

الگوسازی معادلات ساختاری ارتباط بین تصور مثبت و منفی از خداوند با مؤلفه‌های سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) در دانش‌آموزان

اشرف میکائیلی^۱، پرویز پرزور^۲

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۶/۰۳ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۴

هدف: با توجه به تأثیری که نوع نگرش نسبت به خداوند بر ابعاد مختلف سلامت افراد دارد، پژوهش حاضر با هدف الگوسازی معادلات ساختاری ارتباط بین تصور مثبت و منفی از خداوند با مؤلفه‌های سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) در دانش‌آموزان انجام شد. **روش:** این پژوهش، با استفاده از روش تحقیق پیمایشی و نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بر روی نمونه‌ای به تعداد ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر و پسر شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ انجام گرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های تصور از خدا (RSI) و مقیاس اضطراب، استرس و افسردگی لویندا گردآوری و با استفاده از تحلیل معادلات ساختاری، آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و آزمون t تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تصور مثبت و منفی از خدا می‌تواند سلامت روانی (اضطراب، استرس و افسردگی) دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند، بدین صورت که تصور مثبت از خدا با علایم اضطراب، استرس و افسردگی پایین و تصور منفی از خدا با علایم اضطراب، استرس و افسردگی بالا رابطه معنی‌داری داشتند ($P < 0/001$). همچنین طبق مدل معادلات ساختاری، ضرایب مسیر تصور مثبت از خدا به اضطراب، استرس و افسردگی، منفی و معنادار و ضرایب مسیر تصور منفی از خدا به اضطراب، استرس و

۱. استادیار گروه معارف اسلامی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. (نویسنده مسئول)، دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل، ایران. p.porzoor@gmail.com

افسردگی، مثبت و از لحاظ آماری معنادار بودند ($P \leq 0/05$). بطوریکه پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب، استرس و افسردگی که در مدل حاضر هستند (تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا)، به ترتیب ۲۷/۸، ۴۰/۶ و ۰/۴۲ درصد واریانس آنها را تبیین کردند. نتیجه‌گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که نوع تصور از خدا در پیش‌بینی سلامت روانی دانش‌آموزان نقش معنی‌داری. لذا آموزش تصور مثبت از خداوند و ارائه زمینه‌های مذهبی در کلاس در طول دوران تحصیل و کلاس‌های فوق برنامه، در ارتقا بهداشت روانی دانش‌آموزان می‌تواند نقش مؤثری ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: تصور از خدا، اضطراب، استرس، افسردگی

مقدمه

آموزش و پرورش عرصه‌ای است که در آن آرمانهای تربیتی، فرهنگی و اخلاقی برای تربیت انسان‌های طراز انقلاب اسلامی دنبال می‌شوند. امروزه دانش‌آموزان به دلیل نقش مهمی که در اداره آینده کشور دارند، یکی از قشرهای مهم جامعه به حساب می‌آیند. این گروه به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی، در معرض استرس‌های فراوان و تهدیداتی در حوزه سلامت روان می‌باشند. از این رو بررسی اختلالات روانی و تلاش در جهت کنترل و درمان این اختلالات نقش مؤثری در دستیابی به اهداف سلامت جامعه بالاخص در بین دانش‌آموزان ایفا می‌کند (هافمن^۱، ۲۰۰۵).

نوجوانی به عنوان یکی از حساس‌ترین دوره‌های تحول روانی نقش مهمی در کیفیت سلامت روانی افراد در بزرگسالی دارد و در سال‌های اخیر نیز افزایش مشکلات روانی و عاطفی در نوجوانان را شاهد هستیم (محمدی مصیری، شفیع‌ی فرد، داوری و بشارت، ۱۳۹۱). بطوریکه از جمله اختلالات مهم و شایع در جامعه بالاخص در بین دانش‌آموزان، اختلال افسردگی، استرس و اضطراب است که هر ساله تعداد زیادی از انسانها به آن دچار و هزینه‌های زیادی را نیز صرف خود می‌کنند (دادستان، ۱۳۸۷). بطوریکه امروزه سلامت روانی، به یکی از مهمترین مسائل مورد مطالعه روان‌شناسان، روانپزشکان و

1. Hoffman, B.

متخصصان علوم رفتاری تبدیل شده است (خمسه، روحی، عبادی، حاج امینی، سلیمی و رادفر، ۱۳۹۰). اضطراب حالتی است که تقریباً در همه انسانها در طول زندگی‌شان به درجات مختلف بروز میکند، به طوری که هر کس در زندگی خود حداقل یک بار این احساس را تجربه کرده است (فایل و هاید^۱، ۲۰۱۲) وجود اندکی اضطراب در انسان هم طبیعی و هم لازم است، ولی اگر از حد بگذرد برای او مشکل ساز خواهد بود، به طوری که با داشتن اطلاعات و مهارت قادر نخواهد بود امتیاز لازم را کسب کند (ریچاردسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). فشار روانی یا استرس نیز اصطلاحی است که برای توصیف وضعیت، شیء یا شخصی که در معرض فشار روانی قرار می‌گیرد، احساسات و پاسخ‌های جسمانی که در فرد به وجود می‌آید و نتایج حاصله، بکار می‌رود، چه این امر، رفتاری باشد، چه شناختی باشد و چه فیزیولوژیکی (کرتیس^۳، ۲۰۰۰). استرس زیاد بر نظام ایمنی بدن تأثیر منفی داشته، کارایی آن را کاهش داده و از این طریق آسیب‌پذیری در برابر بیماری‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین افسردگی^۴ اختلالی روان شناختی است که بخش عمده‌ای از پژوهش‌های روان‌شناسی، روانپزشکی و عصب‌شناسی را به خود اختصاص داده است (محمود علیلو، ۱۳۸۰). افسردگی شامل خلق ناشاد (نامیدی، غم، اندوه، ناراحتی یا نگرانی) و فقدان علاقه و لذت در تقریباً همه فعالیت‌های عادی و سرگرمی‌های فرد می‌باشد (ساراسون^۵، ۱۹۸۷، به نقل از طهماسبی، ۱۳۹۱). ویژگی‌های مرتبط با افسردگی، مشکلات رفتاری، تمرکز ضعیف، احساس بی‌ارزشی، احساس شکست، افکار بدبینانه، اعتماد به نفس پایین، گوشه‌گیری اجتماعی، تحریک‌پذیری و مشکلات خانواده می‌باشد (مش و بارکلی^۶، ۲۰۰۳). افسردگی در معنای محدود پزشکی به منزله یک بیماری خلق یا اختلال کنش خلق و در سطح معمولی نشانگانی است که

1. File, S.E., & Hyde, J.R.G.
2. Richardson, J. W. et al
3. Curtis, A. J.
4. depression
5. Sarason, A.
6. Mash, E. J. & Barkley, R. A.

