

۱. مقدمه

تردیدی نیست که تناسب زیادی میان زن بودن و مادر و معلم بودن وجود دارد؛ این سه نقش آنقدر نزدیک و مکمل یکدیگرند که حتی اگر زنی معلم نباشد به واسطه صفت مادری و وظیفه تربیت فرزندان، می‌توان او را معلم دانست. زنان معلم نقش‌های چندگانه‌ای دارند که این نقش‌ها آنها را نه فقط در میان زنان بلکه در میان کل افراد جامعه ویژه ساخته است. یک معلم ناگزیر است علاوه بر نقش معلمی که حرفه اوست، نقش مادری و همسری را هم برعهده داشته باشد. بر این اساس، همواره تأثیر ابعاد مختلف نقش و جایگاه زنان بر پویایی و سلامت خانواده و جامعه مورد توجه و واکاوی‌های اهل فن بوده است.

زنان معلم از سویی در زندگی فردی و خانوادگی خود نقش ایفا می‌کنند و از سویی دیگر تأثیر شگرفی بر پیشبرد اهداف جامعه دارند. آنان همواره با قشر عظیمی از دخترانی سرو کار دارند که در آینده نقش‌های متعدد تربیتی و سازندگی را عهده‌دار خواهند شد. نقش تربیتی و الگویی معلمان در تمامی دنیا مورد توجه و اهمیت بوده و بدیهی است آنچه در فرآیند تعلیم و تربیت به معلم انتقال می‌یابد تنها معلومات و مهارت‌های معلم نیست، بلکه تمام صفات، خلقیات، حالات نفسانی و رفتار ظاهری او نیز به متعلمان منتقل می‌شود. از این رو، سلامت روان معلمان زن و غنای فکری و شخصیتی ایشان می‌تواند تأثیری شگرف بر پرورش کارایی و پویایی دختران داشته باشد و جامعه را در رسیدن به اهداف خود یاری نماید. با توجه به اهمیت نقش زنان معلم و تأثیر باورها، افکار، منش و دانش آنان در تربیت دخترانی که در آینده باید نقش‌ها و وظایف متعددی را ایفا نمایند، بسیار ضروری می‌نماید پژوهشی در این زمینه صورت گیرد.

بدیهی است آنچه همواره بر کارایی و کیفیت زندگی فردی و اجتماعی فرد تأثیرگذار است سلامت وی در ابعاد مختلف جسمی و روانی است. بی‌تردید سلامت (فردی یا جمعی) از مهم‌ترین ابعاد مسائل حیات انسان است. سلامت، شرطی ضروری برای ایفای نقش‌های اجتماعی است و همه انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کامل داشته باشند که هم خود را سالم احساس کنند و هم جامعه آنها را سالم بداند. سلامت دارای ابعاد مختلف

جسمی و روانی بوده و این ابعاد بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند. سازمان بهداشت جهانی سلامت روان را اینگونه تعریف می‌کند: «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب» (میکوهی، و خرمایی، ۲۰۱۰). به عبارت دیگر روان به مفهوم احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و... است (حدادی کوهسار، روشن، و اصغرزاد، ۲۰۰۹).

عدم سلامت روانی از پیشرفت فرد و جامعه جلوگیری می‌کند؛ زیرا در چنین شرایطی فرد توانایی اجرای صحیح وظایف خود و ایفای نقش‌های اجتماعی را ندارد که سبب تحلیل کارایی فرد و جامعه می‌شود. تعریفی دیگر، بهداشت روانی را عبارتند از سلامت فکری دانسته و بیان می‌کند که بهداشت روانی نشان‌دهنده وضع مثبت سلامتی روانی است که می‌تواند برای ایجاد سیستم ارزشی برای ایجاد تحرک، پیشرفت و تکامل فردی، ملی و بین‌المللی اقدام کند. (خسروی، و آقاجانی، ۱۳۹۲)

افراد دارای سلامت روان چند ویژگی مشخص دارند: پذیرش و دوست داشتن خود برقراری روابط با دیگران، مقابله با نیازهای زندگی (چالش برخورد کردن) و بروز مناسب هیجانات. بدیهی است سلامت انسان به‌ویژه سلامت روان، تا حدود زیادی به نوع نگرش باورها و اعتقادات فرد وابسته است. این مقوله همواره مورد توجه بسیاری از روانشناسان و درمانگران بوده است و بسیاری از درمانگران و پژوهشگران به باورهای مذهبی به عنوان نوعی از باورها که در افراد مختلف دارای سطوح متفاوتی است، توجه داشته‌اند. نقش مذهب و باورهای مذهبی در رابطه با سلامت از قرون بسیار دور شناخته شده است؛ در طول هزاران سال مذهب و پزشکی در مداوا و کاهش رنج‌های انسان شریک یکدیگر بوده‌اند (ساچمن، و ماسوو، ۱۹۵۵). آموزش معنویت همواره موجب افزایش سازگاری اجتماعی (کرمی، ۱۳۹۴)، تقویت انسجام و سازگاری خانوادگی (بیگی، ۱۳۹۴) و ارتقای سطح بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان (بررگر بفرویی، ۱۳۹۳) می‌شود. بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اصول مذهبی ارتباط مثبت و معنی‌داری با سلامت جسمی و روانی افراد دارد (آلویس، و همکاران، ۲۰۱۰). چنانچه نشان داده شده است که مداخلات مبتنی بر مضامین دعا



