

بررسی سلامت عمومی و خودکارآمدی در بین معلمان با عقاید مذهبی بالا و معلمان با عقاید مذهبی پایین

صدیقه نگین تاجی^۱، مهدی پیام^۲، صغرا قشقایی^۳، وحید نگین تاجی^۴

^۱مدرس دانشگاه پیام نور مرکز ممسنی مدرس

^۲دانشگاه پیام نور

^۳فارغ التحصیل از دانشگاه آزاد علوم تحقیقات تهران

^۴آموزش و پرورش فارس

نویسنده مسئول:

مهدی پیام

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی سلامت عمومی و خودکارآمدی در بین معلمان با عقاید مذهبی بالا و معلمان با عقاید مذهبی پایین است. جامعه آماری پژوهش را کلیه ی معلمان شهرستان کهگیلویه تشکیل می دهند که از این تعداد ۸۰ نفر، (۴۰ نفر از معلمان با عقاید مذهبی بالا و ۴۰ نفر با عقاید مذهبی پایین) با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه های اعتقادات مذهبی، سلامت عمومی و خودکارآمدی بودند. برای تعیین نتایج از روش آماری T-Test و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان داد که معلمان با عقاید مذهبی بالا در دو مقیاس سلامت عمومی و خودکارآمدی وضعیت بهتری نسبت به معلمان با عقاید مذهبی پایین داشتند، همچنین بین خودکارآمدی و سلامت روان معلمان رابطه ی معناداری وجود دارد.

کلمات کلیدی: عقاید مذهبی، سلامت عمومی، خودکارآمدی و معلمان

مقدمه

با توجه به تغییر و تحولات عصر حاضر و با ورود سازمان ها به اقتصاد دانش محور، نیروی انسانی نسبت به سایر منابع سازمان از اهمیت خاصی برخوردار شده است (روپیک، ۲۰۰۰). در واقع سرمایه ی انسانی، حیاتی ترین عنصر راهبردی و اساسی ترین راه برای افزایش اثربخشی و کارایی سازمان است و پیشرفت و ترقی جامعه را به دنبال خواهد داشت. لذا سازمان ها برای بقاء، انتظام و بالندگی خود می کوشند که از طریق منابع انسانی فرهیخته در گستره ی جهانی به رشد سریع، بهبود مستمر، کارآمدی و سودبخشی در عرصه ی فعالیت خود نایل شوند (شولز و جکسون و به نقل از مرزبان، ۱۳۸۹).

یکی از سازمان های مهم و مؤثر در جهان امروز سازمان آموزش و پرورش است. سازمانی که الگوی تمامی نهادهای رسمی جامعه است و با رشد و توسعه ی هر جامعه از جهات اخلاقی، سیاسی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی پیوندی ناگسستنی دارد (صافی، ۱۹۹۶). تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر در رشد و توسعه ی جوامع پیشرفته بیان گر آن است که همه این کشورها از آموزش و پرورش کارآمد و اثربخش برخوردار بوده اند.

از طرف دیگر دین یکی از عوامل مهم شکل دهنده به ارزش ها و باورهای بسیاری از انسان ها در جوامع مختلف است و اثرات غیرقابل انکاری بر رفتار انسان دارد. این اثرات در محیط کاری سازمان ها نیز نمود می یابد (صنوبر و عربلوی مقدم، ۱۳۹۱). آنچنان که از مطالعات باستان شناسی و انسان شناسی از اعصار دور برمی آید دین، جزء جدایی ناپذیر زندگی بشری در تمام اعصار بوده است (ویل دورانت و به نقل از خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۹۱).

بنابراین با توجه به اینکه افزایش اثربخشی همواره یکی از مسائل و دغدغه های سازمان ها است و همچنین با توجه به آنچه که گفته شد نیروی انسانی متدین، یکی از مهم ترین عوامل توسعه ی جامعه ی انسانی است و کارایی نیروی انسانی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار می گیرد، بررسی سلامت عمومی و خودکارآمدی به عنوان عومل مؤثر بر رفتار و نگرش انسان ها در جوامع گوناگون، میتواند گام مفیدی در این مسیر به شمار آید.

تأمین و حفظ سلامت عمومی یکی از اهداف عالی انسان است که برای تحقق این هدف تمام کشورها بخش قابل توجهی از سرمایه های مادی و معنوی خود را به این امر اختصاص می دهند. از آن جا که کشور ما ایران بر پایه حکومت اسلامی اداره می شود، علاوه بر قوانین مدون ملی، در دین مقدس اسلام نیز برای نیل به این هدف، دستورات صریحی بیان شده است. مسلماً یکی از ابزارها ی توانمند کردن شخص، سلامت فکر و جسم است تا بتوانیم فرد را از طریق آموزش و تعلیم و تربیت به مدارج بالای انسانی ارتقاء بدهیم.

سلامت عمومی هم چنان که از نام آن پیداست یک مفهوم کلی است که جنبه های جسمانی و روانی را در بر می گیرد. سلامتی در تحقیق حاضر مؤلفه های جسمانی، روابط اجتماعی، اضطراب و افسردگی را شامل می شود. به این معنی که فرد در این مؤلفه ها، آیا در حد بهنجار قرار دارد یا این که به ناهنجاری متمایل است.

در مورد تأثیر اعتقادات دینی بر بهداشت روانی از دیر باز میان متفکران اسلامی و متخصصان روانی نظرات متفاوتی وجود داشته است. از یک سو روان کاوانی چون فروید و همکاران (۱۸۵۶-۱۹۳۹) مذهب و اعتقادات مذهبی را یک اختلال نورتیک تلقی کرده و دین باوری را نه تنها بر سلامت روانی مؤثر ندانسته اند، بلکه برعکس برای بهداشت روانی مخاطره آمیز نیز می دانند. از سوی دیگر افرادی چون یونگ (۱۸۷۵-۱۹۶۱) هر گونه اعتقاد دینی، ولو این که با خرافات مانند معتقدات بشر اولیه را هم مورد توجه قرار داده و برای سلامت روانی افراد ضروری دانسته اند. در این راستا در سال های اخیر استفاده از روان درمانی مذهبی در مداوای بیماری های روانی مورد بررسی قرار گرفته است.

