

اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی

سال دوم، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۵، ص ۲۹ - ۵۰

الگوی امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی برنامه درمانی آن

The Model of Hope Based on Islamic Sources and Designing its Treatment Plan

مبین صالحی / دکترای روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

Mobin Salehi / PhD of Psychology, RIHU.

mobinsalehi@yahoo.com

ABSTRACT

The present research aims at compiling the model of hope based on Islamic sources and designing its treatment plan. We used two methods: a descriptive-analytical method in religious propositions (the method of reasoning for religious knowledge) for compiling model of hope, and a descriptive method for investigating the validity of the treatment protocol. To investigate the content validity of the protocol, we used Kendall's coefficient of concordance and Khi 2 meaningfulness test to investigate the concordance and meaningfulness of the experts' opinions for evaluating the rightness of the Quranic and traditional readings and the correspondence of suggested techniques of hope-treatment protocol to the goals of each session. The findings showed that the concept of hope in Islamic approach has a three-parameters model, each of which with two sub-parameters: agency (personal

چکیده

هدف از این پژوهش تدوین الگوی امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی برنامه درمانی آن بود. از دو روش استفاده شد: روش توصیفی تحلیلی در گزاره‌های دینی (روش اجتهاد دانش دینی) برای تدوین الگوی امید و روش توصیفی برای بررسی روایی پروتکل درمانی. جهت بررسی روایی محتوایی پروتکل از ضریب تطابق کندال و آزمون معناداری خی دو برای بررسی میزان تطابق و معناداری نظرات کارشناسان برای ارزیابی صحت برداشتهای قرآنی و روایی و مطابقت فنون پیشنهادی پروتکل امیددرمانگری با اهداف هر جلسه استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که مفهوم امید در رویکرد اسلامی دارای الگویی سه مؤلفه‌ای است که هر مؤلفه دو زیرمؤلفه دارد: عاملیت (عاملیت شخصی، عاملیت الهی)، اسباب

agency, divine agency), means (material means, metaphysical means), and goal (material goal, monotheistic goal). Besides, the axis in this model is a monotheistic goal. Considering the opinions of the experts, the effectiveness of the suggested techniques on these parameters was also supported. Accordingly, the protocol of Islamic hope-therapy was compiled in the form of eight 120-minutes sessions. During those sessions, three parameters of hope, their obstacles, and the strategies for removing those obstacles and reinforcing them were stated. At the end, some suggestions for using the hope-therapy protocol were put forward.

KEYWORDS: Hope, Hope Model, Islamic Hope-Therapy.

(اسباب مادی، اسباب فرامادی)، هدف (هدف مادی، هدف توحیدی). همچنین محور در این الگو، هدفی توحیدی است. با توجه به نظر متخصصان تاثیرگذار بودن فنون پیشنهادی نیز بر این مؤلفه‌ها تأیید گردید. بر این اساس پروتکل امیددرمانگری اسلامی در ۸ جلسه گروه‌درمانی ۱۲۰ دقیقه‌ای تدوین شد. در این جلسات سه مؤلفه امید، موانع آن‌ها و راهبردهای رفع موانع و تقویت آن‌ها مطرح می‌گردد. در پایان پیشنهادهایی جهت استفاده پروتکل امیددرمانگری ارائه گردیده است.

کلید واژه‌ها: امید، الگوی امید، امیددرمانگری اسلامی.

مقدمه

روان‌پزشکان و روان‌شناسان در اواخر دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ امید را تحت عنوان تعریف کلی «انتظارات مثبت برای دستیابی به هدف» مطالعه می‌نمودند (میننجر^۱، ۱۹۵۹). این دیدگاه امید را ساختاری تک‌بعدی توصیف می‌نمود که عبارت است از: ادراک اینکه اهداف قابل تحقق هستند (ر.ک: اسنایدر، ۱۹۹۴). اما پژوهش‌های گسترده گروه پژوهشی اسنایدر و همکاران در بررسی این موضوع نشان داد که ساختار امید پیچیده‌تر از چیزی است که پیش از این توصیف می‌شد. به عبارت دیگر، آنها فرض کردند که امید دو مؤلفه هدف‌مدار مرتبط با هم و ضروری دارد: عاملیت (انگیزش فرد برای حرکت در مسیرهای تصور شده به سوی یک هدف) و مسیرها (باور به توانایی ایجاد مسیرهایی به سوی هدف‌ها) (اسنایدر، ۱۹۹۴).

تمرکز روان‌درمانگری‌های سنتی، مبتنی بر الگوی پزشکی دور کردن یا کاستن از ناامیدی بود، نه ساختن فعالانه تفکر امیدوارانه (چیونز^۳ و همکاران، ۲۰۰۶)، درحالی‌که، امید از دیرباز مؤلفه مهمی در رشد روان‌شناختی و تغییر بوده است (وایس^۴ و اسپریداکوس^۵، ۲۰۱۱). به گفته کوئینگ (۲۰۰۵) امیدواری برای بهره‌مندی از سلامت روانی ضروری است. میننجر (۱۹۵۹) معتقد بود بسیاری از

دستاوردهای روان‌درمانی را می‌توان به افزایش امید در دورهٔ درمان نسبت داد. امید پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی، شادکامی، حرمت خود و بسیاری از شاخص‌های دیگر سلامت روان است (وانک^۱ و مارسینکفسکی^۲، ۲۰۱۴). با توجه به رابطه و تأثیر امید بر افزایش بهزیستی، تحقیقات گسترده‌ای انجام شد که اثربخشی امیدواری را به‌عنوان یک عامل مقابله‌ای و محافظتی در مواجهه با بیماری‌ها و شرایط وخیم و مزمن نشان دادند.

به اعتقاد اسنایدر (۲۰۰۰) امید بالاتر با مزایایی در میان طیف گسترده‌ای از شاخص‌های پیامد درمان ارتباط دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای امید بالا، افکار مثبت بیشتر و افکار منفی کمتری دارند و خودشان را مطلوب‌تر از افراد دارای امید پایین می‌بینند (اسنایدر و همکاران، ۱۹۹۶). با توجه به این یافته‌ها، یکی از توصیه‌های درمانی اخیر برای بیماری‌های مزمن امیددرمانگری است، مانند سرطان (داگلی^۳ و همکاران، ۲۰۰۷)، فشار خون اساسی (ستوده اصل و همکاران، ۱۳۸۹)، اچ‌آی‌وی مثبت (قرلسفلو و اثباتی، ۱۳۹۰)، اسکیزوفرنی (باکلند^۴، ۲۰۱۰) و ام‌اس (توماس^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). با افزایش امید در این افراد نه تنها از تأثیر منفی بیشتر بیماری بر سلامت روان آنها کاسته می‌شود، بلکه پیشرفت‌های امیدوارکننده‌ای در زندگی‌شان ایجاد می‌شود که شرایط رشد مثبت سلامتی را فراهم می‌آورد. به عبارت دیگر، افزایش امید از یک‌سو، عاملی مقابله‌ای در مقابل تنیدگی‌های بیماری و شرایط دشوار زندگی است و از سوی دیگر، انگیزه و اشتیاق برای زندگی بهتر را از طریق شکل‌دهی رگه امید (لویز^۶ و همکاران، ۲۰۰۴) در افراد فراهم می‌آورد.

بر اساس بررسی وایس و اسپریداکوس (۲۰۱۱)، کاربرست نظریهٔ امید اسنایدر در روان‌درمانگری منجر به شکل‌گیری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای فراوان برای افزایش نظام‌مند امید در مراجعان شده است (مانند فلدمن^۷ و درهر^۸، ۲۰۱۱؛ برگ^۹ و همکاران، ۲۰۰۸؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کالاسنر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰؛ مارکوس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۹؛ پری‌توریس^{۱۲}، ۲۰۰۴). استفاده از این برنامه‌های مداخله‌ای در برخی از پژوهش‌ها تأثیر این مداخله‌ها را معنادار اما ناکافی نشان داده است (برای نمونه مادن^{۱۳} و پکنهام^{۱۴}، ۲۰۱۴؛ فلدمن و درهر، ۲۰۱۱؛ وایس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱؛ برگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶). برخی پژوهشگران در تبیین این مشکل معتقدند: ممکن

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Wnuk, M. | 2. Marcinkowski, J.T. | 3. Duggleby, W. | 4. Buckland, H.T. |
| 5. Thomas, P.W. | 6. Lopez, S.J. | 7. Feldman, D.B., | 8. Dreher, D.E. |
| 9. Berg, C.J. | 10. Klausner, E.J. | 11. Marques, S.C. | 12. Pretorius, C.J. |
| 13. Madan, S. | 14. Pakenham, K.I. | | |

است طرح درمان مشکل داشته باشد (چیونز و همکاران، ۲۰۰۶)، اما به نظر می‌رسد ممکن است مشکل به مبانی نظری الگوی درمان نیز بازگردد.

