



Paper Type: Original Article



Investigating the Effect of Religious Health on Students' Self-Efficacy

Moslem Bagheri*

Faculty Member of Shiraz University, Shiraz, Iran; bagherimoslem@shirazu.ac.ir.

Citation:

Bagheri, M. (2025). Investigating the effect of religious health on students' self-efficacy. *Applied studies in educational management and e-learning*, 2(2), 114-121.

Received: 04/02/2025

Reviewed: 21/04/2025

Revised: 09/06/2025

Accepted: 31/07/2025

Abstract

Purpose: This study aims to investigate the impact of religious health on students' self-efficacy in today's challenging academic environment. Religious health, as a subset of spiritual health, reflects the relationship between religious beliefs, practices, and experiences with individuals' physical and psychological well-being.

Methodology: The research employed a survey method using a structured questionnaire. The study population consisted of university students, and a sample of 384 participants was examined. Data were analyzed using appropriate statistical techniques.

Findings: The study focused on university students exposed to stress, doubts, and academic pressures, exploring the interplay between religious health and their perceived self-efficacy.

Originality/Value: The results revealed a significant positive relationship between religious health and self-efficacy. The findings suggest that strengthening religious health can enhance students' self-efficacy, improve their academic experiences, and help them better cope with psychological pressures.

Keywords: Religious health, Self-efficacy, Spiritual health.



Corresponding Author: bagherimoslem@shirazu.ac.ir

<https://doi.org/10.48313/asemel.v2i2.83>

Licensee. **Applied Studies in Educational Management and E-Learning**. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).



بررسی تاثیر سلامت مذهبی بر خودکارآمدی دانشجویان

مسلم باقری*

عضو هیات علمی دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تاثیر سلامت مذهبی بر خودکارآمدی دانشجویان در محیط‌های آموزشی پرچالش انجام شده است. سلامت مذهبی به عنوان بخشی از سلامت معنوی در نظر گرفته می‌شود که ارتباط باورها، اعمال و تجربیات مذهبی را با وضعیت جسمی و روانی فرد نشان می‌دهد.

روش‌شناسی پژوهش: روش پژوهش پیمایشی و ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود. جامعه آماری شامل دانشجویان دانشگاهی بوده و نمونه‌ای به حجم ۳۸۴ نفر مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری مناسب تحلیل شدند.

یافته‌ها: جامعه مورد بررسی، دانشجویان مقاطع مختلف دانشگاهی بودند که در معرض استرس‌ها، فشارهای روانی و چالش‌های تحصیلی قرار داشتند.

اصالت/ارزش افزوده علمی: یافته‌های پژوهش نشان داد بین سلامت مذهبی و خودکارآمدی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. نتایج همچنین بیانگر آن است که تقویت سلامت مذهبی می‌تواند به ارتقای خودکارآمدی دانشجویان منجر شود و در بهبود کیفیت تجربه‌های تحصیلی و مقابله با فشارهای روانی نقش موثری ایفا کند.

کلیدواژه‌ها: سلامت مذهبی، خودکارآمدی، سلامت معنوی.

۱- مقدمه

سلامت مذهبی، به عنوان زیرمجموعه‌ای از سلامت معنوی، نقش مهمی در بهزیستی افراد ایفا می‌کند و شامل باورها، اعمال و تجربیات مذهبی است که بر سلامت جسمی و روانی تاثیر می‌گذارد [1-3]. سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۹۷۹ سلامت معنوی را به عنوان ستون چهارم سلامت معرفی کرده است [4]، اما تعریف واحد و اجماعی برای آن وجود ندارد و این پیچیدگی ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و فلسفی است. مساله اصلی این است که در جوامع دانشجویی، سلامت مذهبی می‌تواند نابرابری‌های سلامت را توضیح دهد مانند تاثیر باورهای مذهبی بر تصمیم‌گیری‌های بهداشتی و کاهش افسردگی [5-7]. از سوی دیگر، خودکارآمدی باور فرد به توانایی خود برای دستیابی به اهداف است و در دانشجویان، بر عملکرد تحصیلی، انگیزش و استقامت تاثیر می‌گذارد [8]، [9].

مساله این پژوهش بررسی رابطه بین این دو مفهوم است: چگونه سلامت مذهبی (با ابعاد شناختی، کارکردی و عاطفی [4]) می‌تواند بر خودکارآمدی دانشجویان تاثیر بگذارد، در حالی که مطالعات تاریخی نشان‌دهنده نقش مذهب در نتایج سلامت هستند [1]، [10]. این مساله اهمیت دارد؛ زیرا خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلی است [11]، [12]، اما کمبود بررسی رابطه آن با سلامت مذهبی در جمعیت

دانشجویان وجود دارد. هدف این مطالعه، پر کردن این شکاف با تمرکز بر مدل‌های نظری مانند مدل بندورا [9] و اهمیت سلامت مذهبی در بهزیستی است [13].