و قرآن سبب ارتقای سطح سلامت بیماران می‌گردد (احمدی‌فراز، ۱۳۹۳). همچنین در یک مطالعه، با بررسی نقش مذهب و معنویت بر علایم افسردگی نوجوانان مشخص شد که از دست دادن ایمان و اعتقادات مذهبی بعد از شش ماه، عدم بهبود علایم افسردگی را در پی دارد (دی‌یو، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان داده است، افرادی که دارای سطح بالاتری از معنویت می‌باشند در انجام وظایف خود تعهد و مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته، تکالیف را به نحو شایسته‌تری انجام داده و از انجام وظایف احساس رضایت و خشنودی می‌کنند (اباذری، و امیریان‌زاده، ۱۳۹۵). در برخی از این پژوهش‌ها، گزارش شده است که آزمودنی‌هایی که از جهت‌گیری مذهبی بالاتری برخوردارند و در فعالیت‌های مذهبی شرکت می‌کنند، کمتر دچار افسردگی می‌شوند. (پارکر، و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین مطالعه‌ای بین فرهنگی که در ۱۹ کشور غربی بر روی ۲۸۰۸۵ آزمودنی انجام گرفت، نشان داد که اعتقادات و پایبندی مذهبی احتمال گرایش به خودکشی را کاهش می‌دهد (نلمن، و همکاران، ۲۰۰۵). در تحقیقی دیگر، گروهی از آزمودنی‌ها که از دعا و نیایش استفاده کرده بودند نسبت به گروه کنترل از عملکرد فیزیکی بهتری برخوردار بوده و در حل کردن مشکلات خود عملکرد بهتری داشتند (پالمر، و همکاران، ۲۰۱۱).

مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته، مطالعات متعددی با محوریت مقابله مذهبی در گروه‌های سنی مختلف مانند کودکان (بینوری، ۲۰۰۸)، نوجوانان (تالیک، ۲۰۱۳؛ دی‌یو، ۲۰۱۲) و بزرگسالان (بورک، و ترمن، ۲۰۰۷)، انجام شده است. افزون بر این، مرور شواهد تجربی نشان می‌دهد که میان محققان علاقمند به قلمرو مطالعات روانشناسی دین، بر موضوعاتی مانند مقابله مذهبی با سرطان، درد مزمن (دان، و هورگاس، ۲۰۱۴) و بیماری ایدز (پارکمنت، و همکاران، ۲۰۰۴) تأکید شده است. همچنین، طی سال‌های گذشته نتایج مطالعات هاگلیت (۲۰۰۷) و مور (۲۰۰۷) موجب شده است که نقش مثبت و تعیین‌کننده مذهب در مقابله با مشکلات روان‌پزشکی بر متخصصان سلامت روان و روانشناسان بالینی بیش از پیش مکشوف شود.

1. Benore

2. Bjorck & Thurman

در نظریه مقابله^۱ بر نقش فعال انسان در فرآیند تفسیر و پاسخ‌دهی به عوامل تنیدگی‌زای زندگی تأکید می‌شود. بسیاری از شواهد تجربی نشان داده‌اند که تمایز در پساایندهای چندگانه مواجهه با رخداد‌های منفی زندگی، از طریق تفاوت در روش‌های خاص ارزیابی و مقابله قابل تبیین است (فولکمن، ۲۰۱۰). از چشم‌انداز نظریه مقابله، رفتار، حاصل فرآیند پویایی از تبادل بین فردی و موقعیت‌های پیرامونی است که در محدوده یک بافت اجتماعی- فرهنگی بزرگ‌تر پدیدار می‌شود. طبق دیدگاه پارگامنت (۲۰۰۵)، شیوه‌های چندگانه مقابله مذهبی^۲ برای دستیابی به آسایش و نزدیکی با خدا شامل جست‌وجوی حمایت معنوی (به معنای جست‌وجوی راحتی و اطمینان‌آفرینی از طریق دوستی و مراقبت خداوند)؛ تمرکز مذهبی، انجام فعالیت‌های مذهبی برای تغییر توجه از عامل تنیدگی‌زا؛ تطهیر (پالایش) مذهبی و جست‌وجوی تنطیف مذهبی از طریق انجام اعمال مذهبی، پیوند معنوی، تجربه احساس نزدیکی به قدرتی که آدمی را تعالی می‌بخشد، نارضایتی معنوی، بیان گم‌گشتگی و نارضایتی از رابطه با خداوند در موقعیت تنیدگی‌زا و تعیین حدود رفتارهای مذهبی، تعیین رفتارهای مذهبی قابل قبول از رفتارهای غیر قابل قبول و باقی ماندن در محدوده آموزه‌های دینی است.

مذهب، کارکردهای متنوعی دارد؛ در مواجهه با تجارب رنج‌آور زندگی، مذهب چارچوبی را برای درک، تفسیر و معنادهی فراهم می‌آورد و در مواجهه با رخداد‌هایی که فراتر از منابع درون فردی افراد هستند، مسیرهای زیادی را با هدف دستیابی به احساس تسلط و کنترل به آنها پیشنهاد می‌کند. پارگامنت (۲۰۰۵) تأکید می‌کنند که طبق دیدگاه روان‌پویشی کلاسیک، مذهب با هدف کاهش بیم افراد برای زندگی در جهانی که هر لحظه آستان یک فاجعه می‌باشد، صورت‌بندی شده است. بنابراین، متمایزسازی راهبردهای مقابله مذهبی مبتنی بر آسودگی از روش‌هایی که دارای یک کارکرد معنوی اصیل است، دشوار می‌باشد.