روش پژوهش

این پژوهش ترکیبی از دو روش کیفی و کمی است. در بخش کیفی برای تدوین الگوی امید از روش توصیف و تحلیل در گزاره‌های دینی (اجتهاد دانش اسلامی (فقه الحدیث)) (علی‌پور و حسنی، ۱۳۸۹) استفاده شد. در این پژوهش از دو متن قرآن و روایات معصومین علیهم‌السلام به‌عنوان دو منبع اصلی اسلامی استفاده شد. به این صورت که ابتدا آیات و روایات مربوط به امید در این منابع، با توجه به الفاظی که مفهوم امید یا ناامیدی را می‌رسانند استخراج شد. این الفاظ عبارتند از: رجاء، أمل، تمنی، انتظار، توقع، طمع، ترقب قنوط و خبیثه. سپس با کنار هم گذاشتن آنها و تشکیل خانواده حدیثی (مسعودی، ۱۳۸۹)، با استفاده از روش کیفی اجتهاد دانش دینی موضوعات مشابه تعیین شده و طبقه‌بندی منسجمی از احادیثی که به بخشی از مفهوم امید اشاره دارند به دست آمد. در ادامه مؤلفه‌های امید مشخص شدند. از یک سو، راهکارهایی که در روایات به‌عنوان روش‌های امیدافزایی مورد توجه قرار گرفته است به‌عنوان فنون درمانی استخراج گردیدند. از مؤلفه‌های امید برای مفهوم‌سازی امید از دیدگاه اسلام استفاده شد و فنون استخراج شده نیز به‌عنوان ابزارهای درمان مورد استفاده قرار گرفت. در مواردی نیز که در متون اسلامی به فن مشخصی برای افزایش امید اشاره نشده بود، از فنون موجود در رویکردهای درمان شناختی-رفتاری (CBT)، روان‌شناسی مثبت‌گرا و یا روایت‌درمانی استفاده شد. این شیوه‌تقاطی در درمان‌های مثبت‌گرای دیگر نیز وجود دارد، مانند امیددرمانگری اسنایدر که از CBT و روایت‌درمانی استفاده می‌کند و خود را محدود به فنون درمانی مثبت‌گرا نمی‌داند. از سوی دیگر، هدف از ساخت پروتکل درمانی اسلامی تغییر ساختار روانی مراجع بر اساس آموزه‌های دینی است. بنابراین، وقتی مبانی و الگوی ساخت پروتکل اسلامی باشد و فنون به کار گرفته شده نیز در چارچوب این مبانی باشد، هدف مورد نظر محقق می‌شود.

در بخش کمی، از روش توصیفی استفاده شد. در این روش از ضریب تطابق کندال و آزمون معناداری خی‌دو برای بررسی میزان تطابق و معناداری نظرات کارشناسان برای ارزیابی صحت برداشت‌های قرآنی و روایی و مطابقت فنون مطرح شده با اهداف هر جلسه استفاده شد.

جامعه آماری پژوهش در بخش کمی، افرادی بودند که در زمینه شناخت حدیث و روان‌درمانگری

خبره بودند. بدین منظور در این مرحله برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از آیات و روایات و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، به روش نمونه‌گیری در دسترس از ۴ متخصص در حوزه حدیث و روان‌درمانگری جهت اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف نظرخواهی شد. با توجه به اینکه این پروتکل میان‌رشته‌ای است، به نظر رسید که اگر متخصصانی که در مورد روایی آن نظر می‌دهند، همزمان متخصص در زمینه حدیث و روان‌درمانگری باشند مناسب‌تر خواهد بود.

از کارشناسان خواسته شد درباره برداشت‌های انجام شده از آیات و روایات داوری کنند. نمره‌گذاری به روش لیکرتی انجام شد (۱=کاملاً صحیح؛ ۲=به‌طور غالب صحیح؛ ۳=معارض نیست؛ ۴=نظری ندارم؛ ۵=معارض است). سپس از آنها خواسته شد درباره میزان تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل نظر دهند (۰=عدم تناسب تا ۵=تناسب کامل).

یافته‌های پژوهش

تعریف امید: واژه «امید» در زبان فارسی به معنای چشم‌داشت و انتظار برای چیزهای خوب و توقع نیکی از مردم و از هر چیزی است و مقابل بیم قرار می‌گیرد که به معنای انتظار شر است. همچنین امید معادل واژه رجا در زبان عربی است (دهخدا، ۱۳۷۲). راغب در مفردات، رجا را طمع و انتظار موضوعی مطلوب می‌داند که نشانه‌های ظن‌آور و روشن برای آن داریم (راغب، ۱۴۱۲ق). فراهیدی نیز در کتاب العین، رجا را ضد ناامیدی (یأس) می‌داند (فراهیدی، ۱۴۰۹ق، ص ۳۰۳). عسکری با شرح بیشتر، رجا را گمان به رخ دادن نیکی می‌داند، به گونه‌ای که در آن شک راه دارد، اما گمان به رسیدن به آن غلبه دارد (عسکری، ۱۴۰۰ق، ص ۲۳۹). بنابراین، رجا علم نیست؛ زیرا نمی‌توان گفت امید است که پیامبر وارد بهشت شود، زیرا این امری یقینی است. درحالی که می‌توان گفت امیدوارم وارد بهشت شوم؛ زیرا کاملاً مشخص نیست. در مجموع به نظر می‌رسد امید را باید از لحاظ لغوی انتظار مثبت نسبی برای رسیدن به امری مطلوب دانست.

مفهوم اصطلاحی «امید» پیچیده‌تر از مفهوم لغوی آن است. برخی اندیشمندان مسلمان امید را هیجانی مثبت می‌دانند، چنانچه نراقی آن را «انبساط سرور در دل به جهت انتظار امر محبوب» می‌داند (نراقی، بی‌تا، ص ۱۴۹). برخی دیگر آن را شناخت می‌دانند، همانند علامه طباطبائی که درباره معنای کلمه رجا در قرآن بیان می‌کند که «به معنای امید، و مظنه رسیدن به چیزی است که باعث

مسرت است» (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۲۰، ص ۴۶)، و چنانچه در کتاب اصول کافی از قول امام صادق^ع، سرباز عقل خوانده می‌شود و در مقابل آن ناامیدی مطرح می‌شود که سرباز جهل است (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۱، ص ۲۱). همچنین رفتار خوانده می‌شود از آن جهت که امید بدون عمل امید نیست (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۳۴۳؛ شریف‌الرضی، ۱۴۰۴، ص ۲۲۵) و امید بدون فراهم آوردن اسباب لازم آن آرزویی بیش نیست (مجلسی، ۱۴۰۳ق). از بُعد دیگر، امید نیروی انگیزشی است، چنانچه رسول اکرم^ص می‌فرماید: «اگر امید نبود هیچ مادری به فرزندش شیر نمی‌داد و هیچ کشاورزی درخت نمی‌کاشت» (ورام‌بن ابی‌فراس، ۱۴۱۰ق، ص ۲۱). بر اساس بُعد انگیزشی، امید منبعی از نیرو است و فرد را برای اقدام به رفتار تحریض می‌کند.

آنچه در مجموع برداشت می‌شود این است که مفهوم امید شامل تمامی موارد مذکور می‌شود. به این معنا که در فرد امیدوار هیجانی مثبت به نام امید وجود دارد، فرد امیدوار دارای این شناخت منطقی است که احتمال موفقیت او در دستیابی به هدفش وجود دارد، فرد امیدوار برای رسیدن به هدفش به اندازه کافی بالنگیزه است و فرد امیدوار برای رسیدن به هدفش تلاش کافی می‌کند.

با توجه به آنچه درباره مفهوم لغوی و اصطلاحی امید مطرح شد، می‌توان امید را انتظار منطقی برای کسب موضوعی مطلوب دانست، به این صورت که فرد برای رسیدن به آن تمام اسباب لازم را فراهم آورده است و ادامه کار را به خداوند واگذار نموده است. براین اساس، سه مؤلفه به نام هدف (موضوع مطلوب)، اسباب (داشتن ابزار، مسیر مناسب و تلاش لازم برای رسیدن به هدف) و عاملیت (داشتن انگیزه و نیروی لازم برای طی مسیر) قابل تصور است. در ادامه هر مؤلفه به تفصیل بیان می‌شود و در پایان تعریف نهایی امید، با توجه به مباحث ارائه می‌گردد.

