

## ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر

زهرا کرمانی<sup>۱\*</sup>، محمد کریم خداپناهی<sup>۲</sup> و محمود حیدری<sup>۳</sup>

دریافت مقاله: ۱۳۸۹/۷/۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۹۰/۵/۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۸/۲۵

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر بود. **روش:** روش پژوهش همبستگی و جامعه آماری تمام دانشجویان مقطع کارشناسی ۱۳۸۷-۱۳۸۸ دانشگاه شهید بهشتی به تعداد ۶۹۷۰ نفر بود. با توجه به حداقل نمونه مورد نیاز جهت تحلیل عاملی که ۲۵۰ نفر است ۳۷۱ نفر ۲۷۶ زن و ۹۵ مرد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و به مقیاس‌های امید اسنایدر (۱۹۹۱)، حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت (۱۹۸۸)، هدف در زندگی کرامباخ و ماهولیک (۱۹۶۴) و افکار خودکشی محمدی‌فر، بشارت و حبیبی (۱۳۸۴) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده نرم افزار تحلیل معادلات ساختاری تحلیل شد. **یافته‌ها:** بررسی روایی‌سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس دارای ساختاری دو عاملی شامل تفکر عامل و مسیرها است. بررسی روایی همزمان با محاسبه همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا بیانگر رابطه منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطه مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی بود. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و از طریق بازآزمایی ۰/۸۱ به دست آمد. **نتیجه‌گیری:** مقیاس امید اسنایدر برای جمعیت ایرانی از اعتبار و روایی خوبی برخوردار و در سنجش‌های روان‌شناختی کشور ایران قابل استفاده است و از آن می‌توان به‌عنوان ابزاری معتبر و مناسب در محیط‌های بالینی و آموزشی به‌منظور ارزیابی افراد و تهیه برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه سود جست.

**کلید واژه‌ها:** اعتباریابی، تحلیل عاملی، روان‌سنجی، مقیاس امید اسنایدر

Email: kermani76@yahoo.com

\*۱. نویسنده مسئول، کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی

۲. استاد دانشگاه شهید بهشتی

۳. استادیار دانشگاه شهید بهشتی

## مقدمه

مفهوم امید از نظر نووتنی<sup>۱</sup> ۱۹۸۹، نیروی زندگی پویا و بلند؛ از نظر دارلینگتون<sup>۲</sup> ۲۰۰۲، اهمیت حمایت شدن از سوی دیگران؛ از نظر هاملستین و روث<sup>۳</sup> ۲۰۰۲، برقراری ارتباط نزدیک با ارزش-های شخصی و اهداف؛ و از نظر هاقتون<sup>۴</sup> ۲۰۰۷، توان دنبال کردن فعالیت‌های روزانه و متحرک نگهداشتن خود است (چرانک، استانگلینی و اسلاد<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸).

به عقیده اسنایدر<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) امید، نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل<sup>۷</sup> (اراده‌های هدفمند) و مسیرها<sup>۸</sup> (طرح‌های هدفمند) است و هر دو بعد از طریق رفتارهای هدفمند در تشکیل و تعیین میزان امید ضروری و موجب سازگاری و سلامت جسمی و روانی است. مسیرها جزء شناختی امید و نشان دهنده توان فرد در خلق راه‌های معقول برای دستیابی به اهداف است. تفکرعامل، جزء انگیزشی امید و نشان دهنده برداشت شخصی در مورد توانایی برای رسیدن به اهداف گذشته، حال و آینده است. تفکرعامل، یعنی اعتقاد به این مطلب که فرد می‌تواند از طریق راه‌های فرضی به سوی هدفی مشخص حرکت کند و بدان دست یابد. به‌ویژه در زمان رویارویی با موانع وجود تفکر عامل، در راه اندازی انگیزه لازم برای قدم گذاشتن در مسیرهای دیگر حائز اهمیت است (گروال و پورتر<sup>۹</sup>، ۲۰۰۷). اسنایدر (۲۰۰۰) معتقد است زمانی که افراد در راه دستیابی به اهداف خود به بن بست می‌رسند اهداف معمولی زندگی خود را رها می‌کنند و خودکشی را که یک هدف نامناسب است برمی‌گزینند. چون امید به‌عنوان احساس دستیابی موفقیت آمیز به اهداف زندگی در نظر گرفته می‌شود، باورهای فرد را برای مقابله بهتر تقویت می‌کند که این خود تمایل به خودکشی را کاهش می‌دهد (مادوز، کاسلو، تامپسون و یورکویچ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۵). داشتن معنا در زندگی در تعامل با امید می‌تواند سبب افزایش شادی، رضایت از زندگی، عواطف مثبت و کاهش افسردگی شود (ماسخارو و روزن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵؛ فلدمن و

- 
1. Nowotny
  2. Bland & Darlington
  3. Hammelstein & Roth
  4. Houghton
  5. Schrank, Stanghellini & Slade
  6. Snyder
  7. agency thinking
  8. pathways
  9. Grewal & Porter
  10. Meadows, Kaslow, Thompson & Jurkovic
  11. Mascaro & Rosen

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر

اسنایدر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). معنا در زندگی با تجربه فرد از داشتن هدف در زندگی، رابطه با شخصی دیگر یا تجربه حضوری متعالی در درون فرد شکل می‌گیرد (ماسخارو و روزن، ۲۰۰۸).

داشتن رابطه با سایرین، از مهمترین منابع تامین معنا و هدف در زندگی است (استگر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷). هستی انسان در گرو تعاملات اجتماعی او است و محیط اجتماعی در اشتیاق انسان به ادامه زندگی بسیار با اهمیت است (کامپتون، تامپسون و کاسلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). مطالعات نشان می‌دهند، افراد امیدوار نسبت به افرادی که امید کمی دارند دلبستگی ایمن‌تری دارند، تغذیه و مراقبت بهتری را دریافت کرده و از حمایت اجتماعی کافی برای انطباق با مشکلات برخوردار بوده‌اند. تعارض خانوادگی آن‌ها کمتر و والدین قابل پیش‌بینی‌تری داشته‌اند. کودکانی که مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرند، فردی را ندارند که افکار امیدوارکننده را به آن‌ها بیاموزد. در چنین شرایطی عملکرد مراقبین، منبع اراده و حمایت برای کودک نیست و موجب از بین رفتن افکار هدفمند در وی می‌شود (خلجی، ۱۳۸۶؛ گروال و پورتر، ۲۰۰۷).

