

آرزودرمانی، تحلیل محتوای کیفی هشت جلسه‌ای
و تبیین مبانی نظری آن در ارتقای سلامت روان

**Wish Therapy, Qualitative Content Analysis of Eight Sessions
and Explanation of Its Theoretical Basis in Promoting Mental Health**

Ali Akbar Salahi

University Lecturer, Department of Psychology,
Islamic Azad University, West Tehran Branch.

Email: salahi.aliakbar@yahoo.com

علی اکبر صلاحی*

مدرس دانشگاه، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد
تهران غرب.

Abstract

The aim of the present study was to analyze the qualitative content of the eight-session wish therapy protocol and extract its main therapeutic components. The research was conducted using the guided content analysis method. The unit of analysis included the goals, techniques, and structure of the protocol sessions. The data were analyzed in three stages of open, axial, and selective coding and were adapted to valid psychological theories. The findings included five main components extracted: 1. Activation of awareness and existential acceptance, 2. Meaning-making and cognitive restructuring, 3. Strengthening psychological resources, 4. Self-regulation and purposeful planning, and 5. Fulfilling wishes and establishing psychological identity. Each component was related to specific sessions. As a result, wish therapy is a multidimensional and structured intervention that can promote mental health by increasing hope, meaning, and self-efficacy and can be used as a complementary approach in the treatment of depressive disorders, anxiety, and reduced motivation.

Keywords: wish therapy, content analysis, meaning, hope, treatment protocol, mental health.

چکیده

هدف پژوهش حاضر تحلیل محتوای کیفی پروتکل هشت جلسه‌ای آرزودرمانی و استخراج مؤلفه‌های اصلی درمانی آن بود. پژوهش به روش تحلیل محتوای هدایت‌شده انجام شد. واحد تحلیل شامل اهداف، تکنیک‌ها و ساختار جلسات پروتکل بود. داده‌ها در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شدند و با نظریه‌های معتبر روان‌شناسی تطبیق داده شدند. یافته‌ها شامل پنج مؤلفه اصلی استخراج شد: ۱. فعال‌سازی آگاهی و پذیرش وجودی، ۲. معناسازی و بازسازی شناختی، ۳. تقویت منابع روان‌شناختی، ۴. خودتنظیمی و برنامه‌ریزی هدفمند، و ۵. تحقق آرزو و تثبیت هویت روان‌شناختی. هر مؤلفه به جلسات مشخصی مرتبط بود. در نتیجه آرزودرمانی یک مداخله چندبعدی و ساختاریافته است که می‌تواند با افزایش امید، معنا و خودکارآمدی سلامت روان را ارتقا دهد و به عنوان رویکرد مکمل در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و کاهش انگیزه استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: آرزودرمانی، تحلیل محتوا، معنا، امید، پروتکل درمانی، سلامت روان.