مؤلفه‌های امید بر اساس منابع اسلامی

هدف: در نگاه کلی، هدف ممکن است موضوعاتی ساده تا موضوعاتی پیچیده را دربر گیرد؛ از موضوعاتی مادی مانند خرید خانه گرفته تا موضوعاتی معنوی مانند کسب رضایت خداوند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۲۹۴). اما در دین اسلام، توجه به اهداف اخروی به‌عنوان محور زندگی دانسته شده است (ذاریات: ۵۶؛ ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۶). در متون اسلامی تمام اهداف، خواه ساده یا پیچیده باید در راستای هدف معنوی والاّی باشد. به عبارت دیگر، وقتی می‌توان فرد را امیدوار دانست که هدف نهایی و اصیل خود را اهدافی معنوی مانند لقاء الهی (شیخ صدوق، ۱۴۱۳ق، ج ۱، ص ۴۹۲)

و کسب رحمت خداوند (بقره: ۲۱۸) قرار دهد. حضرت علی علیه السلام امیدواری را منحصر به خداوند می‌داند: هیچ بنده‌ای امیدوار نیست مگر به پروردگارش (شریف‌الرضی، ۱۴۰۴، ص ۴۸۲). در این صورت فرد حتی با طبخ غذا می‌تواند درصدد کسب رضایت خداوند است. امام صادق علیه السلام در روایتی سفارش می‌کند که اعمال خود را در دنیا با امید رستگاری در آخرت انجام دهید (ابن شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۶). اسباب: اندیشمندان اسلامی به مؤلفه‌ای که به شرایط مورد نیاز، داشتن برنامه و تلاش برای رسیدن به هدف اشاره دارد، اسباب می‌گویند. برای نمونه، علامه مجلسی در تحلیل مفهوم رجا چنین آورده است: اگر چیزی که مربوط به آینده است، به قلب تو گذشت و بر قلبت غلبه پیدا کرد، انتظار نامیده می‌شود (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۰، ص ۳۵۲). حال اگر موضوع انتظار دوست داشتنی و خوشایند باشد، لذت و نشاطی در قلب پدید می‌آید که رجا نامید می‌شود. پس رجا نشاط روح به خاطر انتظار امری دوست داشتنی است. البته این امر دوست داشتنی باید علتی داشته باشد، لذا اگر انتظار به خاطر حصول همه اسبابش باشد، نام رجا بر آن صدق می‌کند و اگر انتظاری بدون آماده بودن اسباب و همراه با تشویش باشد، نام غرور و حماقت بر آن صادق‌تر است. حضرت علی علیه السلام در کتاب شریف نهج‌البلاغه می‌فرماید: «به گمان خود ادعا می‌کند که به خدا امیدوار است! سوگند به خداوند بزرگ که دروغ می‌گوید! چگونه است حال او که امیدواریش به خداوند در عمل و کردارش نمودار نیست» (شریف‌الرضی، ۱۴۰۴، ص ۲۲۵).

همانند توجه به الهی بودن مؤلفه هدف در متون اسلامی، اسباب کسب هدف نیز دارای بُعد الهی است. به این معنا که فرد باید همواره در طول مسیر تلاش برای کسب هدف در نظر داشته باشد که تنها در صورتی موفق خواهد شد که خداوند اراده کند و حتی اگر خداوند نخواهد، در صورت موجود بودن همه شرایط موفقیت، موفقیتی کسب نخواهد شد (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۶۷، ص ۳۶۷). از سوی دیگر، اگر خواست خدا به موفقیت فرد باشد، حتی بدون شرایط مادی لازم به هدف خود خواهید رسید، زیرا اصالت با خواست خداوند است.

با توجه به توضیحاتی که داده شد، می‌توان دو نوع اسباب برای امید در نظر گرفت: اسباب مادی و اسباب فرامادی. اسباب مادی به شرایط و ابزار مادی و تلاش خود فرد اشاره دارد. مانند فردی که برای طبخ غذا نیاز به مواد اولیه، حرارت و ظرف مخصوص، دانش طبخ غذا و تلاش برای عملی ساختن آن دانش دارد. اسباب فرامادی نیز به مسبب‌الاسباب بودن خداوند اشاره دارد (ابن طاووس، ۱۴۱۱ق، ص ۴۵). علامه طباطبائی در توضیح اسباب فرامادی بیان می‌کند که انسان در هجوم

سختی اگر به وجدان خود مراجعه نماید می‌باید که امیدش قطع نشده و هنوز دل به جایی بسته است، و ممکن نیست امیدی بدون امیدوارکننده تحقق یابد (طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۱۲، ص ۳۹۴-۳۹۵). پس همین که در هنگام سختی‌ها در نهاد آدمی چیزی به نام امید هست با اینکه اسباب ظاهری همه و همه قطع شده، دلیل بر این است که مافوق همه این سبب‌های قطع شده سببی وجود دارد که زوال و فنا و سهو ندارد. از این رو، وقتی فرزندان حضرت یعقوب علیه السلام از یافتن برادران خود ناامید شدند به آنها فرمود: «يَا بَنِيَّ اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوْسُفَ وَ اَخِيهِ وَ اَلَّا تَيَّاسُوا مِنْ رُوْحِ اللّٰهِ اِنَّهُ لَا يَيَّاسُ مِنْ رُوْحِ اللّٰهِ اِلَّا الْقَوْمُ الْكٰفِرُوْنَ» (یوسف: ۸۷).

عاملیت: امید، محرک زندگی است. اگر انسان‌ها امید رسیدن به مقاصد خود را نداشته باشند انگیزه‌ای برای فعالیت و حتی زنده ماندن نخواهند داشت. پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «اگر امید نبود هیچ مادری به فرزندش شیر نمی‌داد و هیچ کشاورزی درخت نمی‌کاشت» (ورام‌بن ابی‌فراس، ۱۴۱۰ق، ص ۲۱). به این ترتیب تلاش برای رسیدن به هدف که از اسباب امید است تنها در صورتی رخ می‌دهد که فرد انگیزه و عاملیت کافی داشته باشد.

در منابع اسلامی یکی از شرایط امید، تکیه نمودن به قدرت لایزال الهی به‌عنوان عامل نتیجه‌بخش بودن اسباب است. به عبارت دیگر، امید به موفقیت وقتی صحیح تلقی می‌شود که با باور و اتکا به یاری خداوند همراه باشد. هرچند که داشتن انتظار مثبت برای رسیدن به هدف انگیزه و نیروی بالایی به فرد می‌دهد، اما فقط اگر انتظار فرد با امید به تأثیر اسباب فرامادی همراه باشد، مورد قبول واقع می‌شود. عاملیت به انتظار و انگیزه پیشرفت فرد اشاره دارد. بخشی از مؤلفه عاملیت که مربوط به انتظار موفقیت با توجه به توانمندی شخصی است را عاملیت شخصی نام گذاشتیم. برای بخش دیگر نیز که شخص خداوند را تکیه‌گاه امید خود قرار می‌دهد عنوان عاملیت الهی را پیشنهاد کردیم. عاملیت شخصی بدون توجه به عاملیت الهی نوعی شرک تلقی می‌شود. آنچه توصیه می‌شود این است که فرد توانمندی‌اش را پرتویی از قدرت الهی بداند (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۹۱، ص ۹۶؛ طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۱۵۶؛ کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۱۴۸).

عاملیت الهی در زبان عامه مردم با عباراتی مانند «انشاءالله موفق خواهیم شد»، «خداوند کمکم می‌کند» و «اگر خدا بخواهد هیچ کس نمی‌تواند مانعم شود» آشکار می‌شود. عاملیت شخصی را نیز با عباراتی مانند «فکر می‌کنم می‌توانم»، «می‌توانم این کار را انجام دهم» و «متوقف نخواهم شد» می‌شناسیم (صالحی، ۱۳۹۳، ص ۱۶۸). البته همان‌گونه که گفته شد، از آنجاکه در دیدگاه اسلامی

اصالت با عاملیت الهی است (جان بزرگی، ۱۳۹۴)، عاملیت شخصی در ارتباط با آن معنا پیدا می‌کند. **الگوی امید:** با توجه به آنچه ذکر شد الگوی امید در اسلام دارای سه مؤلفه است که هر مؤلفه دو زیرمؤلفه دارد (شکل ۱).

هدف

هدف توحیدی: در نظر گرفتن رضایت خداوند به عنوان نقطه پایانی.

هدف مادی: داشتن اهدافی مادی برای پیگیری.

عاملیت

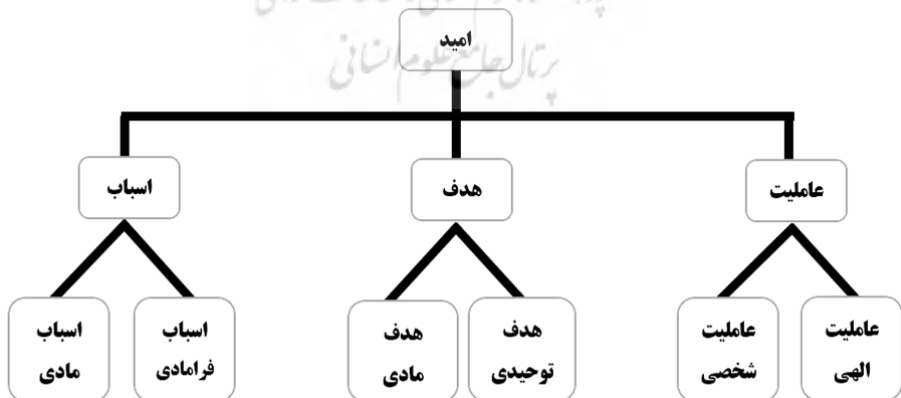
عاملیت الهی: انتظار کسب هدف به واسطه تکیه بر قدرت الهی.