نتایج پژوهشی دربارهٔ ۴۵ بیمار در انتظار پیوند قلب تایوانی نشان‌داد همبستگی بین رفتارهای خودمراقبتی، امید و حمایت اجتماعی مثبت و حمایت اجتماعی بهترین پیش‌بینی کننده رفتارهای خودمراقبتی و امید است (وانگ، چانگ، شیه، سان و جنگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان کند؛ درمان و کیفیت زندگی را ارتقاء بخشد (چیمیک و نکولاچاک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). اسنایدر ۱۹۹۴ نیز معتقد است افراد امیدوار در رویارویی با شرایط استرس‌زا به صورت فعال‌تری برخورد می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای بیشتر و بهتری استفاده می‌کنند (چانگ و دسیمون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱).

چرانک و همکاران (۲۰۰۸)، در پژوهشی فراتحلیلی پیرامون مفهوم و ابزارهای اندازه‌گیری امید دریافتند برای سنجش امید و متغیرهای ضمنی چنین مفهومی، ۳۲ آزمون تهیه شده است که از این میان به‌خصوص در سال‌های اخیر در مقاله‌های منتشر شده بین ژوئن ۲۰۰۷ تا ژوئن ۲۰۰۸ از ابزارهایی که بیش از همه استفاده شده، به ترتیب مقیاس امید اسنایدر<sup>۷</sup> (۱۹۹۱)،

- 
1. Feldman & Snyder
  2. Steger
  3. Compton, Tompson & Kaslo
  4. Wang, Chang, Shih, Sun & Jeng
  5. Chimick & Nekolaichak
  6. Chang & Desimon
  7. snyder hope scale

مقیاس حالت امید<sup>۱</sup> اسنایدر (۱۹۹۷)، مقیاس امید میلر<sup>۲</sup> (۱۹۸۸)، مقیاس امید گوتچالک (۱۹۷۴) و مقیاس امید هرث<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) و مقیاس امید کودکان<sup>۴</sup> (۱۹۹۳)، بوده است (چرانک و همکاران، ۲۰۰۸).

مقیاس امید اسنایدر بر اساس نظریه امید اسنایدر، مقیاسی است که امید فرد را به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی نسبتاً ثابت ارزیابی می‌کند (خلجی، ۱۳۸۶). این مقیاس در مورد همه افراد از جمله بیماران روانی (گروال و پورتر، ۲۰۰۷) و برای افراد ۱۵ سال و بالاتر (کوهساریان، ۱۳۸۷) کاربرد دارد. برای سنجش دو عامل اصلی مقیاس در ابتدا ۴۵ ماده توسط دوماین<sup>۵</sup> و دوماین (۲۰۰۶)، طراحی و در مورد نمونه دانشجویی با لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست استفاده و همبستگی همه موارد محاسبه شد. در نهایت ۱۴ ماده باقی ماند که همبستگی بالای ۰/۲ داشتند. از بین این مواد، ۴ ماده که بیشترین رابطه را با تفکر عامل، و ۴ ماده دیگر که بیشترین ارتباط را با مسیرها داشتند جدا و محاسبه شد. مواد درونی هر عامل همبستگی بین ۰/۵۷-۰/۳۸ را نشان داد. اسنایدر، هریس، اندرسون، هولران، ایروینگ، سیگمون و یوشینوبا<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) همسانی درونی<sup>۷</sup> کل این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۷۴-۰/۸۴؛ گروال و پورتر (۲۰۰۷) برای خرده مقیاس‌های تفکر عامل بین ۰/۷۶-۰/۷۱ و الکساندر و انگبوزی<sup>۸</sup> (۲۰۰۷) برای مسیرها بین ۰/۸۰-۰/۶۳؛ و از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵، بعد از ۸ هفته ۰/۷۳ و بعد از ۱۰ هفته ۰/۸۲ به‌دست آورده‌اند.

تحلیل عاملی مقیاس با روش چرخش مایل دو عامل، یکی تفکرعامل (اراده برای دستیابی به هدف) و دیگری مسیرها (مسیرهای دستیابی به اهداف) را به‌دست داد که روی هم ۵۲٪- ۶۲٪ از واریانس امید را تبیین می‌کرد. در روایی همزمان همبستگی مثبت با خوش بینی و عزت نفس و رابطه منفی با ناامیدی و افسردگی به‌دست آمد (دوماین و دوماین، ۲۰۰۶).

مقیاس حالت امید (۱۹۹۶) افکار هدفمند را در زمانی مشخص ارزیابی می‌کند. سه سؤال تفکر عامل، و سه سؤال مسیرها را می‌سنجد. پاسخ‌ها با لیکرتی هشت درجه‌ای از یک = کاملاً صحیح تا هشت = کاملاً غلط طبقه‌بندی شده است که آزمودنی در هر سؤال می‌گوید که الان

1. state hope scale
2. miller hope scale
3. herth hope scale
4. children hope scale
5. Domain
6. Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon & Yoshinobu
7. internal consistency
8. Alexander & Onwuegbuzie

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر

درمورد خودش چه‌طور فکر می‌کند. برای این مقیاس ضریب اعتبار<sup>۱</sup> از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و تحلیل عاملی دو عامل تفکر عامل و مسیرها به‌دست آمد (پترسون و لوزانس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ گروال و پورتر، ۲۰۰۷). مقیاس امید کودکان (۱۹۹۳) برای کودکان ۷ الی ۱۶ سال و اندازه‌گیری چگونگی تفکر آن‌ها دربارهٔ اهداف و مسیرهای دستیابی به آن ساخته شده است. این مقیاس شامل ۶ سؤال با لیکرت شش درجه‌ای از هیچکدام = ۱ تا همه موارد = ۶ است. تحلیل عاملی برای این مقیاس دو عامل را به‌دست داد، تفکر عامل با سؤال‌های ۲، ۴ و ۶ و مسیرها با سؤال‌های ۱، ۳ و ۵ را ارزیابی می‌شود (پدرتی، ادواردز و لویز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). در روایی‌سازه همبستگی معناداری با رضایت از زندگی ۰/۴۹، حمایت اجتماعی ادراک شده ۰/۵، رفتار بیرونی شده ۰/۳۳ و رفتار درونی شده ۰/۳۲ به‌دست آمد (وال، هوبنر و سالدو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶).