۲- ادبیات نظری

۲-۱- سلامت مذهبی

سلامت مذهبی به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از سلامت معنوی تعریف می‌شود که شامل رابطه بین باورها، اعمال و تجربیات مذهبی سازمان‌یافته و وضعیت جسمی و روانی فرد است [2]، [3]. با وجود تأکیدهای سازمان بهداشت جهانی، هنوز یک تعریف واحد و مورد اجماع جهانی برای سلامت معنوی وجود ندارد که این امر ناشی از پیچیدگی مفهوم و تفاوت در برداشت‌های فرهنگی و فلسفی است. سلامت معنوی به ارتباط فرد با خود، دیگران، طبیعت و یک قدرت متعالی یا خدا اشاره دارد و ابعاد مختلفی را دربر می‌گیرد که درک آن‌ها برای آرایه مراقبت‌های جامع و ارتقای بهزیستی ضروری است. این مفهوم اغلب به‌عنوان یک سازه مستقل شامل وابستگی مذهبی، حضور در مراسم و باورهای درونی مانند ایمان به خدا تعریف می‌شود [1].

آلپورت [14] مذهب را به دو نوع نهادی (رفتارهای جمعی مانند وابستگی به فرقه) و درونی (باورهای شخصی) تقسیم کرد که نوع درونی بخشی از سلامت مذهبی است [1]. تعریف گسترده‌تر شامل همگرایی اعمال مذهبی با جنبه‌های سلامت مانند نماز به‌عنوان درمانی اتوژنیک یا پرهیز از عادات مضر است [1].

در زمینه سلامت روانی، سلامت مذهبی به‌عنوان سیستم سازمان‌یافته‌ای از باورها و اعمال تعریف می‌شود که نزدیکی به مقدسات را تسهیل می‌کند [6]، [7]. تمایز بین مذهب (نهادی) و معنویت (جست‌وجوی شخصی) مهم است و سلامت مذهبی اغلب به‌عنوان زیرمجموعه‌ای از معنویت دیده می‌شود که شامل ابعاد مانند تجربیات روحانی روزانه، بخشش و مقابله مذهبی است [2]. تحقیقات مختلف، ابعاد و مولفه‌های متنوعی را برای سلامت معنوی شناسایی کرده‌اند. این ابعاد شامل مولفه‌های شناختی (دانش و باورها)، کارکردی (رفتارها و اعمال معنوی) و عاطفی (احساسات و حالات روحی مثبت مانند امید، عشق و رضایت) است. سلامت معنوی همچنین با یافتن و خلق معنا در زندگی گره خورده است؛ معنایی که از طریق ارتباط با خود، دیگران، جهان و قدرت متعالی حاصل می‌شود.

در مطالعات اپیدمیولوژیک، آن شامل اندازه‌گیری‌هایی مانند حضور مذهبی و اهمیت مذهب در زندگی است [4]. در زمینه باروری، سلامت مذهبی به‌عنوان تأثیر باورهای مذهبی بر تصمیم‌گیری‌های بهداشتی مانند سقط جنین یا غربالگری تعریف می‌شود [5]. باورهای خارجی سازی شده مانند واگذاری سلامت به خدا نیز بخشی از تعریف است که می‌تواند سلامت را به‌عنوان نتیجه‌ای خارجی تعریف کند [3]. در کل، سلامت مذهبی پدیده‌ای پیچیده است که از طریق حمایت اجتماعی و باورهای فردی بر جنبه‌های سلامت تأثیر می‌گذارد [13]، [15].

سلامت مذهبی، به‌عنوان بخشی از سلامت معنوی که یکی از ابعاد بنیادین و کل‌نگر سلامت انسان است، در دهه‌های اخیر مورد توجه فزاینده‌ای قرار گرفته است. سازمان بهداشت جهانی [16] در سال ۱۹۹۸ سلامت معنوی را به‌عنوان ستون چهارم سلامت معرفی کرد که این جایگاه در منشور بانکوک نیز مورد تأکید قرار گرفته است. تحقیقات در مورد سلامت مذهبی ریشه در بررسی‌های تاریخی رابطه بین باورهای مذهبی و جنبه‌های سلامت دارد. در سال ۱۸۹۱، بیلینگز [17] وابستگی مذهبی را به‌عنوان عاملی در تفاوت نرخ مرگ‌ومیر مطرح کرد [4]. اوسلر [18] در سال ۱۹۱۰ مفهوم "ایمان شفادهنده" را معرفی کرد که بر جنبه‌های مذهبی باور به شفای الهی تمرکز داشت [4]. در قرن بیستم، مطالعاتی مانند کامستاک و پارتیج [10] در سال ۱۹۷۲ رابطه حضور در کلیسا و مرگ‌ومیر را بررسی کردند که بخشی از تاریخچه بررسی سلامت مذهبی است [1]. در تحقیقات اخیر بیش از ۸۵۰ مطالعه نشان‌دهنده نقش مذهب در کاهش افسردگی و خودکشی است [6]، [7]، [19].