از دیدگاه مذهبی، معنویت با تمایل برای ارتباط با قدرتی فراتر از آدمی، اصلی‌ترین کارکرد مذهب قلمداد می‌شود. دروکیم (پارگامنت، ۲۰۰۵)، بر نقش مذهب در تسهیل انسجام



3. coping theory
2. religiouscoping
3. pargament

اجتماعی تأکید کرده است. بنابراین، مذهب سازو کار تسهیل‌کننده انسجام اجتماعی و هویت اجتماعی دارد. با وجود این، اغلب صمیمیت با دیگران از طریق روش‌های معنوی مانند پیشنهاد کمک معنوی به دیگران و حمایت معنوی از اعضای گروه دینی به دست می‌آید. مذهب با ترغیب افراد به واگذاری موضوعات ارزشمند قدیمی و جست‌وجوی منابع جدید معنا، به افراد کمک می‌کند تا تغییرات عمده‌ای در زندگی خود خلق کنند. طبق دیدگاه پاراگمنت و ماهونی (۲۰۰۵)، مقابله مذهبی بیانگر تلاش‌هایی است برای استفاده از آموزه‌های دینی با هدف درک و رویارویی با تجارب تنیدگی‌زای زندگی. مقابله مذهبی فرآیندی چندبعدی است که در زندگی به نتایجی کمک‌کننده یا مضر منجر می‌شود. ماهیت چند بعدی مقیاس مقابله مذهبی، بر این فرض استوار است که راهبردهای مقابله مذهبی، انطباقی یا غیرانطباقی می‌باشد. بنابراین، گویه‌های منتخب در مقیاس مقابله مذهبی، یا بر روش‌های مقابله مذهبی مثبت و یا بر روش‌های مقابله مذهبی منفی دلالت دارند. مقابله مذهبی مثبت، سبک‌هایی از مواجهه شدن با رویدادهای منفی زندگی است که در آن فرد با بهره‌گیری از ارزیابی‌ها و تفسیرهای مثبت مرتبط با یاری پروردگار به استقبال رویدادها می‌رود. برای مثال فرد معتقد است که در هنگام مواجهه با یک رویداد دردناک خدا او را حمایت می‌کند و تنها نخواهد گذاشت، اما در شکل دیگر مقابله، که مقابله مذهبی منفی نام دارد، فرد رابطه‌ای اجتنابی و نامطمئن با خدا برقرار می‌نماید، برای مثال فرد معتقد است که خدا در لحظه‌های سخت مرا تنها خواهد گذاشت.

مقوله دیگری که در ارتباط با مذهب مورد توجه قرار دارد، خوشبختی معنوی است. طی تحقیقی که توسط کی‌می (۲۰۰۵) بر روی ۱۰۵ نفر انجام گرفت مشخص شد که از جمله صفاتی که در دانشجویان برای موفقیت در رویارویی با تنیدگی وجود دارد، خوشبختی معنوی است. در واقع می‌توان پذیرفت که خوشبختی معنوی^۲ در یافتن معنا و هدف زندگی در نتیجه ارتباط با یک وجود برتر و توانمندتر به شخص کمک می‌کند تا جهت‌گیری واقع‌بینانه‌ای در زندگی اتخاذ نمایند.

1. Kayme

2. spiritualhappiness

خوشبختی معنوی در واقع انعکاس حس خشنودی، احساس بهجت و انبساط از رابطه موجود بین انسان و خدا است؛ و در واقع احساس خوشبختی در پرتو باورهای معنوی است که به صورت یک منبع ادراکات فردی عمل کرده و برای افق زندگی، معنایی عمیقاً روحانی ترسیم کرده است که نیرویی یکپارچه‌کننده برای هماهنگی جنبه‌های جسمی، هیجانی اجتماعی فرد فراهم می‌کند. از این بُعد، فرد به فلسفه‌ای از زندگی می‌رسد که نتیجه آن آرامش درونی عمیق، عزت نفس، خودارزشمندی قوی، حرمت به زندگی و جهت‌گیری واقع‌بینانه درباره فقدان، محرومیت و ناکامی است. حسنی و اجاری و بهرامی احسان (۱۳۸۹) در پژوهشی که بر روی دانشجویان انجام دادند، مشخص نمودند که بین خوشبختی معنوی و سلامت روان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

پژوهش‌های زیادی به وجود رابطه مستقیم باورها و اعتقادات مذهبی با سلامت جسمی و روانی اشاره دارند. سهرابیان (۱۳۸۹) در پژوهش خود چنین نتیجه گرفت که نگرش مذهبی موجب افزایش سازگاری فردی و اجتماعی افراد می‌شود. مدی^۱ (۲۰۰۲) وجود ارتباط مثبت معنادار را بین مذهبی بودن و سرسختی روانی گزارش کرده است. پولوما و پاندلتون^۲ (۲۰۰۹) شادکامی آزمودنی‌های خود را در ارتباط مستقیم با باورهای مذهبی می‌دانند. شریفی (۱۳۹۱) اعلام نموده است که مذهب و باورهای دینی عاملی بازدارنده در برابر آسیب‌های اجتماعی است. در هنگام افزایش فشار روانی و اجتماعی، اشخاصی که از باورهای مذهبی زیادی برخوردار هستند، کمتر افسرده می‌شوند. در مطالعه‌ای دیگر با بررسی عوامل مرتبط با اضطراب بر روی ۷۶۰ زن شهری مشخص شد که نمرات زنان کاتولیک در اضطراب به طور معنی‌داری کمتر از سایرین است (شروی، وادل استن، ۲۰۰۴). همچنین تحقیقی که در کشور برزیل انجام شد، نشان داد که بین واکنش‌های سایکوتیک و طولانی‌تر شدن زمان بستری در بیمارستان با وابستگی مذهبی ارتباط وجود دارد؛ یعنی افراد مذهبی چنین واکنش‌هایی را کمتر نشان می‌دهند (دالگولاندو، ۲۰۰۶).