اکنون با توجه به رواج سریع بیماری های روانی در جوامع امروزی نیاز به انجام پژوهش های بیشتر در زمینه ی اعتقادات مذهبی برای درمان این افراد و در نتیجه حرکت به سوی جامعه ای سالم احساس می شود که لازم است مورد توجه مؤسسات آموزشی قرار بگیرد.

متغیر مهم دیگری که در مسئله ی تحقیق حاضر مطرح است مفهوم خود کارآمدی است. از نظر باندورا (۱۹۹۶) خودکارآمدی به باورها و قضاوت های افراد درباره توانایی های خودشان در انجام یک کار یا انطباق با یک موقعیت فشارزای خاص اطلاق می شود. خودکارآمدی در واقع اشاره به این مطلب دارد که فرد تا چه حد توانمندی های خود را قبول دارد و به خود باوری رسیده است. به عبارت دیگر آیا فرد خود را در زمینه های مختلف توانمند و کارا می داند یا نه؟ خودکارآمدی مفهومی است که با اعتماد به نفس و عزت نفس رابطه ی نزدیکی داشته و به طور ضمنی با آن ها تداعی می شود. افراد با خود کارآمدی بالا در موقعیت های مختلف زندگی با شناختی که از ضعف و توانایی های خود دارند در مواجهه با مشکلات و موانع بهترین راه حل را برگزیده و با باور توانمندی خود به طور جدی مشکل پیش رو را حل می کنند.

خودکارآمدی مؤلفه های چندی را در بر می گیرد از جمله توانایی در طراحی و برنامه ریزی و اجرای آن، تلاش در صورت مواجه شدن با مانع، توانایی رسیدن به اهداف، توانایی روبرو شدن با مشکلات، امتحان کردن کارهای پیچیده، پایداری در انجام کارهای نامناسب، تمرکز در انجام کاری که تصمیم به اجرای آن داریم، برآمدن از پس مشکلات غیر مترقبه ای که پیش می آید، اتکای به خود، اعتماد به خود، به سادگی تسلیم نشدن، تلاش بیشتر در صورت مواجه شدن با شکست، توانایی یادگیری مطالبی جدید که به نظر مشکل می آیند و ...

از آن جا که عملکرد افراد را عقاید و افکار آن ها تعیین می کند، یعنی در پس هر عملی فکری قرار دارد و این شیوه های زندگی افراد را تعیین می کند و سبک و شیوه ی زندگی هر فردی تعیین می کند، که آیا در آینده از سلامتی برخوردار خواهد بود یا نه. بنابراین افرادی که عقاید دینی و مذهبی دارند، سبک و شیوه ی زندگی خاص خود را دارند که این رفتارها و عملکرد های خاصی را به همراه دارد و تعیین کننده ی سلامتی یا عدم سلامتی در آینده ی آن ها خواهد بود.

در این راستا، تحقیقات زیادی به عمل آمده است؛ در پژوهشی که (آرین ۱۳۸۰) ارائه کرده است مشخص شد که بین دینداری و رضامندی و خوشنودی که از مؤلفه های روان درستی محسوب می شوند نیز همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد و همچنین دین داری با افسردگی همبستگی منفی و معنادار دارد. در یک مطالعه بین گروه های دانشجویی با توکل بالا و توکل پایین، تفاوت معناداری از لحاظ اضطراب خصیصه ای ملاحظه گردید. دانشجویانی که میزان توکل آنها در سطح بالا بود، از گروه دیگر به مراتب اضطراب کمتری را تجربه می کردند. غباری بناب و خدایاری فرد، ۱۳۸۰. (در مطالعه دیگری، همبستگی مثبت و معناداری بین روزه و سلامت روان مشاهده شد که روزه داری باعث کاهش علائم اضطراب، افسردگی و بهبود عملکرد اجتماعی افراد شده بود) قهرمانی و همکاران، ۱۳۸۰).

یافته های پژوهش (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۱) نشان داده است که مذهبی بودن خانواده و داشتن زندگی توأم با ارزش های معنوی در مراحل رشد، رابطه معناداری با سلامت رفتاری و اجتماعی دارد. یافته های فرانس و لستر (۱۹۹۷) (بر این مدل صحنه می گذارد که تجارب و سبک زندگی معنوی با شاخص های آسیب شناسی اجتماعی در گروه های مختلف ارتباط دارد).

در این راستا نقش آخرت نگری به عنوان پشتوانه اجرایی بسیاری از تعالیم دین، برجسته تر خواهد بود، چرا که انسان مؤمن بسیاری از رفتارهای مطلوب دین را به سبب پاداشی که در آخرت به او داده خواهد شد، انجام می دهد، همچنان که همین انگیزه در ترک رفتارهای نامطلوب نیز نقش محوری دارد.

پهلوانی، دولت شاهی و واعظی (۱۳۷۶) (در پژوهشی رابطه بین به کارگیری مقابله های دینی و سلامت روانی را بررسی کرده اند. نتایج پژوهش آنها نشان می دهد که رابطه معناداری بین به کارگیری مقابله های دینی و سلامت روانی وجود دارد؛ یعنی افرادی که از مقابله های دینی بیشتر استفاده می کنند سلامت روانی بیشتر، و افرادی که از این نوع مقابله ها کمتر استفاده می کنند، سلامت روانی پایین تری دارند. اسپیلکا و همکاران) ۲۰۰۳ (علاوه بر قائل شدن به نقش محوری برای مناسک و تکالیف مذهبی در دین، کنش های بسیاری را نیز به آنها نسبت داده اند که یکی از آنها کمک به تداوم مهار خود و جهان شخصی در زمان های فشار است. همچنین آنها اعتقاد دارند که مناسک و آیین های دینی، در افراد برای غلبه بر مشکلات، احساس توانمندی ایجاد می کنند.

باتسون و همکاران (۱۹۹۳) یافته های ۱۱۵ مطالعه در مورد همبستگی میان دین داری و بهداشت روانی را تجزیه و تحلیل کردند و دریافتند که ۳۷ مورد از این مطالعات، نشان دهنده همبستگی مثبت این دو و ۴۷ مورد، نشان دهنده ی ارتباط منفی است ۳۱. مورد از این مطالعات نیز هیچ گونه همبستگی ای نشان ندادند.