اهمیت سلامت مذهبی در ادبیات برجسته است؛ زیرا باورهای مذهبی می‌توانند بخشی از نابرابری‌های سلامت را توضیح دهند مانند تأثیر باورهای اسلامی بر رفتارهای باروری و استفاده از خدمات بهداشتی [5]. بیش از ۲۰۰ مطالعه اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد که جنبه‌های مذهبی مانند حضور در مراسم می‌تواند با نتایج سلامت مرتبط باشد [1]. در جمعیت‌های درد مزمن، اهمیت آن در این است که بیماران ممکن است تجربیات مذهبی متفاوتی داشته باشند، مانند احساس رها شدن توسط خدا که بخشی از سلامت مذهبی است [2]. همچنین، باورهای خارجی سازی شده مانند باور

به معجزات شفابخش در جمعیت‌های خاص مانند آمریکایی‌های آفریقایی تبار اهمیت دارد، زیرا می‌تواند بر رضایت از زندگی تاثیر بگذارد [3]. اهمیت آن در جوامع مدرن در این است که سلامت مذهبی می‌تواند حمایت اجتماعی و مکانیسم‌های مقابله‌ای فراهم کند و عدم توجه به آن منجر به درک ناقص از سلامت می‌شود [13]. سلامت معنوی تاثیرات مثبت و قابل توجهی بر ابعاد دیگر سلامت و بهزیستی دارد. مطالعات نشان می‌دهند که سلامت معنوی با بهبود کیفیت زندگی، سلامت روان، کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش امید و رضایت از زندگی مرتبط است. همچنین، سلامت معنوی با سلامت جسمانی نیز ارتباط مثبت دارد و می‌تواند در بهبود نتایج درمانی، افزایش تحمل درد و تسريع بهبودی موثر باشد. اعمال معنوی، مانند دعا، مدیتیشن و کمک به دیگران، می‌توانند به عنوان رفتارهای سلامت‌بخش در نظر گرفته شوند که به افراد در انتخاب سبک زندگی سالم‌تر کمک می‌کنند.

۲-۲- خودکارآمدی

خودکارآمدی به عنوان یک مفهوم کلیدی در نظریه شناختی-اجتماعی، نقش مهمی در فرآیند یادگیری و عملکرد دانشجویان ایفا می‌کند. تحقیقات نشان می‌دهد که خودکارآمدی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاهی است و با میانگین معدل^۱ ارتباط قوی دارد [12]. این باور بر انگیزش، یادگیری و دستاوردهای دانشجویان تاثیر می‌گذارد، زیرا بر انتخاب وظایف، تلاش، استقامت و عملکرد آن‌ها اثرگذار است [20]، [21]. دانشجویان با خودکارآمدی بالا تمایل دارند وظایفی را انتخاب کنند که احساس می‌کنند قادر به انجام آن‌ها هستند، تلاش بیشتری صرف کنند، در مواجهه با مشکلات استقامت بیشتری نشان دهند و در موقعیت‌های چالش برانگیز انعطاف پذیرتر عمل کنند [22]. این باورها نه تنها رفتار را تحت تاثیر قرار می‌دهند، بلکه بر افکار و احساسات نیز اثر می‌گذارند؛ برای مثال دانشجویان با خودکارآمدی پایین ممکن است وظایف را دشوارتر از آنچه هست ببینند و احساس ناکامی، افسردگی یا تنش کنند، در حالی که خودکارآمدی بالا احساس آرامش و چالش را ایجاد می‌کند [9].

