

## مدل امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی پروتکل درمانی بر اساس آن

مبین صالحی (نویسنده مسئول)

دکترای تخصصی روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

mobinsalehi@yahoo.com

عباس پسندیده

دانشیار دانشگاه قرآن و حدیث

pasandide@hadith.net

مسعود جان‌بزرگی

دانشیار گروه روان‌شناسی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه

psychjan@gmail.com

سید کاظم رسول‌زاده طباطبائی

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

ri.ca.seradom@azloosar

### چکیده

هدف از این پژوهش، تدوین مدل امید بر اساس منابع اسلامی و طراحی پروتکل درمانی آن بود. بدین منظور، از دو روش استفاده شد: روش توصیفی تحلیلی در گزاره‌های دینی (روش اجتهاد دانش دینی) برای تدوین مدل امید و روش توصیفی برای بررسی روایی پروتکل درمانی. جهت بررسی روایی محتوایی پروتکل از ضریب تطابق کندال و آزمون معناداری خی دو استفاده شد. از کارشناسان درخواست شد در دو زمینه نظر دهند: الف) صحت برداشت‌های قرآنی و روایی توسط پژوهشگران و ب) مطابقت فنون پیشنهادی پروتکل امیددرمانگری با اهداف هر جلسه. 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 (اسباب مادی، اسباب فرامادی)، هدف (هدف مادی، هدف توحیدی). همچنین محور در این الگو، هدفی توحیدی است. با توجه به نظر متخصصان تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی نیز بر این مؤلفه‌ها تأیید شد.

براین اساس پروتکل امید در مانگری اسلامی در هشت جلسه گروه درمانی ۱۲۰ دقیقه‌ای تدوین شد. در این جلسات سه مؤلفه امید، موانع آنها و راهبردهای رفع موانع و تقویت آنها مطرح می‌گردد. در پایان پیشنهادهایی برای استفاده پروتکل امید در مانگری ارائه شده است.

**کلیدواژگان:** امید، مدل امید اسلامی، امید در مانگری اسلامی.

## ۱. مقدمه

روان‌پزشکان و روان‌شناسان در اواخر دهه ۱۹۵۰ تا ۱۹۶۰ امید را با عنوان تعریف کلی «انتظارات مثبت برای دستیابی به هدف» مطالعه می‌کردند (منینگر، ۱۹۵۹). این دیدگاه امید را ساختاری تک‌بعدی توصیف می‌کرد که عبارت است از ادراک اینکه اهداف تحقق‌پذیرند (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 دقیق‌تر آنها فرض کردند که امید دو مؤلفه هدف‌مدار مرتبط با هم و ضروری دارد: عاملیت<sup>۳</sup> (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 بر الگوی پزشکی دور کردن یا کاستن از ناامیدی بود، نه ساختن فعالانه تفکر امیدوارانه (چیونز<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)؛ در حالی که امید از دیرباز مؤلفه مهمی در رشد روان‌شناختی و تغییر بوده است (وایس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱). به گفته کوئینگ<sup>۵</sup> (۲۰۰۵)، ترجمه طهماسبی‌پور و شعبانی، ۱۳۹۴) امیدواری برای بهره‌مندی از سلامت روانی ضروری است. منینگر (۱۹۵۹) معتقد بود بسیاری از دستاوردهای روان‌درمانی را می‌توان به افزایش امید در دوره درمان نسبت داد. امید پیش‌بینی‌کننده رضایت از زندگی، شادکامی، حرمت خود و بسیاری از شاخص‌های دیگر سلامت روان است (وانک و مارسینکفسکی، ۲۰۱۴). با توجه به

1. Menninger, K.
2. Snyder, C.R.
3. agency
4. Cheavens, J.S.
5. Weis, R., & Speridakos, E.
6. Koenig, H. G.
7. Wnuk, M., & Marcinkowski, J. T.

رابطه و تأثیر امید بر افزایش بهزیستی، تحقیقات گسترده‌ای انجام شد که اثربخشی امیدواری را به عنوان 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 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 (داگلبی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷)، فشار خون اساسی (ستوده اصل و همکاران، ۱۳۸۹)، اچ.آی.وی. مثبت (فزلفلو و اثباتی، ۱۳۹۰)، اسکیزوفرنی (باکلند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰) و ام.اس. (توماس و همکاران، ۲۰۰۹<sup>۳</sup>). 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 یک سو عاملی مقابله‌ای<sup>۴</sup> در برابر تنیدگی‌های بیماری و شرایط دشوار زندگی است و از سوی دیگر انگیزه و اشتیاق برای زندگی بهتر را از طریق شکل‌دهی رگه امید<sup>۵</sup> (لوپز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴) در افراد فراهم می‌آورد.

بر اساس بررسی وایس و اسپریداکوس (۲۰۱۱)، کاربست نظریه امید اسنایدر در روان‌درمانگری منجر به شکل‌گیری و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای فراوان برای افزایش نظام‌مند امید در مراجعان شده است (مانند فلدمن و درهر<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱؛ برگ و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶؛ کلاسنر<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۰؛ مارکوس و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ پریتریس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴). استفاده از این برنامه‌های مداخله‌ای در برخی از پژوهش‌ها تأثیر این مداخله‌ها را معنادار اما ناکافی نشان داده است

1. Duggleby, W.
2. Buckland, H. T.
3. Thomas, P.W.
4. coping factor
5. hope trait
6. Lopez S.J.
7. Feldman, D.B., & Dreher, D.E.
8. Berg, C.J.
9. Klausner, E.J.
10. Marques, S.C.
11. Pretorius, C.J.

(برای نمونه مادن و پکنهام،<sup>۱</sup> ۲۰۱۴؛ فلدمن و درهر، ۲۰۱۱؛ وایس و اسپریداکوس، ۲۰۱۱؛ برگ و همکاران، ۲۰۰۸؛ چیونز و همکاران، ۲۰۰۶). برخی پژوهشگران در تبیین این مشکل معتقدند که ممکن است طرح درمان<sup>۲</sup> مشکل داشته باشد؛ مانند کوتاه بودن دوره درمان (چیونز و همکاران، ۲۰۰۶)؛ اما همچنین به نظر می‌رسد ممکن است مشکل به مبانی نظری الگوی درمان نیز بازگردد. با نگاهی اجمالی به نظریه اسنایدر و درمان‌های برگرفته از آن، مشاهده می‌شود که آنها به بعد معنوی انسان کمتر توجه کرده‌اند و در صورت توجه نیز معنویت بدون دین را مد نظر دارند. برای نمونه وقتی درباره هدف بحث می‌شود، اهداف را به صورت مادی می‌بینند. در کتاب جامعی که اسنایدر و همکارانش درباره امید تهیه کرده‌اند (اسنایدر، ۲۰۰۰)<sup>۳</sup> حتی وقتی توصیه به داشتن اهدافی در حیطه معنویت زندگی می‌شود، نگاه تنها به بهبودی زندگی فرد در همین دنیا است (مانند استفاده از مقابله‌های دینی یا حمایت دینی، صرفاً برای کاهش مشکلات و نگرانی از آینده (ص ۳۴۳ و ۳۸۲)). علت این است که در روان‌درمانگری‌های امروزی هنوز توجه به مبدأ و معاد، که اساس معنویت انسان است، به طور واضح کانون توجه قرار نگرفته است و درمان اغلب در چارچوب رابطه انسان با خود و هستی اطرافش تنظیم می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴).

بنابراین در صورت مؤثر نبودن یک درمان، یک راه‌حل، بازبینی مبانی نظری آن است. با توجه به اینکه این درمان‌های رایج از بطن جوامع غربی که عمدتاً مسیحی‌اند برخاسته است و از سوی دیگر، اغلب نظریه‌پردازان این درمان‌ها خودشان مسیحی یا یهودی بوده‌اند، به نظر می‌رسد برای اثرگذاری بیشتر این مداخلات در کشور ایران که فرهنگ اسلامی دارد، بایسته است با توجه به یک نظریه‌پردازی جدید در زمینه امید، درمانی جدید طراحی شود. در واقع دو اشکال عمده ما را ناچار به طراحی الگویی جدید می‌کند: نخست تأثیر متوسط پروتکل‌های امیددرمانگری موجود و دیگری وجود مؤلفه‌ها و عوامل مورد تأکید و تأثیرگذار که در متون دینی اسلامی بیان شده است که به نظر می‌رسد گنجاندن آنها در یک طرح درمانی، می‌تواند ما را به درمان کامل‌تری برساند. برای نمونه از آنجاکه کمال انسان فقط در پرتو توجه به ابعاد جامع انسان امکان‌پذیر است، توصیه‌های اسلامی درباره امیدواری که همواره مبدأ و معاد را کانون توجه خود قرار داده‌اند، بسیار کمک‌کننده هستند (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴)؛ مانند توصیه به اینکه برای محقق شدن اهداف باید فقط به خداوند امیدوار و از مردم ناامید بود<sup>(۱)</sup> (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۱۴۸).