در مطالعه دیگری که در فنلاند بر روی اقدام‌کنندگان موفق به خودکشی صورت



گرفت ارزیابی‌های کالبدشکافی روانشناختی آنها نشان داد که اختلالات روانی عمیق و تاریخچه درمان بیماری روانی، سایکوتیک و اختلالات افسردگی در میان خودکشی‌کنندگان غیرمذهبی نسبت به خودکشی‌کنندگان مذهبی بیشتر است. (سوری، ۱۰ و همکاران، ۲۰۰۷) بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اصول مذهبی ارتباط مثبت معنی‌داری با سلامت جسمی و روانی افراد دارد. با توجه به اهمیت سلامت روان و تأثیر آن بر کارکرد فردی و اجتماعی فرد و با توجه به اهمیت تأثیر مذهب، مقابله مذهبی و حس خوشبختی معنوی در استمرار و احیای سلامت عمومی جامعه انجام پژوهش در این زمینه‌ها ضرورت می‌نماید. همچنین توجه به تأثیر انکارناپذیر معلمان بر دانش‌آموزان و اهمیت سلامت روان آنان در پیشبرد اهداف آموزشی و پرورشی و کمبود تحقیقات در زمینه نقش خوشبختی معنوی و مقابله مذهبی در سلامت روان معلمان، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی بر سلامت روان معلمان زن انجام شد. این پرسش‌ها مورد بررسی قرار گرفت که آیا بین مقابله مذهبی (مثبت و منفی) با سلامت روانی معلمان زن رابطه وجود دارد؟ و همچنین آیا بین خوشبختی معنوی با سلامت روانی و مقابله مذهبی معلمان زن رابطه وجود دارد؟

۲. شیوه اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌ها و روش‌های آمار توصیفی مانند گزارش میانگین‌ها، فراوانی و ضریب همبستگی و برای تحلیل نتایج از روش تحلیل رگرسیون استفاده شد.

۲-۱. جامعه آماری و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن کلیه معلمان زن شاغل بودند که در مقطع متوسطه آموزش و پرورش رباط‌کریم که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ مشغول به کار بودند که از بین آنها ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای (از بین ۲۸ دبیرستان دخترانه چهار دبیرستان به طور تصادفی انتخاب و از هر دبیرستان به طور تصادفی سی نفر از دبیران) انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت. در نهایت نتایج آماری با نرم‌افزار SPSS مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

۲-۲. ابزار پژوهش

۲-۲-۱. مقیاس مقابله مذهبی

این مقیاس توسط پارگامنت (۲۰۰۵)، ساخته شد و شامل صد پرسش است که میزان مقابله مذهبی آزمودنی در مقابله با حادثه منفی را می‌سنجد. این مقیاس شامل صد ماده آزمون و هفده زیرمقیاس است که سبک‌های گوناگون مقابله مذهبی را نشان می‌دهد. فرم کوتاه چهارده سؤالی آن مشخص‌کننده سبک‌های مقابله‌ای مثبت و منفی است. هریک از مقیاس‌های مثبت و منفی شامل هفت ماده آزمون مقابله مذهبی است. تعداد سؤالات فرم کوتاه چهارده ماده چهار درجه‌ای لیکرت است. نمره بالا در مقیاس مثبت نشان‌دهنده سبک مقابله‌ای مثبت و نمره بالا در مقیاس منفی نشان‌دهنده سبک مقابله‌ای منفی است. به منظور بررسی اعتبار و روایی آزمون، در مطالعه‌ای مقدماتی که در زمستان ۱۳۸۰ انجام شد مقیاس جهت‌گیری مذهبی به‌عنوان مرجع برای بررسی روایی هم‌زمان، با مقیاس مقابله مذهبی مورد استفاده قرار گرفت. همبستگی بین نمرات حاصل از کاربرد هم‌زمان دو مقیاس به میزان ۰/۶ بود (بهرامی احسان، و قیامی، ۱۳۸۱). برای ارزیابی اعتبار آزمون، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده است. این ضریب در زیرمقیاس مقابله مذهبی مثبت، ۰/۸۶ و در زیرمقیاس مقابله مذهبی منفی، ۰/۶۵ می‌باشد. این نتایج با نتایج حاصل از پژوهشی که توسط پارگامنت (۲۰۰۴) بین خانواده‌های دارای کودکان اوتیستیک انجام شده بود، همخوانی دارد.

۲-۲-۲. مقیاس خوشبختی معنوی

مقیاس خوشبختی معنوی، در سال ۱۹۸۲ توسط پالوتزیان و الیسن ساخته شد و شامل بیست ماده و دو زیرمقیاس است: خوشبختی مذهبی (که تجربه و رضایت از رابطه با خدا را می‌سنجد) و رضایت وجودی (که مربوط به حس هدفمندی و رضایت از زندگی) (فافورد، پالوتزیان، و الیسن، ۱۹۹۱؛ الیسن، ۱۹۸۳؛ اسمیت، ۱۹۹۱). نمره بالا در این مقیاس نشان‌دهنده خوشبختی معنوی بالا است. ضریب اعتبار به دست آمده برای این مقیاس ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۵۹ برای خوشبختی وجودی و مذهبی گزارش شده است (کی، ۲۰۰۵).



۲-۳. پرسش نامه سلامت روانی

این پرسش نامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۱ ساخته شد و دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های بدنی اضطراب، بی‌خوابی، نارسا کنش‌وری اجتماعی و افسردگی و خیم که نمره سلامت روانی از مجموع نمرات به دست می‌آید. بدیهی است نمره پایین در این آزمون نشان دهنده سلامت روان می‌باشد. (گلدبرگ، ۱۹۷۸) این پرسش نامه به صورت چهار درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. بررسی‌های مختلف نشان‌گر پایایی بالای پرسش نامه و خرده مقیاس‌های آن (۰/۴۷-۰/۹۳) است. در این پرسشنامه نمره پایین نشان سلامت روان است.