عاملیت شخصی: انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی.

اسباب

اسباب فرامادی: توجه به اصالت خواست خداوند در عمل کردن و طی کردن مسیر برای رسیدن به اهداف توحیدی.

اسباب مادی: داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی برای رسیدن به هدف.



شکل ۱. الگوی امید در اسلام

به نظر می‌رسد تعریف مفهوم امید بر اساس مؤلفه‌های آن تعریفی جامع و مناسب باشد. بنابراین، امید را می‌توان حالت هیجانی مثبتی دانست که شامل سه مؤلفه می‌شود: الف. انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی (عاملیت شخصی) به واسطه تکیه بر توانمندی الهی (عاملیت الهی)؛

ب. داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی (اسباب مادی) برای رسیدن به هدف با توجه به اصالت خواست خداوند (اسباب فرامادی)؛ ج. در نظر گرفتن رضایت خداوند (هدف توحیدی) حتی برای اهداف دارای مصلحت مادی (هدف مادی).

البته همان‌طور که در بیان مؤلفه‌ها و تعریف امید مشخص شد، در این تعریف مؤلفه هدف‌محور دو مؤلفه دیگر است (شکل ۲). با توجه به این اصل، در شکل ۲ الگوی انتخابی پژوهش جهت استفاده در ساخت پروتکل درمانی ارائه شده است. در این الگو که با نیاز فطری انسان به رشد و کمال آغاز می‌شود، فرد برای برآوردن نیاز خود باید اهدافی توحیدی تعیین کند. برای رسیدن به اهداف دو مسیر وجود دارد؛ در یک مسیر فرد با تعیین اهداف مادی به‌عنوان واسطه برای رسیدن به اهداف توحیدی تلاش می‌کند. اما گاهی خواست خداوند این است که اهداف توحیدی بدون واسطه‌ای مادی یا از مسیری بجز مسیر تلاش فرد محقق شوند. در این مسیر مستقیم فرد با اتکا به عاملیت الهی از اسباب فرامادی کمک می‌گیرد. از سوی دیگر، گاهی تحقق اهداف توحیدی که در اینجا کامیابی اخروی نامیده می‌شود، از مسیر مستقیم عبور می‌کند و گاهی غیرمستقیم؛ در مسیر غیرمستقیم، لازم است از نیرو و توان شخصی و از اسباب مادی که به ترتیب تابعی از نیروی الهی (عاملیت الهی) و اسباب فرامادی هستند بهره برد. اما گاهی اسباب مادی و عاملیت شخصی پاسخ‌گو نیست و فقط تکیه کردن بر نیروی الهی و یاری‌جویی از خداوند کفایت می‌کند. این موارد به اصطلاح «مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ» نامیده می‌شوند. پیکان‌های رفت و برگشت میان اسباب فرامادی و عاملیت الهی و همچنین میان اسباب مادی و فرامادی نشان‌دهنده تأثیر متقابل آنها بر یکدیگر است. به این ترتیب که یاری‌جویی از اسباب فرامادی باعث احساس نیرومندی فرد به واسطه توجه به خداوند می‌شود و از سوی دیگر، پناه بردن به نیروی الهی باعث تأثیر بیشتر اسباب فرامادی بر پیشبرد هدف می‌شود. به همین قیاس، احساس توانمندی شخصی به پیگیری بیشتر مسیر منجر شده و پیشرفت در مسیر به افزایش انگیزه فرد کمک می‌کند. بنابراین، محور در این الگو، اهداف است و دو مؤلفه عاملیت (الهی و شخصی) و اسباب (فرامادی و مادی) در خدمت تحقق آن هستند.

موانع و راهبردها

با توجه به یکی از اهداف پژوهش که تدوین پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر آموزه‌های اسلامی است،

لازم بود به آسیب‌شناسی امید و راهبردهای تقویت آن بر اساس متون اسلامی پرداخته شود. مواردی را که به یکی از مؤلفه‌های سه‌گانه امید آسیب می‌زند مانع می‌نامیم. منظور از راهبردها نیز دو قسم است: الف. راهبردهایی برای رفع موانع؛ ب. راهبردهایی برای افزایش امید.

الف. موانع و راهبردهای اهداف

چنانچه بیان شد، دو هدف توحیدی قابل‌استخراج از متون دینی لقاء الهی و دریافت رحمت از سوی خداوند است. برای دستیابی به این دو هدف چند مانع و راهبری ذکر شده است:

عمل برای غیر خدا (کهف: ۱۱۰)؛ رضایت به زندگی دنیا (یونس: ۷)؛ اعتماد و تکیه به دنیا (یونس: ۷)؛ غفلت از مرگ و آخرت (برقی، ۱۳۷۱، ج ۱، ص ۳۱۱)؛ دنیاطلبی (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۳۲۰).

راهبردهای مطرح برای رفع موانع اهداف و کسب آنها عبارتند از:

مطابقت با واقع بودن هدف (حجر: ۵۵) به فرد کمک می‌کند که تنها اهداف الهی را دنبال کند و از عمل برای غیر خدا اجتناب کند. همچنین توجه به پایدار بودن هدف (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۴۵، ص ۵) راهبردی برای رویگردانی از اهداف ناپایدار دنیوی و در نتیجه، احتراز از رضایت و اعتماد به دنیا و توجه و گرایش به آخرت است.

دو راهبرد تساوی احتمال موفقیت و شکست در کسب هدف (ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴) و خوشایندی و فایده‌بخشی هدف (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۲۶۹) نیز راهبردهایی برای تقویت احتمال کسب هدف هستند.

ب. موانع و راهبردهای اسباب

در ادبیات دینی به دو نوع مانع برای اسباب امید اشاره شده است:

موانع برون‌زاد: موانعی که شخص بر آنها تسلط ندارد و خارج از اراده او هستند. منع توسط دیگران (ابن‌شهر آشوب، ۱۳۷۹، ج ۳، ص ۲۴۷)؛ مشکلات (بلاها) (ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۲۱۳).

موانع درون‌زاد: موانعی که خود فرد عامل به وجود آورنده موانع مسیر خود است. فقدان تلاش (شیراف‌الرضی، ۱۴۰۴، ص ۲۲۵)؛ ورود به مسیر اشتباه (مانند گناه کردن و تکیه به غیرخدا) (شیخ صدوق، ۱۴۰۳ق، ص ۲۷۰).

راهبردهای مقابله با موانع اسباب

راهبردهایی مانند صبر (هود: ۱۱-۹)، ارزیابی خیرگرا (نساء: ۱۹)، انتظار کشیدن برای موانع (بقره:

(۲۱۴)، توجه به موفقیت‌های گذشته (آل عمران: ۱۲۳ و ۱۲۴؛ طباطبائی، ۱۳۷۴، ج ۴، ص ۹) و تنظیم رغبت به دنیا (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۷۱) به فرد کمک می‌کنند مصائب طی نمودن مسیر اهداف را تحمل نماید. یاری جویی از اسباب فرامادی (شیخ صدوق، ۱۴۰۳ق، ص ۴) راهبردی برای مقابله با موانع خارج از کنترل فرد است. دو راهبرد بازگشت از مسیر اشتباه (کفعمی، ۱۴۱۸ق، ص ۴۱) و تلاش وافر (تمیمی آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۶۳۸) نیز به رفع موانع درون‌زاد کمک می‌کنند.

برخی از راهبردها نیز برای تقویت اسباب معرفی شده است. مانند توصیه به کمک به دیگران برای کسب اهداف مشابه با اهداف خود (حرعاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۱، ص ۳۱۷)، الگو قرار دادن پیامبر اکرم ﷺ (احزاب: ۲۱) و توجه به پیامدهای اهداف انتخاب شده (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۱۹).

ج. موانع و راهبردهای عاملیت

با توجه به تعریف عاملیت، شخصی که منحصرأ خودش یا افراد دیگر را عامل موفقیت بداند، دارای نقص در عاملیت الهی است. سه مانع عاملیت عبارتند از:

مانع شناختی: شناخت ناکافی از خداوند، مانند عدم توجه به قادر متعال بودن خدا؛

مانع رفتاری: عدم انجام دستورات الهی، که در واقع ناشی از نقص در شناخت خداوند است؛

مانع عاطفی- هیجانی: ناامیدی و احساس منفی نسبت به خداوند که باید تکیه‌گاه فرد در تمام امور باشد.