1. Madan, S., & Pakenham, K.I.
2. treatment design
3. Handbook of hope: theory, measures, & applications

به رغم مطالعاتی که درباره مفهوم امید از دیدگاه اسلام شده است (مانند: خلیلیان شلمزاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ پرچم و همکاران ۱۳۹۰؛ بهشتی و همکاران، ۱۳۸۹؛ خاکپور و همکاران، ۱۳۹۲)، اما درباره شیوه‌های به کار بستن این یافته‌ها راهکارهای مشخص و نظام‌مندی طراحی نشده است. یکی از روش‌های مورد استفاده می‌تواند ساخت نوعی بسته مداخله‌ای مبتنی بر متون اسلامی برای افزایش امید در افراد باشد. در این بسته باید با توجه به مبانی اسلامی امید جلسات آموزشی-درمانی و فنون خاصی تدوین شود که مؤلفه‌های مختلف الگوی امید اسلامی را دربرگیرند. بنابراین با توجه به آنچه مرور شد، مسئله این پژوهش این است که الگوی امید بر اساس منابع اسلامی از چه مؤلفه‌های مفهومی تشکیل شده و ویژگی‌های آن کدام است؟ و پروتکل امیدرمانگری بر اساس منابع اسلامی دارای چه ساختار و محتوایی است؟

## ۲. روش پژوهش

### ۲-۱. مشارکت کنندگان

در بخش کیفی پژوهش، جامعه آماری عبارت بود از آیات قرآن و روایات در کتب حدیث شیعه و همچنین نظرات اندیشمندان اسلامی که در کتب آنها ذکر شده است. نمونه نیز عبارت بود از گزاره‌هایی که برای استنباط مدل مناسب تشخیص داده شد. به عبارت دیگر آیات، روایات و نظریاتی که بر اساس نظر پژوهشگران به مفهوم امید اشاره داشتند، با استفاده از روش نمونه‌گیری قضاوتی (هدفمند) گزینش شدند.

جامعه مورد پژوهش در بخش کمی، افرادی بودند که در زمینه شناخت حدیث و روان‌درمانگری خبره بودند. با توجه به اینکه پروتکل مورد نظر میان‌رشته‌ای است، به نظر رسید که اگر متخصصانی که درباره روایی آن نظر می‌دهند، هم‌زمان در زمینه حدیث و روان‌درمانگری متخصص باشند، مناسب‌تر خواهد بود.

### ۲-۲. روش اجرا

پژوهش حاضر 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) (علی‌پور و حسینی، ۱۳۸۹) استفاده شد. در این پژوهش از دو متن قرآن و روایات معصومین علیهم‌السلام به عنوان دو منبع اصلی اسلامی استفاده شد؛ بدین طریق که ابتدا آیات و روایات مربوط به امید در این منابع، با توجه به الفاظی که مفهوم امید یا ناامیدی را می‌رسانند استخراج شدند. این الفاظ عبارت‌اند از رجا، امل،

تمنی، انتظار، توقع، طمع، ترقب فنوط و خبیبه. سپس با کنار هم گذاشتن آنها و تشکیل خانواده حدیثی (مسعودی، ۱۳۸۹)، با استفاده از روش کیفی اجتهاد دانش دینی، موضوعات مشابه تعیین شدند و طبقه‌بندی منسجمی از احادیثی که به بخشی از مفهوم امید اشاره دارند به دست آمد. در ادامه مؤلفه‌های امید مشخص شدند. از سویی راهکارهایی که در روایات به عنوان روش‌های امیدافزایی کانون توجه قرار گرفته‌اند، به عنوان فنون درمانی استخراج شدند. از مؤلفه‌های امید برای مفهوم‌سازی امید از دیدگاه اسلام استفاده شد و فنون استخراج‌شده نیز به عنوان 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<sup>۱</sup> استفاده شد.<sup>(۲)</sup>

برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام‌شده از آیات و روایات و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج‌شده، از چهار متخصص در حوزه حدیث و روان‌درمانگری برای اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف نظرخواهی شد. از کارشناسان خواسته شد درباره برداشت‌های انجام‌شده 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). در بخش کمی، از روش توصیفی استفاده شد. در این روش 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 مطرح‌شده با اهداف هر جلسه استفاده شد.

### ۳. یافته‌ها

#### ۳-۱. تعریف امید

واژه امید در زبان فارسی به معنای چشم‌داشت و انتظار برای اتفاقات خوب و توقع نیکی از مردم و از هر چیزی است. امید در مقابل بیم قرار دارد که به معنای انتظار شر است. همچنین امید معادل واژه رجا در زبان عربی است (دهخدا، ۱۳۷۲). راغب در مفردات (۱۴۱۲) رجا را طمع و انتظار موضوعی مطلوب می‌داند که نشانه‌ای ظن‌آور و روشن برای آن داریم. فراهیدی نیز در کتاب

1. narrative therapy

العین (۱۴۰۹، ص ۳۰۳) رجا را ضد ناامیدی (یأس) می‌داند. عسکری (۱۴۰۰، ص ۲۳۹) 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. بنابراین رجا علم نیست؛ زیرا نمی‌توان گفت امید است که پیامبر ﷺ وارد بهشت شود؛ زیرا این امری یقینی است؛ درحالی‌که 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.

علامه طباطبائی درباره معنای کلمه رجا در قرآن می‌گوید: «به معنای امید، و مظنه رسیدن به چیزی است که موجب مسرت است» (۱۳۷۴، ج ۲۰، ص ۴۶). در کتاب اصول کافی، امید از قول امام صادق علیه السلام سرباز عقل خوانده می‌شود و در مقابل آن ناامیدی مطرح می‌شود که سرباز جهل است (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۱، ص ۲۱). همچنین رفتار خوانده می‌شود از آن لحاظ که امید بدون عمل امید نیست (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۳۴۳؛ شریف الرضی، ۱۴۱۴، ص ۲۲۵)<sup>(۳)</sup> و امید بدون فراهم آوردن اسباب لازم آن، آرزویی بیش نیست (مجلسی، ۱۴۰۳). از بعدی دیگر امید نیروی انگیزشی است؛ چنان‌که رسول اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید اگر امید نبود، هیچ مادری به فرزندش شیر نمی‌داد و هیچ کشاورزی درخت نمی‌کاشت (ابی فراس، ۱۴۱۰، ص ۲۱)<sup>(۴)</sup>. بر اساس بعد انگیزشی، امید منبعی از نیروست 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 هیچانی مثبت به نام امید وجود دارد. فرد امیدوار دارای این شناخت منطقی است که احتمال موفقیت او در دستیابی به هدفش وجود دارد. وی برای رسیدن به هدفش به اندازه کافی با انگیزه است و برای رسیدن به هدفش تلاش کافی می‌کند.

با توجه به آنچه درباره مفهوم لغوی و اصطلاحی امید مطرح شد، امید را می‌توان انتظار منطقی را برای کسب دستاوردی مطلوب دانست؛ به این صورت که فرد برای رسیدن به آن تمام اسباب لازم را فراهم آورده و ادامه کار را به خداوند واگذار ساخته 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، مستندات این استدلال و چگونگی برداشت آن، جزء به جزء در قالب مؤلفه‌های امید بیان می‌شود. در پایان نیز تعریف نهایی امید، با توجه به این مباحث ارائه می‌گردد.