تحت سلطه خلق افسرده است (لوو جو^۱، ۱۹۹۲؛ بلک برن و کیترو^۲، ۱۹۹۰؛ به نقل از دادستان، ۱۳۸۰). طبق ملاک‌های تشخیصی آخرین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳، علائم افسردگی اساسی باید حداقل دو هفته، تقریباً هر روز به طول بیانجامد و حداقل یکی از دو علامت اصلی، یعنی خلق پایین یا عدم علاقه و لذت در همه فعالیت‌های فرد دیده شود؛ همچنین حداقل ۴ علامت از ۹ علامت دیگر شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب، فقدان انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز و تفکر و تصمیم‌گیری و افکار خودکننده مرگ یا خودکشی را به همراه داشته باشد. افسردگی به طور کلی واجد علائم متعددی است که ماهیت آن از فردی به فرد دیگر متفاوت است (گنجی، ۱۳۹۲).

امروزه غالب صاحب نظران بر این باورند که مذهب آثار بلاشکی بر سلامت جسم، روان و دیگر ابعاد زندگی بشر دارد که البته در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم و روح و سایر امور کاملترین فرامین است و از نظر روان‌شناسان مسلم و قطعی است که اکثر بیماری‌های روانی که ناشی از ناراحتی‌های روحی و تلخی‌های زندگی است، در میان افراد غیر مذهبی بیشتر دیده می‌شود (اسلامی، شجاعی زاده و وکیلی، ۲۰۰۱). مذهب می‌تواند در تمامی موقعیت‌ها، نقش مؤثری در استرس‌زدایی، کاهش اضطراب و افسردگی داشته باشد و در ارزیابی موقعیت، ارزیابی شناختی فرد، فعالیت‌های مقابله، منابع حمایتی و... سبب کاهش فشار روانی شود (صیادی تورانلو؛ جمالی و میرغفوری، ۱۳۸۶). نتایج برخی از مطالعات نشان می‌دهد که آن دسته از افراد که گرایش‌های مذهبی دارند، در مواجهه با فشارهای روانی از موفقیت بیشتری برخوردار هستند. در واقع برخورداری از روحیه مذهبی به افراد کمک می‌کند تا بدانند در زندگی به دنبال چه ارزش‌ها و محورهای کلیدی بوده و از زندگی چه چیزهایی می‌خواهند. با

1. Lou, J. & Jou, T.

2. Belk Bern, S. & kittro, D.

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)

مشخص شدن این اهداف، افراد می‌توانند کمتر به امور کم اهمیت پرداخته و علاوه بر جلوگیری از اتلاف وقت و انرژی خود، از بروز استرس، اضطراب و افسردگی جلوگیری نمایند (پرزور، میکائیلی، معاضدی و ابراهیمی، ۱۳۹۴). در این میان، با توجه به اینکه موضوع خدا از جمله تفکرات اساسی مذهبی است و در رأس موضوعات مذهبی قرار دارد، در بین روان‌شناسان گرایش‌هایی پیدا شده است مبنی بر اینکه در ایمان به خدا، نیروی خارق‌العاده‌ای وجود دارد که نوعی قدرت معنوی به انسان متدین می‌بخشد و در تحمّل سختی‌های زندگی او را کمک می‌کند و مردم را از نگرانی و اضطرابی که بسیاری اکنون در معرض ابتلای آن هستند، دور می‌سازد. یکی از پیش‌گامانی که این مسئله را مطرح کرد ویلیام جیمز بود. وی می‌گوید: میان ما و خداوند رابطه‌ای ناگسستنی وجود دارد. اگر ما خود را تحت اشراف خداوند درآوریم و تسلیم او شویم تمام آمال و آرزوهای ما محقق خواهد شد (نجاتی، ۱۳۸۸).

یکی از عواملی که بر رابطه افراد با خداوند تأثیر می‌گذارد، نوع تصویری است که افراد از خداوند دارند. تصور از خدا یک پدیده چند بعدی یا چند متغیری است که تحت حیطه وسیع‌تری به نام دین قرار دارد (لی^۱، ۲۰۰۰). مارک و اسمیت^۲ (۱۹۹۶) انگیزه‌های اصلی انسان از ارائه اسنادهای مذهبی را یافتن معنا، کنترل و حرمت خود می‌دانند. مذهب یک حس کنترل تفسیری نیز ارائه می‌دهد که موجب افزایش سلامت روانی انسان می‌شود. در متون مذهبی دو سیمای متفاوت از خداوند نشان داده شده است که به صورت اساسی مقابل یکدیگر قرار گرفته‌اند. البته برای عقل متقی مؤمن، این دو سیما چیزی جز دو جانب خدای یگانه نیست، ولی برای عقل معمولی، این دو متضاد به نظر می‌رسند. در یکی از این دو سیما، خدا خود را خدای خیر و نیک‌خواهی بی‌پایان و خدای محبت و رحمت نامتناهی و بخشنده و آمرزنده نشان می‌دهد. در جایی دیگر، خدا سخت‌گیر در دادگستری و داور نرم‌نشدنی در روز داوری و سخت‌کیفر

1. Lee, C. E. & Early, A.

2. Mark, A. S. & Smith, M.

(شدیدالعقاب) و تلافی‌کننده است که غضب وی بر هر که فرود آید او را از پا درمی‌آورد (توشی‌هیکو^۱؛ ۲۰۱۲؛ خاکساری و خسروی، ۱۳۹۱). بنابراین تصویری که از خدا در افراد می‌تواند شکل بگیرد به تصور مثبت و منفی تقسیم می‌شود و در تصور مثبت از خدا، خدا، مهربان، حمایتگر، راهنما و... تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش‌دهی داشته باشد و در تصور منفی از خدا، خدا با اصطلاحات منطقی نظیر طردکننده، تنبیه‌کننده، نامهربان و... تصور می‌شود که باعث می‌شود افراد نومی‌دی، تنفر و خلق منفی را تجربه کنند (گرینوی، میلن و کلارک^۲، ۲۰۰۵).

پژوهشگران رابطه بین باورهای دینی با سلامت جسمانی و روانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین باورها و اعتقادات مذهبی با سلامت جسمانی و روانی رابطه وجود دارد (لارسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۳؛ پاول^۴ و همکاران، ۲۰۰۳؛ سیمن^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). کریک پاتریک^۶ (۲۰۰۰) روی سه گروه از افراد شرکت‌کننده در تحقیقات مربوط به مذهب و نظریه تماس کار کرده است. او ابتدا آنها را براساس پاسخ‌هایی که داوطلبانه به پرسشنامه‌های ویژه داده بودند و نیز نتایج مصاحبه‌های خاص، به سه گروه تقسیم و از هم جدا کرد: گروه اول یا گروهی که خدا را بعنوان یک دوست واقعی مراقبت‌کننده و قابل اتکا می‌شناختند، گروه دوم یا گروهی که خدا را رفیق سرد، انتقام‌جو و غیر پاسخگو می‌دانستند و سرانجام گروه سوم یا گروهی که در قبول وجود خدا یا ضرورت اعتقاد به او دچار تزلزل بودند. گروه اول و دوم هنگام برخورد با پیشامدهای رنج‌آور و مشکلات زندگی روزمره به خدا روی می‌آوردند و او را هدف تلاش‌های تماس‌جویانه خود قرار می‌دادند، در حالیکه گروه سوم در هنگام برخورد با مشکل، از ابزار دیگری چون فکر کردن، استراحت عضلانی و مانند اینها استفاده

1. Toshihiko, I.
2. Greenway, P. H, Milne, L.C, Clarke, V.
3. Larson, D. B.et al
4. Powell, L. H.et al
5. Seeman, T.E.et al
6. Krik Patrick, L. A.