مقیاس امید میلر (۱۹۸۸) با ۴۰ ماده و لیکرت ۵ درجه‌ای است که نمرات آن در دامنه ۲۰۰-۴۰ قرار می‌گیرد. همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ با ۵۲۲ آزمودنی و اعتبار از طریق بازآزمایی با ۳۰۸ آزمودنی بعد از ۲ هفته ۰/۸۲ به‌دست آمد. روایی همزمان همبستگی مثبت معناداری با نمرات مقیاس سلامت روان ۰/۷۱ و همبستگی منفی معناداری با مقیاس ناامیدی ۰/۵۴- نشان داد. در تحلیل عاملی مشخص شد، مقیاس دارای سه عامل رضایت از خود و دیگران، اجتناب از تهدید کننده‌های امید و پیش‌بینی آینده است (دوماین و دوماین، ۲۰۰۶).

مقیاس امید هرث در سال ۱۹۹۱ جهت ارزیابی امید به‌ویژه در جوانان با بیماری‌های مزمن و لاعلاج طراحی شد که دارای ۱۲ ماده با لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ = کاملاً مخالف تا ۴ = کاملاً موافق است. ضریب اعتبار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و بازآزمایی بعد از دو هفته ۹۱ به‌دست آمد. در بررسی روایی همبستگی مثبت معنادار ۰/۸۴ با مقیاس به‌ریستی روانی و رابطه منفی معناداری ۰/۷۳ با ناامیدی به‌دست آمده است. تحلیل عاملی ۳ عامل احتمال پیامد مثبت، انتظارات مثبت و تعاملات بین خود و دیگران را به‌دست داده است (فیلیپس، هس، کینتنر، موناهان و آروز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷).

در روان‌شناسی عصر حاضر با ظهور روان‌شناسی مثبت، موضوعات مطرح در روان‌شناسی از چشم‌اندازی دیگر مورد توجه قرار گرفته و عواملی مثل شادکامی، خوش‌بینی، خلاقیت، معنا در زندگی، حمایت اجتماعی و امید و به‌کارگیری روش‌های مبتنی بر همین عوامل در مداخلات،

- 
1. reliability
  2. Peterson & Luthans
  3. Pedrotti, Edwards & Lopez
  4. Valle, Huobner & Saldo
  5. Philips, Hesse, Kintner, Monahan & Azzouz

درمان و پیشگیری از اهمیت خاصی برخوردار شده است (چیمیک و نکولایچاک، ۲۰۰۴). مکینز (۲۰۰۱) شادی را اساسی‌ترین هیجان مثبت و امید را مهمترین زیر مجموعه شادی می‌داند. تصور این‌که ما به سمت یک زندگی بهتر در حرکتیم در ما نیرویی دوباره ایجاد می‌کند (خلجی، ۱۳۸۶). به عقیده گلدسمت (۲۰۰۲) امید، انتظاری مثبت درباره آینده و نگرشی مثبت به رویدادهای علی و معلولی است و مانند سپری بین آثار رویدادهای استرس‌زای زندگی و سلامت جسمی، روانی و رفتاری قرار می‌گیرد (مادوز و همکاران، ۲۰۰۵).

به‌طور کلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که امید از مهمترین مؤلفه‌های سلامت‌روان است. اما در ایران به جز در سال‌های اخیر آن هم به‌صورت بسیار محدود به آن توجه شده است. بنابراین معرفی این مفهوم و ابزار اندازه‌گیری آن یعنی مقیاس امید اسنایدر که پرکاربردترین مقیاس سنجش آن محسوب می‌شود ضروری به‌نظر می‌رسد. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تعیین اعتبار، روایی و تحلیل عاملی یا به عبارتی تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر (۱۹۹۱) بود؛ و سؤال این بود، آیا این مقیاس در جامعه ایرانی اعتبار و روایی لازم را دارد؟

## روش

روش پژوهش از نوع همبستگی بود. از آن‌جا که خودکشی عمدتاً مشکل جوانان ۱۵-۲۴ سال محسوب می‌شود (شیخ‌الاسلامی، کنی و ضیایی، ۲۰۰۸)، بنابراین در این پژوهش جامعه آماری کلیه دانشجویان کارشناسی سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ دانشگاه شهید بهشتی به تعداد ۶۹۷۰ نفر در نظر گرفته شد. از آنجا که هومن (۱۳۸۵) حداقل حجم نمونه را ۲۵۰ و ۵۰۰ نفر را برای تحلیل مطلوب می‌داند بر این اساس با توجه به شرایط و امکانات حدود ۴۰۰ نفر در این پژوهش آزمون شدند که بعد از خارج کردن پرسشنامه‌های مخدوش، نمونه به ۳۷۱ نفر تقلیل پیدا کرد. نمونه‌ها به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. به این ترتیب که از بین ۱۲ دانشکده دانشگاه شهید بهشتی شش دانشکده شامل دانشکده‌های ادبیات، اقتصاد، معماری، زیست‌شناسی، تربیت‌بدنی، مدیریت و حسابداری و از هر دانشکده دو گروه آموزشی شامل تاریخ و ادبیات، اقتصاد و علوم سیاسی، معماری، زیست، تربیت‌بدنی، مدیریت و حسابداری و از هر گروه آموزشی دو زیررشته تاریخ و عربی، اقتصاد بازرگانی و علوم سیاسی، مهندسی معماری، میکروبیولوژی و زیست دریا، تربیت‌بدنی، مدیریت صنعتی و حسابداری و از

هر زیررشته تعدادی کلاس متناسب با حجم نمونه به تصادف انتخاب شدند. روش‌های آماری مورد استفاده جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات تحلیل تأییدی، همبستگی و ضریب اعتبار بود.