## ۳-۲. مؤلفه‌های امید بر اساس منابع اسلامی

### ۳-۲-۱. هدف

در نگاه کلی، هدف ممکن است موضوعاتی ساده تا موضوعاتی پیچیده را دربرگیرد؛ از موضوعاتی مادی مانند خرید خانه گرفته تا موضوعاتی معنوی مانند کسب رضایت خداوند (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۲۹۴)؛<sup>(۵)</sup> اما در دین اسلام توجه به اهداف اخروی، محور زندگی دانسته شده است (ذاریات: ۵۶؛ حرانی، ۱۴۰۴، ص ۳۰۶).<sup>(۷)</sup> در متون اسلامی تمام اهداف، خواه ساده و خواه پیچیده باید در راستای هدف معنوی والایی باشند. به عبارت دیگر، هنگامی می‌توان فرد را امیدوار دانست که هدف نهایی و اصیل خود را اهدافی معنوی مانند لقای الهی (ابن بابویه، ۱۴۱۳، ج ۱، ص ۴۹۲)<sup>(۸)</sup> 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 (نهج البلاغه، ۱۴۱۴، ص ۴۸۲)<sup>(۹)</sup> در این صورت فرد حتی با طبع غذا می‌تواند درصدد کسب رضایت خداوند باشد. امام صادق علیه السلام در روایتی سفارش می‌کند که اعمال خود را در دنیا با امید رستگاری در آخرت انجام دهید (حرانی، ۱۴۰۴، ص ۳۰۶).<sup>(۱۰)</sup>

### ۳-۲-۲. 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 (۱۴۰۳، ج ۷۰، ص ۳۵۲) 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. حال اگر موضوع انتظار دوست‌داشتنی و خوشایند باشد، لذت و نشاطی در قلب پدید می‌آید که رجا نامید می‌شود. پس رجا نشاط روح به خاطر انتظار امری دوست‌داشتنی است. البته این امر دوست‌داشتنی باید سببی داشته باشد؛ لذا اگر انتظار به سبب حصول همه اسبابش باشد، عنوان رجا بر آن صدق می‌کند و اگر انتظاری بدون آماده بودن اسباب و همراه با تشویش باشد، عنوان غرور و حماقت بر آن صادق‌تر است. حضرت علی علیه السلام در کتاب شریف نهج البلاغه می‌فرماید: «به گمان خود ادعا می‌کند که به خدا امیدوار است! سوگند به خداوند بزرگ که دروغ می‌گوید! چگونه است حال او که امیدواری اش به خداوند در عمل و کردارش نمودار نیست» (ص ۲۲۵).<sup>(۱۱)</sup>

همانند توجه به الهی بودن مؤلفه هدف در متون اسلامی، اسباب کسب هدف نیز دارای بعد 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، ۱۴۰۳، ج ۶۷: ص ۳۶۷). از سوی دیگر اگر خواست خدا به موفقیت فرد تعلق بگیرد، حتی بدون شرایط مادی لازم به هدف خود خواهید رسید؛ زیرا اصالت با خواست خداوند است.

با توجه به توضیحاتی که گذشت، 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. برای مثال کسی که می‌خواهد غذا بپزد، به مواد اولیه، حرارت و ظرف مخصوص، دانش طبخ غذا و تلاش برای عملی ساختن آن دانش نیاز دارد. اسباب فرامادی نیز به مسبب‌الاسباب بودن خداوند اشاره دارند (ابن‌طاووس، ۱۴۱۱، ص ۴۵).<sup>(۱۲)</sup> علامه طباطبائی (۱۳۷۴، ج ۱۲، ص ۳۹۴-۳۹۵) در توضیح اسباب فرامادی بیان می‌کند که انسان در هجوم سختی اگر به وجدان خود مراجعه کند، می‌یابد که امیدش قطع نشده و هنوز دل به جایی بسته است، و ممکن نیست امیدی بدون امیدوارکننده تحقق یابد. پس همین که در هنگام شداید در نهاد آدمی چیزی به نام امید هست، با اینکه اسباب ظاهری همگی قطع شده‌اند، 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 بَنِي اذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوْسُفَ وَ اَخِيهِ وَلَا تَيَاسُؤْا مِنْ رَوْحِ اللّٰهِ اِنَّهٗ لَا يَبْاَسُ مِنْ رَوْحِ اللّٰهِ اِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» (یوسف: ۸۷).

### ۳-۲-۳. عاملیت

امید محرک زندگی است. اگر انسان‌ها امید رسیدن به مقاصد خود نداشته باشند، انگیزه‌ای برای فعالیت و حتی زنده ماندن نخواهند داشت. رسول اکرم صلی الله علیه و آله می‌فرماید: اگر امید نبود هیچ مادری به فرزندش شیر نمی‌داد و هیچ کشاورزی درخت نمی‌کاشت (ابی‌فراس، ۱۴۱۰، 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 به قدرت لایزال الهی به عنوان 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، پذیرفته می‌شود. عاملیت، به انتظار و انگیزه پیشرفت فرد اشاره دارد. بخشی از مؤلفه عاملیت را که مربوط

به انتظار موفقیت با توجه به توانمندی شخصی است، عاملیت شخصی نام نهادیم. 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 به شمار می‌آید. آنچه توصیه می‌شود این است که فرد توانمندی‌اش را پرتوی از قدرت الهی بداند (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۹۱، ص ۹۶؛<sup>(۱۳)</sup> طوسی، ۱۴۱۱، ج ۱، ص ۱۵۶؛<sup>(۱۴)</sup> کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۱۴۸).<sup>(۱۵)</sup>

عاملیت الهی در زبان عامه مردم با عباراتی مانند «ان‌شاءالله موفق خواهم شد»، «خداوند کمکم می‌کند» و «اگر خدا بخواهد هیچ‌کس 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 مطرح شد، از آنجاکه در دیدگاه اسلامی اصالت با عاملیت الهی است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴)، عاملیت شخصی در ارتباط با آن معنا می‌یابد.

### ۳-۳. الگوی امید

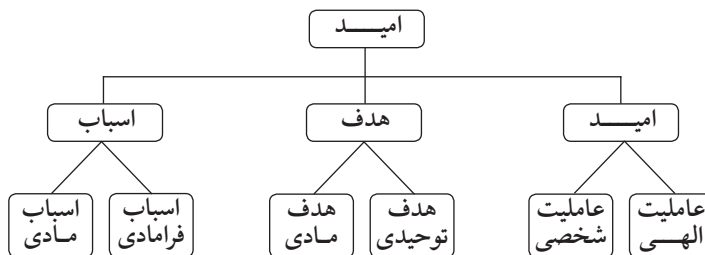
با توجه به آنچه بیان شد الگوی امید در اسلام دارای سه مؤلفه است که هر مؤلفه، دو زیرمؤلفه دارد (شکل ۱).

هدف: ۱. هدف توحیدی؛ در نظر گرفتن رضایت خداوند به عنوان نقطه پایانی؛ ۲. هدف مادی؛ داشتن اهدافی مادی برای پیگیری.

عاملیت: ۱. عاملیت الهی؛ انتظار کسب هدف به واسطه تکیه بر قدرت الهی؛ ۲. عاملیت شخصی؛ انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی.

اسباب: ۱. 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.

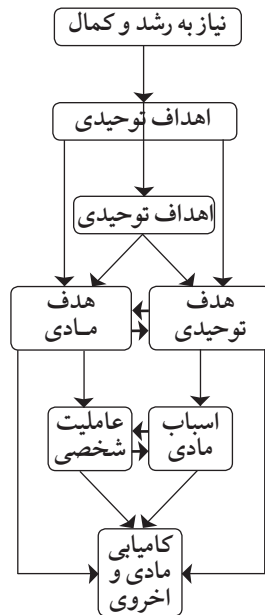
شکل ۱. الگوی امید در اسلام



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 است: الف) انتظار کسب هدف به سبب اتکا بر توانمندی شخصی (عاملیت شخصی) به واسطه تکیه بر قدرت 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 هدف، محور دو مؤلفه دیگر است (شکل ۲). با توجه به این اصل، در شکل شماره ۲ الگوی انتخابی پژوهش برای 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 به عنوان واسطه برای رسیدن به اهداف توحیدی تلاش می‌کند؛ اما گاهی مشیت خداوند این است که اهداف توحیدی بدون واسطه‌ای مادی یا از مسیری به جز مسیر تلاش فرد محقق شوند. در این مسیر مستقیم، فرد با اتکا به عاملیت الهی، از اسباب فرامادی کمک می‌گیرد. از سوی دیگر، تحقق اهداف توحیدی که در اینجا کامیابی اخروی نامیده می‌شود، گاه از مسیر مستقیم عبور می‌کند و گاه از مسیر 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 یاری جویی 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 یاری جویی از اسباب فرامادی، موجب احساس نیرومندی فرد به واسطه توجه به خداوند می‌شود و از سوی دیگر پناه بردن به نیروی الهی موجب تأثیر بیشتر اسباب فرامادی بر پیشبرد هدف می‌شود. به همین قیاس، احساس توانمندی شخصی به پیگیری بیشتر مسیر می‌انجامد 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.