مورد سوم نیز پیامد مانع اول است. از این‌رو، سه راهبرد زیر قابل ارائه برای رفع این سه مانع است:

الف. راهبرد شناختی: شناخت و آگاهی نسبت به ویژگی‌های تکیه‌گاه است (عنکبوت: ۲۳)؛

ب. راهبرد رفتاری: دو راهبرد رفتاری در قبال تکیه‌گاه امید وجود دارد: انجام عمل مطابق با

خواست تکیه‌گاه (بقره: ۲۱۸)، تکیه نکردن به غیر (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۱۴۸)؛

ج. راهبرد عاطفی- هیجانی: منظور از راهبرد عاطفی- هیجانی داشتن انتظار مثبت از تکیه‌گاه

است، یعنی تقویت احساس مثبت به سبب داشتن تکیه‌گاهی امن، پاسخ‌گر، در دسترس و نیرومند (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۲).

بررسی محتوای پروتکل پیشنهادی

در این مرحله، برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از آیات و روایات و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، از ۴ متخصص در حوزه حدیث و روان‌درمانگری جهت

اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها به ترتیب ۱/۳۸ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱ = کاملاً صحیح تا ۵ = معارض است) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید صحت برداشت‌ها است. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب ۴/۷۵ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰ = عدم تناسب تا ۵ = تناسب کامل) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف است.

برای بررسی میزان توافق بین نظرات کارشناسان در زمینه روایی محتوایی، یعنی صحت برداشت‌های قرآنی و روایی و مطابقت فنون مطرح شده با اهداف هر جلسه از ضریب تطابق کندال و آزمون معناداری خی‌دو استفاده شد.

جدول ۱. ضریب تطابق کندال میان ارزیابان برای برداشت‌های قرآنی و روایی

۵۵	تعداد گویه‌ها
۰/۰۶	ضریب تطابق کندال
۱۰/۴۷	مجذور کای
۳	درجه آزادی
۰/۰۱۵	سطح معناداری

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان موافقت ارزیابان با برداشت‌های قرآنی و روایی با ضریب $W=0/06$ و $P=0/015$ تطابق وجود دارد. بنابراین روایی محتوایی تأیید می‌شود.

جدول ۲. ضریب تطابق کندال میان ارزیابان برای مطابقت فنون با اهداف جلسات پروتکل

۳۴	تعداد گویه‌ها
۰/۱۴۵	ضریب تطابق کندال
۱۴/۷۹	مجذور کای
۳	درجه آزادی
۰/۰۰۲	سطح معناداری

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین نظرات کارشناسان در زمینه میزان تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل با ضریب $W=0/145$ و $P=0/002$ تطابق وجود دارد. بنابراین روایی محتوایی تأیید می‌شود.

پروتکل امیددرمانگری اسلامی

در این قسمت، با توجه به تأیید مؤلفه‌ها، راهبردها و موانع امید در متون اسلامی توسط متخصصان دینی (جدول ۱) و با توجه به تأیید اهداف و فنون پیشنهادی برای جلسات هشت‌گانه توسط متخصصان روان‌درمانگری (جدول ۲)، پروتکل امیددرمانگری اسلامی تدوین گردید، که در ادامه ساختار و محتوای جلسات آن به تفصیل بیان می‌شود. اما پیش از بیان پروتکل، توجه به پیش‌فرض‌های اختصاصی امیددرمانگری ضروری است. برای اجرای هر بسته درمانی، علاوه بر نیاز به برخی از پیش‌فرض‌های عمومی، با توجه به مبانی نظری خاص آن رویکرد نیاز به پیش‌فرض‌هایی اختصاصی نیز وجود دارد. در اینجا پیش‌فرض‌های اختصاصی با عنوان ملاک‌های ورود برای مشارکت کنندگان در امیددرمانگری اسلامی مطرح می‌شود.

ملاک‌های مربوط به مراجع:

- مراجعین باور اجمالی به مبانی اسلامی داشته باشند. البته با توجه به اینکه در الگوی امید اسلامی (شکل‌های ۱ و ۲) هدف نهایی و محور اصلی، لقاء الهی و خشنودی اخروی خداوند است، توجه ویژه به باور به آخرت مورد تأکید است؛

- باور به وجود زندگی پس از مرگ و آخرت؛

- باور به اصالت آخرت و اینکه دنیا مقدمه‌ای برای ورود به آخرت است؛

- باور به اینکه کمال نهایی انسان در آخرت تحقق می‌یابد. *ان مات فزنی*
 ملاک‌های مربوط به امیددرمانگر:

- درمانگر باور زبانی و عملی به مبانی اسلامی مذکور داشته باشد. در غیر این صورت نمی‌تواند از توصیه‌های دینی استفاده کند.

- درمانگر مطابق با الگوی ارائه شده فردی امیدوار باشد تا بتواند منتقل‌کننده امید به مراجعین باشد. در این

نوع درمان چون مبتنی بر حمایت اجتماعی است، حمایت درمانگر از اعضای گروه ضرورت دارد. بنابراین، باید درمانگر خود از امید کافی برخوردار باشد تا بتواند فردی امیدبخش برای گروه باشد (مگیار-مو، ۲۰۰۹)؛

- درمانگر آشنایی کافی با مباحث عمیق اسلامی در حوزه کلام اسلامی، به ویژه خداشناسی و

معادشناسی داشته باشد تا برای پاسخ به پرسش‌های دینی مراجعین آمادگی داشته باشد.

محتوا و ساختار و نحوه اجرا

پس از مشخص شدن مؤلفه‌های امید و همچنین موانع و راهبردهایی که در آیات و روایات به‌عنوان روش‌های

امیدافزایی مورد توجه قرار گرفته است، مباحث آموزشی و فنون درمانی استخراج گردیدند. همچنین تکالیفی برای تقویت مطالب و فنون آموزش داده شده تدوین گردید. از مؤلفه‌های امید برای مفهوم‌سازی امید از دیدگاه اسلام استفاده شد و فنون استخراج شده نیز به‌عنوان ابزارهای درمان مورد استفاده قرار گرفت. در مواردی نیز که در متون اسلامی به فن مشخصی برای افزایش امید اشاره نشده بود، از فنون موجود در رویکرد درمان شناختی- رفتاری، روان‌شناسی مثبت‌گرا و یا روایت درمانگری^۱ استفاده شد.

پروتکل درمانی که در قالب گروهی طراحی شد، دارای ۸ جلسه ۲ ساعته است، و هر جلسه (بجز جلسه اول و آخر) چهار بخش دارد. بخش اول که در حدود ۲۰ دقیقه طول می‌کشد به بحث درباره فعالیت‌های هفته گذشته شرکت‌کنندگان اختصاص می‌یابد. در طول این مدت تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شود و شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند که به یکدیگر در مورد مشکلات تکلیف کمک کنند. در بخش دوم که در حدود ۳۰ دقیقه طول می‌کشد به آموزش و بحث گروهی با افراد گروه درباره مطالب آموزشی پرداخته می‌شود. در این بخش هر هفته به شرکت‌کنندگان یک مهارت جدید مربوط به امید آموخته می‌شود. این مهارت‌ها در سه طبقه کلی جای می‌گیرند: ۱. مؤلفه هدف، شامل اهداف مادی و توحیدی؛ ۲. مؤلفه اسباب، شامل اسباب مادی و اسباب فرامادی؛ ۳. مؤلفه عاملیت شامل عاملیت الهی و عاملیت شخصی. بخش سوم که در حدود ۵۰ دقیقه به طول می‌انجامد صرف بحث درباره شیوه‌های کاربست این مهارت‌ها در زندگی شرکت‌کنندگان می‌شود. شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند که مشکلاتی را مطرح نموده و یکدیگر را برای استفاده از مهارت‌های امید برای حل آنها یاری نمایند. در طول این بخش درمانگر از فرایند گروه حمایت نموده و همزمان بر بحث پیرامون موضوعاتی که به مهارت‌های امید مربوط است تمرکز می‌کند. سرانجام، ۱۰ دقیقه آخر هر جلسه به تعیین کار فردی هفته آتی اختصاص می‌یابد. هر هفته از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود تکلیفی را که برای کمک به آنها جهت به کار بستن مهارت‌های امید در زندگی روزمره طراحی شده است انجام دهند. در آغاز گروه، از هر شرکت‌کننده خواسته می‌شود که هدف خاصی را برای کار کردن در طول دوره اجرای پروتکل انتخاب کند، و به مرور مهارت‌های آموخته شده هر جلسه را درباره آن هدف به کار بندد. پس از پایان جلسات اصلی، دو جلسه با فواصل ۲ و ۴ ماه به‌عنوان جلسات یادآوری برگزار می‌شود. هدف از برگزاری این جلسات،

استحکام مطالب آموخته‌شده در جلسات اصلی و حفظ تغییرات رخ داده در مراجعین است. در جدول ۳ به صورت اجمالی اهداف جلسات، محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه مطرح شده است.