## ابزار پژوهش

۱. مقیاس امید اسنایدر (۱۹۹۱). مقیاسی ۱۲ سؤال با لیکرت ۸ درجه‌ای از کاملاً مخالف، نمره ۱ تا کاملاً موافق، نمره ۸ است. خرده مقیاس تفکر عامل شامل چهار سؤال ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲؛ خرده مقیاس مسیره شامل چهار سؤال ۱، ۴، ۷ و ۸؛ و ۴ سؤال ۳، ۵، ۶ و ۱۱ به‌عنوان سؤال‌های انحرافی است (گروال و پورتر، ۲۰۰۷؛ پدرتی و همکاران، ۲۰۰۸). نمره‌گذاری سؤال‌های ۱، ۵، ۷ و ۱۱ به‌عنوان سؤال‌های انحرافی که برای افزایش دقت آزمون است حذف می‌شود (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). بنابراین دامنه نمرات بین ۸ تا ۶۴ است. در اینجا ۸ پائین‌ترین نمره و ۶۴ بالاترین نمره محسوب می‌شود. اسنایدر و همکاران (۲۰۰۰) اعتبار آن را از طریق بازآزمایی<sup>۱</sup> بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ و برای زیر مقیاس تفکر عامل ۰/۸۱ و برای مسیره ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند (خلجی، ۱۳۸۶). لوپز و اسنایدر (۲۰۰۷) همسانی درونی مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ و ضریب اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). در پژوهشی در مورد ۳۴۲ دانشجو بین سنین ۲۱-۱۸ سال ضریب اعتبار برای تفکر عامل ۰/۷۶ و برای مسیره ۰/۷۵ محاسبه شد (الکساندر و آنوگبوزی، ۲۰۰۷). در جمعیت دانشجویی ایران اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۷۹ و برای مسیره ۰/۸۸ محاسبه شده است (غباری‌بناب، لواسانی و رحیمی، ۲۰۰۷). در پژوهش دیگر اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق بازآزمایی پس از یک ماه ۰/۷۴ به‌دست آمده است (خلجی، ۱۳۸۶) و همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس مسیره ۰/۶۲ و برای تفکر عامل ۰/۷۴ به‌دست آمده است (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر اعتبار از طریق آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس امید ۰/۸۶، برای خرده مقیاس تفکر عامل ۰/۷۷ و خرده مقیاس مسیره ۰/۷۹ به‌دست آمد. هماهنگی سؤال‌های این مقیاس با نظریه امید اسنایدر نشان دهنده روایی محتوای<sup>۳</sup> خوب آن است (گروال و پورتر، ۲۰۰۷). در روایی همزمان اسنایدر و همکاران (۱۹۹۱) همبستگی این مقیاس را با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- گزارش کرده‌اند (کوهساریان، ۱۳۸۷). همبستگی مثبت معنا دار بین این مقیاس با عاطفه مثبت،

1. test-retest

2. Ghobari, Lavasani & Rahimi

3. content validity

خوش‌بینی، رضایت از زندگی و عزت نفس؛ و همبستگی منفی معنادار با اضطراب و بدبینی نیز به‌دست آمده است (عبدالخالده<sup>۱</sup> و اسنایدر، ۲۰۰۷). در روایی‌سازه از طریق تحلیل عاملی با اجرای آن در مورد ۶۷۶ آزمودنی (۲۹۵ بیمار روانی، ۱۱۲ بزهکار و ۲۹۶ دانش‌آموز) دو عامل تفکر عامل و مسیره‌ها به‌دست آمده است (براور، میجر، وکرز و بانک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). همچنین با اجرای آن بر ۱۰۲۵ نفر از بازماندگان وقایع آسیب‌زا ساختار دو عاملی این مقیاس مورد تأیید قرار گرفته است (کرامر، دنل، کاربن، لويس، دنسلی، فارلان<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). در پژوهشی دیگر با اجرای این مقیاس بر نمونه‌ای از دانشجویان کویت دو عامل تفکر عامل و مسیره‌ها به‌دست آمده است (عبدالخالده و اسنایدر، ۲۰۰۷). در پژوهشی دیگر نیز در تحلیل عاملی این مقیاس به دو عامل اصلی دست یافتند که هر دو بر روی هم ۵۱٪ از واریانس امید را تبیین می‌کردند (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷).

۲. **مقیاس افکار خودکشی<sup>۴</sup> محمدی‌فر، حبیبی و بشارت (۱۳۸۴)**. این مقیاس شامل ۳۸ سؤال است که فرد از ۱ = هرگز تا ۳ = بیشترمواقع نظر خود را در مورد هر سؤال بیان می‌کند. نمره فرد بین ۳۸ تا ۱۱۴ متغیر خواهد بود. این مقیاس دارای ۵ زیر مقیاس احساس گناه و خود تخریبی، ناامیدی و احساس حقارت، انزوا طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی و افسردگی است. اعتبار این مقیاس از طریق محاسبه آلفای کرونباخ برای نمره کل خودکشی و ۵ زیر مقیاس به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به‌دست آمده است (محمدی‌فر و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر اعتبار از طریق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و ۵ خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۶۱، ۰/۸۲، ۰/۶۸ و ۰/۶۹، ۰/۶۲ شد.