شکل ۲. ترسیم محوریت هدف در الگوی امید در متون اسلامی



#### ۴. موانع و راهبردها

با توجه به یکی از اهداف پژوهش که تدوین پروتکل امید در مانگری 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. راهبردها نیز بر دو قسم‌اند: الف) راهبردهایی برای رفع موانع؛ ب) راهبردهایی برای افزایش امید.

##### ۴-۱. موانع و راهبردهای اهداف

چنان‌که بیان شد، دو هدف توحیدی قابل استخراج از متون دینی، عبارت‌اند از لقای الهی و دریافت رحمت از سوی خداوند. برای دستیابی به این دو هدف، چند مانع و راهبرد ذکر شده است: عمل برای غیر خدا (کهف: ۱۱۰)؛<sup>(۱۶)</sup> رضایت به زندگی دنیا (یونس: ۷)؛<sup>(۱۷)</sup> اعتماد و تکیه به دنیا (یونس: ۷)؛ غفلت از مرگ و آخرت (برقی، ۱۳۷۱، ج ۱، ص ۲۱۱)؛<sup>(۱۸)</sup> دنیاطلبی (کلینی، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۳۲۰).<sup>(۱۹)</sup>

راهبردهای مطرح برای رفع موانع اهداف و کسب آنها، عبارت‌اند از: مطابقت هدف با واقع (حجر: ۵۵) به فرد کمک می‌کند که تنها اهداف الهی را دنبال کند و از عمل برای غیر خدا

بپرهیزد. همچنین توجه به پایدار بودن هدف (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۴۵، ص ۵)<sup>(۲۰)</sup> راهبردی برای روی گردانی 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 (حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۳۰۴)<sup>(۲۱)</sup> و خوشایندی و فایده بخشی هدف (طوسی، ۱۴۱۱ق، ج ۱، ص ۲۶۹)<sup>(۲۲)</sup> نیز راهبردهایی برای تقویت احتمال کسب هدف هستند.

## ۲-۴. موانع و راهبردهای اسباب

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

۱. موانع برونزاد: موانعی که شخص بر آنها تسلط ندارد و خارج از اراده او هستند.

- منع توسط دیگران (ابن شهر آشوب، ۱۳۷۹ق، ج ۳، ص ۲۴۷)<sup>(۲۳)</sup>

- مشکلات (بلاها) (هود: ۹)<sup>(۲۴)</sup>

۲. موانع درونزاد: موانعی که خود فرد عامل به وجود آورنده موانع مسیر خود است.

- فقدان تلاش (نهج البلاغه، ۱۴۱۴ق، ص ۲۲۵)<sup>(۲۵)</sup>

- ورود به مسیر اشتباه (مانند گناه کردن و تکیه به غیر خدا) (ابن بابویه، ۱۴۰۳ق،

ص ۲۷۰)<sup>(۲۶)</sup>

### ۱-۲-۴. راهبردهای مقابله با موانع اسباب

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

۲۱۴)، توجه به موفقیت های گذشته (آل عمران: ۱۲۳ و ۱۲۴)<sup>(۲۷)</sup> طباطبائی، ۱۳۷۴ق، ج ۴، ص ۹)

و تنظیم رغبت به دنیا (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۵، ص ۷۱)<sup>(۲۸)</sup> به فرد کمک می کنند مصائب پیمودن

مسیر اهداف را تحمل کند. یاری جویی از اسباب فرامادی (ابن بابویه، ۱۴۰۳ق، ص ۴)<sup>(۲۹)</sup> راهبردی

برای مقابله با موانع خارج از کنترل فرد است. دو راهبرد بازگشت از مسیر اشتباه (کفعمی، ۱۴۱۸ق،

ص ۴۱)<sup>(۳۰)</sup> و تلاش وافر (تمیمی آمدی، ۱۴۱۰ق، ص ۶۳۸)<sup>(۳۱)</sup> نیز به رفع موانع درونزاد کمک

می کنند.

برخی از راهبردها نیز برای تقویت اسباب معرفی شده اند؛ مانند توصیه به کمک به دیگران برای

کسب اهداف مشابه با اهداف خود (عاملی، ۱۴۰۹ق، ج ۱، ص ۳۱۷)<sup>(۳۲)</sup> الگو قرار دادن پیامبر اکرم ﷺ

(احزاب: ۲۱) و توجه به پیامدهای اهداف انتخاب شده (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۸، ص ۱۹)<sup>(۳۳)</sup>.

### ۳-۴. 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 عبارت‌اند از: شناخت ناکافی از خداوند، مانند بی‌توجهی به قادر متعال بودن خدا (مانع شناختی)؛ عدم انجام دستوره‌های الهی که در واقع ناشی از نقص در شناخت خداوند است و (مانع رفتاری) ناامیدی و احساس منفی نسبت به خداوند که باید تکیه‌گاه فرد در تمام امور باشد (مانع عاطفی - هیجانی). مورد سوم نیز پیامد مانع اول است. از این رو سه راهبرد زیر برای رفع این سه مانع قابل ارائه است:

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

(ب) راهبرد رفتاری: دو راهبرد رفتاری در قبال تکیه‌گاه امید وجود دارد: ۱. انجام عمل مطابق با خواست تکیه‌گاه (بقره: ۲۱۸)؛

تکیه نکردن به غیر (کلینی، ۱۴۰۷ق، ج ۲، ص ۱۴۸)؛<sup>(۳۴)</sup>

(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، ۱۴۰۷، ج ۲، ص ۷۲).<sup>(۳۵)</sup>

### ۵. بررسی محتوای پروتکل پیشنهادی

در این مرحله برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام‌شده از آیات و روایات و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج‌شده، از چهار متخصص در حوزه حدیث و روان‌درمانگری برای اعلام نظر درباره تأثیرگذار بودن فنون پیشنهادی بر سازه‌های هدف نظرخواهی شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها به ترتیب  $1/38$  و  $1$  بود که با توجه به روش نمره‌گذاری ( $1 =$  کاملاً صحیح تا  $5 =$  معارض است) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید صحت برداشت‌هاست. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با اهداف جلسات پروتکل به ترتیب  $4/75$  و  $5$  بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری ( $0 =$  عدم تناسب تا  $5 =$  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 مطرح‌شده با اهداف هر جلسه از ضریب تطابق کندال و آزمون معناداری خی دو استفاده شد.

جدول شماره 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 شماره 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 شماره 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 شماره 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 شماره ۱) و با توجه به تأیید اهداف و فنون پیشنهادی برای جلسات هشت‌گانه توسط متخصصان روان‌درمانگری (جدول شماره ۲)، پروتکل امیددرمانگری اسلامی تدوین شد، 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 پیش‌فرض‌های عمومی، با توجه به مبانی نظری خاص آن رویکرد، به پیش‌فرض‌هایی

اختصاصی نیز نیاز داریم. در اینجا پیش فرض‌های اختصاصی با عنوان ملاک‌های ورود برای مشارکت‌کنندگان در امیددرمانگری اسلامی مطرح می‌شود.

### ۱-۵. ملاک‌های مربوط به مراجع

- مراجعان به مبانی اسلامی باور اجمالی داشته باشند. البته با توجه به اینکه در الگوی امید اسلامی (شکل‌های ۱ و ۲) هدف نهایی و محور اصلی، لقای 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.
- ملاک‌های مربوط به امیددرمانگر:
- درمانگر به مبانی اسلامی مذکور باور زبانی و عملی داشته باشد؛ در غیر این صورت نمی‌تواند از توصیه‌های دینی استفاده کند؛<sup>۳۶</sup>
  - درمانگر مطابق با الگوی ارائه‌شده فردی، امیدوار باشد تا بتواند منتقل‌کننده امید به مراجعان باشد. در این نوع درمان، چون بر حمایت اجتماعی مبتنی 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 با مباحث عمیق اسلامی در حوزه کلام اسلامی، به‌ویژه خداشناسی و معادشناسی آشنایی کافی داشته باشد تا برای پاسخ به پرسش‌های دینی مراجعان آماده باشد.