می‌کردند. در پایان او نشان داد که اولاً آزمودنی‌ها در دو گروه اول و دوم بسیار بیشتر از افراد گروه سوم دارای نشانه‌های سلامت روانی بودند، ثانیاً افراد گروه اول در مقایسه با افراد گروه دوم و سوم نمرات بسیار کمتری در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و احساس تنهایی کسب کردند. او نتیجه می‌گیرد که علت بوجود آورنده این تفاوت‌های کلی در نتایج آزمون‌ها، از یک طرف برقراری یا عدم برقراری تماس با خداوند در هنگام بحران و از طرف دیگر طرز تلقی خدا بعنوان دوست حامی یا غیر حامی است. پژوهش‌ها همچنین نشان داده‌اند که کیفیت تصویر ذهنی و تصور از خدا می‌تواند در چگونگی شکل‌گیری مفهوم خود و تصویر ذهنی از خود تأثیر بگذارد. مطالعات نشان داده‌اند که عزت نفس افراد با تصویر مثبت از خدا و باور به خدای بخشنده و آمرزنده همبستگی مثبت داشته و با تصویر ذهنی طردکننده از خدا، رابطه‌ی منفی معنی‌داری دارد (بنسون و اسپیلکا^۱، ۱۹۷۳). فلانلی، گالک، الیسون و کوئینگ^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که در بین اعتقاد به خدای دوست داشتنی و نزدیک، خدای آمرزنده و خدای خالق و قضاوت‌کننده، اعتقاد به خدای دوست داشتنی کمترین ارتباط با علائم روان‌پریشی از قبیل اضطراب فراگیر، افسردگی، وسواس-بی‌اختیاری، افکار پارانویید، اضطراب اجتماعی و شکایات جسمانی وجود دارد. سیلتون، کوئینگ، فلانلی، گالک و الیسون^۳ (۲۰۱۳) ارتباط سه‌نوع تصور از خدا را با علائم روان‌شناختی اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی، پانویید، وسواسی-اجباری بررسی کردند و به این نتیجه رسیدند که اعتقاد به خدای مجازات‌کننده ارتباط مثبتی با چهار علامت روان‌پریشی داشت در حالی که اعتقاد به خدای نیک‌اندیش و خیرخواه ارتباط منفی با این علائم داشت. گرینوی و همکاران (۲۰۰۳) نیز در تحقیقی در زمینه متغیرهای شخصیت، عزت نفس، افسردگی و ادراک افراد از خدا به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های منفی نظیر افسردگی و احساس

1. Benson, P. & Spilka, B.

2. Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G., Koenig, H. G.

3. Silton, N. R., Kevin, J., Flannelly, K. J., Galek, K. & Ellison, C. H.

بی‌لیاقتی به تصور منفی از خدا مربوط می‌شود. این یافته‌ها و تحقیقات دیگر نشان دادند که اعتقاد مذهبی عملاً در خدمت سلامت روانی هستند. شواهد پژوهشی به صورت روز افزون از این موضوع حمایت می‌کنند. در ایران نیز استقبال گسترده‌ای در خصوص بررسی ابعاد، ویژگی‌ها و پیامدهای روان‌شناختی مذهب پدید آمده است. خاکساری و خسروی (۱۳۹۱) در پژوهش خود بین مفهوم تصور منفی از خدا و اختلالات روانی ارتباط نشان داد. مطالعه نصیرزاده و طباطبایی (۱۳۸۸) نیز نشان دادند که ادراک خداوند به عنوان نیک خواه، ارزش مند و لایتناهی با افسردگی رابطه منفی و ادراک خدای نامربوط و خدای تنبیه‌گر با افسردگی رابطه مثبت داشت.

خلاء پژوهشی در خصوص رابطه تصویر ذهنی افراد در خصوص خدا با سه شاخص اضطراب، استرس و افسردگی در بین دانش‌آموزان و عدم بررسی متغیر تصور از خدا در بین دانش‌آموزان در داخل کشور، ضرورت این پژوهش را ایجاب می‌کند. این مطالعه یکی از مسائل مورد توجه در امر تقویت و توجه به معارف اسلامی، بالاخص مسأله‌ای که به عمق معارف الهی یعنی نوع تصور از خدا در افراد مربوط است و در افزایش سلامت روانی جامعه مؤثر می‌باشد را مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به مطالب فوق و نظر به اینکه پژوهش خیلی محدودی در خصوص تأثیر نوع تصور از خدا در سلامت روانی بالاخص اضطراب، افسردگی و استرس صورت گرفته، این مطالعه به دنبال الگوسازی معادلات ساختاری ارتباط بین تصور مثبت و منفی از خداوند با مؤلفه‌های سلامت روان (اضطراب، استرس و افسردگی) در دانش‌آموزان است.

روش

پژوهش حاضر با توجه به موضوع آن، جزو مطالعات توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع متوسطه دوم اردبیل در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل دادند. جهت انتخاب نمونه مورد نظر، با

عنایت به جدول برآورد حجم نمونه کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰)، و با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای، نمونه‌ای به تعداد ۲۴۰ نفر (۱۲۰ نفر پسر و ۱۲۰ نفر دختر) انتخاب شد. بعد از اخذ مجوز و تهیه پرسشنامه‌ها و تایید آنها توسط اداره کل آموزش و پرورش استان و معرفی به مدارس، از بین ۲ ناحیه اردبیل، ۸ مدرسه (۴ مدرسه پسرانه و ۴ مدرسه دخترانه) و از هر مدرسه، ۲ کلاس و از هر کلاس ۱۵ نفر به صورت تصادفی به عنوان نمونه مطالعه در نظر گرفته شدند. برای گردآوری داده‌ها از آزمودنی‌ها خواسته شد تا سؤالات پرسشنامه‌های تصور از خدا و مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی را خوانده و به سؤالات آن پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها به روش خودگزارشی تکمیل گردید. به منظور جمع‌آوری اطلاعات، پژوهشگران در پایان کلاس‌ها به دانش‌آموزان واقع در کلاس‌های انتخاب شده مراجعه و پس از شرح اهداف مطالعه و اخذ رضایت از آنها، پرسشنامه را در اختیار آنان برای تکمیل قرار داده شد. هرگونه ابهام موجود، حین تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پژوهشگران رفع می‌گردید. با توجه به فرضیه‌ها و سؤالات پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل نتایج از آزمونهای آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی (تحلیل معادلات ساختاری) استفاده شد. در این پژوهش جهت گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) مقیاس استرس، افسردگی و اضطراب^۲ (DASS- 21): این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۵ لویبند^۳ ساخته و شامل ۲۱ ماده است که آزمودنی به هرآیتم به صورت هرگز (۰)، کم (۱)، زیاد (۲)، خیلی زیاد (۳) پاسخ می‌دهد. پژوهش‌های فراوانی به منظور به دست آوردن پایایی و اعتبار این مقیاس صورت گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در یک نمونه‌ی هنجاری ۷۱۷ نفری به شرح زیر به دست آمد، افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱، در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد، ضریب آلفای