پارگمنت، تایلر و استیل (۱۹۹۷) نیز تأثیرات مثبتی برای انواع گوناگون سازگاری دینی یافته اند. مقصود از این نوع سازگاری، نحوه ی رفتار یا تفکری است که به افراد کمک می کند از استرس و عواطف منفی ناشی از آن، بپرهیزند و یا دست کم از آزار آن بکاهند.

پارگمنت، تعداد قابل توجهی از مطالعات مرتبط با این فرایند را بررسی کرد و نشان داد غالباً افراد مذهبی، سالمندان، زنان و فقیران، تحصیل نکرده ها، سیاهان و بیوه ها، از این نوع سازگاری در مشکلاتی از قبیل داغیدگی ها و بیماری های شدید بهره می گیرند. دلیل این امر شاید آن باشد که این گونه افراد، منابع جایگزین کمتری در اختیار دارند.

مطالعات فراوانی درباره تأثیر سازگاری دینی بر بهداشت روانی وجود دارد، ولی نتایج آن ها تا حدودی پیچیده است ۳۴. درصد از ۱۳۰ مطالعه ی انجام گرفته، نشان دهنده ی تأثیر مثبت و معنادار آن بر افسردگی، اضطراب و غیره است و چهار درصد، تأثیرات منفی آن را نشان می دهد. بقیه موارد، هیچ تأثیر معنا داری را در این جهت نشان نمی دهد. میان انواع سازگاری دینی نیز، برخی از آن ها موفقیت بیشتری در برابر

برخی دیگر دارند. مثلاً احساس راهنمایی و کمک شدن از سوی خداوند، «مقابله اشتراکی» خداوند در تصمیمات و مقابله با مشکلات با انسان همراه است.» چار چوب بندی دوباره خیرخواهانه «فرد از این نظر به حوادث منفی به دیده مثبت بنگرد که از اراده خداوند سرچشمه می گیرند (و طلب حمایت از انجمن کلیسا یا روحانی، موفق ترین راه های سازگاری اند) پارگامنت، تایلر و استیل، (۱۹۹۷)

بعضی از قوی ترین شواهد برای آثار مثبت دین بر سلامت روان از مطالعاتی بدست می آید که به طور موفقیت آمیزی دخالت های دینی را مطرح ساخته اند تا اختلالات عاطفی را درمان کنند. پروست و همکاران وی در آرگون کارایی دو نوع روان درمانی شناختی - رفتاری (CBT) را در معالجه ی بیماران افسرده با یکدیگر مقایسه کردند. متوسط سن ۴۰ سال بود. (یک اسلوب، دستور العمل معالجه ی استاندارد بود CBT) سکولار، و اسلوب دیگر مشتمل بر محتوای دینی، مبتنی بر کارهای مشاوره ای توسط کیشش پروستان و کاتولیک (CBT) دینی (اسلوب دینی زبان مسیحی را به کاربرد که فرایند فکری را باز سازی کند، استدلالات دینی را اقامه کرد که با افکار نامعقول مقابله نماید و صور خیال دینی را به عنوان بخشی از مؤلفه ی رفتاری به کار گرفت ۴۰. بیمار دینی به طور تصادفی بین) بخش های (اسلوب دینی، اسلوب سکولار، یک گروه مشاوره ای کشیشی و یا یک گروه نظارت که معالجه ای دریافت نکرده بودند، توزیع شدند. نتایج داد که گروه های معالجه دینی و مشاوره ای مذهبی، بسیار سریع تر عکس العمل نشان دادند) به وسیله ی افسردگی کاهش یافته (تا گروه معالجه ی سکولار یا گروه نظارت).

دومین مطالعه، تأثیر دخالت دین را در معالجه ی بیماران مسلمان بررسی کرد که دچار اختلالات ناشی از اضطراب بودند ۶۲. بیمار) با میانگین سنی ۴۰ سال (به طور تصادفی به گروه های معالجه یا نظارت اختصاص یافتند. هر دو گروه، معالجه و روان درمانی حمایتی را برای مقابله با اضطراب دریافت کردند. به علاوه، یکی از گروه ها یک واسطه ی دینی نیز دریافت داشت که مشتمل بر دعا و قرائت آیاتی از قرآن مقدس توسط بیمار بود. بعد از گذشت سه ماه، گروهی که از واسطه ی دینی برخوردار بودند در آزمون های اضطراب، نگرانی بسیار کمتری را نشان دادند تا گروهی که از معالجه ی دینی بهره مند نشده بودند.

در یک مطالعه نشان داده شد که عقاید مذهبی قوی تر باعث ایجاد یک اثر مثبت روانی می شود که در ارتقای بهداشت روان مؤثر است) کونیک و همکاران، به نقل از خسروپور و ساردوئی، ۱۳۸۰. (همچنین اعتقادات مذهبی باعث افزایش سلامت افراد شده و رابطه مستقیمی بین مذهب و قدرت انطباق با محیط وجود دارد) خسروپور و ساردوئی، ۱۳۸۰.

هم چنین وطن خواه (۱۳۷۹) رابطه ی معنا داری را بین میزان دینی بودن جوانان و میزان سازگاری آن ها گزارش کرده است. علمی (۱۳۸۰) در بررسی خود تحت عنوان «نقش دین و اعتقادات دینی در بهداشت روانی» چنین آورده است؛ مذهب با تعلیم این که طبیعت زندگی دنیوی با سختیها و آسایش کامل آخرت حاصل خواهد شد. افراد را آماده برخورد با مشکلات نموده است و با بیان این که وقوع این سختی ها حکمتی دارد و برای تکامل فردی و اجتماعی بشر لازم و گذرگاه وصول به کمالات می باشد، سازگاری با مصائب و سختی ها را تسهیل می کند و در واقع از نظر وی این گونه می توان استنباط کرد که اعتقاد دینی، خود کارآمدی فرد را در مقابله با مسائل و مشکلات افزایش داده و سبب تقویت عزت نفس فرد دین دار در برابر مصائب می شود.