### ۲-۵. 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 کانون توجه قرار گرفته است، مباحث آموزشی و فنون درمانی استخراج شدند. همچنین تکالیفی برای تقویت مطالب و فنون آموزش داده‌شده تدوین شد. از مؤلفه‌های امید برای مفهوم‌سازی امید از دیدگاه اسلام استفاده شد و فنون استخراج‌شده نیز به‌عنوان ابزارهای درمان مورد استفاده قرار گرفت. در مواردی نیز که در متون اسلامی به فن مشخصی برای افزایش امید

1. Magyar-Moe, J.L.



اشاره نشده بود، از فنون موجود در رویکرد درمان شناختی-رفتاری، روان‌شناسی مثبت‌گرا و روایت‌درمانگری<sup>۱</sup> استفاده شد.

پروتکل درمانی که در قالب گروهی طراحی شد، دارای هشت جلسه دوساعته است، و هر جلسه (به جز جلسه اول و آخر) چهار بخش دارد. بخش اول که در حدود بیست 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 زمینه مشکلات تکلیف کمک کنند. در بخش دوم که در حدود سی دقیقه طول می‌کشد، آموزش و بحث گروهی با افراد گروه درباره مطالب آموزشی در دستور کار قرار می‌گیرد. 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 و ۳. مؤلفه عاملیت شامل عاملیت الهی و عاملیت شخصی. بخش سوم که در حدود پنجاه دقیقه به طول می‌انجامد، صرف بحث درباره شیوه‌های کاربست این مهارت‌ها در زندگی شرکت‌کنندگان می‌شود. شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند که مشکلاتی را مطرح سازند و یکدیگر را برای استفاده از مهارت‌های امید برای حل آنها یاری کنند. در طول این بخش، درمانگر از فرایند گروه حمایت می‌کند و هم‌زمان بر بحث درباره موضوعاتی که به مهارت‌های امید مربوط‌اند، تمرکز می‌کند. سرانجام، واپسین ده دقیقه 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 از هر شرکت‌کننده خواسته می‌شود تا هدف خاصی را برای کار کردن در طول دوره اجرای پروتکل انتخاب کند، و به مرور مهارت‌های آموخته‌شده هر جلسه را درباره آن هدف به کار بندد. پس از پایان جلسات اصلی، دو جلسه با فواصل دو و چهار ماه به عنوان جلسات یادآوری برگزار می‌شود. هدف از برگزاری این جلسات، استحکام مطالب آموخته‌شده در جلسات اصلی و حفظ تغییرات رخ داده در مراجعان است. در جدول شماره ۴ اهداف جلسات، محتوای آموزشی و تکالیف هر جلسه به صورت اجمالی مطرح شده است.

جدول شماره ۳. پروتکل امیددرمانگری مبتنی بر اساس منابع اسلامی

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

با توجه به اثربخشی پروتکل امیددرمانگری اسنایدر در پژوهش‌های پیشین (اسنایدر و لوپز، ۲۰۰۷)، تلاش شد تا در ساخت پروتکل اسلامی از مزایای آن، که تعارضی با رویکرد اسلامی ندارند، استفاده شود. برای نمونه از برخی فنونی 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.

## ۶. بحث و نتیجه‌گیری

پرسش‌های پژوهش این بود که الگوی امید بر اساس منابع اسلامی از چه مؤلفه‌های مفهومی‌ای تشکیل شده است و ویژگی‌های آن کدام‌اند و پروتکل امیددرمانگری بر اساس منابع اسلامی دارای چه ساختار و محتوایی است؟ همچنان‌که یافته‌های نظری از آیات و روایات نشان دادند، می‌توان مدلی سه‌مؤلفه‌ای برای امید از دیدگاه اسلام تدوین کرد. پژوهش‌هایی نیز در چند سال اخیر در تحلیل متون اسلامی، همسو با این پژوهش، مؤلفه‌های مشترکی را برای امید یافتند و به برخی موانع و راهبردهای مطرح در پژوهش حاضر اشاره کردند (خلیلیان شلمزاری و همکاران، ۱۳۹۲؛ پرچم و همکاران، ۱۳۹۰؛ بهشتی و همکاران، ۱۳۸۹؛ خاکپور و همکاران، ۱۳۹۲) که مواد مقدماتی پروتکل امیددرمانگری اسلامی هستند.

اجزای این مدل و دیگر یافته‌ها را می‌توان به عنوان مواد مقدماتی برای تدوین یک پروتکل درمانی به کار گرفت؛ به این ترتیب که می‌توان با تدوین مطالب آموزشی درباره مؤلفه‌های امید و همچنین تدوین راهبردهای امیدافزا در ساختاری که در پروتکل‌های روان‌درمانگری معمول است (آموزش روانی، بحث گروهی و تکالیف بین جلسات)، یک پروتکل امیددرمانگری بر اساس منابع اسلامی ساخت.

چنان‌که اشاره شد، یافته دیگر ساخت پروتکل امیددرمانگری اسلامی بود. این پروتکل شامل هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای است. هر جلسه شامل آموزش مهارت‌هایی درباره مؤلفه‌های سه‌گانه امید، بحث گروهی درباره مهارت‌های آموزش داده‌شده و ارائه تکلیف فردی برای فاصله دو جلسه است (جدول شماره ۳).

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 هستند 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 (رفیعی هنر،

۱۳۹۰)؛ خوش‌بینی (حسنی 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) و پروتکل روان‌درمانی مثبت‌گرای مبتنی بر خیرباوری (نوفرستی و پسندیده، ۱۳۹۴)).

در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزه‌های اسلامی با توجه به عنایت ویژه‌ای که به سلامت جسم و روان انسان‌ها دارند (یونس: ۵۷؛ اسراء، ۸۲؛ (۳۸) رعد، ۲۸)، (۳۹) ظرفیت استخراج برنامه‌ها و راهبردهایی برای ارتقای سلامت روان افراد دارند. در بسیاری از موارد، بر این راهبردها تصریح شده است (مانند توصیه به تساوی بیم و امید (حرانی، ۱۴۰۴، ص ۳۰۴)) و در موارد دیگر، چنین راهبردهایی قابل برداشت هستند.

در زمینه چگونگی تأثیرگذاری پروتکل امیددرمانگری اسلامی بر مراجعان، چند احتمال را می‌توان مطرح ساخت که در پژوهش‌های آتی قابل بررسی‌اند: نخست اینکه اعتماد به دین و ریشه‌های عمیق آن در رفتار افراد جامعه ما موجب می‌گردد که هنگام ارائه درمانگری با جهت‌گیری دینی، رفتارها و شیوه‌های مقابله‌ای برای افراد، مأنوس‌تر جلوه کند و همین امر پذیرش آن را آسان‌تر ساخته، مقاومت‌ها را نسبت به تغییر از بین می‌برد (جان‌بزرگی، ۱۳۷۷). از این‌رو ابعاد مختلف دین با توجه به مؤلفه‌های شناختی، رفتاری، عاطفی و هستی‌گرایانه خود می‌تواند نقش عمده‌ای در ثبات خلق و بهزیستی افراد ایفا کند و مهارت‌های ایمانی مانند ذکر و درگیری در فعالیت‌های لذت‌بخش معنوی، موجب 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 نیز مهم است. مؤلفه محوری در الگوی امید بر اساس منابع اسلامی، عبارت است از: «هدف». پژوهش‌های فراوان، نقش واسطه‌ای هدف در زندگی را در رابطه جهت‌گیری دینی با شادکامی و دیگر عواطف مثبت تأیید کرده‌اند (مانند: سیلیک و کتکارت، 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 نسبت به اینکه هیچ‌گاه تنها نیست و همواره خداوند قادر سبحان کمک‌کننده اوست و همواره در دسترس است «فَأَيْنَمَا تُولُوْا فَتَمَّ وَجْهُ اللّٰهِ (بقره: ۱۱۵)؛ نَحْنُ أَقْرَبُ اِلَيْهِ مِنْ حَبْلِ الْوَرِيْدِ (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 پژوهش‌ها حکایت دارند 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، ترجمه دهقانی، ۱۳۹۰). عمل به توصیه به آخرت‌محوری بر اساس اصالت و ارزش آن توسط افراد، موجب بالا رفتن قدرت معنوی می‌شود. وقتی دنیا مطابق با تمایل ما نیست، دچار احساس ناامنی و رهاشدگی می‌شویم؛ اما وقتی باور داشته باشیم که دنیا موقت است و همه چیز را باید در آخرت جست و بدانیم که با باور به آخرت و عمل در راستای رسیدن به آن، کامیابی در دست خودمان است (چنان‌که وعده حتمی خداوند است (زمر: ۲۰))، احساس قدرت معنوی فراوان می‌کنیم. احساس قدرت نیز به نوبه خود موجب 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 خواهد بود. داشتن ابزارهایی از جمله مقابله‌های هیجان‌مدار و مسئله‌مدار (مانند: دعا کردن و ارزیابی خیرگرا) که در پروتکل پیشنهاد شده است، به افزایش تحمل مشکلات و در نتیجه به کاهش هیجان‌های منفی کمک می‌کند. برای نمونه در ارزیابی خیرگرا، وجود موانع به فرصتی برای افزایش هیجان‌های مثبت، کاهش هیجان‌های منفی و افزایش رضامندی از زندگی تبدیل می‌شود (ر.ک: پسندیده و همکاران، ۱۳۹۱).