۳. یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای سبک مقابله مذهبی، خوشبختی معنوی و سلامت روان

انحراف معیار کل نمونه	میانگین کل نمونه	مشخصه‌های آماری
		متغیرها
۲/۳۱	۴/۱۷	مقابله مذهبی مثبت
۱/۶۱	۱/۴۲	مقابله مذهبی منفی
۱۷/۱۸	۶۹/۱۱	خوشبختی معنوی
۱/۹۷	۱/۶۸	شکایات جسمانی
۲/۱۱	۱/۸۱	اضطراب و بی‌خوابی
۱/۹۲	۱/۹۱	نارسا کنش‌وری اجتماعی
۲/۰۲	۱/۳۷	افسردگی و خیم
۶/۵۷	۶/۶۶	سلامت روانی کل

جدول «شماره ۱» نتایج آماری توصیفی پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی بین متغیرهای مقابله مذهبی مثبت و منفی، خوشبختی

معنوی، سلامت روانی

خوشبختی معنوی	مقابله مذهبی منفی	مقابله مذهبی مثبت	سلامت روانی کل	افسردگی وخیم	نارساکنش‌وری اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	شکایات جسمانی	
۰/۱۷۲	۰/۲۱۶	-۰/۰۸۴	**۰/۸۵	**۰/۵۹	**۰/۴۱	**۰/۶۹۳	۱	شکایات جسمانی
**۰/۲۸	*۰/۱۸۳	-۰/۰۰۹	**۰/۹۱	**۰/۶۸	**۰/۶۲۳	۱	**۰/۶۹۳	اضطراب و بی‌خوابی
**۰/۳۹	**۰/۲۳	۰/۰۱۶	**۰/۷۸	**۰/۵۴۱	۱	**۰/۶۲۳	**۰/۴۱	نارساکنش‌وری اجتماعی
**۰/۴۹	**۰/۴۵	-۰/۳۵	**۰/۸۵	۱	**۰/۵۴۱	**۰/۶۸	**۰/۵۹	افسردگی وخیم
**۰/۵۱	**۰/۳۸	-۰/۰۲۳	۱	**۰/۸۵	**۰/۷۸	**۰/۹۱	**۰/۸۵	سلامت روانی کل
**۰/۳۴	۰/۱۴۲	۱	-۰/۰۳۳	-۰/۳۵	۰/۰۱۶	-۰/۰۰۹	-۰/۰۸۴	مقابله مذهبی مثبت
-۰/۳۱	۱	۰/۱۴۲	**۰/۳۸	**۰/۴۵	**۰/۲۳	*۰/۱۸۳	*۰/۲۱۶	مقابله مذهبی منفی
۱	**۰/۳۱	**۰/۳۴	**۰/۵۱	**۰/۴۹	**۰/۳۹	**۰/۲۸	۰/۱۷۲	خوشبختی معنوی

* $P \leq 0.05$ ** $P \leq 0.01$

در جدول «شماره ۲» نتایج ضرایب همبستگی بین متغیرها و تحلیل رگرسیون بیان شده است. با توجه به نتایج به دست آمده از محاسبه ضریب همبستگی پیرسون، نمره فرد در مقیاس سلامت روان با مقیاس مقابله مذهبی منفی، دارای رابطه مثبت بوده و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی دار است. مطابق نتایج این جدول، نمره فرد در مقیاس سلامت روان با مقابله مذهبی مثبت، رابطه منفی داشته و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی دار نیست، اما نمره فرد در مقیاس سلامت روان با خوشبختی معنوی دارای رابطه ای منفی و در سطح حداقل ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین، براساس این یافته‌ها، افزایش میزان مقابله مذهبی منفی با افزایش نمره فرد در مقیاس سلامت روان همراه است و نیز افزایش میزان خوشبختی معنوی سبب کاهش نمره فرد در مقیاس سلامت روانی شده است. در ضمن افزایش خوشبختی معنوی با افزایش مقابله مذهبی مثبت و کاهش مقابله مذهبی منفی همراه است.

جدول شماره ۳: تحلیل واریانس (ANOVA) ضریب رگرسیون متغیرهای پیش بین و سلامت روانی کل

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی fd	میانگین مجذورات	f	سطح معنی داری
بین گروه‌ها	۱۵۶۸/۱۵۳	۴	۳۹۲/۰۳۸	۱۴/۳۰۲	۰/۰۰۰
درون گروه‌ها	۳۱۵۲/۲۸۷	۱۱۵	۲۷/۴۱۱		
کل	۴۷۲۰/۴۴	۱۱۹			



جدول شماره ۴: مشخصه‌های آماری تحلیل رگرسیون

مشخصه متغیر پیش‌بین	ضریب تأثیر (B)	مقدار t	سطح معناداری
مقابلۀ مذهبی مثبت	-۰/۳۸۷	-۱/۵۵	۰/۱۰۷
مقابلۀ مذهبی منفی	۰/۷۸۰	۲/۳۲	۰/۰۴۱
خوشبختی معنوی	-۰/۱۸۷	-۵/۴۲	۰/۰۰۰
مقدار ثابت	۱۶/۵۱	۵/۸۴	۰/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول «شماره ۳ و ۴» متغیر سبک مقابلۀ مذهبی منفی و خوشبختی معنوی، قادر است تا تغییرات مربوط به سلامت روانی را پیش‌بینی نماید. از نتایج به دست آمده چنین برمی‌آید که در معادله پیش‌بینی مقابلۀ مذهبی منفی قادر است تا با ضریبی معادل ۰/۷۸ معادله رگرسیون سلامت روانی را پیش‌بینی نماید. بدین معنی که اگر یک واحد به میزان سبک مقابلۀ مذهبی منفی اضافه شود، مقدار ۰/۷۸ نمره در مقیاس سلامت روانی فرد افزایش می‌یابد.

