمت و پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- جان بزرگی، م، و سرآبادانی تفرشی، ل. (زیر چاپ). اعتبار، روایی و ساختار عاملی پرسشنامه خودپنداره - خداپنداره براساس منابع دینی. *مجله اسلام و مطالعات روانشناسی*.
- حسینی، ا. بشارت، م. جاهد، ح. (۱۳۹۵). نگاهی به آثار و فواید دین و معنویت بر سلامت جسمی و روانی با تأکید بر سلامت قلبی - عروقی (آثار دین و معنویت بر سلامت). *رویش روانشناسی*. ۵(۲) ۹۳-۱۱۴.
- حمید، ن. (۱۳۹۱)، *ایمنی‌شناسی عصبی روانی*، اهواز: دانشگاه شهید چمران.
- حمید، ن. گلستانی پور، م. کریم‌نژاد، ف. (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه هویت دینی، سلامت روان و خوشبینی. *روانشناسی ودین*. ۶(۱)، ۹۰-۷۷.
- دلجو، ز. جان بزرگی، م. بزازیان، س. موسوی، ا. (۱۳۹۲). رابطه سطح تحول روانی معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی. *اسلام و روانشناسی*، ۱۳(۱۷)، ۲۴-۷.
- سادوک، ب. سادوک، و. روئیز، پ. (۱۳۹۵). خلاصه *روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی*. ترجمه ف. رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۵).
- سامانی، س. جوکار، ب. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی اضطراب و فشار روانی. *علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*. ۵۲(۱۴)، ۷۸-۶۵.
- صفوی، م. وفايي، م. صالحی، ش. (۱۳۹۲). بررسی سطح اضطراب و استرس و میزان افسردگی و همبستگی آن با شاخص توده بدنی (BMI) در دانشجویان پرستاری. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران*. ۲۳(۲)، ۱۵۹-۱۵۴.
- علیپور، ر. ابراهیمی، ع. امیدي، ر. هدایتی، آ. رنجبر، ح. حسین پور، س. (۱۳۹۴). افسردگی، اضطراب، استرس و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان ولی عصر دانشگاه علوم پزشکی فسا. *پژوهان*. ۱۳(۴)، ۵۹-۵۱.
- غباری بناب، ب. حدادی کوهسار، ع. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان. *علوم روانشناختی*. ۸(۳۱)، ۳۱۴-۲۹۷.
- قاسمی، س. (۱۳۸۸). *بهداشت و سلامت روان*. تهران: انتشارات مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره). چاپ اول.

- Lee CE, Early A. (2000). Religiosity and family values: correlates of God image in a protestant sample. *Journal of Psychology and theology*, 28(3), 229-239.
- Lewin. K. (2007) Depression assessment. *Practice Nurse Journal*, 33(12), 43-45.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: The Psychology Foundation of Australia Inc.
- Miller, L., Wickramarante, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169 (1) , 89-94.
- 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. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.
- Raimy, V. C. (1948), Self-Reference in Counseling interviews. *Journal of Counseling Psychology*, 12(3), 153-163.
- Raskin, N. & C. R. Rogers & wetty, M. C. (2019), *Client-Centered Therapy In Corsini R. J. & D. Wedding* (Eds.). In Current Psychotherapies. Belmont: Thomson, Books/Cole.
- Rizzuto, A.M. (1979). *The birth of the living God: A psychoanalytic study*. Chicago: University of Chicago Press.
- Schap Jonker, H; Elisabeth, H.M. Eurelings-Bontekoe, Zock. H, & Jonker. E (2008). Development and validation of the Dutch Questionnaire God Image: Effects of mental health and religious culture. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(5), 501-515.
- نجفی کلیانی، م، پورجم، ا. جمشیدی، ن. کریمی، ش. نجفی کلیانی. (۱۳۹۲). بررسی استرس، اضطراب، افسردگی و خودپنداره دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی فسا در سال ۱۳۸۸. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*. ۳ (۳)، ۲۴۰-۲۳۵.
- نصیرزاده، ر. رسولزاده طباطبایی، ک. عرفان منش، ن. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه مفهوم خداوند. *روانشناسی و دین*، ۲۸ (۱۲)، ۶۶-۵۵.
- Braam A.W., Hanneke Schaap-Jonker B., Bianca Mooi C., Dineke de Ritter D., Aartjan T.F., Beekman A., Dorly J.H. Deeg(2008a). God image and mood in old age: Results from a community based pilot study in the Netherlands. *Health, Religion & Culture*. 11(2), 221-237.
- Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 393-403.
- 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.
- Genia,V. (1995). *Counseling and Psychotherapy of Religious Clients: A Developmental Approach*. Westport: Praeger.
- Garaigordobil. M., Ignacio Pérez., J. and Mozaz. M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. *Psicothema*, ۲۰(1) ,114-123
- Kirkpatrick, L.A(2005). *Attachment, evolution, and the psychology of religion*. New York: The Guilford Press