## منابع

۱. ابن بابویه، محمد بن علی (۱۴۰۳). معانی الأخبار. تحقیق/تصحیح علی اکبر غفاری. قم: جامعه مدرسین.
۲. ابن بابویه، محمد بن علی (۱۴۱۳). من لایحضره الفقیه. تحقیق/تصحیح علی اکبر غفاری. قم: جامعه مدرسین.
۳. ابن شهر آشوب، محمد بن علی (۱۳۷۹). مناقب آل ابی طالب (ع). قم: علامه.
۴. ابن طاووس، علی بن موسی (۱۴۱۱). مهج الدعوات و منهج العبادات. تحقیق/تصحیح ابوطالب کرمانی و محمد حسن محرز. قم: دار الذخائر.
۵. احمدی، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۱). اثربخشی مناسک عمره مفرده بر شادکامی و سلامت روانی، روان‌شناسی و دین. ۱۹. ۴۱-۶۲.
۶. اسپیلکا، برنارد و همکاران (۱۳۹۰). روان‌شناسی دین بر اساس رویکرد تجربی. ترجمه محمد دهقانی. تهران: رشد.
۷. امیری، حسین (۱۳۹۱). نشانه‌شناسی صبر بر معصیت با تکیه بر منابع اسلامی، معرفت اخلاقی. ۳(۴). ۷۴-۵۵.
۸. انصاری، حسن (۱۳۹۵). طراحی روش درمان شناختی-رفتاری بارویکرد اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی-رفتاری آبرامویتز بر مبتلایان به OCD. پایان‌نامه دکتری. رشته روان‌شناسی عمومی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۹. برقی، احمد بن محمد بن خالد (۱۳۷۱). المحاسن. قم: دارالکتب الاسلامیه.
۱۰. بهشتی، سعید و همکاران، (۱۳۸۹)، معنا و مؤلفه‌های امیدواری در متون اسلامی و روان‌شناسی مثبت‌گرا، دانشور رفتار، تربیت و اجتماع. ۴۵. ۱۵۰-۱۷۰.
۱۱. پرچم، اعظم و همکاران (۱۳۹۰). بررسی تطبیقی ناامیدی در نظریه اسنایدر و قرآن کریم، مطالعات اسلامی: علوم قرآن و حدیث. ۳(۸۷). ۸۳-۱۰۸.
۱۲. پسندیده، عباس و همکاران (۱۳۹۱). پایه نظری رضامندی از دیدگاه اسلام، روان‌شناسی دین. ۴. ۸۵-۱۰۴.
۱۳. تمیمی آمدی، عبد الواحد بن محمد (۱۴۱۰). غرر الحکم و درر الکلم. قم: دارالکتاب الاسلامی.
۱۴. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۷۷). بررسی اثربخشی روان‌درمانگری با و بدون جهت‌گیری مذهبی بر اضطراب و تنیدگی، مجله روان‌شناسی. ۲(۸). ۳۴۵-۳۵۰.
۱۵. حرانی، ابن شعبه حسن بن علی (۱۴۰۴). تحف العقول. تحقیق علی اکبر غفاری. قم: موسسه النشر الاسلامی.
۱۶. حسنی، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین خوش‌بینی اسلامی، خوش‌بینی آموخته‌شده سلیگمن و امنیت روانی، روان‌شناسی و دین. ۴(۴). ۷۵-۱۰۲.
۱۷. خاکپور، حسین و همکاران (۱۳۹۲). کارکردهای تربیتی امید و نقش آن در سلامت روان از دیدگاه قرآن، اخلاق زیستی. ۱۰. ۹۰-۵۹.
۱۸. خلیلیان شلمزاری، محمود و همکاران (۱۳۹۲). ساخت و روایی سنجی مقیاس امید بر اساس منابع اسلامی، روان‌شناسی و دین. ۶(۱). ۷۶-۵۹.

۱۹. دهخدا، علی اکبر (۱۳۷۲). لغت‌نامه دهخدا. زیر نظر محمد معین و جعفر شهیدی. تهران: دانشگاه تهران.
۲۰. راغب اصفهانی، حسین بن محمد (۱۴۱۲). مفردات ألفاظ القرآن. تحقیق/تصحیح صفوان عدنان داوودی. بیروت- دمشق: دار القلم- الدار الشامیه.
۲۱. رفیعی هنر، حمید (۱۳۹۳). خیال مهارنایافته: تبیین مدل نظری عمل کرد «أمل» بر اساس منابع اسلامی، علوم حدیث. ۷۴: ۱۳۶-۱۶۱.
۲۲. سالاروند، ابراهیم و همکاران، (۱۳۹۴). ساخت آزمون مقدماتی قدردانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی، روان‌شناسی و دین. ۲(۳۰): ۶۷-۷۸.
۲۳. سالاری فر، محمدرضا و همکاران (۱۳۹۲). مبانی و ساختار «زوج درمانی اسلامی»، مطالعات اسلام و روان‌شناسی. ۷(۱۲): ۳۷-۶۸.
۲۴. ستوده اصل، نعمت و همکاران (۱۳۸۹). مقایسه دو روش دارودرمانی و امیددرمانی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون اساسی، روان‌شناسی بالینی. ۲(۱): ۲۷-۳۴.
۲۵. شریف الرضی، محمد بن حسین (۱۴۱۴). نهج البلاغه. تحقیق/تصحیح صبحی صالح. قم: هجرت.
۲۶. شیخ حر عاملی، محمد بن حسن (۱۴۰۹). وسائل الشیعه. تحقیق/تصحیح مؤسسه آل البيت (ع). قم: مؤسسه آل البيت.
۲۷. صالحی، مبین (۱۳۹۳). امید محوری 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. ۴: ۱۶۸-۲۰۳.
۲۸. طباطبایی، سید محمدحسین (۱۳۷۴). تفسیر المیزان. مترجم محمدباقر موسوی همدانی. قم: جامعه مدرسین.
۲۹. طوسی، محمد بن الحسن (۱۴۱۱). مصباح المتهجد و سلاح المتعبد. بیروت: مؤسسه فقه الشیعه.
۳۰. عبدی، حمزه (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم رغبت بر اساس آموزه زهد اسلامی و درمان شناختی رفتاری بر افزایش سلامت عمومی، پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی. ۱(۱): ۱۱۰-۱۳۵.
۳۱. عسکری، حسن بن عبدالله (۱۴۰۰). الفروق فی اللغة. بیروت: دارالافاق الجدیدة.
۳۲. علی پور، مهدی و حسنی، حمیدرضا (۱۳۸۹). پارادایم اجتهاد دانش دینی «پاد». قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۳۳. فراهیدی، خلیل بن احمد (۱۴۰۹). کتاب العین. قم: نشر هجرت.
۳۴. قزلسفلو، مهدی و اثباتی، مهنوش (۱۳۹۰). گروه درمانی امید محور بر بهبود کیفیت زندگی مردان مبتلا به اچ آی وی مثبت، اندیشه و رفتار. ۲۲: ۸۹-۹۶.
۳۵. کفعمی، ابراهیم بن علی عاملی (۱۴۰۵). المصباح. قم: دار الرضی.
۳۶. کلینی، محمد بن یعقوب (۱۴۰۷). الکافی. تهران: اسلامیه.
۳۷. کونینگ، هارولد (۱۳۹۴). ایمان و سلامت روان (منابع مذهبی جهت شفا جستن). ترجمه نجف طهماسبی پور و محمد شعبانی. تهران: آوای نور.