نتایج تحقیقات لوتر (۱۹۹۱)؛ به نقل از پیک - گیوایردق و پورتینگا، (۲۰۰۳) نشان می دهد که اگر فرد خودکارآمدی کافی داشته باشد، تأثیرات نامطلوب محیطی که از نظر اجتماعی، اقتصادی، حمایت کننده نیستند تا حدودی خنثی می شود. باندورا ویژگی های فرد با خودکارآمدی بالا را در مقایسه با فرد با خودکارآمدی پایین در این می داند که این افراد در اعمال کنترل بر شرایط سخت زندگی و در انجام تکالیف، کوشش و پافشاری بیشتری از خود نشان می دهند و عملکرد بهتری دارند (باندورا، ۱۹۹۶ و به نقل از نریمانی و همکاران، ۱۳۹۲) تحقیقات لاک و لاتام (۱۹۹۰) نشان می دهد که افراد با خودکارآمدی پایین از هر کنشی که به باور آنها فراتر از توانایی شان باشد پرهیز می کنند، از سوی دیگر خودکارآمدی نیرومند عملکرد افراد را افزایش می دهد. مطالعات سانا و پاسیجر (۱۹۹۴) نشان می دهد زمانی که دانش آموزان انتظار عمل مطلوب و ارزیابی مثبت از توانایی و شایستگی خود داشته باشند عملکرد آن ها بهبود می یابد و برعکس انتظار عملکرد ضعیف و انتظارات خود ارزشیابی منفی با عملکرد ضعیف دانش آموزان رابطه دارد. (تحقیقات) بارلو، ۱۹۹۱ و به نقل از جوادی و کدیور (۱۳۸۱) نشان می دهد که افراد دارای برداشت ضعیف از خودکارآمدی در مواجهه با خطرات بالقوه اضطراب زیادی را تجربه می کنند به گواهی این تحقیق افرادی که معتقدند نمی توانند با رویدادهای اضطراب آور مقابله کنند پریشانی زیادی را تجربه می کنند و به جای تمرکز بر آنچه که در انطباق با آن موقعیت می توانند انجام دهند توجه خود را به ناکامی و ناتوانی در انطباق با آن موقعیت متمرکز می کنند. (تحقیقات) کازارلی، ۱۹۹۳ و به نقل از جوادی و کدیور، (۱۳۸۱)، اهمیت باورهای خودکارآمدی را در نحوه ی مقابله با رویدادهای فشارزای زندگی نشان می دهد. باندورا، باربارانی و

پاستوولی (۱۹۹۹) نشان می‌دهد که خودکارآمدی بالا با راهبردهای مقابله‌ای فعالانه، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله و خوشبینی ارتباط دارد. تحقیق آدجولا (۲۰۰۷) با عنوان رابطه بین معنویت و خودکارآمدی با کیفیت زندگی، نشان داد که رابطه مثبتی بین معنویت و خودکارآمدی وجود دارد.

-در تحقیقی که توسط اسمیت (۲۰۱۰) با عنوان رابطه بین خودکارآمدی و معنویت با رضایت شغلی و انگیزش با ۲۵ نقش متغیر میانجی رهبری تحول آفرین در بین سربازان آمریکایی انجام شد، نشان داد که رابطه مثبتی بین معنویت و خودکارآمدی وجود دارد. همچنین مطالعات سیوکاچینگ و استفن (۲۰۰۰) حاکی از آن است که افزایش خودکارآمدی با بهبود سلامت روان رابطه دارد. از جمله راههای کمک به افرادی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، افزایش خودکارآمدی و فراهم کردن یک محیط اجتماعی حمایت کننده از آنها می‌باشد.

کیم (۲۰۰۳) با پژوهشی بر روی دانش آموزان دبیرستانی به این نتیجه رسید که بین خودکارآمدی و مؤلفه های سلامت روان (افسردگی، اضطراب و خصومت) رابطه وجود دارد.

همچنین نتایج پژوهش های اسمیت و بنیتر (۲۰۰۲)، موریس (۲۰۰۲) اندلر و همکاران (۲۰۰۱)، کرامتی (۱۳۷۸)، حکیمی نژاد (۱۳۸۱) و اعرابیان و همکاران (۱۳۸۳) نشان داده که بین خودکارآمدی و مؤلفه های سلامت روان رابطه وجود دارد.

لذا با توجه با اهمیت خودکارآمدی و سلامت عمومی و تأثیر آن بر عملکرد نیروی انسانی و همچنین مورد اهمیت بودن نیروی انسانی آموزش و پرورش و به ویژه معلمان که کارکردشان در پرورش نسل آینده و در نتیجه جامعه تأثیر بسزایی دارد پژوهش حاضر درصدد بررسی سلامت عمومی و خودکارآمدی در بین معلمان با عقاید مذهبی بالا و معلمان با عقاید مذهبی پایین و همچنین چگونگی رابطه درونی این متغیرها است.

روش شناسی پژوهش

از آن جا که هدف این پژوهش بررسی و مقایسه ی سلامت عمومی و خودکارآمدی بین معلمان با عقاید مذهبی بالا و معلمان با عقاید مذهبی پایین است، از نوع، علی - مقایسه ای و از نظر روش، یک پژوهش رابطه ای محسوب می شود. هم چنین در تحلیل داده ها، از آزمون تی تست و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. جامعه آماری آن را کلیه ی معلمان شهرستان کهگیلویه جامعه ی آماری این پژوهش را تشکیل می دهند. از این بین ۸۰ معلم به روش تصادفی ساده انتخاب شد و ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه بود بین آنها توزیع شد.

ابزار پژوهش

پرسش نامه ی نگرش مذهبی

این پرسش نامه دارای ۳۷ گویه (۱) تا (۷) می باشد. کمترین نمره ۳۷ و بیشترین ۲۵۹ می باشد. برای تعیین نقطه ی برش ۳۷-۲۵۹ شده پس مقدار به دست آمده (۲۲۲) تقسیم بر ۲ می شود (۱۱۱)، پس ۳۷ نمره به آن اضافه می شود و نمره ی میانه که ۱۴۸ می باشد به دست می آید.

$$\left(\frac{111}{2}\right)$$

۱۴۸ از ۲۵۹ منها شده بر دو تقسیم می شود ۲ ، ۵/۵۵ به دست می آید و به ۱۴۸ اضافه شده عدد ۵/۲۰۳ بدست می آید، پس ۵/۵۵ از ۱۴۸ منها می شود و عدد ۵/۱۱۲ به دست می آید .