به بیان دیگر مقابلۀ مذهبی منفی رابطه‌ای مستقیم و مثبت با نمره سلامت روانی دارد؛ پیش‌بینی خوشبختی معنوی نیز قادر است تا با ضریبی معادل ۰/۱۸۷- در معادله رگرسیون، سلامت روانی را پیش‌بینی نماید. بدین معنا که چنانچه نمره فرد در مقیاس خوشبختی معنوی افزایش یابد نمره وی در مقیاس سلامت روان کاهش می‌یابد. ضریب تأثیر به این معناست که با تغییر یک واحد در خوشبختی معنوی، نمره فرد در مقیاس سلامت روانی به مقدار ۰/۱۸۷- کاهش می‌یابد و با تغییر یک واحد در مقابلۀ مذهبی منفی نمره فرد در مقیاس سلامت روانی به مقدار ۰/۷۸ افزایش می‌یابد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین مقابلۀ مذهبی مثبت با سلامت روانی ($r = -0.33$ و $B = -0.870$ و $t = -1.55$) رابطه‌ای معنادار وجود ندارد، اما مقابلۀ مذهبی منفی و سلامت روان ($r = 0.38$ و $B = 0.780$ و $t = 2.32$) رابطه‌ای معنادار دارد. این نتیجه با یافته‌های پارگمنت مبنی بر ارتباط روش مقابلۀ مذهبی منفی با کاهش سلامت روان و افزایش تنیدگی همخوانی دارد. همچنین با یافته دیگری مبنی بر ارتباط روش مقابلۀ



مذهبی مثبت با کاهش تنیدگی و افزایش سلامت روانی همخوانی دارد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که کاربرد سبک مقابله مذهبی منفی، باعث افزایش نمره فرد در زیر مقیاس افسردگی می‌شود. در تحقیق پارگامنت و ماهونی (۲۰۰۵) نیز چنین حاصل شد که نمره‌های بالا در آزمون افسردگی با نمره‌های بالا در مقابله مذهبی منفی رابطه‌ای معنادار دارد. استاب (۲۰۰۸) رابطه مثبت بین گرایش به مذهب و احساس خرسندی را گزارش کرد و در تحقیق الیسون (۲۰۰۹) مشاهده شد افرادی که دارای گرایش مذهبی بالا هستند، دارای خشنودی بیشتری از زندگی نیز می‌باشند و شادکامی و نشاط بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی، پیامدهای روانی - اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند. همچنین شوماخر (۲۰۱۰) درباره افراد غیرمذهبی، نشان داد که این افراد از سلامت روانی ضعیفی برخوردارند (بهرامی احسان، ۰۰ و قیامی، ۱۳۸۹). طی سال‌های گذشته نتایج مطالعات هاگیلت (۲۰۰۷) و موهر (۲۰۰۷) موجب شده است که نقش مثبت و تعیین‌کننده مذهب در مقابله با مشکلات روانپزشکی، بر متخصصان سلامت روانی و روانشناسان بالینی بیش از پیش مکشوف شود. گاردنر (۲۰۱۳) در پژوهش خود تأثیر مقابله مذهبی بر کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج مثبتی را گزارش داده‌اند.

طاهری خرامه (۱۳۹۲) در پژوهش خود تأثیر مقابله مذهبی بر بهزیستی معنوی را مورد پژوهش قرار داده و به نتایج مثبتی دست یافتند. کرمی (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی آموزشی معنویت را باعث افزایش سازگاری اجتماعی در دختران می‌داند. مالت‌بی و دی (۲۰۱۱) نشان دادند که دینداری با نمره‌های پایین‌تر روان‌پریشی همبسته است. شهابی‌زاده و مظاهری (۱۳۹۱) نیز بیان می‌کند که جهت‌گیری مذهبی درونی می‌تواند سبب خوش بینی شود؛ چراکه رابطه شخصی با وجودی برتر، سبب پیدایش چشم‌انداز مثبتی در زندگی می‌شود. به عبارت دیگر، افرادی که از روی علاقه اوقاتی را به نماز و عبادت و راز و نیاز می‌گذرانند، چشم‌انداز مثبت‌تری نسبت به جهان، زندگی و گذر زمان دارند. همچنین حسنی و اجاری و بهرامی احسان (۱۳۸۹) نشان دادند که نشانگان بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، افسردگی و خیم و مجموعه این اختلالات در افرادی که جهت‌گیری مذهبی بالاتری دارند، کمتر دیده می‌شود. همچنین در این افراد حالت اضطراب و صفت اضطراب کمتر مشاهده می‌شود.

وی چنین ادعان می‌کند که بین مقابله مذهبی منفی و سلامت روان رابطه معناداری وجود دارد. در سبک مقابله مذهبی منفی، ترس از تنبیه و طرد از سوی خدا توسط فرد مدنظر قرار می‌گیرد؛ این افراد خدا را بیشتر منبعی از درد و تنبیه می‌دانند تا منبعی از عشق و محبت و دوست داشتن. در حالی که مقابله مذهبی مثبت، مبتنی بر رابطه عاشقانه با خدا، حس ارتباطی معنوی با دیگران، اعتقاد به بخشندگی و بخشایشگری خدا، هدفمندی دنیا و در نتیجه دیدگاهی مثبت نسبت به آفرینش است. هرچه جهت‌گیری مذهبی فرد در ابعاد زندگی قوی‌تر باشد، فرد اختلال روانی و اضطراب کمتری را تجربه کرده و دارای عزت نفس بالاتری خواهد بود.

بخش دیگر پژوهش حاضر، ارتباط بین خوشبختی معنوی و سلامت روانی را بررسی کرده است. یافته‌ها حاکی از آن است که بین خوشبختی معنوی و سلامت روانی ($r = -0.187$ و $B = -0.42$ و $t = -5.42$) رابطه معنادار وجود دارد. یعنی افرادی که به واسطه نگرش معنوی، احساس خوشبختی و شادکامی می‌کنند از سلامت روانی بالایی نیز برخوردارند و افسردگی، تنش و ناآرامی کمتری را تجربه می‌کنند. کی می (۲۰۰۵) نیز در پژوهش خود نشان داد که از جمله صفاتی که در دانشجویان برای موفقیت در رویارویی با تنیدگی وجود دارد خوشبختی معنوی است. خوشبختی معنوی در واقع منعکس‌کننده حس خشنودی احساس بهجت و انبساط از رابطه موجود بین انسان و خدا است. این موضوع نوعی رابطه با خداست که بنده از بندگی و عبودیت خود شادمان و مسرور است. او خود را در اتصال به یک منبع قدرت احساس می‌کند که در هر لحظه از او حمایت می‌کند و از سقوط و بی‌معنایی او جلوگیری می‌کند.