۳. **مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده<sup>۵</sup> زیمت<sup>۶</sup> (۱۹۸۸)**. شامل ۱۲ سؤال با لیکرت ۷ درجه‌ای است. نمره هر فرد در این مقیاس از ۱۲ تا ۶۴ است. این مقیاس دارای ساختار عاملی ۳ بعدی شامل دوستان، خانواده و اشخاص مهم زندگی است (باسول<sup>۷</sup>، ۲۰۰۸). جوشن‌لو (۱۳۸۵) مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۹ به‌دست آورده است. در پژوهش کلارا ۲۰۰۳ ضریب آلفای کرونباخ در نمونه دانشجویی برای سه خرده مقیاس دوستان، خانواده و اشخاص

1. Abdelkhaled
2. Brower, Meijer, Weckers & Banke
3. Creamer, Donnell, Carboon, Lewis, Densley & Farlan
4. suicide ideation scale
5. multidimensional scale of perceived social support
6. Zimet
7. Basol



ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر

مهم به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ بود (افشاری، ۱۳۸۶) و در پژوهش حاضر برای سه خرده مقیاس به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ۰/۸۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۲ شد.

۴. **آزمون معنا در زندگی<sup>۱</sup> کرامباخ و ماهولیک<sup>۲</sup>** (۱۹۶۴). بر اساس نظریه فرانکل و شامل ۲۰ سؤال است. آزمودنی در لیکرت ۷ درجه‌ای وضعیت خود را در موقعیت مورد سؤال مشخص می‌کند. نمره فرد در این آزمون از ۱۴۰-۲۰ متغیر است (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷). اعتبار این آزمون با روش دو نیمه‌آزمون در یک نمونه ۱۲۰ نفری در حدود ۰/۸۵ و از طریق بازآزمایی ۰/۹۲ به‌دست آمده است (ملاسو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر اعتبار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی ۳۷۱ دانشجوی این پژوهش شامل ۲۷۶ زن و ۹۵ مرد ۱۹/۹۵ بود. در بررسی روایی‌سازه این مقیاس از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. در این روش تأییدی یک ساختار عاملی مفروض به‌دست می‌آید. در بررسی برازش الگو اگر مجذور خی از لحاظ آماری معنادار نباشد برازش خوب الگو را نشان می‌دهد. اما چون این شاخص اغلب در نمونه‌های بزرگتر از ۱۰۰ معنادار می‌شود بنابراین شاخص مناسبی برای سنجش الگو محسوب نمی‌شود (هومن، ۱۳۸۴). با توجه به این که نمونه حاضر ۳۷۱ آزمودنی را شامل می‌شود در تحلیل عاملی تأییدی این مقیاس به شاخص نیکویی برازش<sup>۴</sup>، شاخص نیکویی برازش انطباقی<sup>۵</sup>، شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۶</sup>، خطای ریشه مجذور میانگین تقریب<sup>۷</sup> و باقیمانده مجذور میانگین<sup>۸</sup> توجه شده است.

جدول ۱. نتایج حاصل از محاسبه شاخص‌ها در تحلیل عاملی تأییدی مقیاس امید اسنایدر

شاخص	مجدور خی بر	نیکویی برازش	نیکویی برازش انطباقی	مقایسه‌ای	خطای ریشه مجذور میانگین تقریب	باقیمانده مجذور میانگین
۵۲/۷	۲/۷۷	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۰۶	۰/۰۸

1. meaning in life test
2. Crumbaugh & Maholice
3. Molasso
4. GFI
5. AGFI
6. CFI
7. RMSEA
8. RMR

با توجه به اطلاعات جدول ۱ شاخص‌های نیکویی برازش، نیکویی برازش انطباقی و برازش مقایسه‌ای بزرگتر از ۰/۹۰ و شاخص‌های ریشه مجذور میانگین تقریب و باقیمانده مجذور میانگین کوچکتر از ۰/۰۸ است، برازش الگو مطلوب است. مقیاس امید دارای ۲ عامل یکی تفکر عامل شامل سؤال‌های ۱، ۴، ۶ و ۸ است که به ترتیب دارای بار عاملی ۰/۶۹، ۰/۵۹، ۰/۹۲ و ۰/۶۵ و دیگری مسیرها شامل سؤال‌های ۲، ۹، ۱۰ و ۱۲ است که با کل مقیاس به ترتیب دارای بار عاملی ۰/۸۳، ۰/۵۱، ۰/۵۹ و ۰/۴۳ است. بنابراین به دلیل تأیید الگو در نمونه حاضر از انجام تحلیل اکتشافی صرف نظر شد. جهت سنجش روایی مقیاس امید رابطه آن با نمرات مقیاس‌های افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲. نتایج بررسی روایی همگرا و واگرای مقیاس امید اسنایدر

شاخص‌ها	ضریب همبستگی
افکار خودکشی	امید - ۰/۵۳۵ **
حمایت اجتماعی ادراک شده	امید ۰/۴۰۷ **
معنا در زندگی	امید ۰/۵۷۵ **

\*\* $P < ۰/۰۱$

جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی بین مقیاس امید با مقیاس افکار خودکشی منفی و همبستگی آن با مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی مثبت است که این امر بیانگر روایی همگرا و واگرای مقیاس امید است. به بیان دیگر هرچه نمره فرد در مقیاس افکار خودکشی بالاتر باشد انتظار می‌رود نمره او در مقیاس امید پایین‌تر باشد و بالعکس هر چه نمرات فرد در مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و معنا در زندگی بالاتر باشد انتظار می‌رود که نمرات مقیاس امید بیشتر باشد. جهت سنجش اعتبار مقیاس امید در این پژوهش از روش آلفای کرونباخ استفاده و همچنین ضریب اعتبار آزمون بازآزمون این مقیاس به فاصله زمانی ۱۰ روز درمورد ۳۳ آزمودنی اجرا و محاسبه شد.

جدول ۳. ضرایب آلفای کرونباخ برای مقیاس امید اسنایدر و خرده مقیاس‌های آن

شاخص آماری	مقیاس امید	تفکر عامل	مسیرها
آلفای کرونباخ	۰/۸۶	۰/۷۷	۰/۷۹
بازآزمایی	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۶۵

جدول ۳ نشان می‌دهد مقیاس امید اسنایدر در پژوهش حاضر از اعتبار خوبی برخوردار است.