به این روش آزمودنی ها به طور کل به سه دسته تقسیم می شوند از ۳۷ تا ۵/۱۱۲ با عقاید مذهبی پایین، از ۵/۱۱۲ تا ۵/۲۰۳ با عقاید مذهبی متوسط و از ۵/۲۰۳ تا ۲۵۹ با عقاید مذهبی بالا شناخته شدند. در نهایت گروه متوسط یعنی ۵/۱۱۲ تا ۵/۲۰۳ از نمونه حذف شد و در نهایت دو گروه با عقاید مذهبی بالا و عقاید مذهبی پایین باقی ماندند. سپس عملیات آماری بر روی این دو گروه انجام شد .

پرسش نامه ی سلامت عمومی

در این پژوهش برای سنجش سلامت روانی دانشجویان از پرسشنامه ی سلامت عمومی (GHQ 28^{'''}) گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) که حاوی ۲۸ پرسش در مقیاس چهارگانه) نشانه های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی(می باشد و از نمره گذاری لیکرت (۰، ۱، ۲، ۳) استفاده شده است، حداکثر نمره ی آزمودنی با این روش نمره گذاری، ۸۴ خواهد بود.

این پرسش نامه به صورت منفی نمره گذاری شده است، یعنی نمره ی بالا در این پرسش نامه نشان دهنده ی اختلال زیادتیر در سلامت عمومی افراد است .

در رابطه با اعتبار این پرسشنامه نتایج نشان داده است که متوسط حساسیت پرسشنامه (GHQ 28) ۸۴٪ بین ۷۷٪ تا ۸۹٪ و متوسط ویژگی آن برابر) ۸۲٪ بین ۷۸٪ تا ۸۵٪ می باشد). گلدبرگ، نقل از حقیقی و همکاران، (۱۳۷۸) در تحقیق که توسط حقیقی و همکاران (۱۳۷۸) تحت عنوان رابطه ی سر سختی و مؤلفه های آن با سلامت روانی دانشجویان انجام شده، پرسش نامه ی سلامت عمومی با استفاده از نمره ی کل فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) اعتبار یابی شده است. ضرایب اعتبار برای حیطه های چهارگانه به ترتیب ۸۶٪، ۸۵٪، ۷۲٪، ۸۲٪ گزارش شده است .

حقیقی و همکارانش (۱۳۷۸) برای پایایی حیطه های چهار گانه پرسش نامه به روش آلفای کرونباخ به ترتیب، ضرایب ۹۲٪، ۸۸٪، ۹۱٪، ۸۳٪ و به روش تنصیف به ترتیب ۷۵٪، ۶۹٪، ۸۸٪ و ۸۹٪ گزارش کرده اند. در این پژوهش هم برای پیدا کردن پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب به دست آمده برای حیطه ی چهارگانه به ترتیب عبارت اند از ۶۸٪، ۶۸٪، ۷۴٪، ۴۳٪ و نیز ضریب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۸۶٪ بود .

پرسش نامه ی خودکارآمدی:

برای سنجش این متغیر از پرسش نامه ی خودکارآمدی شرز و همکاران (GSE) استفاده شده است. پایایی این پرسش نامه در تحقیق انجام شده توسط مقیمی فام ۸۲٪ (۱۳۷۹) گزارش شده است و آلفای به دست آمده رضایت بخش می باشد. در تحقیق براتی (۱۳۷۶) ضریب پایایی این آزمون از طریق روش اسپیرمن - براون با طول برابر ۷۶٪ و با طول نابرابر ۷۶٪ و از روش دو نیمه کردن گاتمن برابر ۷۶٪ به دست آمد . طباطبائی (۱۳۷۶) ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۰٪ اعلام کرد. میزان پایایی این آزمون در تحقیق حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۷۴٪ برآورده شده است. برای سنجش روایی سازه ای مقیاس خود کارآمدی، امتیاز به دست آمده توسط آنها اندازه های چندین ویژگی شخصیتی همبسته شده است. این اندازه های شخصیتی در برگیرنده مقیاس کنترل درونی - بیرونی را خرده مقیاس کنترل شخصی مقیاس) L.E گورین، لائو و نتین (مقیاس درجه تمایل اجتماعی) مارل - کراون (مقیاس شایستگی بین فردی) روزنبرگ (می باشد) براتی (۱۳۷۶) همبستگی های پیش بینی شده بین دو خرده مقیاسی خود کارآمدی عمومی و اجتماعی با اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط بود و در جهت تأیید اعتبار سازه آزمون تهیه شده است. در تحقیق طباطبائی (۱۳۷۶) به منظور ارزیابی روایی سازه ای این آزمون نتایج حاصل از این وسیله مطابق روش مورد استفاده توسط گیبسون و دمپو و ولفوک و هوی با استفاده از روش تحلیل عاملی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و به این نتیجه رسید که فرم فارسی این وسیله با فرم انگلیسی و اصلی آن از لحاظ سازه کاملاً همخوانی دارد و از روایی سازه ای خوبی برخوردار است .

شیوه ی نمره گذاری پرسش نامه ی خود کارآمدی به این صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیاز تعلق می گیرد. ماده های شماره ۱۵)، ۱۳، ۸، ۳، ۱) از چپ به راست امتیازشان افزایش می یابد بقیه ماده ها به صورت معکوس و یعنی از راست به چپ امتیازشان افزایش می یابد .