مقدمه

آرزو درمانی^۱ به عنوان یک رویکرد نوظهور روان‌درمانی، بر شناسایی، فعال‌سازی و تحقق آرزوهای معنادار فرد به منظور ارتقای سلامت روان تمرکز دارد. این رویکرد با تلفیق اصول روان‌شناسی انسان‌گرایانه، معنا درمانی، شناختی و روان‌شناسی مثبت، آرزوها را به عنوان بازتاب نیازهای بنیادین روان‌شناختی و منابع رشد فردی می‌باشد در سال‌های اخیر، روان‌شناسی از مدل آسیب‌محور به مدل رشد محور تغییر کرده است، به گونه‌ای که تمرکز بر شکوفایی توانایی‌های انسانی و ارتقای بهزیستی قرار گرفته است (سلیگمن^۲، ۲۰۱۱). در این رویکرد، آرزوها به عنوان ساختارهای شناختی-هیجانی مهم، مسیر رشد، انگیزش و معنا در زندگی را هدایت می‌کنند (مک آدامز^۳، ۲۰۰۱). نظریه‌های معنادرمانی بیان می‌کنند که فقدان معنا و هدف زندگی باعث آسیب‌روانی می‌شود (فرانکل^۴، ۱۹۸۵). معتقد بود جستجوی معنا انگیزه اصلی انسان است و تحقق اهداف معنادار از بروز بحران‌های وجودی جلوگیری می‌کند. معنای زندگی عامل مهمی علیه احساس ناامیدی در زندگی افراد است و از طریق برآورده شدن نیازهای اولیه به هدفمندی، کارآمدی و خود ارزشمندی تحقق می‌یابد، فقدان معنا، فرد را دچار پوچی، ناامیدی، ملامت و دلزدگی می‌کند (بیراوند و سایرین، ۱۴۰۱). نظریه‌های انسان‌گرایانه نیز بر خودآگاهی، پذیرش و خودشکوفایی تأکید دارند (راجرز^۵، ۱۹۶۱). شناسایی و پذیرش واقعی خود را پیش‌شرط رشد فردی می‌دانست، و مزلو (۱۹۵۴) تحقق خود را مهم‌ترین هدف روان‌شناختی انسان می‌دانست. در روان‌درمانی شناختی، باورها و انتظارات منفی علت بسیاری از اختلالات روانی هستند و بازسازی آنها منجر به بهبود هیجان و رفتار می‌شود (بک^۶، ۱۹۷۶). همچنین، در نظریه امید؛ امید را به عنوان توانایی هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای رسیدن به اهداف معرفی می‌کند (اسنایدر^۷، ۲۰۰۲). امید با عاطفه مثبت و احساس خود ارزشمندی همبستگی بالایی دارد و همچنین به طور منفی با افسردگی در ارتباط است (قاسمی، عابدی و باغبان، ۱۳۸۸). در یکی دو دهه اخیر میان روانشناسان غربی و دانشمندان علوم انسانی، مثبت اندیشی و داشتن امیدوارانه به زندگی، به عنوان یکی از موثرترین روش‌های درمان بیماری‌های روانی به ویژه ناامیدی و افسردگی مورد توجه فراوان قرار گرفته است (پرچم، فاتحی‌زاده و محققان، ۱۳۹۲). پروتکل آرزودرمانی به‌عنوان یک مدل مداخله‌ای ساختاریافته، شامل هشت جلسه درمانی است که هدف آن تبدیل آرزو از یک ساختار شناختی انتزاعی به یک ساختار اجرایی عملیاتی است. تحلیل محتوای این پروتکل نشان می‌دهد که ساختار آن از سه سطح اصلی تشکیل شده است: سطح شناختی، سطح هیجانی و سطح اجرایی-رفتاری؛ این سه سطح در تعامل پویا با یکدیگر، فرآیند تحول روان‌شناختی مراجع را تسهیل می‌کنند. با وجود این چارچوب‌های نظری، آرزو درمانی به عنوان یک مداخله ساختاریافته کمتر مورد تحلیل علمی قرار گرفته است. مطالعه حاضر با هدف تحلیل محتوای پروتکل هشت جلسه‌ای آرزو درمانی و استخراج مؤلفه‌های اصلی آن انجام شد.

روش پژوهش

روش تحقیق این پژوهش از نوع کیفی و به روش تحلیل محتوای هدایت‌شده^۸ انجام شد (هیز و شنون^۹، ۲۰۰۵). واحد تحلیل واحد تحلیل شامل اهداف، تکنیک‌ها و ساختار جلسات پروتکل هشت جلسه‌ای بود. جمع‌آوری داده‌ها منابع تحلیل شامل

¹¹ Wish Therapy

² Seligman

³ McAdams

⁴ Frankl

⁵ Rogers

⁶ Beck

⁷ Snyder

⁸ Directed Content Analysis

⁹ Hsieh & Shannon

پروتکل هشت جلسه‌ای آرزو درمانی مقالات و کتاب‌های روان‌درمانی مرتبط نظریه‌های روان‌شناسی مثبت، شناختی، معنادرمانی و انسان‌گرایانه بود. مراحل تحلیل محتوا به سه مدل کدگذاری صورت گرفت؛ کدگذاری باز که شامل استخراج مفاهیم، تکنیک‌ها و اهداف هر جلسه می‌باشد، کدگذاری محوری شامل گروه‌بندی مفاهیم در طبقات شناختی، هیجانی، انگیزشی و وجودی و در آخر کدگذاری انتخابی که شامل استخراج مؤلفه‌های اصلی و تطبیق با جلسات است. اعتبار و پایایی این پژوهش از طریق مثلث‌بندی نظری، بازبینی همکارانه و مستندسازی حاصل گردید که در مثل بندی نظری از تطبیق کدها با نظریه‌های یک، فرانکل، راجرز و اسنایدر صورت پذیرفت و در بازبینی همکارانه بررسی کدها توسط دو متخصص مستقل بهره گرفته شد و در بخش مستندسازی از ثبت دقیق تمام تصمیمات کدگذاری برای شفافیت صورت پذیرفت.