1. Krejcie, V.R. & Morgan, W.
2. Depression, Anxiety and Stress Scale
3. Iovibond, A.

کرونیباخ برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین برای محاسبه‌ی روایی این پرسشنامه از روش ملاکی استفاده شده که ضریب همبستگی آن با پرسشنامه‌ی افسردگی بک در خرده مقیاس افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و با اضطراب ۰/۷۶ معنی دار بود (ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۵).

ب) پرسشنامه تصور از خدا (RSI) (۱): این پرسشنامه توسط گرینوی^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است. در این پژوهش از مقیاس تصور از خدا ترجمه خسروی استفاده شده است. این آزمون شامل ۲۷ سوال و سه خرده آزمون، حضور خدا در زندگی (سوالات ۱ تا ۱۱)، مراقبت خداوند (سوالات ۱۲ تا ۲۱) و تصور منفی از خداوند (سوالات ۲۲ تا ۲۷) می باشد. خرده آزمونهای حضور خدا در زندگی و مراقبت خداوند با هم ترکیب شده و مقیاس تصور مثبت از خدا را تشکیل می دهند. بنابراین در نهایت پرسشنامه از دو مقیاس اصلی تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا تشکیل شده است. با توجه به این که برای نمره گذاری از مقیاس لیکرت (۰-۱-۲-۳) استفاده شد، حداکثر نمره آزمودنی ها می توانست ۸۱ باشد (خاکساری و خسروی، ۱۳۹۱). کلاین (۲۰۰۳) پایایی درونی سه خرده آزمون حضور خدا در زندگی، مراقبت خداوند و تصور منفی از خدا را به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۶۹ بدست آورده و آن را نشانه پایایی درونی خوب این آزمون می داند (به نقل از گرینوی و همکاران، ۲۰۰۳). پایایی پرسش نامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونیباخ برای زیرمجموعه های تصور منفی از خدا ۰/۷۶، تصور مثبت از خدا ۰/۸۵، حضور خدا در زندگی ۰/۸۳ و برای کل پرسش نامه ۰/۷۹ و نتیجه آزمون و آزمون مجدد را ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین برای بررسی روایی پرسش نامه، از روش روایی همزمان استفاده نمودند و همبستگی پرسش نامه تصور از خدا را با پرسش نامه نگرش های مذهبی خدایاری فرد محاسبه کردند و ضریب همبستگی به دست آمده را برابر ۰/۶۷ گزارش نمودند که معنادار بود (خاکساری و خسروی، ۱۳۹۱).

1. status inventory
2. Greenway, P.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۲۸ نفر (۱۱/۷ درصد) از دانش‌آموزان ۱۶ ساله، ۹۶ نفر (۴۰ درصد) ۱۷ ساله و ۱۱۶ نفر (۴۸/۳۰ درصد) ۱۸ ساله بودند. از میان دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه ۲۸ نفر (۱۱/۷ درصد) پایه دهم، ۹۶ نفر (۴۰ درصد) پایه یازدهم و ۱۱۶ نفر (۴۸/۳۰ درصد) در پایه دوازدهم دوره متوسطه بودند. از میان پدران دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه ۵۱/۷ درصد (۱۲۴ نفر) دارای شغل آزاد و ۴۸/۳ درصد (۱۱۶ نفر) کارمند بودند. همچنین از میان دانش‌آموزان نمونه مورد مطالعه ۵/۸ درصد (۱۴ نفر) دارای وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۰/۸ درصد (۱۲۲ نفر) وضعیت اقتصادی متوسط و ۴۳/۴ درصد (۱۰۴ نفر) دارای وضعیت اقتصادی خوبی بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نمونه‌های مورد مطالعه در متغیرهای پژوهش

متغیر	کمترین	بزرگترین	میانگین	انحراف معیار
تصور مثبت از خدا	۴۸	۸۱	۶۸/۶۰	۸/۳۲
تصور منفی از خدا	۹	۱۹	۱۳/۵۶	۲/۵۹
اضطراب	۶	۱۵	۱۱/۱۴	۲/۷۶
استرس	۷	۱۸	۱۰/۳۳	۲/۲۸
افسردگی	۷	۱۷	۱۰/۷۷	۲/۶۲

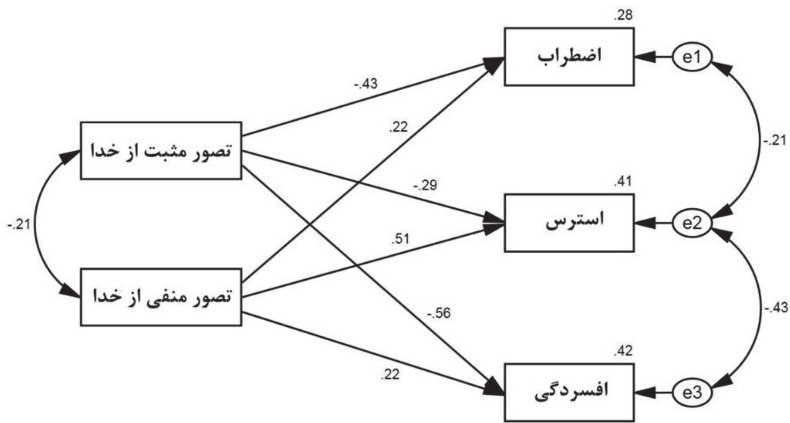
همانطوریکه در جدول ۱ ملاحظه می‌گردد در نمونه‌های مورد مطالعه میانگین (انحراف استاندارد) دانش‌آموزان در تصور مثبت از خدا ۶۸/۶۰ (۸/۳۲)؛ تصور منفی از خدا ۱۳/۵۶ (۲/۵۹)؛ اضطراب ۱۱/۱۴ (۲/۷۶)؛ استرس ۱۰/۳۳ (۲/۲۸) و در افسردگی ۱۰/۷۷ (۲/۶۲) می‌باشد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی اضطراب، استرس و افسردگی دانش‌آموزان با تصور مثبت و منفی از خدا