جدول ۳. پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر اساس منابع اسلامی

تکلیف	محتوای آموزشی	اهداف جلسه
نوشتن فهرست اهدافی در حوزه‌های مختلف زندگی با توجه به سعادت و رتبه‌بندی آنها	بیان چرخه امید و ناامیدی در بیماری ام‌اس و مؤلفه‌های امید از دیدگاه اسلام و چهار ویژگی هدف (رتبه‌بندی چند هدف در چند حوزه زندگی با توجه به سعادت اخروی)	۱. معرفی الگوی امید در اسلام و ویژگی‌های هدف مناسب
تنظیم فهرست اهداف بر اساس رضایت خداوند، چالشی بودن و سودمندی	آموزش تعیین اهداف با توجه به رضایت خداوند، چالشی‌برانگیز بودن و سودمندی	۲. روش‌های تعیین اهداف مناسب
تنظیم مجدد فهرست اهداف بر اساس محدودیت عمر، عینی‌سازی، گرایشی بودن و داشتن خرده‌اهداف	قابل‌دسترس نمودن اهداف با توجه به محدودیت عمر، عینی‌سازی اهداف، تعیین اهداف در چارچوب گرایشی و تعیین خرده‌اهداف	۳. روش‌های تعیین اهداف مناسب
تمرین‌هایی برای افزایش انگیزه با استفاده از افزایش وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد نسبت به تکیه‌گاه	آموزش عاملیت شخصی، عاملیت الهی به عنوان تکیه‌گاه مطمئن، ویژگی‌های تکیه‌گاه و وظایف شناختی، رفتاری و عاطفی فرد تکیه‌کننده	۴. نیرومند شدن و بالنگیزه ماندن برای دنبال کردن اهداف
توجه به ویژگی‌های اسباب فرامادی، یاری‌جویی از خدا، انجام/ ترک اعمال متناسب/مخالف با هدف، کمک به دیگران برای اهداف مشابه، داشتن چند مسیر، تجسم ذهنی طی کردن گام‌ها و رسیدن به هدف	آموزش اسباب مادی و فرامادی امید با استفاده از معرفی شش راهبرد	۵. آموزش مؤلفه قدرت مسیر امید
انتخاب مسیر جایگزین، دور زدن مانع، یاری‌جویی از خدا، انتظار کشیدن برای موانع، لذت بردن از خود فرایند پیگیری هدف	آموزش موانع درون‌زاد و برون‌زاد مسیر و روش‌های مقابله با آنها (مقابله‌های مسئله‌مدار و هیجان‌مدار)	۶. مقابله با موانع هدف
پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا	آموزش مفهوم صبر و معرفی دو راهبرد پذیرش بنیادین و ارزیابی خیرگرا	۷. مقابله با موانع هدف
-	شیوه‌های اجتناب از وقوع عود و تبدیل لغزش به عود، تکمیل پرسش‌نامه‌ها	۸. آموزش لغزش و عود

با توجه به اثربخشی پروتکل امیددرمانگری اسنایدر در پژوهش‌های پیشین (اسنایدر و لویز، ۲۰۰۷)، سعی شد در ساخت پروتکل اسلامی از مزایای آن، که تعارضی با رویکرد اسلامی ندارد استفاده شود. برای نمونه، از برخی فنون که در آن پروتکل استفاده می‌شود، در این پروتکل نیز استفاده شد. یکی از مزیت‌های پژوهشی این کار مشابه‌سازی بیشتر دو پروتکل و در نتیجه مقایسه‌پذیرتر کردن دو نوع مداخله در پژوهش‌های تجربی است.

بحث و نتیجه‌گیری

سؤال‌های پژوهش عبارتند از:

- الگوی امید بر اساس منابع اسلامی از چه مؤلفه‌های مفهومی تشکیل شده و ویژگی‌های آن کدام است؟

- پروتکل امیددرمانگری بر اساس منابع اسلامی دارای چه ساختار و محتوایی است؟

همچنان که یافته‌های نظری از آیات و روایات نشان دادند، می‌توان الگویی سه مؤلفه‌ای برای امید از دیدگاه اسلام تدوین نمود و بر اساس این الگو و سایر یافته‌ها می‌توان به‌عنوان مواد مقدماتی برای تدوین یک پروتکل درمانی استفاده نمود. بدین ترتیب می‌توان با تدوین مطالب آموزشی درباره مؤلفه‌های امید و همچنین تدوین راهبردهای امیدافزا در ساختاری که در پروتکل‌های روان‌درمانگری معمول است، یعنی آموزش روانی، بحث گروهی و تکالیف بین جلسات یک پروتکل امیددرمانگری بر اساس منابع اسلامی ساخت. به ویژه اینکه چهار متخصص حوزه مباحث روان‌شناختی - اسلامی به‌اتفاق صحت استنباط‌های انجام شده از روایات، مطابقت فنون ارائه شده در پروتکل با اهداف جلسات که متخذ از استنباط‌های مذکور است و قابلیت اجرای جلسات را تأیید نمودند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، مؤلفه‌های سه‌گانه امید و زیرمؤلفه‌های آنها عبارتند از: ۱. عاملیت (عاملیت شخصی، عاملیت الهی)؛ ۲. اسباب (اسباب مادی، اسباب فرامادی)؛ ۳. هدف (هدف مادی، هدف توحیدی). همچنین در این الگو، محور، هدفی توحیدی است. تعریف امید نیز بر اساس رویکرد اسلامی عبارت است از: حالت هیجانی مثبتی که شامل سه مؤلفه می‌شود: الف. انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی (عاملیت شخصی) به‌واسطه تکیه بر توانمندی الهی (عاملیت الهی)؛ ب. داشتن مسیر مشخص و تلاش کافی (عاملیت شخصی) برای رسیدن به هدف با توجه به اصالت خواست خداوند (اسباب فرامادی)؛ ج. در نظر گرفتن رضایت خداوند (هدف توحیدی) حتی برای اهداف مادی (هدف مادی).

پژوهش‌هایی نیز در چند سال اخیر در تحلیل متون اسلامی، همسو با این پژوهش مؤلفه‌های مشترکی را برای امید یافتند و به برخی از موانع و راهبردهای مطرح در این پژوهش اشاره نمودند (خلیلیان شلمزاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ پرچم و همکاران، ۱۳۹۰؛ بهشتی و همکاران، ۱۳۸۹؛ خاکپور و همکاران، ۱۳۹۲) که مواد مقدماتی پروتکل امیددرمانگری اسلامی هستند.

چنانچه اشاره شد، یافته دیگر ساخت پروتکل امیددرمانگری اسلامی بود. این پروتکل شامل ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای است. هر جلسه شامل آموزش مهارت‌هایی درباره مؤلفه‌های سه‌گانه امید، بحث گروهی

درباره مهارت‌های آموزش داده شده و ارائه تکلیف فردی برای فاصله دو جلسه است (جدول ۴). وجود پژوهش‌های فراوان که رابطه عمل به توصیه‌های اسلامی را با جنبه‌های مختلف سلامت روان تأیید می‌کنند نیز نشان‌دهنده وجود متغیرهای درمان‌بخش در محتواهای دینی است که ظرفیت بالقوه اسلام را برای طراحی برنامه‌ای درمان‌گرانه نشان می‌دهند (مانند انجام مناسک حج (احمدی و هراتیان، ۱۳۹۱)؛ صبر بر مصیبت (امیری، ۱۳۹۱)؛ خودمهارگری (رفیعی‌هنر، ۱۳۹۰)؛ خوش‌بینی (حسینی و همکاران، ۱۳۹۰)؛ قدردانی (سالاروند، ۱۳۹۱)). پژوهش‌های دیگری نیز همسو با پژوهش کنونی و با همین شیوه موفق شدند پس از تدوین الگوی مفهومی اسلامی درباره متغیرهای مختلف روان‌شناختی، برنامه‌های درمانی اسلامی طراحی کنند (مانند درمان تنظیم رغبت بر اساس زهد اسلامی (عبدی، ۱۳۹۴)؛ درمان شناختی- رفتاری وسواس با رویکرد اسلامی (انصاری، ۱۳۹۵)؛ زوج‌درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر متون اسلامی (سالاری‌فر و همکاران، ۱۳۹۲)؛ مداخله بر اساس برنامه اسلامی- روان‌شناختی در سطح والدین (مهکام و دادستان، ۱۳۸۸)؛ پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری (نوفروستی و پسندیده، ۱۳۹۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزه‌های اسلامی با توجه به عنایت خاصی که به سلامت جسم و روان انسان‌ها دارند (یونس: ۵۷؛ اسراء: ۸۲؛ رعد: ۲۸)، ظرفیت استخراج برنامه‌ها و راهبردهایی برای ارتقاء سلامت روان افراد دارند. در بسیاری از موارد این راهبردها تصریح شده‌اند، مانند توصیه به تساوی بیم و امید (ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴) و در موارد دیگر قابل برداشت هستند.