یافته‌ها

پنج مولفه اصلی استخراج شد: که شامل ۱. فعال‌سازی آگاهی و پذیرش وجودی ۲. معناسازی و بازسازی شناختی ۳. تقویت منابع روان‌شناختی ۴. خودتنظیمی و برنامه‌ریزی هدفمند و ۵. تحقق آرزو و تثبیت هویت روان‌شناختی بود. که در ذیل به تشریح یک به یک این مولفه‌ها می‌پردازیم:

مولفه اول: فعال‌سازی آگاهی و پذیرش وجودی

هدف از انجام این مولفه شامل شناسایی آرزوهای واقعی، افزایش خودآگاهی و پذیرش خود است. که در جلسات اول تا دوم اجرا می‌گردد. تکنیک‌های مورد استفاده برای این مولفه شامل بازتاب هدایت‌شده، گفتگوهای اکتشافی، تمرین‌های وجودی می‌باشد. مبنای نظری آن شامل روان‌شناسی انسان‌گرا، معنا درمانی می‌باشد.

مولفه دوم: معناسازی و بازسازی شناختی

هدف از انجام این مولفه شامل شناسایی تحلیل معنای آرزوها و اصلاح باورهای ناکارآمد می‌باشد که در جلسات دوم تا سوم اجرا می‌گردد. تکنیک‌های مورد استفاده برای این مولفه شامل پرسشگری سقراطی، بازسازی شناختی، تمرین‌های معنا محور می‌باشد. مبنای نظری آن شامل شناخت درمانی، معنا درمانی است.

مولفه سوم: تقویت منابع روان‌شناختی

هدف از انجام این مولفه شامل افزایش خودکارآمدی، تاب‌آوری و منابع درونی می‌باشد که در جلسات سوم تا چهارم اجرا می‌گردد. تکنیک‌های مورد استفاده برای این مولفه شامل نقشه‌برداری منابع، خودتأییدی، تصویرسازی ذهنی بود که مبنای نظری شامل نظریه خودکارآمدی، نظریه امید است.

مولفه چهارم: خودتنظیمی و برنامه‌ریزی هدفمند

هدف از انجام این مولفه شامل تبدیل آرزوها به اهداف ملموس و برنامه‌ریزی عملی می‌باشد که در جلسات پنجم تا هفتم اجرا می‌گردد. تکنیک‌های مورد استفاده برای این مولفه شامل تعیین اهداف، برنامه‌ریزی عملی، حل مسئله بود که مبنای نظری شامل نظریه هدف‌گذاری، نظریه خودتنظیمی است.

مولفه پنجم: تحقق آرزو و تثبیت هویت روان‌شناختی

هدف از انجام این مولفه شامل اجرای اهداف، یکپارچه‌سازی نتایج در هویت فردی که در جلسه هشتم اجرا می‌گردد تکنیک‌های مورد استفاده برای این مولفه شامل بازتاب پیشرفت، بازخورد و روایت‌سازی بود که مبنای نظری شامل خودشکوفایی، نظریه هویت روایتی است.

در ادامه جدول پروتکل هشت جلسه‌ای آرزوم درمانی ارائه می‌شود و به تبیین نظری آن خواهیم پرداخت.

جدول ۱- پروتکل مدل آرزو درمانی

جلسات	مفاهیم
اول	معارفه، آموزش تدوین کاربرگ توانایی‌ها، علائق و آرزوها و اجرای پیش‌آزمون
دوم	آموزش مفاهیم اولیه شامل: آرزو و ارزش، باور، حسرت و پذیرش
سوم	آموزش مفاهیم ثانویه شامل: تخیل، استعداد و اعتماد به نفس و هدف‌گذاری
چهارم	تدوین کاربرگ منابع موجود (توانایی، مالی، اشخاص و اماکن)
پنجم	تدوین کاربرگ ساعت بیولوژیک بدن و بررسی ساعت طلایی مداخله
ششم	آموزش مدل‌های حل مسئله در راستای رسیدن به آرزوها و حذف حسرت‌ها
هفتم	برنامه‌ریزی بر اساس کاربرگ منابع موجود و آرزوها و تدوین مدل اجرایی
هشتم	بررسی و آنالیز مراحل اجرایی و اجرای پس‌آزمون