خوشبختی معنوی منبع نگرشی به فرد می‌دهد که در پرتو آن زندگی و رویدادها معنا می‌یابند و از پوچی و منفی‌نگری و احساس تنهایی خبری نیست. پولوما و پاندلتون (۲۰۰۹) شادکامی آزمودنی‌های خود را در ارتباط مستقیم با باورهای مذهبی می‌دانند. همچنین کی می (۲۰۰۵) طی پژوهش خود بر روی گروهی از دانشجویان چنین نتیجه گرفت که از جمله صفاتی که در دانشجویان برای موفقیت در رویارویی و مقابله با تنیدگی وجود دارد، خوشبختی معنوی است. شریفی و فاتحی‌زاده (۱۳۹۱) نیز بر اساس پژوهش خود رابطه

معناداری بین افسردگی و مقابله مذهبی یافتند. بیگی (۱۳۹۴) در مطالعات خود چنین اذعان نمود که ارتقای معنویت و بخشودگی در همسران موجب تقویت انسجام و سازگاری خانوادگی آنها می‌شود. همچنین معنویت باعث ارتقای سطح بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان می‌شود (برزگر بفرویی، ۱۳۹۳).

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که دل‌بستگی نسبت به خدا و داشتن باورهای مذهبی و روحیه توکل و اتصال به قدرتی برتر، باعث احساس ایمنی و آرامش شده و احساس تنهایی و افسردگی و نابسامانی‌های روحی و روانی را کاهش می‌دهد. ارتباط با خدا و خوشبختی معنوی به صورت منبع ادراکات فردی عمل می‌کند و برای افق زندگی، معنای روحانی عمیقی ترسیم می‌نماید که بدین وسیله نیرویی یکپارچه‌کننده برای هماهنگی جنبه‌های جسمی، هیجانی و اجتماعی فرد فراهم می‌کند. از این منظر فرد به فلسفه‌ای رضایت‌مندانه از زندگی می‌رسد که حاصل آن آرامش درونی، حرمت به زندگی، خودپنداره ارزشمند و جهت‌گیری واقع‌بینانه درباره فقدان و محرومیت است که این مهم نتیجه‌ای از طلوع انوار الهی در لحظه لحظه زندگی و تحقق آن در قلب مؤمن است.

بدیهی است که معلمان همواره در سراسر دنیا بزرگ‌ترین و تأثیرگذارترین افراد در تربیت و پرورش انسان‌ها می‌باشند. آنها نه تنها با انتقال دانش بلکه با منش، اخلاق، شخصیت و نقش الگویی خود تأثیری همه‌جانبه بر دانش‌آموزان دارند. چنانچه معلمان دارای غنای روحی و روانی باشند و باورهایی داشته باشند که تأثیر آن را در زندگی فردی خود تجربه کرده‌اند و از سلامت روان خوبی برخوردار باشند، تأثیر شگرفی بر تربیت و پرورش دانش‌آموزانی خواهند داشت که قرار است برای آینده جامعه ایفای نقش نمایند و این مهم در مورد زنان معلم با توجه به اهمیت نقش اجتماعی و خانوادگی آنها بسیار مهم‌تر و پررنگ‌تر خواهد بود.



فهرست منابع

۱. احمدی فراز، مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی معنوی گروهی مبتنی بر مضامین دعا و قرآن بر سطح سلامت معنوی بیماران سرطانی. *نشریه دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۲۰، (۳۲)، ۲۴۵۴-۲۴۶۳.
۲. ابادری، علی محمد، و امیریان زاده، مرزگان (۱۳۹۵). رابطه معنویت در محیط کار و تعهد سازمانی با رفتار شهروندی سازمانی کارکنان. *نشریه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی*، ۷، (۲)، ۱۱۹-۱۴۳.
۳. بهرامی احسان، هادی، و قیامی، زهرا (۱۳۸۹). رابطه بین جهت‌گیری مذهبی، اضطراب و حرمت خود. *نشریه روانشناسی*، ۶، (۴)، ۲۴-۴۰.
۴. بیگی، علی (۱۳۹۴). رابطه معنویت و بخشودگی با انسجام و سازگاری خانوادگی در جانبازان. *نشریه طب جانباز*، ۸، (۱)، ۳۳-۳۹.
۵. بزرگ‌بفروبی، کاظم (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش معنویت درمانی از دیدگاه اسلام بر بهزیستی روانشناختی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر. *نشریه اخلاق*، ۴، (۴)، ۳۱-۳۸.
۶. حسینی واجاری، کنایون، بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۹). نقش مقابله مذهبی و خوشبختی معنوی در تبیین سلامت روان. *نشریه روانشناسی*، ۹، (۳)، ۳۵-۵۴.
۷. خسروی، زهره، و آقاجانی، مریم (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران. *نشریه مطالعات زنان*، ۱، (۱)، ۱۹-۵۱.
۸. سهرابیان، طاهره (۱۳۸۹). بررسی رابطه نگرش مذهبی و میزان سازگاری فردی و اجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی لرستان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه لرستان.
۹. شریفی، مرضیه، و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۹۱). رابطه مقابله مذهبی با افسردگی و فرسودگی مراقبتی در مراقبین خانوادگی. *نشریه مراقبت‌های نوین*، ۹، (۴)، ۳۲۷-۳۳۵.
۱۰. شریفی، مرضیه (۱۳۹۱). رابطه مقاله مذهبی با آثار سوگ در دانشجویان داغ‌دیده. *نشریه روانشناسی و دین*، ۵، (۱۸)، ۱۱۵-۱۲۷.
۱۱. شهبایی‌زاده، فاطمه، و مظاهری، محمدعلی (۱۳۹۱). دل‌بستگی ادراک شده دوران کودکی، کنش‌وری خانواده و مقابله مذهبی. *نشریه روانشناسی تحولی*، ۸، (۳۱)، ۲۲۱-۲۳۴.
۱۲. کریمی، جهانگیر (۱۳۹۴). تأثیر آموزش معنویت درونی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان. *نشریه اخلاق*، ۵، (۵)، ۲۰۰-۲۸.
۱۳. طاهری خرامه، زهرا (۱۳۹۲). سلامت معنوی و راهبردهای مقابله مذهبی در بیماران همودیالیزی. *نشریه روان‌پرستاری*، ۱، (۱)، ۴۸-۵۴.
14. Alves R.R., Alves Had. N., Barboza RR., & Souto Wde M. (2010). The Influence of Religiosity on Health. *Cien Saude Colet*, 15 (4), 11-21.
15. Borck, J. P., & Thurman, J. W (2007). Negative life events, patterns of positive and negative religious coping, and psychological functioning. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 46 (2), 159-167.
16. Benore, E. (2008). An initial examination of religious coping in children with asthma, International. *Journal for the Psychology of Religion*, 18 (4), 267-290.
17. Stoebe, M. (2008). Religion in coping with bereavement: Confidence of convictions or scientific scrutiny? International. *Journal for the Psychology of Religion*, 14 (1), 14-23.
18. Dunn, K. S., & Horgas, A. L. (2014). Religious and nonreligious coping in older adults experiencing chronic pain. *Pain Management Nursing*, 5 (1), 19-28.
19. Dalguaioindo. P (2006). Religious Affiliation and Mental Health in Brazil. *Acta Psiqatpsicol Al-lat Dec*, 10 (1), 9-25.
20. Dew, R. E. (2012). A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *Journal of Affective Disorders*, 12 (3), 149-157.
21. Dew, R.E., Daniel, S.S., Goldston, D.B., McCall, W.V., Kuchibhatla, M., Schleifer, C., Triplett, M.F., & Koenig, H.G. (2010). A Prospective Study of Religion/Spirituality and Depressive Symptoms Among Adolescent Psychiatry Patients. *Journal Affect Disord Jan*, 12(3), 57-149.