در زمینه آموزش عالی، خودکارآمدی نقش پیش‌بینی کننده و میانجی در دستاوردها، انگیزش و یادگیری دانشجویان دارد [22-24]. مطالعات نشان می‌دهد که خودکارآمدی بر علاقه به وظایف، استقامت، اهداف تعیین شده، انتخاب‌ها و استفاده از استراتژی‌های شناختی، فراشناختی و خودتنظیمی تاثیر می‌گذارد [21]. همچنین، خودکارآمدی پایین می‌تواند منجر به تفکر تحلیلی نامنظم، کاهش کیفیت حل مساله و واکنش دفاعی به بازخورد منفی شود که این امر در محیط‌های پویای آموزشی که نیاز به یادگیری مداوم و بهبود عملکرد است چالش برانگیز است [11]. علاوه بر این، خودکارآمدی با استرس، فرسودگی شغلی و توانایی مدیریت رویدادهای نامطلوب مرتبط است؛ دانشجویان با خودکارآمدی پایین ممکن است احساس ناتوانی و ناامیدی کنند که عملکرد حتی افراد با استعداد بالا را مختل می‌کند [11]. در آموزش عالی، تمرکز بر توسعه خودکارآمدی دانشجویان، علاوه بر کسب دانش و مهارت‌ها، ضروری است، زیرا برنامه‌های آموزشی می‌توانند خودکارآمدی را افزایش دهند، به ویژه برنامه‌هایی مبتنی بر نظریه شناختی-اجتماعی.

خودکارآمدی به عنوان باور فرد در مورد توانایی خود برای سازمان‌دهی و اجرای اقدامات لازم برای دستیابی به نتایج مشخص تعریف می‌شود [9]. این مفهوم بخشی از نظریه شناختی-اجتماعی است که عملکرد انسانی را به صورت معاملاتی می‌بیند، جایی که رفتارها، عوامل شخصی داخلی (مانند افکار و باورها) و رویدادهای محیطی به طور متقابل بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند [9]، [22]. خودکارآمدی یک قضاوت شناختی در مورد ظرفیت شخصی برای انجام وظایف خاص است و با مفاهیمی مانند اعتماد به نفس (که یک ویژگی شخصیتی کلی است) یا عزت نفس (که ارزیابی عاطفی از خود است) متفاوت است؛ خودکارآمدی خاص‌تر و قابل توسعه‌تر است و پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای عملکرد در وظایف خاص محسوب می‌شود [8]، [11]، [25].

در زمینه دانشجویان، خودکارآمدی به باورهای آن‌ها در مورد توانایی سازمان‌دهی و اجرای اقدامات برای دستیابی به اهداف آموزشی اشاره دارد. این باورها بر رفتار، افکار و احساسات تاثیر می‌گذارند؛ برای مثال، دانشجویان با خودکارآمدی بالا تلاش بیشتری می‌کنند و در برابر موانع استقامت نشان می‌دهند، در حالی که خودکارآمدی پایین می‌تواند منجر به اجتناب از وظایف، کاهش تلاش و احساس ضعف شود [9]. خودکارآمدی با مفاهیم مشابه مانند خودپنداره (که قضاوت کلی از خود است)، انتظارات نتیجه (قضاوت در مورد نتایج اقدامات) و مکان کنترل (باور در مورد علل

¹ Grade Point Average (GPA)

رویدادها) متفاوت است؛ خودکارآمدی بر تولید اقدامات تمرکز دارد، نه نتایج یا کنترل خارجی. در آموزش عالی، خودکارآمدی به عنوان پایه‌ای برای توسعه خودپنداره عمل می‌کند و بر حوزه‌های خاص مانند یادگیری مهارت‌های کامپیوتری یا مشاوره تأثیر می‌گذارد [11]. خودکارآمدی اغلب با خودپنداره تحصیلی اشتباه گرفته می‌شود، اما خودکارآمدی شناختی تر و خاص تر است، در حالی که خودپنداره شامل اجزای شناختی و عاطفی است [26]، [27].

مفهوم خودکارآمدی توسط بندورا [9] در سال ۱۹۷۷ معرفی شد و بعدها در سال‌های ۱۹۸۶ و ۱۹۹۷ در چارچوب نظریه شناختی-اجتماعی و دیدگاه عاملیت توسعه یافت [23]، [26]. در ابتدا، تحقیقات بر کاربرد خودکارآمدی در مشکلات بالینی مانند فوبیا، افسردگی و قاطعیت تمرکز داشت و نشان داد که خودکارآمدی پیش‌بینی کننده تغییرات رفتاری است [29-32]. این تحقیقات اولیه عمدتاً در محیط‌های آزمایشگاهی کنترل شده انجام شد و عمومیت آن به حوزه‌های دیگر محدود بود [33].

در دهه‌های بعد، خودکارآمدی به حوزه‌های متنوعی مانند رفتار سیگار کشیدن، کنترل درد، سلامت، عملکرد ورزشی و عملکرد کاری گسترش یافت و نشان داد که این باورها نه تنها عملکرد رفتارهای آموخته شده را پیش‌بینی می‌کنند، بلکه ظرفیت یادگیری مهارت‌های جدید را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهند [20]، [26]، [34]. در آموزش عالی، تحقیقات از دهه ۱۹۹۰ آغاز شد و بر عوامل موثر بر خودکارآمدی دانشجویان تمرکز کرد. این تحقیقات بر اهمیت تمرکز بر توسعه خودکارآمدی دانشجویان در کنار کسب شایستگی‌ها تأکید دارد [26]، [27].