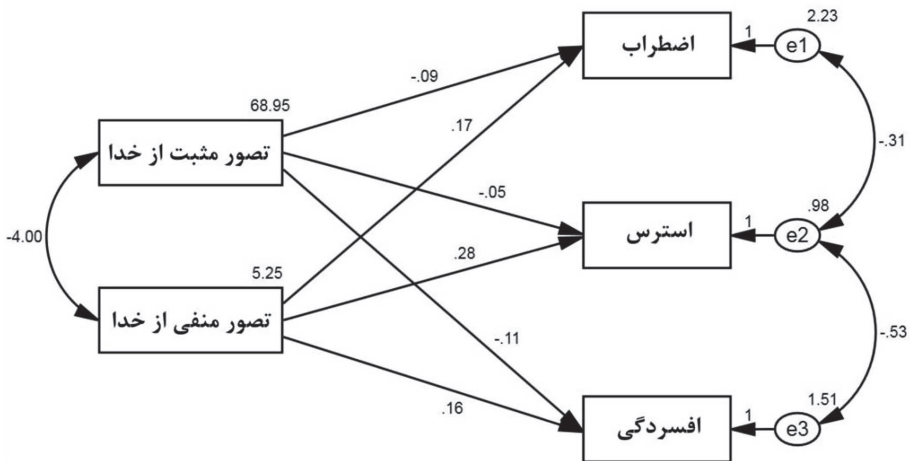
متغیر	آماره‌ها	تصور مثبت	تصور منفی	اضطراب	استرس	افسردگی
تصور مثبت از خدا	ضریب همبستگی	۱	-۰/۲۱**	-۰/۴۸**	-۰/۴۰**	-۰/۶۱**
	سطح معنی داری	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
تصور منفی از خدا	ضریب همبستگی	-۰/۲۱**	۱	۰/۳۱**	۰/۵۱**	۰/۴۳**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
اضطراب	ضریب همبستگی	-۰/۴۸**	۰/۳۱**	۱	۰/۱۶**	۰/۳۶**
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	۰/۰۱	۰/۰۰۱
استرس	ضریب همبستگی	-۰/۴۰**	۰/۵۷**	۰/۱۶**	۱	۰/۱۰
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۱	-	۰/۱۴
افسردگی	ضریب همبستگی	-۰/۶۱**	۰/۴۳**	۰/۳۶**	۰/۱۰	۱
	سطح معنی داری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴	-

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، بین تصور مثبت از خدا و اضطراب دانش‌آموزان همبستگی منفی معنی دار ($r = -0/48$) و بین تصور مثبت از خدا و استرس دانش‌آموزان همبستگی منفی معنی داری وجود دارد ($r = -0/40$)، همچنین تصور مثبت از خدا با افسردگی در بین دانش‌آموزان همبستگی منفی معنی داری نشان می‌دهد ($r = -0/61$). همچنین طبق نتایج جدول ۲، بین تصور منفی از خدا و اضطراب همبستگی مثبت معنی دار ($r = 0/31$)، بین تصور منفی از خدا و استرس در دانش‌آموزان همبستگی مثبت معنی دار ($r = 0/51$) یافت شد. همچنین بین تصور منفی از خدا و افسردگی همبستگی مثبت معنی داری وجود دارد ($r = 0/43$).

برای تحلیل داده‌های مربوط به این سوال، از رویکرد تحلیل مسیر استفاده شد. مدل مربوط به پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا، رسم و مورد تحلیل قرار گرفت. شکل ۱ و ۲، نمودار تحلیل مسیر را به همراه برآوردهای غیر استاندارد و استاندارد نشان می‌دهد.



شکل ۱. نمودار پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا به همراه برآوردهای استاندارد



شکل ۲. نمودار پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا به همراه برآوردهای استاندارد

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و

افسردگی براساس تصور مثبت و منفی از خدا

نوع شاخص	علامت اختصاری	معادل فارسی	ملاک برازش مطلوب (هرینگتون، ۱۳۹۱)	اندازه	سطح معنی‌داری
مطلق	CMIN	کای اسکوئر	کوچک بودن و عدم معنی‌داری	۰/۱۴۷	۰/۷۰۱
تطبیقی	CFI	شاخص برازش تطبیقی	مقادیر نزدیک به ۰/۹۵ یا بیشتر	۱	—
	IFI	شاخص توکر- لویس	مقادیر نزدیک به ۰/۹۵ یا بیشتر	۱	—
مقتصد	RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	مقادیر نزدیک به ۰/۰۶ یا کمتر	۰/۱۱	—
	CMIN/DF	کای اسکوئر بهنجار شده	مقادیر بین ۲ تا ۵	۰/۱۴۷	—

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل را بعد از اعمال اصلاح نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مقدار شاخص برازش مطلق کای اسکوئر (CMIN)، برابر با ۰/۱۴۷ بوده و معنی‌دار نمی‌باشد ($P > ۰/۰۵$). مقدار شاخص‌های برازش تطبیقی برای CFI، برابر با ۰/۰۰ (بیشترین مقدار ممکن) و برای شاخص IFI، ۱/۰۰ (بیشترین مقدار ممکن) می‌باشد. همچنین، مقدار شاخص‌های مقتصد برای RMSEA، ۰/۱۱ و برای شاخص CMIN/DF، ۰/۱۴۷ می‌باشد. بنابراین، مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا، برازش بسیار عالی و مطلوب را با داده‌های تجربی نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون در مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و

افسردگی براساس تصور مثبت و منفی از خدا

مسیر	برآورد استاندارد	برآورد غیراستاندارد	سطح معنی‌داری	توضیح
تصور مثبت از خدا ← اضطراب	-۰/۴۳	-۰/۰۹	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور مثبت از خدا بر سلامت اضطراب
تصور مثبت از خدا ← استرس	-۰/۲۹	-۰/۰۵	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور مثبت از خدا بر سلامت استرس
تصور مثبت از خدا ← افسردگی	-۰/۵۶	-۰/۱۱	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور مثبت از خدا بر سلامت افسردگی
تصور منفی از خدا ← اضطراب	۰/۲۲	۰/۱۷	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور منفی از خدا بر سلامت اضطراب

مسیر	برآورد استاندارد	برآورد غیراستاندارد	سطح معنی داری	توضیح
تصور منفی از خدا ← استرس	۰/۵۱	۰/۲۸	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور منفی از خدا بر سلامت استرس
تصور منفی از خدا ← افسردگی	۰/۲۲	۰/۱۶	۰/۰۰۱	وزن رگرسیونی تصور منفی از خدا بر سلامت افسردگی

جدول ۴ ضرایب رگرسیون را در مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ضرایب مسیر تصور مثبت از خدا به اضطراب، استرس و افسردگی، منفی و معنادار و ضرایب مسیر تصور منفی از خدا به اضطراب، استرس و افسردگی، مثبت و معنادار بوده و از لحاظ آماری معنادار هستند ($P \leq 0/05$). در این میان، بیش‌ترین ضریب تأثیر مستقیم، مربوط به تصور مثبت از خدا بر افسردگی می‌باشد.