در زمینه چگونگی تأثیرگذاری پروتکل امیددرمانگری اسلامی بر مراجعان چند احتمال می‌توان مطرح نمود که در پژوهش‌های آتی قابل بررسی است. نخست اینکه، اعتماد به دین و ریشه‌های عمیق آن در رفتار افراد جامعه ما موجب می‌گردد که به هنگام ارائه درمانگری با جهت‌گیری دینی، رفتارها و شیوه‌های مقابله‌ای برای افراد، مانوس‌تر جلوه کند و همین امر پذیرش آن را آسان‌تر نموده و مقاومت‌ها را نسبت به تغییر از بین می‌برد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷). از این رو، ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی افراد ایفا نموده و مهارت‌های ایمانی مانند ذکر و درگیری در فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی باعث تغییرات خلقی و رفتاری مطلوب می‌گردد (یعقوبی و همکاران، ۱۳۹۱).

علاوه بر تأثیر پروتکل درمانی به سبب وجود جهت‌گیری دینی در آن، توجه به تأثیرگذاری مؤلفه‌های مختلف دینداری که در محتوای جلسات گنجانده شده است نیز حائز اهمیت است. مؤلفه محوری در الگوی امید بر اساس منابع اسلامی، هدف است. پژوهش‌های بسیاری نقش واسطه‌ای

هدف در زندگی را در رابطه جهت‌گیری دینی با شادکامی و سایر عواطف مثبت تأیید نموده‌اند (سیلیک^۱ و کتکارت،^۲ ۲۰۱۴).

تبیین دیگر مربوط به مفهوم دلبستگی ایمن است. افزایش احساس دلبستگی ایمن افراد با فراهم آوردن پایگاهی ایمن به نام اسباب فرامادی، کمک می‌کند فرد با آرامش بیشتری به اهداف دنیوی خود بپردازد و نگرانی کمتری داشته باشد. فرد معتقد مسلمان با باور و آگاهی از اینکه هیچ‌گاه تنها نیست و همواره خداوند قادر متعال کمک‌کننده اوست و همواره در دسترس است («اینما تولوا فثم وجه الله» (بقره: ۱۱۵)؛ «تحن اقرب الیه من حبل الوریث» (ق: ۱۶))، نگرانی و اضطراب کمتری نسبت به آینده و احساس غمناکی کمتری نسبت به فقدان‌های زمان حال دارد. یکی از آموزش‌های جلسات امیددرمانگری به مرور ویژگی‌های اسباب فرامادی و عاملیت الهی اختصاص دارد که به نظر می‌رسد کارکرد بالایی در ایجاد دلبستگی نسبت به خداوند و در نتیجه، افزایش احساس بهزیستی داشته باشد. برخی از پژوهش‌ها حاکی از این هستند که پیروی از دین به دلایل مختلف اتفاق می‌افتد. یکی از این دلایل بالا بردن قدرت تسلط بر رخداد‌های زندگی است (اسپیلکا و همکاران، ۲۰۰۳). عمل به توصیه به آخرت‌محوری بر اساس اصالت و ارزش آن توسط افراد باعث بالا رفتن قدرت معنوی می‌شود. وقتی دنیا مطابق با تمایل ما نیست دچار احساس ناامنی و رهاشدگی می‌شویم. اما وقتی این معنا که دنیا موقت است و همه چیز را باید در آخرت جست و اینکه با باور به آخرت و عمل در راستای رسیدن به آن کامیابی در دست خودمان است (چنانچه وعده حتمی خداوند است (زم: ۲۰)) احساس قدرت معنوی فراوان می‌کنیم. احساس قدرت نیز به نوبه خود باعث احساس بهتر خواهد شد.

سرانجام به نظر می‌رسد مجهز شدن به فنون مقابله‌ای از دیگر عوامل مؤثر در افزایش سلامتی افراد شرکت‌کنندگان در این نوع درمان شود. داشتن ابزارهایی از جمله مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار (مانند، دعا کردن و ارزیابی خیرگرا) که در پروتکل پیشنهاد شده است به افزایش تحمل مشکلات کمک نموده و در نتیجه، به کاهش هیجان‌های منفی کمک می‌کند. برای نمونه، در ارزیابی خیرگرا وجود موانع تبدیل به فرصتی برای افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و افزایش رضامندی از زندگی می‌شود (ر.ک: پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱).

منابع

- ابن بابویه، محمد بن علی (شیخ صدوق) (۱۴۰۳ق)، معانی الأخبار. محقق / مصحح: علی اکبر غفاری، قم: جامعه مدرسین.
- ابن بابویه، محمد بن علی (شیخ صدوق) (۱۴۱۳ق)، من لا یحضره الفقیه، محقق / مصحح: علی اکبر غفاری، قم: جامعه مدرسین.
- ابن شعبه حرانی، حسن بن علی (۱۴۰۴ق)، تحف العقول، تحقیق علی اکبر غفاری، قم: مؤسسه النشر الاسلامی.
- ابن شهر آشوب مازندرانی، محمد بن علی (۱۳۷۹)، مناقب آل ابی طالب □، قم: علامه.
- ابن طاووس، علی بن موسی (۱۴۱۱ق)، مهج الدعوات و منهج العبادات، محقق / مصحح: ابوطالب کرمانی و محمدحسن محرر، قم: دارالذخائر.
- احمدی، محمدرضا و هراتیان، عباس علی (۱۳۹۱)، «اثربخشی مناسک عمره مفرده بر شادکامی و سلامت روانی»، روان‌شناسی و دین، شماره ۱۹، ص ۴۱-۶۲
- اسپیکلا، برنارد؛ هود، رالف دلبیو؛ هونسبرگر، بروس و گرساچ، ریچارد (۲۰۰۳)، روان‌شناسی دین بر اساس رویکرد تجربی، ترجمه محمد دهقانی (۱۳۹۰)، تهران: رشد.
- امیری، حسین (۱۳۹۱)، «تشنه‌شناسی صبر بر مصیبت با تکیه بر منابع اسلامی»، معرفت اخلاقی، سال سوم، شماره ۴، ص ۵۵-۷۴.
- انصاری، حسن (۱۳۹۵)، طراحی روش درمان شناختی- رفتاری با رویکرد اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی- رفتاری آبرامویتز بر مبتلایان به OCD، پایان‌نامه دکتری، رشته روان‌شناسی عمومی، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- برقی، احمد بن محمد (۱۳۷۱)، المحاسن، قم: دارالکتب الاسلامیه.
- بهشتی، سعید؛ خاری آرانی، مجید و علی‌اکبرزاده آرانی، زهرا (۱۳۸۹)، «معنا و مؤلفه‌های امیدواری در متون اسلامی و روان‌شناسی مثبت‌گرا»، دانشور رفتار، تربیت و اجتماع، شماره ۴۵، ص ۱۵۰-۱۷۰.
- پرچم، اعظم؛ فاتحی‌زاده، مریم و محققیان، زهرا (۱۳۹۰)، «بررسی تطبیقی نایمدی در نظریه اسنایدر و قرآن کریم»، مطالعات اسلامی: علوم قرآن و حدیث، سال سوم، شماره ۸۷، ص ۸۰-۱۰۸.
- پسندیده، عباس؛ گلزاری، محمود و براتی سده، فرید (۱۳۹۱)، «پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام»، روان‌شناسی دین، شماره ۴، ص ۸۵-۱۰۴.
- تمیمی آمدی، عبدالواحد بن محمد (۱۴۱۰)، غررالحکم و دررالکلم، قم: دارالکتاب الاسلامی.
- جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۷)، «بررسی اثربخشی روان‌درمانگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب و تئیدگی»، مجله روان‌شناسی، سال دوم، شماره ۸، ص ۳۴۵-۳۵۰.
- حرعاملی، محمد بن حسن (۱۴۰۹ق)، وسائل الشیعه، محقق / مصحح: مؤسسه آل‌البیت ☞، قم: مؤسسه آل‌البیت ☞.
- حسینی، رمضان علی؛ احمدی، محمدرضا و میردریکوندی، رحیم (۱۳۹۰)، «بررسی رابطه بین خوش‌بینی اسلامی، خوش‌بینی آموخته‌شده سلینگمن و امنیت روانی»، روان‌شناسی و دین، سال چهارم، شماره ۴، ص ۷۵-۱۰۲.
- خاکپور، حسین؛ حسومی، ولی‌الله؛ گلی، مهرناز و ایرانمنش، اسماء (۱۳۹۲)، «کارکردهای تربیتی امید و نقش آن در سلامت روان از دیدگاه قرآن»، اخلاق زیستی، شماره ۱۰، ص ۵۹-۹۰.
- خلیلیان شلمزاری، محمود؛ جندقی، غلام‌رضا و پسندیده، عباس (۱۳۹۲)، «ساخت و روایی سنجی مقیاس امید بر اساس منابع اسلامی»، روان‌شناسی و دین، سال ششم، شماره ۱، ص ۵۹-۷۶.
- دهخدا، علی اکبر (۱۳۷۲)، لغت‌نامه دهخدا، زیر نظر محمد معین و جعفر شهیدی، تهران: دانشگاه تهران.
- راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲ق)، مفردات ألفاظ القرآن، محقق / مصحح: داوودی، صفوان عدنان، بیروت: دارالقلم.
- رفیعی‌هنر، حمید (۱۳۹۳)، «خیال مهار نایافته: تبیین مدل نظری عملکرد «آمل» بر اساس منابع اسلامی»، علوم حدیث، شماره ۷۴، ص ۱۳۶-۱۶۱.
- سالاروند، ابراهیم؛ احمدی محمدرضا و موسوی نسب، سید محمدرضا (۱۳۹۴)، «ساخت آزمون مقدماتی قدردانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی»، روان‌شناسی و دین، شماره ۳۰، ص ۶۷-۷۸.