یافته ها:

در جدول ۱ شاخصهای توصیفی مربوط به نمره‌های کسب شده معلمان شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخصهای توصیفی و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیر	عقاید مذهبی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضرایب همبستگی	معناداری
1	خودکارآمدی	بالا	40	52/64	13/7	*۸۵۲/	۰۰۰/۰
		پایین	40	12/58	77/7		
2	سلامت	بالا	40	87/63	96/7		
		پایین	40	80/58	21/7		

$$۰۰۰/۰ = p*$$

همانگونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان میدهد، میانگین نمرات خودکارآمدی معلمان با عقاید مذهبی بالا (۵۲/۶۴) بیشتر از میانگین نمرات خودکارآمدی معلمان با عقاید پایین (۱۲/۵۸) و میانگین نمرات سلامت روان معلمان با عقاید مذهبی بالا (۸۷/۶۳) بیشتر از میانگین نمرات سلامت روان معلمان با عقاید پایین (۸۰/۵۸) می باشد. همچنین نتایج مندرج در این جدول نشان میدهد، بین متغیرهای خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری ($p \geq ۰۰۰/۰$) وجود دارد. به منظور بررسی میزان خودکارآمدی و سلامت روان در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین از آزمون t مستقل استفاده شد. در جدول ۲ نتایج آزمون تی مستقل جهت بررسی تفاوت خودکارآمدی و سلامت روان در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین نشان داده شده است.

جدول ۲. آزمون تی گروه های مستقل برای بررسی تفاوت خودکارآمدی و سلامت روان در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین

متغیرها	عقاید مذهبی	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	درجه آزادی	سطح معناداری
خودکارآمدی	بالا	40	52/64	13/7	83/3	78	000/0
	پایین	40	12/58	77/7			
سلامت روان	بالا	40	87/63	96/7	98/2	78	004/0
	پایین	40	80/58	21/7			

$$۰۰۴/۰ = p* \text{ و } ۰۰۰/۰ = p*$$

همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می دهد بین خودکارآمدی در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین تفاوت معناداری ($p \geq ۰۰۰/۰$) وجود دارد. همچنین بین سلامت روان معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین تفاوت معناداری ($p \geq ۰۰۴/۰$) وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی سلامت عمومی و خودکارآمدی در بین معلمان با عقاید مذهبی بالا و معلمان با عقاید مذهبی پایین بود. همانگونه که نتایج مندرج در جدول ۱ نشان میدهد، بین متغیرهای خودکارآمدی و سلامت روان همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همانگونه که نتایج جدول ۲ نشان می دهد بین خودکارآمدی در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین و سلامت روان در معلمان با عقاید مذهبی بالا و پایین، تفاوت معناداری وجود دارد.

-نتایج پژوهش نشان داد که بین خودکارآمدی و سلامت روان معلمان همبستگی معناداری وجود دارد. در تبیین این یافت می توان گفت که از جمله راههای کمک به افرادی که از افسردگی و اضطراب رنج می برند، افزایش خودکارآمدی و فراهم کردن یک محیط اجتماعی حمایت کننده از آنها می باشد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های سیوکاچینگ و استفن (۲۰۰۰)، کیم (۲۰۰۳)، اسمیت و بنیتر (۲۰۰۲)، موریس (۲۰۰۲) اندلر و همکاران (۲۰۰۱)، کرامتی (۱۳۷۸)، حکیمی نژاد (۱۳۸۱) و اعرابی و همکاران (۱۳۸۳) همسو می باشد.

-نتایج آزمون t نشان می دهد که در مقیاس سلامت عمومی تفاوت معنی داری بین میانگین دو گروه با عقاید مذهبی بالا و گروه با عقاید مذهبی پایین وجود دارد و این تفاوت به نفع گروه با عقاید مذهبی بالاست و این تفاوت در سطح ۹۵٪ معنی دار است. به نظر می رسد که افراد متدین و غیرمتدین میزان فشار روانی مشابهی را تجربه می کنند، ولی افراد متدین بهتر می توانند با رویدادهای منفی زندگی و عوامل فشارزای روانی مقابله کنند. باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر استرس های زندگی عمل می کنند و از این طریق به راهبردهای مقابله ای فرد کمک می کنند. به عبارت دیگر معلمانی که عقاید مذهبی بالایی داشته اند، وضعیت سلامت عمومی به مراتب بهتری از معلمان با عقاید مذهبی پایین داشته اند. سلامت عمومی که شامل وضع جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی و افسردگی و خودکشی می باشد در معلمانی که باورهای دینی بالا دارند در سطح مطلوبی قرار دارد، نتایج این تحقیق و تحقیقات دیگری که در این زمینه انجام شده بر تأثیر مثبت و افزایش دهنده ی سلامت عمومی صحه می گذارند.

این مسلم است که در ادیان الهی به ویژه دین مبین اسلام دستورات دینی در جهت افزایش سلامت فرد وجود دارد، دستوراتی هم چون دوری از روابط جنسی نامشروع، عدم مصرف مشروبات الکلی و...، سعی در پاکیزگی و تمیزی، عدم خوردن نجاسات و محرّمات هم چون گوشت خوک و سگ و ... همگی تلاش در جهت افزایش سلامت جسمانی انسان ها را نشان می دهد. در زمینه ی کارکرد اجتماعی ادیان الهی و به خصوص دین اسلام توصیه به از خود گذشتگی و در نظر گرفتن حد و مرزهای دیگران می کنند. انجام این اعمال در انسان ها کارکرد اجتماعی را افزایش می دهد و در جهت مثبت سوق می دهد. به طور کل این توصیه ها در جهت افزایش سلامت، به خصوص روانی، اثر گذارند و مانع گوشه گیری و در خود ماندگی افراد شده و آن ها را به فعالیت وادار می دارد که همین فعالیت باعث سلامتی فرد می شود. از نظر اضطراب هم در ادیان الهی و دین اسلام توصیه هایی در جهت بالا بردن آرامش روانی صورت گرفته است. مانند توصیه به یاد خدا در هر لحظه که این یادآوری باعث افزایش آرامش در دل ها می شود. بنابراین به طور کلی دستورات و توصیه هایی که در ادیان الهی و دین اسلام صورت می گیرد به نفع افزایش سلامت روانی در انسان ها می باشد.