در جدول ۱ پروتکل مدل آرزودرمانی قرار دارد که شامل ۸ جلسه ۴۵ دقیقه و سپس ضمن آموزش برخی از مفاهیم، یکسری کاربرگ و تکالیف به آزمودنی‌ها محول می‌شود، در ادامه در جلسه پنجم از آزمودنی خواسته می‌شود که کاربرگ ساعت بیولوژیک به مدت دو هفته پشت سر هم ثبت نماید. در ادامه بین جلسه هفتم و هشتم حداقل یک ماه فاصله، برای اجرای عملیاتی پروتکل به آزمودنی‌ها وقت داده می‌شود؛ در صورتی که برخی از آزمودنی‌ها نتوانستند مراحل را به درستی انجام دهند با کمک مدرس کارگاه یک هفته پروتکل را به صورت روزانه چک و عملیاتی نموده و در پایان، پس از آزمون از آنها اخذ می‌گردد. حال در ادامه تشریح پروتکل جلسه به جلسه به همراه عنوان آن بیان شده و تبیین نظری هر یک از آنها پرداخته خواهد شد.

جلسه اول: آشنایی با آرزو و تعیین اهداف اولیه

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب افزایش خودآگاهی می‌شود. تبیین نظری این مرحله با مفهوم خودآگاهی بازتابی در نظریه شناخت اجتماعی بندورا همخوانی دارد. بر اساس این نظریه، خودآگاهی شرط لازم برای تنظیم رفتار است (بندورا، ۱۹۹۷). همچنین این مرحله با مفهوم آگاهی وجودی در نظریه معنا درمانی فرانکل مرتبط است (فرانکل، ۱۹۸۵).

جلسه دوم: بررسی حسرت و بازنگری باورها

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب بازسازی شناختی آرزو و حسرت مضمون اصلی می‌گردد. بازسازی شناختی گذشته در این جلسه، مراجع رابطه میان آرزو، حسرت و باورهای خود را بررسی می‌کند. در واقع بازسازی باورهای محدود و تنظیم هیجانی حسرت صورت می‌پذیرد. تبیین نظری این فرآیند با مدل شناختی بک همخوانی دارد (بک، ۱۹۷۶). وی معتقد است که تغییر شناخت‌ها منجر به تغییر هیجان و رفتار می‌شود. همچنین این مرحله با مفهوم پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مرتبط است (هیز و سایرین، ۲۰۰۶).

آرزودرمانی، تحلیل محتوای کیفی هشت جلسه‌ای و تبیین مبانی نظری آن در ارتقای سلامت روان

جلسه سوم: تقویت عاملیت و امید

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب فعال‌سازی تخیل و عاملیت مضمون اصلی می‌گردد. تقویت عاملیت روانشناختی در این جلسه، از تخیل هدایت‌شده برای تقویت باور به امکان تحقق آرزو استفاده می‌شود. تبیین نظری این فرآیند با نظریه امید اسنایدر همخوانی دارد (اسنایدر، ۲۰۰۲). عاملیت را یکی از مؤلفه‌های اصلی امید می‌داند. همچنین با مفهوم خودکارآمدی که عامل تقویت مسیرسازی و اعتماد به توانایی‌ها با نظریه بندورا مرتبط است (بندورا، ۱۹۹۷).

جلسه چهارم: شناسایی منابع فردی و اجتماعی

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب شناسایی منابع مضمون اصلی می‌شود. فعال‌سازی منابع بالقوه مراجع منابع خود را در سه سطح شناسایی می‌کند، منابع شخصی، منابع اجتماعی و منابع محیطی تبیین نظری این مرحله با نظریه منابع هابفول همخوانی دارد که منابع را عامل اصلی مقابله با استرس می‌داند (هابفول^{۱۰}، ۱۹۸۹) که باعث شناسایی منابع داخلی و حمایت اجتماعی می‌گردد. همچنین با نظریه خودتعیین‌گریدسی و رایان همسو است (دسی و رایان^{۱۱}، ۲۰۰۰).