- سالازی فر، محمدرضا؛ یونس، سیدجلال؛ شریفی‌نیا، محمدحسین و غروی‌راد، سیدمحمد (۱۳۹۲)، «مبانی و ساختار زوج‌درمانی اسلامی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی، سال هفتم، شماره ۱۲، ص ۳۷-۶۸.
- ستوده اصل، نعمت‌الله؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ کلاتنری، مهرداد؛ طالبی، هوشنگ و خسروی، علیرضا (۱۳۸۹)، «مقایسه دو روش دارودرمانی و امیددرمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی»، روان‌شناسی بالینی، سال دوم، شماره ۱، ص ۲۷-۳۴.
- شریف‌الرضی، محمدبن حسین (۱۴۱۴ق)، نهج‌البلاغه، محقق / مصحح: صبحی صالح، قم: هجرت.
- صالحی، مبین (۱۳۹۳)، «امیدمحوری و نقش آن در پیشرفت با توجه به آیات و روایات و روان‌شناسی»، نخستین همایش الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت: پیشرفت از منظر قرآن و حدیث، ج ۴، ص ۱۶۸-۲۰۳، قم: مدرسه امام خمینی *.
- طباطبائی، سیدمحمدحسین (۱۳۷۴)، تفسیر المیزان، ترجمه محمدباقر موسوی همدانی، قم: جامعه مدرسین.
- طوسی، محمدبن الحسن (۱۴۱۱ق)، مصباح‌المتهجد و سلاح‌المتعبد، بیروت: مؤسسه فقه الشیعه.
- عبدی، حمزه (۱۳۹۴)، «مقایسه تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی و درمان شناختی- رفتاری بر افزایش سلامت عمومی»، پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، سال اول، شماره ۱، ص ۱۱۰-۱۳۵.
- عسکری، حسن‌بن عبدالله (۱۴۰۰ق)، الفروق فی اللغة، بیروت: دارالافتاء الجدیدة.
- علی‌پور، مهدی و حسنی، حمیدرضا (۱۳۸۹)، پارادایم اجتهاد دانش دینی «پاد»، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- فراهیدی، خلیل‌بن احمد (۱۴۰۹ق)، کتاب‌العین، قم: نشر هجرت.
- قزلسفلو، مهدی و اثباتی، مهرنوش (۱۳۹۰)، «گروه‌درمانی امیدمحور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ‌آی‌وی مثبت»، اندیشه و رفتار، شماره ۲۲، ص ۸۹-۹۶.
- کفعمی، ابراهیم‌بن علی عاملی (۱۴۰۵ق)، قم: دارالرضی.
- کلینی، محمدبن یعقوب (۱۴۰۷)، کافی، تهران: اسلامیه.
- کوئینیک، هارولد (۲۰۰۵)، ایمان و سلامت روان (منابع مذهبی جهت شفا جستن)، ترجمه نجف طهماسبی‌پور و محمد شعبانی (۱۳۹۴)، تهران: آوای نور.
- مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳ق)، بحارالانوار، بیروت: دارالاحیاء التراث.
- مسعودی، عبدالهادی (۱۳۸۹)، روش فهم حدیث، تهران: سمت.
- مهاکم، رضا و پریخ، دادستان (۱۳۸۸)، «تأثیر درمان‌گری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی‌شده در کودکان و نوجوانان»، روان‌شناسی و دین، شماره ۳، ص ۶۹-۸۸.
- موسوی، سیده‌زهرا (۱۳۹۰)، «نقش امید در سازگاری زنان و استحکام خانواده»، در: کتاب اندیشه‌های راهبردی، زن و خانواده، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، تهران: پیام عدالت.
- نراقی، ملاحمد (بی‌تا)، معراج‌السعادة، تهران: دهقان.
- نوفرتستی، اعظم و پسندیده، عباس (۱۳۹۴)، «امکان‌پذیری روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر «خیرباوری» در عاطفه مثبت و منفی افراد دارای نشانه‌های افسردگی: یک مطالعه تک‌آزمودنی خط پایه چندگانه»، پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی، سال اول، شماره ۱، ص ۴۶-۷۸.
- ورام‌بن ابی فراس، مسعودبن عیسی (۱۴۱۰ق)، مجموعه ورام، قم: مکتبه فقیه.
- یعقوبی، حسن؛ سهرابی، فرامرز و محمدزاده، علی (۱۳۹۱)، «مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و روان‌درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان»، تحقیقات علوم رفتاری، (۱۰)، شماره ۲ (پیاپی ۳)، ص ۹۹-۱۰۷.
- Beck, A.T, & Weishaar, M.E. (2011). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, Current psychotherapies, 276-309, USA, Brooks/Cole, 276-309.
- Berg, C.J., Snyder, C.R., & Hamilton, N. (2008). The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressor pain, Journal of Health Psychology, 13, 804-809.
- Buckland, H. T. (2010). Young adults with schizophrenia: Defining happiness, building hope

- (Dissertation), Available from Request Dissertations and Theses database, (UMI No. 3370467).
- Cheavens, J.S., Feldman, D.B., Gum, A., Michael, S.T., & Snyder, C.R. (2006). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation. *Social Indicators Research*, 77, 61–78.
- Duggleby W., Degner L., Williams A., Wright K., Cooper D., Popkin D. & Holtzlander L. (2007). Living with hope: Initial evaluation of a psychosocial hope intervention for older palliative home care patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 33, 247-257.
- Feldman, D. B, & Dreher, D.E. (2011). Can hope be changed in 90 minutes? testing the efficacy of a single-session goal-pursuit intervention for college students. *J Happiness Studies*.
- Klausner E., Snyder C.R. & Cheavens J.A. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatient. In G. M. Williamson, et al, *Physical illness and depression in older adults: a handbook of theory, research, and practice*, Plenum, New York, 295–310.
- Lau, R. W.L., & Cheng, S. (2012). Gratitude orientation reduces death anxiety but not positive and negative affect, *Omega: Journal of Death & Dying*, 66(1), 79-88.
- Lopez, S.J., Snyder, C.R., Magyar-Moe, J.L., Edwards, L.M., Pedrotti, J.T., Janowski, K., Turner, J.L., & Pressgrove, C. (2004). Strategies for accentuating hope. In: Linley PA, Joseph S, (eds.) *Positive Psychology in Practice*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 388–404.
- Madan, S, & Pakenham, K.I. (2014). The stress-buffering effects of hope on adjustment to multiple sclerosis, *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(6), 877-890.
- Magyar-Moe, J.L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions, USA*, Academic Press.
- Marques, S.C., Lopez, J., & Pais-Ribeiro, J.L. (2009). "Building hope for the future": a program to foster strengths in middle-school students, *J Happiness Studies*.
- Menninger, K. (1959). The academic lecture on hope, *American Journal of Psychiatry*, 116, 481–491.
- Pretorius, C.J. (2004). *The Design and Evaluation of a Hope Enhancement Programme for Adults*. Unpublished dissertation: Clinical Psychology, North-West University, Potchefstroom Campus.
- Raskin, N.J, et al. (2001). client-centered therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding, *Current psychotherapies*, 276-309, USA, Brooks/Cole, Cengage Learning, 148-195.
- Sillick, W. J, & Cathcart, S. (2014). The relationship between religious orientation and happiness: The mediating role of purpose in life. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(5), 494–507.
- Snyder, C.R., Simpson, S.C., Ybasco, F.C., Borders, T.F., Babyak, M.A. & Higgins, R.L. (1996). Development and validation of the state hope scale, *J Pers Soc Psychol*. 70, 321–335.
- Snyder, C.R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*, New York: Free Press.
- Snyder, C.R. (2000). *Handbook of hope: theory, measures, & applications*. San Diego, UAS, Academic.
- Snyder, C.R, & Lopez, S.J. (2007). *Positive psychology: the scientific and practical explorations of human strengths*, USA, sage publication.
- Snyder, C.R., Cheavens, J., & Michael, S.T. (1999). Hoping. In C.R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 205–231), New York: Oxford University Press.
- Thomas, P.W., Thomas, S., Hillier, C., Galvin, K. & Baker, R. (2009). *Psychological interventions for multiple sclerosis (Review)*. USA, John Wiley & Sons.
- Weis, R., & Speridakos, E. (2011). A meta-analysis of hope enhancement strategies in clinical and community settings. *Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice*, 1, 5.
- Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T. (2014). Do existential variables mediate between religious-spiritual facets of functionality and psychological wellbeing, *Journal of Religion & Health*, 53(1), 56-67.