۳۸. مجلسی، محمدباقر (۱۴۰۳). بحارالانوار. بیروت: دار احیاء التراث.
۳۹. مسعودی، عبدالهادی (۱۳۸۹). روش فهم حدیث. تهران: سمت.
۴۰. موسوی، سیده زهرا (۱۳۹۰). نقش امید در سازگاری زنان و استحکام خانواده، در کتاب اندیشه‌های راهبردی، زن و خانواده، مرکز الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت (۶۷۵-۶۵۹).
۴۱. مهکام، رضا و دادستان، پریرخ (۱۳۸۸). تأثیر درمانگری اسلامی بر اختلال‌های برونی‌سازی شده در کودکان و نوجوانان، روان‌شناسی و دین. ۳. ۶۹-۸۸.
۴۲. نراقی، ملا احمد (بی‌تا). معراج السعاده. تهران: دهقان.
۴۳. نوفرستی، 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. ۱۱(۱): ۴۶-۷۸.
۴۴. ورام‌بن‌ابی فراس، مسعودبن‌عیسی (۱۴۱۰ق). مجموعه‌وزام. قم: مکتبه فقیه.
۴۵. یعقوبی، حسن و همکاران، (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و روان‌درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانشجویان، تحقیقات علوم رفتاری. ۲: ۹۹-۱۰۷.

46. Berg, C.J. et al. (2008). The effectiveness of a hope intervention in coping with cold pressor pain, *Journal of Health Psychology*. 13: 804-809.
47. Buckland, H.T. (2010). Young adults with schizophrenia: Defining happiness, building hope (Dissertation). Available from Request Dissertations and Theses database, (UMI No. 3370467).
48. Cheavens, J.S. et al. (2006). Hope therapy in a community sample: a pilot investigation, *Social Indicators Research*. 77: 61-78.
49. Duggleby, W. et al. (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.
50. 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*. 13: 745-759.
51. Klausner, E.J. et al. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatient. In *Physical illness and depression in older adults: a handbook of theory, research, and practice* (295-310). New York: Plenum.
52. 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.
53. Lopez S.J. et al. (2004). Strategies for accentuating hope. In *Positive Psychology in Practice* (388-404). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
54. 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.
55. Magyar-Moe, J.L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological*



- interventions. USA: Academic Press.
56. Marques, S.C. et al. (2009). "Building hope for the future": a program to foster strengths in middle-school students, *J Happiness Studies*. 12: 139-152.
  57. Menninger, K. (1959). The academic lecture on hope, *American Journal of Psychiatry*. 116: 481-491.
  58. Pretorius, C.J. (2004). The Design and Evaluation of a Hope Enhancement Programme for Adults. Unpublished dissertation: Clinical Psychology. North-West University, Potchefstroom Campus.
  59. 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.
  60. Snyder, C.R. (1994). *The Psychology of Hope: You Can Get There from Here*. New York: Free Press.
  61. Snyder, C.R. (2000). *Handbook of Hope: Theory, Measures, & Applications*. San Diego, UAS: Academic.
  62. Snyder, C.R., & Lopez, S.J. (2007). *Positive Psychology: the Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. USA: sage publication.
  63. Snyder, C.R. et al. (1999). Hoping. In *Coping: The Psychology of What Works* (205-231). New York: Oxford University Press.
  64. Snyder C.R., et al, (1996). Development and validation of the state hope scale, *J Pers Soc Psychol*. 70: 321-335.
  65. Thomas, P. W. et al. (2009). *Psychological Interventions for Multiple Sclerosis (Review)*. USA: John Wiley & Sons.
  66. 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: 1-16.
  67. 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.

### پی‌نوشت

۱. امام صادق علیه السلام: إِذَا أَرَادَ أَحَدُكُمْ أَنْ لَا يَسْأَلَ رَبَّهُ شَيْئاً إِلَّا أَعْطَاهُ فَلْيَسْأَلْ مِنَ النَّاسِ كُلِّهِمْ وَلَا يَكُونُ لَهُ رَجَاءٌ إِلَّا عِنْدَ اللَّهِ فَإِذَا عَلِمَ اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ ذَلِكَ مِنْ قَلْبِهِ لَمْ يَسْأَلِ اللَّهَ شَيْئاً إِلَّا أَعْطَاهُ.
۲. این شیوه التقاطی در درمان‌های مثبت‌گرای دیگر نیز وجود دارد؛ مانند امیددرمانگری اسنایدر که از CBT و روایت درمانی 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 کارگرفته شده نیز در چارچوب این مبانی باشد، هدف مورد نظر محقق می شود.

۳. يَدْعَى بِزَعْمِهِ أَنَّهُ يُرْجُو اللَّهَ كَذَبَ وَالْعَظِيمِ مَا بِاللَّهِ لَا يَتَّبِعُنُ رَجَاؤُهُ فِي عَمَلِهِ فَعَلَّ مَنْ رَجَا عُرِفَ رَجَاؤُهُ فِي عَمَلِهِ.

۴. لَوْ لَا الْأَمَلُ مَا أَرْضَعَتْ أُمَّمٌ وَلَدًا وَلَا غَرَسَ غَارِسٌ شَجَرًا.

۵. الرَّجُلُ يَعْمَلُ شَيْئًا مِنَ الثَّوَابِ لَا يَطْلُبُ بِهِ وَجْهَ اللَّهِ إِنَّمَا يَطْلُبُ تَرْكِيَةَ النَّاسِ - يَشْتَهِي أَنْ يَسْمَعَ بِهِ النَّاسُ فَهَذَا الَّذِي أَشْرَكَ بِعِبَادَةِ رَبِّهِ.

۶. «وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ».

۷. فَأَعْمَلِ الْيَوْمَ فِي الدُّنْيَا بِمَا تَرْجُو بِهِ الْفُوزَ فِي الْآخِرَةِ.

۸. اللَّهُمَّ أَنْتَ مُنْتَهَى غَايَتِي وَرَجَائِي وَمَسْأَلَتِي.

۹. لَا يُرْجُونَ عَبْدٌ إِلَّا رَبَّهُ.

۱۰. فَأَعْمَلِ الْيَوْمَ فِي الدُّنْيَا بِمَا تَرْجُو بِهِ الْفُوزَ فِي الْآخِرَةِ.

۱۱. يَدْعَى بِزَعْمِهِ أَنَّهُ يُرْجُو اللَّهَ كَذَبَ وَالْعَظِيمِ مَا بِاللَّهِ لَا يَتَّبِعُنُ رَجَاؤُهُ فِي عَمَلِهِ فَعَلَّ مَنْ رَجَا عُرِفَ رَجَاؤُهُ فِي عَمَلِهِ.

۱۲. يَا مَالِكَ الرَّقَابِ وَيَا هَارِمَ الْأَحْزَابِ يَا مُفْتَحَ الْأَبْوَابِ يَا مُسَبِّبَ الْأَسْبَابِ سَبِّبْ لَنَا سَبَبًا لَا نَسْتَطِيعُ لَهُ طَلَبًا.

۱۳. امام علی علیه السلام: إِلَهِي أَسْأَلُكَ مَسْئَلَةَ الْمَسْكِينِ الَّذِي قَدْ تَحَيَّرَ فِي رَجَاءٍ فَلَا يَجِدُ مَلْجَأً وَلَا مَسْنَدًا يَصِلُ بِهِ إِلَيْكَ وَلَا يَسْتَدَلُّ بِهِ عَلَيْكَ إِلَّا بِكَ.

۱۴. فَأَنْتَ الرَّجَاءُ وَإِلَيْكَ الْمَلْجَأُ.

۱۵. امام صادق علیه السلام: إِذَا أَرَادَ أَحَدُكُمْ أَنْ لَا يَسْأَلَ رَبَّهُ شَيْئًا إِلَّا أَعْطَاهُ فَلْيَسْأَسْ مِنَ النَّاسِ كُلِّهِمْ وَلَا يَكُونُ لَهُ رَجَاءٌ إِلَّا عِنْدَ اللَّهِ فَإِذَا عَلِمَ اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ ذَلِكَ مِنْ قَلْبِهِ لَمْ يَسْأَلِ اللَّهَ شَيْئًا إِلَّا أَعْطَاهُ.