مدل اصلی خودکارآمدی بر اساس نظریه شناختی-اجتماعی بندورا [9] است که چهار منبع اصلی اطلاعات را برای ایجاد خودکارآمدی شناسایی می‌کند: تجربیات تسلط انفعالی^۱، تجربیات جانشین^۲، اقناع اجتماعی^۳ و حالات فیزیولوژیکی و روانی^۴. این منابع مستقیماً بر خودکارآمدی تأثیر نمی‌گذارند، بلکه از طریق ارزیابی شناختی پردازش می‌شوند، جایی که دانشجویان عوامل شخصی و موقعیتی مانند دشواری وظیفه، تلاش صرف شده، حمایت دریافتی و شباهت به مدل‌ها را وزن می‌کنند [20]، [35].

در زمینه دانشجویان، تجربیات تسلط انفعالی قوی‌ترین منبع است و شامل موفقیت‌های واقعی در وظایف است که باور به توانایی را تقویت می‌کند؛ موفقیت‌ها خودکارآمدی را افزایش می‌دهند، در حالی که شکست‌ها (به‌ویژه پیش از ایجاد حس قوی) آن را کاهش می‌دهند [36]. تجربیات جانشین از مشاهده دیگران (به‌ویژه همسالان) حاصل می‌شود و حساسیت بیشتری در دانشجویان با تجربیات کم دارد [37]. اقناع اجتماعی شامل تشویق و بازخورد مثبت از دیگران است که خودکارآمدی را افزایش می‌دهد، به شرطی که معتبر و واقع‌بینانه باشد [38]. حالات فیزیولوژیکی شامل تفسیر علائم مانند اضطراب یا هیجان است؛ حالات مثبت خودکارآمدی را تقویت می‌کنند [20].

مدل‌های توسعه یافته شامل تجربیات تسلط انفعالی (قوی‌ترین)، مدل‌سازی نقش (مشاهده دیگران) و اقناع کلامی (تشویق مدیران یا خود گفتاری مثبت) هستند [11]، [37]. در آموزش عالی، عوامل مانند تجربیات گذشته، طول دوره کارآموزی، تمرین عملی، مدل‌سازی، بازخورد و خود ارزیابی با این منابع مرتبط هستند و برنامه‌های مبتنی بر این مدل خودکارآمدی را به‌طور موثر افزایش می‌دهند [36]، [39]، [40].

مدل خودکارآمدی [37] تأثیر متقابل بین خودکارآمدی، متغیرهای درگیر در وظیفه (مانند مدل‌ها، تنظیم هدف، بازخورد، دستورالعمل استراتژی، پردازش شناختی و پاداش‌ها) و رفتارهای دستاوردی را نشان می‌دهد. با این حال، خودکارآمدی بیش از حد می‌تواند منجر به ریسک‌پذیری بیش از حد شود، اگرچه شکست‌ها معمولاً آن را تعدیل می‌کنند [11]. همچنین، سطوح *specificity* خودکارآمدی و خودپنداره (عمومی، تحصیلی و خاص) بر پیش‌بینی عملکرد تأثیر می‌گذارد و همبستگی قوی‌تری در سطوح مشابه نشان می‌دهد [27].

¹ Enactive mastery experiences
² Vicarious experiences

³ Social persuasions
⁴ Physiological and psychological states

۳- روش تحقیق

این پژوهش این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی-همبستگی بوده و جهت گیری پژوهش آن کاربردی است. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه های کشور هستند که بر اساس جدول زیر، حجم نمونه ۳۸۴ نفر انتخاب شده است. جهت اطمینان ۴۰٪ پرسشنامه توزیع گردید که در پایان ۳۸۴ پرسشنامه کامل بازگردانده شد و مورد تحلیل قرار گرفت. مشخصات پاسخگویان در جدول ۱ مشاهده می شود.

جدول ۱ - مشخصات پاسخگویان.

Table 1- Respondents' characteristics.

متغیرها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	152
	زن	232
تحصیلات	فوق دیپلم	10
	لیسانس	231
	فوق لیسانس و دکتری	143

۴- یافته ها

در این بخش، یافته های پژوهش بر اساس تحلیل های آماری انجام شده با استفاده از نرم افزار SPSS27 گزارش می شود. جامعه آماری شامل ۳۸۴ دانشجویان بود و متغیرهای اصلی سلامت مذهبی^۱ و خودکارآمدی^۲ بررسی شدند. ابتدا پایایی پرسشنامه (با استفاده از آلفای کرونباخ) محاسبه شد تا اعتبار ابزار تایید شود؛ سپس، آزمون نرمال بودن داده ها انجام شد تا نوع آزمون های بعدی تعیین شود. بعد، همبستگی بین متغیرها محاسبه گردید و در نهایت، برای بررسی تاثیر پیش بینی کننده، از آزمون رگرسیون ترتیبی^۳ استفاده شد، زیرا داده ها غیرنرمال بودند و این آزمون مناسب تر از رگرسیون خطی است (بر اساس اصول آماری استاندارد، مانند آن چه در تحقیقات اپیدمیولوژیک لوین [4] توصیف شده است).

نتایج نشان دهنده رابطه مثبت و معنادار بین سلامت مذهبی و خودکارآمدی است که با ادبیات نظری سازگار است (مثل نقش باورهای مذهبی در تقویت مکانیسم های مقابله ای و خودکارآمدی [7]).

پایایی پرسشنامه

پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان دهنده پایایی خوب ابزار است ($\alpha > 0.7$ برای هر دو متغیر که نشان دهنده اعتبار داخلی مناسب است). جدول زیر جزییات را نشان می دهد.

جدول ۲- پایایی پرسشنامه.

Table 2- Reliability of the questionnaire.

متغیر	Cronbach's Alpha
Religious Health	0.85
Self-Efficacy	0.82

¹ Religious health² Selfefficacy³ Ordinal regression

آزمون نرمال بودن

این آزمون برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها انجام شد. نتایج نشان می‌دهد که توزیع هر دو متغیر غیرنرمال است ($Sig=0.000$). بنابراین، آزمون‌های غیرپارامتریک مناسب‌تر هستند. جدول زیر جزییات را نشان می‌دهد (همان‌طور که مشاهده می‌شود $Test Statistic$ برای سلامت مذهبی $0/149$ و برای خودکارآمدی $0/132$ است که هر دو بیشتر از حد بحرانی هستند و Sig کمتر از $0/05$ است، یعنی داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کنند).

جدول ۳- آزمون نرمال بودن.

Table 3- Normality test.

	Self-Efficacy	Religious Health
N	384	384
Normal parameters ^{a,b}	Mean: 3.9563 Std. Deviation: 0.62478	Mean: 4.4621 Std. Deviation: 0.51598
Most extreme differences	Absolute: 0.132 Positive: 0.083 Negative: -0.132	Absolute: 0.149 Positive: 0.149 Negative: -0.140
Test statistic	0.132	0.149
Asymp. Sig. (2-tailed) ^c	0.000	0.000
Monte Carlo Sig. (2-tailed) ^d	Sig.: 0.000	Sig.: 0.000

آزمون همبستگی

با توجه به غیرنرمال بودن داده‌ها، از همبستگی *Spearman* استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده همبستگی مثبت و معنادار ($r=0.492$, $Sig.=0.000$) بین سلامت مذهبی و خودکارآمدی است. جدول زیر جزییات را نشان می‌دهد (همان‌طور که مشاهده می‌شود $**Correlation Coefficient=0.492$ و $Sig.=0.000$ هستند که به معنای این است که رابطه در سطح $0/01$ معنادار است).

جدول ۴- همبستگی.

Table 4- Correlation.

	Self-Efficacy	Religious Health
Spearman's rho	Correlation coefficient: 0.492** Sig. (2-tailed): 0.000 N: 384	Correlation coefficient: 1.000 Sig. (2-tailed): N: 384
	Correlation coefficient: 1.000 Sig. (2-tailed): N: 384	Correlation coefficient: 0.492** Sig. (2-tailed): 0.000 N: 384

آزمون رگرسیون ترتیبی

برای بررسی تأثیر پیش‌بینی کننده، از مدل رگرسیون ترتیبی با تابع لینک *Logit* استفاده شد. نتایج نشان‌دهنده مدل معنادار است ($Chi^2=160.328$, $Sig.=0.000$) که یعنی سلامت مذهبی پیش‌بینی کننده خوبی برای متغیر وابسته است. $Goodness-of-Fit$ مناسب است ($Deviance Sig.=1.000$)، یعنی مدل خوب با داده‌ها فیت شده و $Pseudo R-Square (Cox and Snell=0.341)$ نشان‌دهنده توضیح حدود 34% واریانس است.

جدول ۵- اطلاعات فیت مدل.

Table 5- Model fit information.

Sig.	df	Chi-Square	-2 Log Likelihood	Model
0.000	22	160.328	647.792 487.464	Intercept only Final

جدول ۶- آزمون Goodness-of-Fit.

Table 6- Goodness-of-fit test.