جدول ۴. نمرات معیار T و نقاط برش مقیاس امید اسنایدر

شاخص‌های آماری	نمرات خام مقیاس امید اسنایدر	نمرات T
تعداد گروه نمونه	۳۷۱	۳۷۱
میانگین کل	۳۳/۵۰	۵۰
انحراف معیار	۸/۱۵	۱۰

برای تعیین نقطه برش این مقیاس از رتبه درصدی و نمره معیار T استفاده شد. جدول ۴ این نتایج را نشان می‌دهد. نمرات معیار T و رتبه درصدی محاسبه شده برای هر نمره خام در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نمرات معیار T و رتبه درصدی محاسبه شده برای هر نمره خام

نمره خام	فراوانی	نمره معیار T	رتبه درصدی	نمره خام	فراوانی	نمره معیار T	رتبه درصدی
۱۹	۱	۱۱/۵۶	۰/۳	۴۶	۱۷	۴۴/۶۹	۲۷/۵
۲۰	۱	۱۲/۷۹	۰/۵	۴۷	۱۶	۴۵/۹۱	۳۱/۸
۲۱	۱	۱۴/۰۱	۰/۸	۴۸	۱۴	۴۷/۱۴	۳۵/۶
۲۳	۲	۱۶/۴۷	۱/۳	۴۹	۲۴	۴۸/۳۷	۴۲/۰
۲۴	۱	۱۷/۶۹	۱/۶	۵۰	۱۸	۴۹/۶۰	۴۶/۹
۲۹	۲	۲۳/۸۳	۲/۲	۵۱	۲۱	۵۰/۸۲	۵۲/۶
۳۰	۱	۲۵/۰۶	۲/۴	۵۲	۱۲	۵۲/۰۵	۵۵/۸
۳۱	۱	۲۶/۲۸	۲/۷	۵۳	۲۲	۵۳/۲۸	۶۱/۷
۳۲	۱	۲۷/۵۱	۳/۰	۵۴	۲۰	۵۴/۵۰	۶۷/۱
۳۵	۲	۳۱/۱۹	۳/۵	۵۵	۱۸	۵۵/۷۳	۷۲/۰
۳۶	۴	۳۲/۴۲	۴/۶	۵۶	۱۸	۵۶/۹۶	۷۶/۸
۳۷	۵	۳۳/۶۴	۵/۹	۵۷	۱۷	۵۸/۱۸	۸۱/۴
۳۸	۸	۳۴/۸۷	۸/۱	۵۸	۱۵	۵۹/۴۱	۸۵/۴
۳۹	۸	۳۶/۱۰	۱۰/۲	۵۹	۱۲	۶۰/۶۴	۸۸/۷
۴۰	۸	۳۷/۳۳	۱۲/۴	۶۰	۷	۶۱/۸۷	۹۰/۶
۴۱	۴	۳۸/۵۵	۱۳/۵	۶۱	۱۲	۶۳/۰۹	۹۳/۸
۴۲	۵	۳۹/۷۸	۱۴/۸	۶۲	۶	۶۴/۳۲	۹۵/۴
۴۳	۱۲	۴۱/۰۱	۱۸/۰	۶۳	۱۰	۶۵/۵۵	۹۸/۱
۴۴	۱۱	۴۲/۲۳	۲۱/۰	۶۴	۷	۶۶/۷۷	۱۰۰

در جدول ۵ رتبه درصدی‌های به‌دست آمده نشان می‌دهد که از میان کسانی که مورد آزمون قرار گرفته‌اند افرادی که نمرات خام آن‌ها ۵۰ و پایین‌تر است امید کمتر و افرادی که نمرات خام آن‌ها ۵۱ و بالاتر است امید بیشتری دارند.

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش برای بررسی روایی‌سازه مقیاس امید اسنایدر از تحلیل عاملی تأییدی استفاده، و ساختار عاملی ارائه شده توسط سازنده مقیاس در نمونه مورد مطالعه پژوهش حاضر نیز تایید شد که این نشان دهنده تطبیق خوب مقیاس با نظریه است که با یافته‌های کرامر و همکاران (۲۰۰۹)؛ عبدالخالد و اسنایدر (۲۰۰۷) و الکساندر و انوگبوزی (۲۰۰۷) همخوان است. امید نوعی روند فکری و دارای دو جزء تفکر عامل و مسیرها است. ابتدا فرد هدف را انتخاب و سپس راه‌های رسیدن به هدف را تعیین می‌کند و بعد انگیزه و اراده لازم جهت حرکت در مسیر را به کار می‌اندازد (پدرتی و همکاران، ۲۰۰۸ و گروال و پورتر، ۲۰۰۷).

در بررسی روایی همزمان مقیاس امید از آنجایی که امید با سلامت‌روان در ارتباط است (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵)، رابطه آن با مؤلفه‌های مربوط به سلامت‌روان، افکارخودکشی (شیخ الاسلامی و همکاران، ۲۰۰۸)، حمایت اجتماعی ادراک شده (نصیری و جوکار، ۱۳۸۷) و معنا در زندگی (حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷) بررسی شد. نتایج حاکی از آن است که رابطه بین امید و افکار خودکشی منفی است که با یافته‌های روزوارسکی و دان (۲۰۰۹)؛ مادوز و همکاران (۲۰۰۵) همخوان است. این امر بیانگر روایی واگرایی مطلوب مقیاس امید است. در تبیین این یافته به عقیده هانا ۱۹۹۱، امید عامل مهمی در فهم ناامیدی، افسردگی و خودکشی است و بیش از ناامیدی با خودکشی در ارتباط است. فرد امیدوار خواهان زندگی کردن است زیرا آینده را خوب تلقی می‌کند، در تسلط بر امور زندگی خود را توانا می‌داند، توانایی کنترل استرس و احساسات منفی را دارد، شرایط زندگی را قابل تغییر می‌یابد و بیش از آن که برای رهایی از آینده قصد کشتن خود را داشته باشد، آینده را مثبت قلمداد می‌کند (روزوارسکی و دان، ۲۰۰۹). به عقیده لویز و اسنایدر (۲۰۰۷) امید با ایجاد هیجان مثبت، رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد. این هیجان مثبت موجب تسهیل حل مسئله و تصمیم‌گیری مناسب به‌خصوص در شرایط بحرانی می‌شود (کوهساریان، ۱۳۸۷).

نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین امید با حمایت اجتماعی ادراک شده مثبت است که با یافته‌های حیدری و همکاران (۱۳۸۷)؛ وانگ و همکاران (۲۰۰۶) و ابریت و لیون<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) همخوان است این امر بیانگر روایی همگرایی خوب مقیاس امید است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که به عقیده اسنایدر (۲۰۰۰) ارتباط با اطرافیان و صحبت در باره آرزوها و اهداف این احساس را در فرد به‌وجود می‌آورد که بر محیط اطرافش کنترل دارد. وجود محیط حمایت‌کننده

---

۱. Ebright & Lyon

ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس امید اسنایدر

به فرد این امکان را می‌دهد که اهدافش را دنبال کند و در نتیجه امید در او ارتقاء می‌یابد. ارتباط با اطرافیان از بافت‌های اصلی رشد امید است (کوهساریان، ۱۳۸۷). شخصی که دارای مشکل است و متوجه حضور و حمایت اطرافیان می‌شود برای رفع این مشکل اطمینان خاطر بیشتری می‌یابد و آینده‌ای که پیش روی اوست روشن‌تر می‌شود (روزوارسکی و دان، ۲۰۰۹).

همچنین نتایج نشان می‌دهد که رابطه بین معنا در زندگی و امید مثبت است که این با یافته‌های غباری بناب و همکاران (۲۰۰۸)؛ ماسخارو و روزن (۲۰۰۶)؛ فلدمن و اسنایدر (۲۰۰۵)؛ نصیری و جوکار (۱۳۸۷) همخوان و بیانگر روایی همگرایی خوب مقیاس است. در تبیین این یافته می‌توان گفت مفاهیم نظریه امید در نظریه معنا نیز مطرح است. بنابراین داشتن معنا در زندگی تفکر امیدوارانه را به دنبال خواهد داشت. به عبارت دیگر بین این دو رابطه تعاملی به وجود می‌آید. یعنی افزایش امید منجر به افزایش معنا و افزایش معنا هم سبب افزایش امید یا تفکر هدفدار می‌شود (فلدمن و اسنایدر، ۲۰۰۵). کسی که در زندگی خود را هدفمند بداند، زندگی حساب شده و اهداف مشخصی دارد و در مورد طرح‌ها و برنامه‌های اصلی خود احساس هیجان می‌کند. بنابراین برای داشتن زندگی شاد همراه با سلامت روان، داشتن معنا در زندگی انکار ناپذیر و به‌ویژه در مقابله با ناملایمات از اهمیت خاصی برخوردار است (استگر، ۲۰۰۷).

در این پژوهش آلفای کرونباخ  $0/86$  و ضریب ملاک  $0/70$  نشان دهنده همسانی درونی بالای هر یک از سؤال‌ها با کل مقیاس و اعتبار قابل قبول آن در نمونه حاضر است که با یافته‌های الکساندر و انوگبوزی (۲۰۰۷)؛ غباری بناب و همکاران (۲۰۰۷)، خلجی (۱۳۸۶) و نصیری و جوکار (۱۳۸۷) همخوان است. همچنین ضریب بازآزمایی  $0/81$  نشان می‌دهد که نمرات مقیاس در طول زمان از ثبات برخوردار است که با یافته‌های اسنایدر (۱۹۹۱) و لوپز و اسنایدر (۲۰۰۷) همسو است.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مقیاس امید اسنایدر می‌تواند ابزاری مناسب و معتبر جهت استفاده در جامعه ایرانی باشد لذا می‌توان از این آزمون در موسسات پژوهشی، پژوهش‌های دانشجویی، مراکز مشاوره و کارگاه‌های آموزشی استفاده کرد. قابل ذکر است که جامعه آماری این پژوهش تنها شامل دانشجویان مقطع کارشناسی است که تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش را به جامعه آماری مورد پژوهش محدود می‌سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی در جوامع آماری با شرایط سنی و تحصیلی دیگر انجام شود.

## منابع

افشاری، سمانه. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده، عزت نفس و عوامل شخصیتی با (رضایت‌مندی از زندگی) در دانشجویان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی. جوشن‌لو، محسن، نصرت‌آبادی، مسعود، جعفری، کندوان، و رستمی، رضا. (۱۳۸۵). تفاوت‌های جنسیتی در پیش‌بینی کننده‌های بهزیستی اجتماعی. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۸: ۱۸۴-۱۶۶.

حیدری، سعیده، سلحشوریان، آسیه، رفیعی، فروغ، و حسینی، فاطمه. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی پژوهشی فیض (مجله الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی کاشان)*. (۱۲)۶: ۱۲۴-۱۱۲.

خلجی، طیبه. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین امید، منبع مهارت تحصیلی و موفقیت تحصیلی دوره پیش دانشگاهی شهر تهران در سال تحصیلی ۸۶-۸۵. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

کوهساریان، پریسا. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر امید درمانی بر کاهش افسردگی زنان دیابتیک در مرکز پژوهشات دیابت سمنان. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

محمدی‌فر، محمدعلی، حبیبی‌عسگرآبادی، مجتبی، و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۴). ساخت و هنجار یابی مقیاس اندیشه خودکشی در میان دانشجویان. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۴: ۲۹-۱۶.

نصیری، حبیب‌الله، و جوکار، بهرام. (۱۳۸۷). معناداری زندگی، امید، رضایت از زندگی و سلامت روان در زنان. *پژوهش زنان*. ۶: ۱۷۶-۱۵۷.