۱۶. «فَمَنْ كَانَ يَرْجُو لِقَاءَ رَبِّهِ فَلْيَعْمَلْ عَمَلًا صَالِحًا وَلَا يُشْرِكْ بِعِبَادَةِ رَبِّهِ أَحَدًا».

۱۷. «أَنَّ الَّذِينَ لَا يَرْجُونَ لِقَاءَنَا وَرَضُوا بِالْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَاطْمَأَنَّنُوا بِهَا وَالَّذِينَ هُمْ عَنْ آيَاتِنَا غَافِلُونَ».

۱۸. إِنِّي أَخَافُ عَلَيْكُمْ اثْنَيْنِ اتَّبَعَ الْهَوَى وَطَوَّلَ الْأَمَلَ فَأَمَّا اتِّبَاعُ الْهَوَى فَإِنَّهُ يُرْدُّ عَنِ الْحَقِّ وَأَمَّا طَوَّلُ الْأَمَلِ فَيَنْسِي الْآخِرَةَ.

۱۹. مَنْ تَعَلَّقَ قَلْبُهُ بِالدُّنْيَا تَعَلَّقَ قَلْبُهُ بِثَلَاثٍ خِصَالٍ هُمْ لَا يَبْغِي وَآمَلٍ لَا يَذْرُكُ وَرَجَاءٍ لَا يَبَالُ.

٢٠. الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِي خَلَقَ الدُّنْيَا فَجَعَلَهَا دَارَ فَنَاءٍ وَرَوَالٍ مُّصَرِّفَةً بِأَهْلِهَا حَالًا بَعْدَ حَالٍ فَالْمَعْرُورُ  
مَنْ عَرَّتهُ وَالشَّقِيّ مَنْ فَتَنَتْهُ فَلَا تُعْرَنُكُمْ هَذِهِ الدُّنْيَا فَإِنَّهَا تَقْطَعُ رَجَاءَ مَنْ رَكَنَ إِلَيْهَا وَتُخَيِّبُ  
طَمَعَ مَنْ طَمَعَ فِيهَا.

٢١. وَارْجُ اللَّهَ رَجَاءً لَا يَجْرُوكَ عَلَى مَعْصِيَتِهِ وَخَفَهُ خَوْفًا لَا يُؤْسِكُ مِنْ رَحْمَتِهِ.

٢٢. فإِلَيْكَ يَا رَبِّ تَعَبَيْتِي وَتَهَيَّبْتِي وَإِعْدَادِي وَاسْتِعْدَادِي رَجَاءَ عَفْوِكَ وَطَلَبَ نَائِلِكَ وَجَائِزَتِكَ.

٢٣. مَا أُوذِيَ نَبِيٍّ مِثْلَ مَا أُوْذِيَ.

٢٤. ﴿وَلَيْنَ أَذَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَزَعْنَاهَا مِنْهُ إِنَّهُ لَكَيْفُوسٌ كَفُورٌ﴾.

٢٥. يَدْعِي بِزَعْمِهِ أَنَّهُ يُرْجُو اللَّهَ كَذَبٌ وَالْعَظِيمُ مَا بَالُهُ لَا يَتَّبِعُنَّ رَجَاؤَهُ فِي عَمَلِهِ فَكُلُّ مَنْ رَجَا  
عَرِفَ رَجَاؤُهُ فِي عَمَلِهِ.

٢٦. عَلِيُّ بْنُ الْحُسَيْنِ عليه السلام يَقُولُ... وَالذُّنُوبُ الَّتِي تَقْطَعُ الرَّجَاءَ: الْقُنُوطُ مِنَ رَحْمَةِ اللَّهِ وَالثَّقَةُ  
بِغَيْرِ اللَّهِ وَالتَّكْذِيبُ بِوَعْدِ اللَّهِ.

٢٧. ﴿وَلَقَدْ نَصَرَكُمُ اللَّهُ بِبَدْرٍ وَأَنْتُمْ أَذِلَّةٌ فَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ. إِذْ تَقُولُ لِلْمُؤْمِنِينَ أَلَنْ  
يَكْفِيَكُمْ أَنْ يُمِدَّكُمْ رَبُّكُمْ بِثَلَاثَةِ آفٍ مِنَ الْمَلَائِكَةِ مُنَزَّلِينَ﴾.

٢٨. أَمِيرَ الْمُؤْمِنِينَ عليه السلام: الرَّهْدُ فِي الدُّنْيَا قَصْرُ الْأَمَلِ.

٢٩. عَنِ الْحَسَنِ بْنِ عَلِيٍّ بْنِ مُحَمَّدٍ فِي قَوْلِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ فَقَالَ  
اللَّهُ هُوَ الَّذِي يَتَّأَلُّهُ إِلَيْهِ عِنْدَ الْحَوَائِجِ وَالشَّدَائِدِ كُلِّ مَخْلُوقٍ عِنْدَ انْقِطَاعِ الرَّجَاءِ مِنْ كُلِّ مَنْ  
دُونَهُ وَتَقْطَعُ الْأَسْبَابَ مِنْ جَمِيعٍ مِنْ سِوَاهُ تَقُولُ بِسْمِ اللَّهِ أَيْ اسْتَعِينِ عَلَى أُمُورِي كُلِّهَا بِاللَّهِ.

٣٠. اللَّهُمَّ وَاسْتَعْفِرْكَ لِكُلِّ ذَنْبٍ اسْتَوْجَبْتُ مِنْكَ بِهِ رَدَّ الدُّعَاءِ وَحِرْزَمَانَ الْإِجَابَةِ وَخِيَةَ الطَّمَعِ.

٣١. مَنْ بَلَغَ جَهْدَ طاقته بَلَغَ كنه إرادته.

٣٢. أَبَا عَبْدِ اللَّهِ عليه السلام يَقُولُ كَانَ عَلِيُّ بْنُ الْحُسَيْنِ عليه السلام إِذَا دَخَلَ شَهْرَ رَمَضَانَ... قَدْ أَعْتَمْتُ رِقَابًا  
فِي مَلِكِي فِي دَارِ الدُّنْيَا رَجَاءً أَنْ يَعْتِقَ رَقَبَتِي مِنَ النَّارِ.

٣٣. رَبِّ طَمَعِ حَائِبٍ وَآمَلِ كاذِبٍ وَرَجَاءٍ يُوَدِّي إِلَى الْحِرْزَمَانِ وَتَجَارَةَ تَتَوَلَّى إِلَى الْحُسْرَانِ - أَلَا  
وَمَنْ تَوَرَّطَ فِي الْأُمُورِ غَيْرِ نَاطِرٍ فِي الْعَوَاقِبِ فَقَدْ تَعَرَّضَ لِمُضْضِحَاتِ النَّوَابِ.

٣٤. إِذَا أَرَادَ أَحَدُكُمْ أَنْ لَا يَسْأَلَ رَبَّهُ شَيْئًا إِلَّا أَعْطَاهُ فَلْيَبْأَسْ مِنَ النَّاسِ كُلِّهِمْ وَلَا يَكُنْ لَهُ رَجَاءٌ إِلَّا  
عِنْدَ اللَّهِ فَإِذَا عَلِمَ اللَّهُ عَزَّ وَجَلَّ ذَلِكَ مِنْ قَلْبِهِ لَمْ يَسْأَلِ اللَّهَ شَيْئًا إِلَّا أَعْطَاهُ.

٣٥. إِنَّ اللَّهَ عِنْدَ ظَنِّ عَبْدِهِ بِهِ إِِنْ خَيْرًا فَخَيْرًا وَإِنْ شَرًّا فَشَرًّا.

۳۶. متون دینی و ادبی پر از توصیه‌هایی با این مضمون است: یا ایها الذین آمنوا لم تقولون ما لا تفعلون (صف: ۲)؛ اَتَأْمُرُونَ النَّاسَ بِالْبِرِّ وَتَنْسَوْنَ أَنْفُسَكُمْ وَأَنْتُمْ تَتْلُونَ الْكِتَابَ أَفَلَا تَعْقِلُونَ (بقره: ۴۴)؛

ذات نیافته از هستی بخش کی تواند که شود هستی بخش

۳۷. ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾.

۳۸. ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾.

۳۹. ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾.