

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۵/۱۲

تاریخ تصویب مقاله: ۹۶/۱۰/۱

اثر بخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افسردگی، بهزیستی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در دروس ریاضیات و علوم تجربی

ثریا حکیمی*، دکتر سیاوش طالع پسند**، دکتر اسحاق رحیمیان*** و دکتر مارگارت ل. کرن****

چکیده

تأکید روان‌شناسی مثبت‌گرا بر سلامت و بهزیستی، به ایجاد مداخله‌های آموزشی جدید با هدف ارتقاء بهزیستی در مدارس انجامیده است که باعث بهبود یادگیری و همچنین افزایش سطح بهزیستی دانش‌آموزان می‌شود. هدف عمده این مطالعه به‌کارگیری مدل مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا برای نیل به این اهداف است. پژوهش حاضر به‌صورت شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. از مدارس راهنمایی تهران به‌صورت تصادفی یک مدرسه به‌عنوان گروه آزمایشی (۴۳ نفر) و مدرسه دیگر به‌عنوان گروه کنترل (۴۱ نفر) در نظر گرفته شد. مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا در گروه آزمایشی اجرا شد. شرکت‌کنندگان، قبل و بعد از

* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه سمنان
hakimi.sorayya@semnan.ac.ir

** دانشیار گروه روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.

*** دانشیار گروه روانشناسی تربیتی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان.

**** دانشیار گروه روانشناسی مثبت دانشکده علوم آموزشی، دانشگاه ملبورن، استرالیا

اجرای مداخله ۱۴ جلسه‌ای، آزمون‌های افسردگی و بهزیستی را تکمیل کرده و نمرات درس‌های ریاضیات و علوم تجربی ثبت شد. از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. داده‌ها به صورت یک ماهه پیگیری شدند. یافته‌ها نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا در گروه آزمایشی، اثر معناداری بر روی کاهش میزان افسردگی داشته است (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۳۵). همچنین گروه آزمایشی به میزان بالاتری از بهزیستی [معنا (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۲۸)، روابط (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۲۷) و دستاورد (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۱۷)] نسبت به گروه کنترل دست یافت. به علاوه، سطح پیشرفت تحصیلی ریاضیات (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۰۵) و علوم تجربی (مجذور اتای تفکیکی = ۰/۱۲) نیز در گروه آزمایشی افزایش پیدا کرد. روان‌درمانی مثبت‌گرا به دلیل توجه ویژه‌ای که بر افزایش جنبه‌های مثبت‌گرا افراد دارد، می‌تواند موجب پیشگیری و کاهش علائم افسردگی و نیز افزایش شکوفایی دانش‌آموزان شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، بهزیستی، پیشرفت تحصیلی، روان‌درمانی مثبت.

مقدمه

روانشناسی مثبت‌گرا، تغییر جهت و چرخش در علم روان‌شناسی است؛ برای دور شدن از درگیری با بدترین چیزها در زندگی، به سوی گسترش بهترین کیفیت‌ها در زندگی (سلیگمن^۱، ۲۰۰۲) و در واقع با ایجاد یک رویکرد نظام‌دارتر و با نفوذ بیشتر در بررسی عملکرد بهینه انسان‌ها، به منزله یک چشم‌انداز مکمل و لازم به روان‌شناسی سنتی است (سلیگمن، پارکز و استین^۲، ۲۰۰۴). سلیگمن، از همان ابتدا اهمیت بسیار زیادی به آموزش و پرورش در معنای وسیع می‌داد و همان‌طور که می‌دانیم، مدرسه نیز به‌طور فزاینده، نقش مهمی در کمک جوانان برای توسعه مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی ایفا می‌کند. از میان روش‌های آموزش مثبت، «روان‌درمانی مثبت‌گرا^۳» که بر اساس مفاهیم سلیگمن از

^۱. Seligman

^۲. Seligman, Parks, & Steen

^۳. Positive Psychotherapy

شادکامی و بهزیستی ایجاد شده است، رویکردی براساس فرضیه بررسی شده پترسون است که تأکید می‌کند، روان‌شناسی باید همان اندازه که با ضعف‌ها درگیر است، با قوت‌ها نیز درگیر باشد (پترسون^۱، ۲۰۰۶). همانگونه که اکائو، کاسلاس - گرو، ویوس، فونت و بوراس^۲، (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند، اساس روان‌درمانی مثبت‌گرا بر این است که انسان‌ها غالباً تمایل ذاتی به رشد، شکوفایی و شادکامی دارند تا اینکه در جستجوی راهی برای گریز از نگرانی، بدبختی و اضطراب باشند. رشید^۳ (۲۰۱۵) سه فرض را درباره ماهیت، علت، دوره و درمان الگوهای رفتاری خاص روان‌درمانی مثبت‌گرا بیان می‌کند: (۱) برخلاف روان‌درمانی‌های سنتی، یک فرصت فوق‌العاده برای شناخت و شکوفایی استعدادهای افراد است؛ (۲) علاوه بر اینکه در پی پایان یافتن نشانگان افسردگی است، در جستجوی بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی افراد است؛ (۳) درک کمبودها و چالش‌ها در کنار داشته‌ها و توانمندی‌های شخصیتی افراد در این رویکرد درمانی، موجب احساس بهتری در روان‌درمانگران نیز می‌شود؛ به طوری که می‌تواند عاملی در برابر فرسودگی شغلی آن‌ها باشد.