22. Ellison, a. (2009). religiosity and rational emotire psychotherapy. *Theory Research and practice*, 1(4), 155-159.
23. Folkman, S. (2010). *Oxford Handbook of Stress and Coping*. Oxford, UK: Oxford University Press.
24. Gardner, T. M. (2013) Religious coping, stress, and quality of life of Muslim university students in New Zealand. *Mental Health, Religion & Culture*, 10: 1-13.
25. Goldberg, d. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research.
26. Gardner, T. M. (2013). Religious coping, stress, and quality of life of Muslim university students in New Zealand. *Mental Health, Religion & Culture*, 10: 1-13.
27. Huguelet, P. (2007). Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. *European Psychiatry*, 22 (3), 188-194.
28. Kay mia, H. A. (2005). Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implication for social work education. *journal of social work education*, 36(2), 23-54.
29. Maltby, J., & Day, L. (2011). Depressive Symptoms and Religious Orientation: Examining the Relationship Between Religiosity and Depression Within the Context of Oter Correlates of Depression. *Pers Invid Differ*, 28(2), 93- 383.
30. Mohr, S. (2007). The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 247-253.
31. Maddi, S. R (2002). The role of hardiness and religiosity in depression and anger. SecondBiannual InternationalConference on Personal Meaning:Freedom ,responsibly andjustice (July2002). [Http://www.meaning.ca/conference/program](http://www.meaning.ca/conference/program).
32. Neelman, J., Halpern, D., Leon, D., & Lewis, G. (2005). Tolerance of Suicide, Religion and Suicide Rates: an Ecological and Individual Study in Western Countries. *Psychol Med*, 27(5), 71- 165.
33. Palmer, R.F., Katerndahl, D., & Morgan-Kidd, J. (2011). A Randomized Trial of the Effects of Remote Intercessory Prayer: Interactions with Personal Beliefs on Problem-Specific Outcomes andFunctional Status. *journal Alt Compl Med* ,10: 438 -448.
34. Parker, M., Lee Roff, L., Klemmack, D.L., Keeing, H.G., Baker, P., & Allman, R.M. (2003). Religiosity and Mental Health in Southern, Community-Dwelling Older Adults. *Aging Mental Health*, 7(5) , 7- 39.
35. poloma, m. m., pendenton, b.f. (2009). relijious do mains and jeneralwill bein. *Journal social indicators rese arch*, 22:255- 267.
36. Pargament, K. I., & Mahoney, A. (2005). Sacred matters: Sanctification as a vital topic for the psychology of religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 15: 179-198.
37. Pargament, K. I. (2005). Religious coping methods a as predictors of psychological, physical, and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9:713 -730.
38. Pargament, K. I. (2004). Religion and HIV: A review of the literature and clinical implications. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1201-1207.
39. Shreve-Neiger, A.K., & Edelstein, B.A. (2004). Religion and Anxiety: A Critical Review of the Literature. *Clin Psychol Rev*, 24(4), 97-379.
40. Sorri, H., Henriksson, M., & Lonngvist, J. (2007). Religiosityand Suicide. *Journal Crisis*, 17(3), 7- 12.
41. Talik, Z. B. (2013). The adolescent religious coping questionnaire: Translation and cultural

- adaptation of Pargament's RCOPE scale for Polish adolescents. *Journal of Religious Health*, 143-158.
42. Mirkohi, M., & Khormai, E. (2010). The relationship between religiosity and mental health in adolescents. *Behavioral Sciences*, 2(5), 31-115.
43. Haddadikoohsar, A.A., Roshan, R., Asghamarid, f. (2009). A Comparative Study of the Relationship Emotional In-telligence with Mental Health and Aca-demic Achievement in Shahed and Non-Shahed Students in University of Tehran. *Journal Psych Educ*, 37(1), 73-97.