جلسه پنجم: سازمان‌دهی زمانی و مدیریت انرژی

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب سازمان‌دهی زمانی مضمون اصلی است. هم‌راستاسازی رفتار با ریتم زیستی این جلسه بر مفهوم ساعت بیولوژیک که مدیریت انرژی و بهینه‌سازی زمان طلایی است، تمرکز دارد. تبیین نظری این مرحله با نظریه ریتم شبانه‌روزی مرتبط است (هورنه و اوستبرگ^{۱۲}، ۱۹۷۶). همچنین با مفهوم خودتنظیمی در نظریه بندورا همخوانی دارد (بندورا، ۱۹۹۱).

جلسه ششم: حل مسئله و رفع موانع

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب حل مسئله و حذف موانع مضمون اصلی است. افزایش توان حل مسئله تبیین نظری این مرحله با مدل حل مسئله د زورلا و گلفرید همخوانی دارد (د زورلا و گلفرید^{۱۳}، ۱۹۷۱) همچنین با درمان شناختی-رفتاری بک در راستای کاهش اضطراب مرتبط است (بک، ۱۹۷۶).

جلسه هفتم: طراحی مدل اجرایی تحقق آرزو

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب طراحی مدل اجرایی مضمون اصلی: تبدیل آرزو به برنامه عملی تبیین نظری این مرحله با نظریه هدف‌گذاری لوکه و لاتام همخوانی دارد (لوکه و لاتام^{۱۴}، ۲۰۰۲)؛ این نظریه بیان می‌کند که اهداف مشخص و ساختاریافته موجب افزایش عملکرد و مسیر اجرایی می‌شوند.

جلسه هشتم: تثبیت هویت و بازخورد نهایی

تحلیل محتوای داده‌ها نشان داد که این مرحله موجب تثبیت هویت جدید مضمون اصلی است. بازسازی هویت در این مرحله، مراجع خود را به‌عنوان فردی توانمند تجربه می‌کند. تبیین نظری این فرآیند با نظریه هویت اریکسون همخوانی دارد هویت

¹⁰ Hobfoll

¹¹ Ryan & Deci

¹² Horne & Östberg

¹³ D'Zurilla & Goldfried

¹⁴ Locke & Latham

(اریکسون^{۱۵}، ۱۹۶۸). همچنین با مفهوم خودشکوفایی در نظریه مزلو مرتبط است (مازلو^{۱۶}، ۱۹۶۸).

جدول شماره ۲- بررسی مقولات و کدهای پروتکل

جلسه	کدهای باز	مقولات فرعی	مقولات اصلی
اول	شفاف‌سازی آرزو، تعریف هدف کوتاه مدت، شناخت محدودیت‌ها	شناخت آرزوها، شناسایی موانع اولیه	بازسازی شناختی اولیه
دوم	تحلیل گذشته، پذیرش حسرت، اصلاح باورهای محدودکننده	تنظیم هیجانی حسرت بازسازی شناختی باور	بازسازی شناختی آرزو و حسرت
سوم	فعال‌سازی تخیل، تمرین برنامه‌ریزی، تقویت اعتماد به نفس	تقویت امید، افزایش خودکارآمدی	تقویت عاملیت روانشناختی
چهارم	منابع شخصی، حمایت اجتماعی، امکانات محیطی	فعال‌سازی منابع درونی و بیرونی	فعال‌سازی منابع
پنجم	برنامه‌ریزی روزانه، تعیین زمان طلایی، مدیریت انرژی و تمرکز	سازمان‌دهی زمانی، هم‌راستا سازی با ریتم زیستی	سازمان‌دهی اجرایی
ششم	شناسایی موانع، انتخاب راهکارها، تمرین حل مسئله	توانایی حل مسئله، کاهش اضطراب عملکردی	مدیریت موانع و راهبردهای اجرایی
هفتم	برنامه‌ریزی گام به گام، تعیین اهداف کوتاه مدت و بلند مدت، ارزیابی پیشرفت	هدف‌گذاری عملیاتی، طراحی مسیر اجرایی	تبدیل آرزو به برنامه عملی
هشتم	مرور دستاوردها، تثبیت هویت توانمند، بازخورد مراجع	تثبیت مهارت‌ها، افزایش اعتماد به نفس	بازسازی هویت و تثبیت تغییرات روانشناختی

در جدول شماره ۲ پروتکل هشت جلسه‌ای آرزودرمانی بر اساس کدهای باز و مقولات اصلی و فرعی، آنالیز شد و ماحصل به صورت اجمالی در جدول ارائه گردید.