هومن، حیدرعلی. (۱۳۸۴). مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. تهران: انتشارات سمت.

Alexander, E. S., & Onwuegbuzie, J. A. (2007). Academic procrastination and the role of hope as a coping strategy. *Personality and individual differences*, 42(7): 1301-1310.

Abdel-Khaled, A., & Snyder, C. R. (2007). Correlation and predictors of an Arabic translation of the snyder. *Journal of positive psychology*, 2(4): 226-235.

Basol, G. (2008). Validation and reliability of the multidimensional scale of perceived social support-revised, with a Turkish sample. *Social behavior and personality*, 36(10): 1303-1314.

Brouwer, D., Meijer, R. R., Weckers, A. M. & Banke, J. J. (2008). On the dimensionality of the dispositional hope scale. *Psychological assessment*, 20: 310-315.

- Chang, E. C., & Desimon, SH. L. (2001). The influence of hope on appraisals, coping, and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of social and clinical psychology*, 20(2): 117-129.
- Chimick, W. T., & Nikolaichak, CH. L. (2004). Exploring the links between depression integrity, and hope in the elderly. *Journal psychiatry*, 49: 428-433.
- Creamer, M., Donnell, M. L., Carboon, I., Lewis, V., Densley, K., Farlane, A., Silove, D., & Bryant, R. (2009). A Evaluation of the dispositional hope scale. *Journal of research in personality*, 43(4): 613-614.
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African American: the protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatric Epidemiology*, 40: 175-185.
- Domaine, G., & Domaine, A. L. (2006). *Psycho;ogycal testing: an introduction*. Newyourk melburn. Cambrige university press.
- Ebright, P. R., & Lyon, B. (2002). Understanding hope and factor that enhance hope in women with breats cancer. *Oncol Nurs Forum*, 29(3): 561-569.
- Feldman, D. B. & Snyder, C. R. (2005). Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life mranng. *Journal of social and clinical psychology*, 24(3): 401-421.
- Grewal, P. K., & Porter, J. (2007). Hope theory: a framework for understanding Death studies. *Washington*, 31(2): 131-154.
- Ghobary, B., Lavasani, M., & Rahimi, H. (2007). Hope, purpos in life, and mental health in college students. *Internatinal. journal of the humanisties*, 5(5): 127-132.suicidal action.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of personality*, 73(4): 985-1014.
- Mascaro, N., & Rosen, D. H. (2008). Assessment of existential meaning and its longitudinal relations with depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 27(6): 576-599.
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovice, G. J. (2005). Protective against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American jornal of community psychology*, 36(1-2): 106-121.
- Molasso, W. R. (2006). Exploring frankl's purpose in life with college students. *Jornal of college & character*, 1: 4-10.
- Pedrottit J. T., Edwards, L .M., & Lopez, SH. J. (2008). Promoting hope: suggestions for school counselors. *Professional school counseling*, 12(2): 100-108.
- Peterson, S. J., & Luthans, F. (2002). The positive impact and development of hopeful leaders. *Leadership & organization development journal*, 24(1): 26-31.

- Phillips-Salimi, C. R., Hasse, J. E., Kintner, E. K., Monahan, P. O., & Azzouz, F. (2007). Psychometric properties of the herth hope index in adolescents and young adults with cancer. *Journal of nursing measurement*, 15(1): 3-23.
- Roswarski, T. E., & Dunn, J. P. (2009). The role of help and hope in pervention and early intervention with suicidal adolescents: implications for mental health counselors. *Journal of mental health counseling*, 31(1): 34-46.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta psychiatrica scandinavica*, 118(6): 421-433.
- Sheikholeslami, H., Cani, C., & Ziaee, A. (2008). Attempted suicide among Iranian population. *Suicide & life-threatening behavior*, 38(4): 456-467.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal personality social psychology*, 60(4): 570-585.
- Steger, M. (2007). *Meaning in life. handbook of positive psychology*. Oxford. oxford University Press.
- Valle, M. F., Huebner, E. S., & Suldo, SH. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of school psychology*, 44(5): 393-406.
- Wang, L. Y., Chang, P. C., Shih, F. J., Sun, C. C., & Jeng, C. (2006). Self-care behavior, hope, and social support in taiwanese patients awaiting heart transplantation. *Journal of psychosomatic research*, 67(4): 485-491.



پرسشنامه مقیاس ویژگی امید

نام و نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس: وضعیت تأهل: شغل:  
 رشته تحصیلی: مقطع تحصیلی: ترم تحصیلی: آیا ساکن خوابگاه هستید؟

لطفاً به تمامی سؤال‌ها با دقت و صداقت پاسخ دهید.

ردیف	شرح سؤال	کاملاً موافق	بسیار موافق	موافق	کمی موافق	کمی مخالف	مخالف	بسیار مخالف	کاملاً مخالف
		۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱	برای رهایی از شرایط می‌توانم به راه‌های زیادی فکر کنم.								
۲	من با انرژی هدفهایم را دنبال می‌کنم.								
۳	اکثر اوقات احساس خستگی می‌کنم.								
۴	در کنار هر مشکلی راه حل‌های زیادی وجود دارد.								
۵	به آسانی در هر بحث و گفتگویی کوتاه می‌آیم.								
۶	برای به‌دست آوردن چیزهایی که برایم در زندگی بسیار اهمیت دارند به راه‌های زیادی می‌توانم بیندیشم.								
۷	من نگران سلامتی خود هستم.								
۸	حتی هنگامی که دیگران امیدشان را از دست می‌دهند من می‌دانم که می‌توانم راهی برای حل مشکلم پیدا کنم.								
۹	تجربیات گذشته من به خوبی مرا برای آینده آماده کرده است.								
۱۰	من در زندگی نسبتاً موفق بوده‌ام.								
۱۱	من معمولاً نگران چیزی هستم.								
۱۲	من به هدف‌هایی که برای خود در نظر گرفته‌ام دست خواهم یافت.								