جدول ۵. مجذور همبستگی‌های چندگانه متغیرهای حاضر در مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا

متغیرها	مجذور همبستگی‌های چندگانه
اضطراب	۰/۲۷۸
استرس	۰/۴۰۶
افسردگی	۰/۴۲۰

جدول ۵ مجذور همبستگی‌های چندگانه^۱ متغیرهای حاضر در مدل پیش‌بینی اضطراب، استرس و افسردگی بر اساس تصور مثبت و منفی از خدا را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، مجذور همبستگی چندگانه برای اضطراب، ۰/۲۷۸ می‌باشد. این برآورد نشان می‌دهد که پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب که در مدل حاضر هستند (تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا)، ۲۷/۸ درصد واریانس آن را تبیین

1. squared multiple correlations

کرده‌اند. همچنین، مجذور همبستگی چندگانه برای استرس، $0/406$ می‌باشد. این برآورد نشان می‌دهد که پیش‌بینی‌کننده‌های استرس که در مدل حاضر هستند (تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا)، $40/6$ درصد واریانس آن را تبیین کرده‌اند. علاوه بر این، مجذور همبستگی چندگانه برای افسردگی، $0/420$ می‌باشد. این برآورد نشان می‌دهد که پیش‌بینی‌کننده‌های افسردگی که در مدل حاضر هستند (تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا)، $0/42$ درصد واریانس آن را تبیین کرده‌اند.

جدول ۶. نتایج آزمون t برای مقایسه نمرات دانش‌آموزان دختر و پسر در تصور از خدا

متغیر	میانگین (دختران)	میانگین (پسران)	t	Sig
تصور مثبت از خدا	۶۹/۴۳	۶۷/۶۰	۱/۷۰	۰/۰۹
تصور منفی از خدا	۱۳/۳۳	۱۳/۸۳	-۱/۴۸	۰/۱۳

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل در جدول فوق نشان می‌دهد که بین دختران و پسران دانش‌آموز، در نمرات تصور مثبت از خدا تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0/09$). البته با توجه به میانگین نمرات، دختران در این عامل نسبت به پسران نمرات بالاتری گرفته‌اند. این در حالی است که بین این دو گروه در تصور منفی از خدا نیز تفاوت معناداری دیده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی تصور مثبت و منفی از خدا با اضطراب، استرس و افسردگی دانش‌آموزان صورت گرفت. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین اضطراب، استرس و افسردگی با تصور مثبت از خدا رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد. بدین معنی که هر چه تصور مثبت از خدا بیشتر باشد علایم اضطراب، استرس و افسردگی در دانش‌آموزان نیز کاهش پیدا می‌کند. این یافته‌ها با نتیجه پژوهش حدادی کوهسار و غباری بناب (۱۳۹۰) مبنی بر اینکه دانشجویانی که مفهوم مثبتی از خدا دارند،

نشانه‌های مرضی کمتری از خود نشان می‌دهند، همسومی باشد. همچنین یافته‌های این مطالعه با یافته‌های پژوهش خاکساری و خسروی (۱۳۹۱) مبنی بر ارتباط مثبت بین تصور مثبت از خدا و بهداشت روانی و با نتایج پژوهش راسل، فیلیپس، کاترین^۱ (۲۰۰۷) مبنی بر مرتبط بودن ارزیابی نیکخواهانه مذهبی با ادراک سلامت روان همخوانی مستقیمی دارد.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تصور مثبت و منفی از خدا می‌تواند سلامت روانی (اضطراب، استرس و افسردگی) دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند، بدین صورت که تصور مثبت از خدا با علائم اضطراب، استرس و افسردگی پایین و تصور منفی از خدا با علائم اضطراب، استرس و افسردگی بالا رابطه معنی‌داری داشتند. همچنین طبق مدل معادلات ساختاری، ضرایب مسیر تصور مثبت از خدا به اضطراب، استرس و افسردگی، منفی و معنادار و ضرایب مسیر تصور منفی از خدا به اضطراب، استرس و افسردگی، مثبت و از لحاظ آماری معنادار بود. بطوریکه پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب، استرس و افسردگی که در مدل حاضر بود (تصور مثبت از خدا و تصور منفی از خدا)، به ترتیب ۲۷/۸، ۴۰/۶ و ۴۲/۰ درصد واریانس آنها را تبیین کرد. این یافته‌های پژوهش حاضر در برخی از پژوهش‌های خارجی و داخلی مورد تأیید واقع شده است. فیلیپس، پارگامنت، لاین و کروسلی^۲ (۲۰۰۷)، دریافتند که زمانی که فرد خدا را بعنوان خدای حمایتگر در نظر می‌گیرد، این عامل هم به پیامدهای سلامت روانی مثبت و هم به سلامت روانی منفی مربوط می‌شود، در حالیکه اگر شخص خدا را بعنوان خدای طردکننده در نظر می‌گرفت این عامل دائماً به سلامت روانی منفی مربوط می‌شد. همچنین گرینوی و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقی در زمینه متغیرهای شخصیت، عزت نفس، افسردگی و ادراک افراد از خدا به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های منفی نظیر افسردگی و احساس بی‌لیاقتی به

1. Russell, E., Phillips, III, Catherine, H.

2. Phillips, R. E, Pargament, K. I, Lynn, W. K. & Crossley, CD.

تصور منفی از خدا مربوط می‌شود. اسچاپ، جانکر، ایورلینگس، بونتیکو، ورهاگن و زوک^۱ (۲۰۰۲) در تحقیقی با عنوان تصور از خدا و آسیب‌شناسی شخصیت، رابطه بین آسیب‌شناسی شخصیت براساس DSM-IV، نشانه‌شناسی و تصور از خدا را در یک نمونه ۴۶ نفری بیماری روانی بررسی کردند. نتایج این پژوهش حاکی از رابطه مثبت بین آسیب‌شناسی شخصیت و تصور منفی از خدا بود. تصور منفی بیشتر از خدا با آسیب‌شناسی شخصیت بالاتری رابطه داشت، مخصوصاً با آسیب‌شناسی شاخه A و C. وقتی که علائم شاخه A نشان داده می‌شد، خدا بعنوان بی‌تفاوت و منفعل تجربه می‌شد و زمانیکه علائم شاخه C غالب بودند خدا بعنوان قاضی سختگیر تجربه می‌شد. همچنین این نتایج با یافته‌های پژوهش غباری بناب و حدادی کوهساری (۱۳۹۰) و زارعی (۲۰۱۰) مبنی بر اینکه افرادی که دارای تصور منفی از خداوند هستند، از سلامت روان کمتر و بهداشت روانی پایین‌تر برخوردار هستند، همسومی باشد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش پرزور و همکاران (۱۳۹۴) نیز همخوانی کاملی دارد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زمانیکه با موقعیت‌های فشارزا روبرو می‌شویم، همه افراد به طور درونی و ذهنی، معنا و مفهومی را در ذهن پرورش می‌دهند. در این میان، اگر فردی تصور مثبتی از خداوند داشته باشد، می‌تواند در برابر فشارهای روانی یک مانع قوی‌ای داشته باشد. در واقع افرادی که باورهایشان نسبت به صفات خدا مثبت است و خداوند را در دسترس و خیرخواه می‌دانند، راحت‌تر با محیط‌های تنیدگی کنار می‌آیند و مقاومت بیشتری در برابر استرس‌ها از خود نشان می‌دهند و در نتیجه سلامت روان شناختی بالاتری دارند. این افراد 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