بحث

تحلیل محتوای پروتکل نشان داد که آرزودرمانی یک رویکرد چندبعدی و نظریه‌محور است که این رویکرد با روان‌شناسی انسان‌گرا، معنا‌درمانی، شناخت‌درمانی و روان‌شناسی مثبت همسو است. برخلاف درمان شناختی رفتاری سنتی که صرفاً بر کاهش علائم تمرکز دارد، امید‌درمانی روی معنا و ارزش‌های فردی تمرکز دارد. همچنین برخلاف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و امید‌درمانی، علاوه بر پذیرش، روی تحقق آرزوها و اجرای اهداف تمرکز دارد. مدل مفهومی نهایی آرزودرمانی بر اساس تحلیل محتوا، مدل آرزودرمانی شامل سه مرحله تحول است. مرحله اول: تحول شناختی تعریف آرزو اصلاح باورها مرحله دوم: تحول هیجانی پذیرش حسرت افزایش امید مرحله سوم: تحول اجرایی فعال‌سازی منابع برنامه‌ریزی اقدام عملی جایگاه آرزودرمانی در میان رویکردهای روانشناختی تحلیل تطبیقی نشان می‌دهد که آرزودرمانی با نظریه‌های زیر همپوشانی دارد: نظریه مؤلفه مشترک نظریه امید اسنایدر عاملیت نظریه خودکارآمدی بندوا، باور به توانایی روانشناسی مثبت‌نگر سلیگمن، توانمندسازی معنا‌درمانی فرنکل و معنا هدف‌گذاری لوکه است. در نتیجه آرزودرمانی یک مداخله ساختاریافته و چندبعدی بیان

¹⁵ Erikson

¹⁶ Maslow

آرزودرمانی، تحلیل محتوای کیفی هشت جلسه‌ای و تبیین مبانی نظری آن در ارتقای سلامت روان

داشت که می‌تواند با افزایش امید، معنا و خودکارآمدی سلامت روان را ارتقا دهد و به عنوان رویکرد مکمل در درمان افسردگی، اضطراب و کاهش انگیزه استفاده شود. پروتکل هشت جلسه‌ای آن، چارچوبی قابل تکرار و عملی برای درمانگران فراهم می‌کند و به عنوان رویکرد مکمل در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و کاهش انگیزه استفاده شود.

منابع

- [۱] بیراوند، ز؛ قدم‌پور، ا؛ صادقی، م؛ حسنی جلیلیان، م. (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر معنای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر درگیر بحران هویت، مجله رویش روان‌شناسی، ۱۱(۵)، ۳۳-۴۴.
- [۲] پرچم، ا؛ فاتحی‌زاده، م؛ محقیان، ز. (۱۳۹۲). ابعاد سه‌گانه نظریه اسنایدر و تطبیق آن با دیدگاه قرآن کریم، دوفصلنامه علمی پژوهشی تحقیقات علوم قرآن و حدیث دانشگاه الزهراء، ۱۰(۱)، ۱-۲۹.
- [۳] قاسمی، ا؛ عابدی، ا؛ باغبان، ا. (۱۳۸۸). ۱. اثربخشی آموزشی گروهی مبتنی بر نظریه امید اسنایدر بر میزان شادکامی سالمندان، نشریه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۴۱، ۱۷-۴۰.
- [4] Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 248–287.
- [5] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman .
- [6] Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman .
- [7] Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- [8] Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
- [9] D’Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126.
- [10] Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton. Frankl, V. E. (1985). *Man’s search for meaning*. Washington Square Press.
- [11] Frankl, V. E. (1985). *Man’s search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- [12] Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2006). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- [13] Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
- [14] Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources. *American Psychologist*, 44(3), 513–524 .
- [15] Horne, J., & Östberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4(2), 97–110
- [16] Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*, 57(9), 705–717 .
- [17] Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- [18] Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* .
- [19] Van Nostrand. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54–67.
- [20] Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 249–275.
- [21] Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner’s guide*. New York: Guilford Press.