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های قهرمانی و همکاران، ۱۳۸۰)، آراین ۱۳۸۰)، غباری بناب و خدایاری فرد، ۱۳۸۰)، ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۱)، (لستر ۱۹۹۷)، اسپیلکا و همکاران ۲۰۰۳)، پارگمنت، تایلر و استیل (۱۹۹۷)، کونینگ و همکاران، به نقل از خسروپور و ساردوئی، ۱۳۸۰)، (خسروپور و ساردوئی، ۱۳۸۰)، وطن خواه (۱۳۷۹)، علمی (۱۳۸۰) و پهلوانی، دولتشاهی و واعظی (۱۳۷۶) همسو می باشد. باتسون و همکاران (۱۹۹۳) یافته های ۱۱۵ مطالعه در مورد همبستگی میان دین داری و بهداشت روانی را تجزیه و تحلیل کردند و دریافتند که ۳۷ مورد از این مطالعات، نشان دهنده همبستگی مثبت بین آن ها، بنابراین همسو با یافته ها و ۴۷ مورد، نشان دهنده ی ارتباط منفی بنابراین ناهمسو با یافته ها و ۳۱ مورد از این مطالعات نیز هیچ گونه همبستگی ای نشان ندادند.

-نتایج آزمون t نشان می دهد که تفاوت معنی داری بین میانگین خودکارآمدی دو گروه با عقاید مذهبی بالا و گروه با عقاید مذهبی پایین وجود دارد و این تفاوت به نفع گروه با عقاید مذهبی بالاست و این تفاوت در سطح ۹۵٪ معنی دار است. به عبارت دیگر، معلمانی که عقاید مذهبی بالایی داشته اند، خودکارآمدی به مراتب بهتری از معلمان با عقاید مذهبی پایین داشته اند. باورهای خودکارآمدی، قوی ترین پیش بینی کننده ی سطح عملکرد نهایی می باشند و افرادی که از خود کارآمدی بالاتری برخوردارند، معتقدند که می توانند، به طور مؤثر با رویدادهایی که مواجه می شوند، برخورد کنند و یا اینکه ادراک کارآمدی بر توفیق در رفتارهای وابسته به سلامتی از قبیل ترک سیگار، تجربه ی درد، کنترل وزن اثر می گذارد و ادراک ناکارآمدی نقش عمده ای در ابتلاء به اضطراب و افسردگی بر عهده دارد. از طرفی خودشناسی و احساس ارزشمندی بر خودکارآمدی افراد تأثیر گذاشته و آن ها را کارآمدتر می نماید. یعنی می توان استنباط نمود آگاهی دینی یا وقوف در دین و بصیرت یافتن در امور مربوط به معادلات بشری، احساس ارزشمندی یا به تعبیری کرامت انسان را بالا برده و طبیعتاً در خودکارآمدی اثر بخش نمودن افراد در انجام وظایف محوله (نیز اثر خواهد گذاشت).

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های لوتر (۱۹۹۱)؛ به نقل از بیک - گیوایردق و پورتینگا، (۲۰۰۳)، باندورا (۱۹۹۶)؛ به نقل از نریمانی و همکاران، (۱۳۹۲)، لاک و لاتام (۱۹۹۰)، سانا و پاسیجر (۱۹۹۴)، بارلو، (۱۹۹۱) و به نقل از جوادی و کدیور، (۱۳۸۱)، کازارلی، (۱۹۹۳) و به نقل از جوادی و کدیور، (۱۳۸۱)، باندورا، بارابارانی و پاستوولی (۱۹۹۹)، آدجیولا (۲۰۰۷) و اسمیت (۲۰۱۰) همسو می باشد. در کل نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن است که معلمانی که عقاید مذهبی بالاتری دارند سلامت عمومی و خودکارآمدی بالاتری هم از خود نشان می دهند و در نهایت نتیجه ی کلی که می توان استنباط نمود این است که مذهبی بودن و عقاید دینی داشتن باعث سلامتی بالا، خودکارآمدی بالا، عزت نفس بالا، روابط اجتماعی مفید و مؤثر، اضطراب و افسردگی کمتر و ده ها پیامد مثبت دیگر در انسان می شود و با داشتن چنین ویژگی هایی است که باعث پیشرفت جامعه ی بشری می شود.

منابع:

- آرین، خدیجه. (۱۳۸۰) رابطه ی دین داری و روان درستی، مجموعه چکیده ی مقالات اولین همایش نقش دین در بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ابراهیمی امراالله؛ سسوعی، راحله، آرمان؛ سرور و میرزایی، فرزانه. (۱۳۸۱) بررسی نقش تاریخچه تجارب مذهبی-معنوی در پیشگیری از آسیب های رفتاری-اجتماعی دختران، چکیده مقالات سومین همایش مشاوره از دیدگاه اسلامی، چ اول، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، ۱۳۸۱/
- اعرابیان، اقدس؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محمود و صالح صدق پور، بهرام. (۱۳۸۳) بررسی رابطه خود کارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان، مجله روانشناسی، سال هشتم؛ شماره چهارم.
- براتی بختیاری، سیامک. (۱۳۷۶) بررسی رابطه ی ساده و چندگانه ی متغیرهای خودکارآمدی، عزت نفس و خودیابی با عملکرد تحصیلی در دانش آموزان سال سوم نظام جدید متوسطه ی شهرستان اهواز. پایان نامه ی کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- پهلوانی، هاجر؛ دولت شاهی، بهروز و واعظی، سید احمد (۱۳۷۶)، بررسی رابطه بین به کارگیری مقابله های مذهبی و سلامت روانی، ارائه شده در اولین همایش نقش دین در بهداشت روانی، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- حکیمی نژاد، اقبال. (۱۳۸۱) بررسی تعامل جنسیت و خود کارآمدی (بالا و پایین) بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سوم راهنمایی، پایان نامه کارشناس ارشد، دانشگاه شیراز.
- خسروپور، فرشید و ساردوئی، غلامرضا (۱۳۸۰)، بررسی تأثیر ارزش های مذهبی در طول مدت درمان بیماران مبتلا به افسردگی، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
- خدایاری فرد، محمد؛ فقیهی، علی نقی؛ رحیمی نژاد، عباس؛ غباری بناب، محسن؛ شکوهی یکتا، محسن. (۱۳۹۱) مقیاس های دینداری (مبانی نظری و روش شناسی به انضمام پرسش های دینداری)، تهران: انتشارات آوای نور، چاپ اول.
- جوادی، محمد و کدیور، پروین (۱۳۸۱). شخصیت، نظریه، پژوهش. تهران: انتشارات آیین.
- غباری بناب، باقر و خدایاری فرد، محمد. (۱۳۸۰) رابطه توکل به خدا با اضطراب و صبر و امیدواری در شرایط ناگوار، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- صنوبر، ناصر و عربلومقدم، سعید. (۱۳۹۱) بررسی تأثیرات دینداری بر رفتار شهروندی - سازمانی، مجله ی مدیریت دولتی، دوره ی چهارم، شماره ی چهارم، ۳-۵۲
- کرامتی، هادی. (۱۳۷۸) بررسی رابطه خود کارآمدی دانش آموزان دوم راهنمایی شهر تهران و نگرش آنان به درس ریاضی؛ پیشرفت ریاضی آنها، پایان نامه کارشناس ارشد، دانشگاه تربیت معلم.
- مرزبان، فاطمه. (۱۳۸۹) رابطه ی اخلاق حرفه ای و بالندگی با تعهد سازمانی هیأت علمی دانشگاه آزاد مرودشت، پایان نامه ی کارشناسی ارشد، مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی.
- نریمانی، محمد؛ خشنودی نیا چماچایی، بهنام؛ زاهد، عادل و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۲) نقش درک حمایت معلم در پیش بینی خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان دارای ناتوانی های یادگیری، ۱۰۹-۱۲۷. ۳ (۱)
- مقیم فام، پریسا (۱۳۷۹) بررسی رابطه خود اثربخشی با ویژگی های شخصیتی و اثربخشی تدریس دبیران شهر مراغه در سال تحصیلی-۷۹
- . ۷۸ پایان نامه کارشناسی ارشد، تبریز: دانشگاه تبریز.