1. Schaap-Jonker, H., Eurelings – Bontekoe, E., Verhagen, P. J, Zock, H.

موقعیت‌های تهدید آمیز توان لازم برای آرام سازی و مقابله با فشارها را ندارند و در نتیجه این افراد سلامت روانی پایین تری دارند (پرزور و همکاران، ۱۳۹۴).

یافته‌ی دیگر این پژوهش نشان داد که بین نمرات دو گروه دانش آموزان دختر و پسر در تصور مثبت و منفی از خدا تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته در برخی از پژوهش‌های قبلی نیز مورد بررسی واقع شده است. هرتل و دوناهو (۲۰۰۱)؛ به نقل از صادقی (۲۰۰۵) نشان دادند که دختران بطور معناداری بیش از پسران خدا را دوستدارانه در نظر می‌گیرند و به عبارتی تصور آنها از خدا مثبت‌تر بود. هامرسلا و همکاران در تحقیقی با عنوان مفاهیم خدا و تعهد دینی در بین دانشجویان نشان دادند که در میزان تعهد دینی، تفاوت‌های جنسیتی دیده نشد اما در تصور از خدا تفاوت‌های جنسیتی دیده شد، بطوری که در بین زنان نسبت به مردان، خدا بیشتر قابل احترام و برجسته و کمتر تنبیه کننده در نظر گرفته شد و این را نشان دهنده این نکته دانستند که زنان بیشتر جنبه مقدس و خردمند بودن را برای خدا تصور می‌کند. همچنین در یافته‌های پژوهش صادقی نشان داده شد که تفاوت تمام زیرمقیاس‌های تصور از خدا به جز پذیرندگی در دو گروه دختران و پسران معنادار است و دختران تصورشان از خدا مثبت‌تر می‌باشد (صادقی، ۲۰۰۵).

تفاوت زنان و مردان از نظر نگرش‌های مذهبی و نگرش مذهبی بالای زنان نسبت به مردان - در بیشتر مذاهب و جوامع مورد مطالعه نیز تکرار شده است. در واقع، این مسأله به قدری در مطالعات و بررسی‌های مختلف در فرهنگ‌ها، مذاهب و طبقات مختلف تکرار شده است که بعضی از مؤلفان این مسئله را امری جهانی تلقی کرده‌اند که در تفاوت‌های زیستی زنان و مردان ریشه دارد. برخی از محققان وقت بیشتری را که زنان برای انجام فعالیت‌های مذهبی در اختیار دارند، از جمله علل این امر برمی‌شمرند (بتی^۱ و همکاران، ۱۹۹۷).

در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد که تصور مثبت و منفی از خدا می‌تواند سلامت

1. Beti, B, et al.

روان‌شناختی (اضطراب، استرس و افسردگی) دانش‌آموزان را پیش‌بینی کند، بدین صورت که تصور مثبت از خدا با علایم اضطراب، استرس و افسردگی پایین و تصور منفی از خدا با علایم اضطراب، استرس و افسردگی بالا مرتبط بود. بنابراین، آموزش تصور مثبت از خداوند و ارائه زمینه‌های مذهبی در کلاس‌های مختلف در طول دوران تحصیل و کلاس‌های فوق برنامه، در ارتقا بهداشت روانی دانش‌آموزان نقش مؤثری ایفا می‌کند. لذا با توجه به یافته‌های این مطالعه، برگزاری کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های ضمن خدمت برای مشاوران، مربیان و دست‌اندرکاران جهت آگاهی دادن درباره اهمیت متغیرهایی همچون تصور مثبت و منفی از خدا در رفتار دانش‌آموزان پیشنهاد می‌گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد که با توجه به اکتسابی بودن توانایی کنترل استرس، اضطراب و افسردگی، توصیه می‌شود به دانش‌آموزان این مهارت‌ها آموزش داده و برنامه‌ای سازمان یافته که براساس آنها آموزش تصویرسازی مثبت از خدا برای دانش‌آموزان امکان‌پذیر باشد، تدوین گردد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود از جمله اینکه جمع‌آوری اطلاعاتی درباره مسائل مذهبی و معنوی افراد آن هم از طریق پرسشنامه کار بسیار دشواری بود که این مشکل با دادن اطمینان خاطر به پاسخگویان در مورد جهت استفاده صرفاً علمی از نتایج تحقیق، حل شد. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر این بود که نتایج این پژوهش محدود به دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرداری است، لذا در تعمیم نتایج آن به جاهای دیگر، باید جانب احتیاط را رعایت کرد. عدم بررسی متغیرهای مداخله‌گر مانند جنسیت نیز در تحلیل معادلات ساختاری جز محدودیت‌های این مطالعه بود. البته همین اندازه یافته‌ها نیز معنی دار و با اهمیت تلقی می‌شود و به انباشته شدن دانش مورد استفاده در حیطه دینداری و سلامت کمک می‌کند. پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان سایر مقاطع تحصیلی به طور یکجا نیز بررسی گردد تا تفاوت‌های سنی در این زمینه آشکار شده و مورد مقایسه قرار گیرند. همچنین مشابه