Sig.	df	Chi-Square	
0.002	308	384.832	Pearson
1.000	308	219.504	Deviance

جدول ۷- Pseudo R-Square.

Table 7- Pseudo R-square.

Value	
0.341	Cox and Snell
0.344	Nagelkerke
0.085	McFadden

۵- نتیجه گیری

این یافته‌ها با ادبیات درون متن هم‌خوانی دارد؛ برای مثال، رابطه مثبت با تعریف سلامت مذهبی به‌عنوان سیستم باورها و اعمال تسهیل‌کننده بهزیستی سازگار است [2]، [3]، [6]، [7] و اهمیت آن در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی را تایید می‌کند [4]. همچنین، این رابطه با مدل‌های خودکار آمدی هم‌خوانی دارد، جایی که باورهای مذهبی می‌تواند به‌عنوان منبع اقناع اجتماعی و تجربیات جانشین عمل کند [26] و با تاریخچه بررسی‌ها مانند نقش مذهب در کاهش مرگ‌ومیر مطابقت دارد [4]، [17]. در مقایسه با ادبیات، یافته‌های ما شدت رابطه را بالاتر از برخی مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهد [1]، اما با تمرکز روی دانشجویان، جنبه‌های آموزشی را برجسته می‌کند [11]، در حالی که مطالعات قبلی بیشتر بر جمعیت‌های عمومی تمرکز داشتند [5].

بر اساس یافته‌ها، دانشگاه‌ها می‌توانند برنامه‌هایی برای تقویت سلامت مذهبی اجرا کنند، مانند کارگاه‌های مبتنی بر اعمال مذهبی (نماز، مدیریت) برای افزایش خودکارآمدی دانشجویان [13]. مشاوران آموزشی باید باورهای مذهبی را در برنامه‌های انگیزشی ادغام کنند تا استقامت دانشجویان در چالش‌های تحصیلی بهبود یابد [8]. همچنین، سیاست‌گذاران سلامت دانشگاهی می‌توانند حمایت اجتماعی مذهبی را در برنامه‌های بهزیستی گنجانند تا افسردگی کاهش یابد [7].

تحقیقات آینده می‌توانند رابطه را در جمعیت‌های بزرگ‌تر یا فرهنگی متفاوت بررسی کنند، با استفاده از مدل‌های پیشرفته‌تر مانند مدل‌های ساختاری [4]. پیشنهاد می‌شود متغیرهای میانجی مانند حمایت اجتماعی یا استرس را اضافه کنند [11]، [13] و مطالعات طولی برای بررسی تغییرات زمانی انجام دهند [8]. همچنین، مقایسه با مدل‌های دیگر مانند تمایز مذهب نهادی و درونی مفید خواهد بود [1]، [14].

منابع

- [1] Levin, J. S., & Schiller, P. L. (1987). Is there a religious factor in health? *Journal of religion and health*, 26(1), 9–36. <https://doi.org/10.1007/BF01533291>
- [2] Rippentrop, A. E., Altmaier, E. M., Chen, J. J., Found, E. M., & Keffala, V. J. (2005). The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116(3), 311–321. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.008>
- [3] Hayward, R. D., Krause, N., Ironson, G., & Pargament, K. I. (2016). Externalizing religious health beliefs and health and well-being outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 39(5), 887–895. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9761-7>
- [4] Levin, J. S. (1994). Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? *Social science & medicine*, 38(11), 1475–1482. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90109-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90109-0)
- [5] Arousell, J., & Carlbom, A. (2016). Culture and religious beliefs in relation to reproductive health. *Best practice & research clinical obstetrics & gynaecology*, 32, 77–87. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.08.011>
- [6] McCullough, M. E., Larson, D. B., & Koenig, H. G. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195118667.001.0001>
- [7] Moreira-Almeida, A., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Brazilian journal of psychiatry*, 28, 242–250. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000006>
- [8] Bartimote-Aufflick, K., Bridgeman, A., Walker, R., Sharma, M., & Smith, L. (2016). The study, evaluation, and improvement of university student self-efficacy. *Studies in higher education*, 41(11), 1918–1942. <https://doi.org/10.1080/03075079.2014.999319>
- [9] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (Vol. 11). Freeman. <https://doi.org/10.1037/10522-094>
- [10] Comstock, G. W., & Partridge, K. B. (1972). Church attendance and health. *Journal of chronic diseases*, 25(12), 665–672. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(72\)90002-1](https://doi.org/10.1016/0021-9681(72)90002-1)

- [11] Heslin, P. A., & Klehe, U. C. (2006). Self-efficacy. In *Encyclopedia of industrial/organizational psychology*, sg rogelberg, ed (Vol. 2, pp. 705–708). Sage. https://www.researchgate.net/publication/228210952_Self-efficacy
- [12] Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(2), 353. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0026838>
- [13] Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 49(2), 149–163. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9242-1>
- [14] Allport, G. W. (1950). *The individual and his religion: A psychological interpretation*. Macmillan. <https://psycnet.apa.org/record/1950-04571-000>
- [15] Koenig, H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *International scholarly research notices*, 2012(1), 278730. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- [16] World Health Organization. (1998). *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/70897/WHO_MSA_MHP_98.2_eng.pdf
- [17] Billings, J. S. (1891). Vital statistics of the Jews. *The North American review*, 152(410), 70-84. <https://www.jstor.org/stable/25102116>
- [18] Osler, W. (1910). The faith that heals. *British medical journal*, 1(2581), 1470. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.2581.1470>
- [19] Freud, S. (2012). *The future of an illusion*. Broadview Press. <https://www.jstor.org/stable/25102116>
- [20] Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of educational research*, 66(4), 543–578. <https://doi.org/10.3102/00346543066004543>
- [21] Schunk, D. H. (2003). Self-efficacy for reading and writing: Influence of modeling, goal setting, and self-evaluation. *Reading & writing quarterly*, 19(2), 159–172. <https://doi.org/10.1080/10573560308219>
- [22] Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Prentice-Hall, Inc. <https://psycnet.apa.org/record/1985-98423-000>
- [23] Pintrich, P. R. (2003). A motivational science perspective on the role of student motivation in learning and teaching contexts. *Journal of educational psychology*, 95(4), 667. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0663.95.4.667>
- [24] Zimmerman, B. J., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American educational research journal*, 29(3), 663–676. <https://doi.org/10.3102/00028312029003663>
- [25] Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational psychology review*, 15(1), 1–40. <https://doi.org/10.1023/A:1021302408382>
- [26] Schunk, D. H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational psychology review*, 1(3), 173–208. <https://doi.org/10.1007/BF01320134>
- [27] Choi, N. (2005). Self-efficacy and self-concept as predictors of college students' academic performance. *Psychology in the schools*, 42(2), 197–205. <https://doi.org/10.1002/pits.20048>
- [28] Wilson, G. A., Perepelkin, J., Di Zhang, D., & Vachon, M.-A. (2014). Market orientation, alliance orientation, and business performance in the biotechnology industry. *Journal of commercial biotechnology*, 20(2), 32–40. <https://doi.org/10.5912/jcb645>
- [29] Davis, F. W., & Yates, B. T. (1982). Self-efficacy expectancies versus outcome expectancies as determinants of performance deficits and depressive affect. *Cognitive therapy and research*, 6(1), 23–35. <https://doi.org/10.1007/BF01185724>
- [30] Lee, C. (1984). Accuracy of efficacy and outcome expectations in predicting performance in a simulated assertiveness task. *Cognitive therapy and research*, 8(1), 37–48. <https://doi.org/10.1007/BF01315096>
- [31] Bandura, A. (1983). Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities. *Journal of personality and social psychology*, 45(2), 464. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.45.2.464>
- [32] Bandura, A., Adams, N. E., & Beyer, J. (1977). Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of personality and social psychology*, 35(3), 125. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.35.3.125>
- [33] Kazdin, A. E., & Rogers, T. (1978). On paradigms and recycled ideologies: Analogue research revisited. *Cognitive therapy and research*, 2(1), 105–117. <https://doi.org/10.1007/BF01172519>
- [34] Stajkovic, A. D., & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 124(2), 240. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.124.2.240>
- [35] Schunk, D. H. (1989). Self-efficacy and cognitive achievement: Implications for students with learning problems. *Journal of learning disabilities*, 22(1), 14–22. <https://doi.org/10.1177/002221948902200103>
- [36] Palmer, D. (2006). Durability of changes in self-efficacy of preservice primary teachers. *International journal of science education*, 28(6), 655–671. <https://doi.org/10.1080/09500690500404599>
- [37] Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of educational research*, 57(2), 149–174. <https://doi.org/10.3102/00346543057002149>
- [38] Schunk, D. H. (2013). Social cognitive theory and self-regulated learning. In *Self-regulated learning and academic achievement* (pp. 119–144). Routledge. https://doi.org/10.1007/978-1-4612-3618-4_4
- [39] Daniels, J. A., & Larson, L. M. (2001). The impact of performance feedback on counseling self-efficacy and counselor anxiety. *Counselor education and supervision*, 41(2), 120–130. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2001.tb01276.x>
- [40] Adams, A. M. (2004). Pedagogical underpinnings of computer-based learning. *Journal of advanced nursing*, 46(1), 5–12. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2003.02960.x>