حقیقی، جمال؛ عطاری، یوسفعلی؛ رحیمی، علی سینا و سلیمانی نیا، لایلا. (۱۳۷۸) رابطه سرسختی و مؤلفه های آن با سلامت روان در دانشجویان پسر دوره کارشناسی دانشگاه. مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، سال ششم، شماره های ۳ و ۴، ۱۸-۱.

قهرمانی، محمد؛ دلشاد نوقابی، علی و توکلی زاده، جهانشیر. (۱۳۸۰) بررسی تأثیر روزه داری بر وضعیت سلامت روانی. مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین و بهداشت روانی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. علمی، قربان، «نقش دین و اعتقادات دینی در بهداشت روان»، مجموعه چکیده مقالات همایش نقش دین در بهداشت روان، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۰. طباطبائی، سید موسی (۱۳۷۶) بررسی ارتباط بین شیوه های اسناد علی و خودپنداره و پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان دختر و پسر سال سوم دبیرستانهای شهر سمنان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تبریز. وطن خواه، محمدرضا (۱۳۷۹) بررسی ارتباط نظام ارزشی دینی با سازگاری اجتماعی جوانان ۱۸-۲۵ سال شهر قم. مجله نامه قم، شماره ۱۲-۱۱.

-Adegbola, M. A. (2007) The Relationship among Spirituality, SelfEfficacy and Quality of Life in Adults with Sike Cell Disease. Thesis, for the Degree of Doctor of Philosophy, the University of Texas at Arlington.

- Bandura, A, 1996, "Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning", Educational Psychologist, 28 (2), PP 117-148.

Bandura, A., barbarannelli, C.V. & pastovelli, C. (1999). Self-efficacy pathways to child hood depression journal of personality and social psychology, 76, 258-269

Batson, C.D., Schoenrade, P.A., and Ventis, W.L. (1993). Religion and the Individual: A Social-Psychological Perspective, New York: Oxford University Press.

-Endler, N, Speer, R.L, Jhnoson, J. Fleet, G.L. (2001) (General Self-efficacy and control in relation to anxiety and cognitive performance. current psychology. spring vol. 20, Issue. 1, Academic Search premier.

-Locke, E. A, & latham, P. (1990). A theory of goal setting and tack performance: Englewood, NT: precntice – hall.

-kim, yong_Ho, (2003). (Correlation of mental health problem with psychological construction adolescence: Final results from a 2 year study. International dl journal of Narsing students, 40.

-Francis, L. J., & Lester, D (1997). Religion, Personality and Happiness. Journal of Contemporary Religion, 12, 81-86.

Pick, S., Givaudan, M., & poortinga, V.H. (2003). "Sexuality and life skills A multistrategy intervention in mexico." American Psychologist, 58, 3, 230-234.

- Roepki, R (2000), "Aligning the it and human Resource with Business vision: the leadership initiative at 3M," MIS Quarterly, vol. 24, pp. 32-54.

Safi, A (1996). Roles of Public compulsory Educatin and Thir Funcatinality in Iran. Manayement in school Educatin Quarlery 1, 24, (In Persian).

Sanna, L. J., & Pusecker, P. A. (1994). Self-efficacy, valence of self-evaluation, and performance. Personality and Social Psychology Bulletin, 20, 82-92.

-Smit, Healther, M, Bets, Noncy, E, (2002) An examination of efficacy and esteem pathways to depression in young adolthed. journal of counseling psychology, 49, ISS4, P438.

Muris, P. (2002) Relationship between Self- efficacy and symptoms of anxiety disorder and depression in a normal adolescent sample. *Personality and individual differences*. 32, 337-348.

-Smith, J. P. (2010). The Effects of Self-Efficacy and Spirituality on the Job Satisfaction and Motivation to Lead Among Redeploying Soldiers as Moderated by Transformational Leadership, thesis for the degree of Doctor, University School of Global Leadership & Entrepreneurship UMI No. 3447893

Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach*, 3rd ed. New York: Guilford Press.

Cheung, S., & Sun, S. (2000). Effects of self-efficacy and social support on the mental health conditions of mutual-aid organization members. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 28, 413-422. DOI: <https://doi.org/10.2224/sbp.2000.28.5.413>

-Pargament, K.I; Tyler, F.B., & Steele, R.E. (1979). The church / synagogue and psychosocial competence of the member: An initial inquiry in to a neglected dimension. *American Journal of Community Psychology*, 7 : 469-664

Goldberg, D.P. & Hillier V.F. (1979) A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700021644>.