این پژوهش در مناطق جغرافیایی دیگر و فرهنگ‌های مختلف اجرا و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند. بکارگیری دیگر شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات برای متغیرهای تصور مثبت و منفی از خدا جهت افزایش اعتبار اطلاعات بدست آمده، بررسی نقش نوع تصور از خدا در سایر ابعاد و شاخص‌های سلامت روانی افراد و تفاوت تصور از خدا در جامعه‌آماری وسیع‌تر و همگن‌تر و یا خرده فرهنگ‌ها، مذاهب گوناگون و سنین متفاوت، از پیشنهادات دیگر پژوهشگر می‌باشد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی براساس DSM-5. مهدی گنجی. (۱۳۹۲). چاپ اول، تهران، نشر ساوالان.
- پرزور، پ.، میکائیلی، ن.؛ معاضدی، ک.، ابراهیمی، ا. (۱۳۹۴). پیش‌بینی سلامت عمومی براساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان. *مجله سلامت و مراقبت*، ۱۷ (۱)، ۳۰-۳۹.
- حدادی کوهسار، ع.، غباری بناب، ب. (۱۳۹۱). رابطه تصور فرد از خدا با رفتارهای وسواسی- اجباری در دانشجویان. *مجله علوم رفتاری*، ۶ (۱)، ۳-۴.
- خاکساری، ز.، خسروی، ز. (۱۳۹۱). خدا؛ و تصور مثبت و منفی از او و رابطه آن با عزت نفس و سلامت روانی دانش‌آموزان. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۲ (۵)، ۸۳-۹۸.
- خمسه، ف.، روحی، ه.، عبادی، ع.، حاجی امینی، ز.، سلیمی، ح.، رادفر، ش. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط عوامل جمعیتی و میزان استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران شاغل در بیمارستانهای آموزشی منتخب شهر تهران. *پرستاری و مامایی جامع نگر*، ۲۱ (۱)، ۱۳-۲۱.
- دادستان، پ. (۱۳۸۷). *روان‌شناسی مرضی تحولی (از کودکی تا بزرگسالی)* (جلد اول)، تهران: انتشارات سمت.
- صیادی تورانلو، ح.، جمالی، ر.، میرغفوری، س. (۱۳۸۶). بررسی رابطه اعتقاد به آموزه‌های مذهبی اسلام و هوش هیجانی دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی اندیشه نوین دینی*، ۳ (۱۱)، ۱۴۵-۱۷۲.
- طهماسبی، م. (۱۳۹۱). رابطه معنویت و تاب‌آوری با اضطراب و افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ایلام، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی*، دانشگاه رازی کرمانشاه.
- غباری بناب، ب.، حدادی کوهسار، ع. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۸ (۳۱)، ۳۱۴-۲۹۷.
- محمدی مصیری، ف.، شفیع‌فر، ی.، داوری، م.، بشارت، م. (۱۳۹۱). نقش خود مهارگری، کیفیت رابطه با

والدین و محیط مدرسه در سلامت روانی و رفتارهای ضداجتماعی نوجوانان. *روان‌شناسی تحولی*؛

روان‌شناسان ایرانی، ۸ (۳۲)، ۳۹۷-۴۰۴.

– محمود علیلو، م. (۱۳۸۰). پژوهشی در الگوی رفتاری افسردگی برای نقش تقویت و تنبیه محیطی بر رفتارهای

خود تقویتی و خود تنبیهی. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، (۱۲)، ۸۱-۶۷.

– نجاتی، م. (۱۳۸۸). *قرآن و روان‌شناسی*، ترجمه عباس عرب، مشهد، آستان قدس رضوی.

- Arab, A. (1997). In translation Quran and psychology. Nejatti, M. Mashhad: Astane qodse Razavi publication. [Persian]
- Benson, P. & Spilka, B. (1973). God image as a function of self esteem and locus of control, *Journal for the Scientific Study of Religion*, 12, 297-310.
- Beti-Hallahme, B. & Argyle, M. (1997). *The Psychology of Religious Behavior, Belief and Experience*, New York, Routledge.
- Curtis, A.J. (2000) *Health psychology* Rout ledge co.
- Eslami, A. A., Shojaee Zadeh, D., & Vakili, M.A. (2001). Study on Measurement of Depression and Its Relation with Ones Attitude about Religion among George Medical Students in 1999-2000. *The Teb and Tazkieh* (43), 39-40. [Persian]
- File, S.E., & Hyde, J.R.G. (2012). Can social interaction be used to measure anxiety? *British Journal of Pharmacology*, 62 (1), 19-24.
- 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.
- Greenway, P. H, Milne, L.C, Clarke, V. (2003). Personality variables, self – esteem and depression and an individual s perception of god. *Journal of mental health, religion & culture*; 6 (1), 45-58.
- Hoffman, B. (2005). Simplified models of the relationship between health and disease. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 355-77.
- Krikpatrick, L. A. (2000). *Handbook of attachment: theory, research and clinical application*. NY: Guilford press.
- Krejcie, V.R. & Morgan, W.D. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Larson, D. B. & Larson, S. S. (2003). Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of the quantitative research. *Journal of Psychology and Theology*; 31 (1), 37-51.
- Lee, C. E. & Early, A. (2000). Religiosity and family values: correlates of God image in a protestant sample. *Journal of Psychology and theology*; 28 (3), 229 – 239.
- Mark, A. S. & Smith, M. (1996). Identity formation and religious orientation among high school student from the United States and Canada. *Journal of adolescent*, 32. 65-70.
- Mash, E. J. & Barkley, R. A. (Eds.). (2003). *Child Psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.

- Nasirzadeh, R., Tabatabai, K. Scrutinizing the perception of god's concept effect on depression, anxiety and stress. Journal of psychology (Tabriz University). 2008; 2 (8): 145 – 163. [Persian]
- Phillips, R. E, Pargament, K. I, Lynn, W. K. & Crossley, CD. (2007). Self – directing religious coping: deistic God, abandoning God, or no God at all? Journal for the Scientific Study of Religion. 43 (3), 409 – 418.
- Powell, L. H, Shahabi, L, Thoresen CE. (2003). Religion and spirituality. Linkages to physical health. Am Psychol. 58 (1), 36-52.
- Richardson-Jones, J.W., Craige, C.P., Nguyen, T.H., Kung, H.F., Gardier, A.M., Dranovsky, A., & Leonardo, E.D. (2011). Serotonin-1A auto receptors are necessary and sufficient for the normal formation of circuits underlying innate anxiety. The Journal of Neuroscience, 31 (16), 6008-6018.
- Russell, E., Phillips, III, Catherine, H. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. Journal of Clinical Psychology; 63 (6), 529 – 540 .
- Sadeghi, M. (2005). The study of relationship between religious education and image of God in university students. [MS thesis]. Shahid Beheshti University. [Persian]
- Schaap-Jonker, H., Eurelings – Bontekoe, E., Verhagen, P. J, Zock, H. (2002). Image of God and personality pathology: an exploratory study among psychiatric patients. Mental Health, Religion & Culture; 5 (1), 55-71.
- Seeman, T.E, Dubin, L. F, Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health. A critical review of the evidence for biological pathways. Am Psychol; 58 (1), 53-63.
- Silton, N. R., Kevin, J., Flannelly, K. J, Galek, K. & Ellison, C. H. (2003). Beliefs About God and Mental Health Among American Adults. Journal of Religion and Health; 52, 58-79.
- Toshihiko, I. (2012). God and Man in the Qur'an, transl: Ahmad Aram, Tehran: Daftar-e Nashr-e Farhang Islami.
- Zarei, E. (2010). Study of relationship between Image of God and mental health among Payamenoor university students in Minab. Psychology and religion; 2 (6), 172 – 175. [Persian]