یکی از دلایل مهمی که لزوم اجرای روان‌درمانی مثبت‌گرا را در مدرسه‌ها بیش‌ازپیش جلوه‌گر می‌سازد، نرخ رو به افزایش افسردگی بین نوجوانان و جوانان دنیا است. پنجمین راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی^۴ انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۵ (۲۰۱۳) افسردگی را اختلالی می‌داند که دارای علائمی مانند کاهش انرژی، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار خودکشی است و همراه با تغییر در سطح توانایی‌های شناختی، تکلم، خواب، اشتها و سایر ریتم‌های بیولوژیک است. در یک

1. Peterson

2. Ochoa, Casellas-Grau, Vives, Font, & Borrás

3. Rashid

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

5. American Psychiatric Association (APA)

مطالعه توصیفی، روزی طلب، ابراهیمی و پشین (۲۰۱۳) نشان دادند که در ایران ۲۶٪ از دختران نوجوان شهر تهران از درجاتی از افسردگی رنج می‌برند که حدود ۱۴٪ از آنها افسردگی خفیف و ۸٪ از دختران نوجوان افسردگی متوسط و ۴٪ آنها نیز افسردگی شدید نشان داده‌اند.

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا با ایجاد معنا در زندگی نیز باعث کاهش پایدار سطح افسردگی می‌شوند؛ برای مثال سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) در دو مطالعه که بر روی دانشجویان دارای علائم افسردگی خفیف تا متوسط انجام شد، دریافتند که روان‌درمانی مثبت‌گرا در مقایسه با روش درمان معمول^۱ و نیز روش درمان معمول به‌اضافه دارو درمانی، مؤثرتر از دو درمان دیگر و با اندازه اثر بزرگ‌تر است. همچنین گیو^۲ و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی خود دریافتند که روان‌درمانی مثبت‌گرا اثر مثبتی بر کاهش معنادار علائم افسردگی در ۷۶ دانشجوی پرستاری داشته است. در پژوهش پارکز-شینر^۳ (۲۰۰۹) تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا (فردی و گروهی) بر روی دانشجویان دارای علائم خفیف تا متوسط افسردگی ارزیابی شد. در هر دو مورد کاهش قابل توجهی در افسردگی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده شد. یافته‌های مشابه در پژوهشی بر روی افرادی که دارای درجاتی از روان‌پریشی بودند نیز به‌دست آمده است. در پژوهش شرانک^۴ و همکاران (۲۰۱۶) تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی این افراد آزمایش شد و یافته‌ها معلوم کرد که این مداخله موجب بهبود معناداری در سطح افسردگی و افزایش بهزیستی آنها شد. در فراتحلیلی که از ۵۱ مداخله درمانی مثبت‌گرا شامل هر دو نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام شده بود، یافته‌ها نشان داد که مداخلات مثبت‌گرا با اندازه اثر متوسط (۳۱/۴=) در کاهش قابل توجه علائم افسردگی مؤثر هستند.

1- Treatment as Usual

2. Guo

3. Parks-Sheiner

4. Schrank

(سین و لیوبومیرسکی^۱، ۲۰۰۹). در فراتحلیل دوم نیز که بر روی ۳۹ مطالعه منتشر شده انجام گرفت، پژوهشگران دریافته‌اند که مداخلات مثبت‌گرا در کاهش افسردگی با اندازه اثر کوچک ($r=0/23$)، اما مؤثر عمل کرده است (بولیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۳). راینش^۳ (۲۰۱۳) روان‌درمانی مثبت‌گرا را در شش جلسه به مراجعینی که در جستجوی روان‌درمانی بودند، ارائه داد و در مقایسه با گروه کنترل، نتایج نشان داد که کاهش قابل‌توجهی در افسردگی پس از مداخله دیده شد و دستاوردهای درمان یک ماه بعد از درمان با کاهش معنی‌دار آماری ۴۵٪ در افسردگی حفظ شد. در ایران نیز خدابخش، خسروی و شاهنگیان (۱۳۹۴) پژوهشی برای بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند و دریافته‌اند که درمان مثبت‌گرا در کاهش افسردگی این افراد در مقایسه با گروه کنترل، تأثیر معناداری داشته است. در مطالعه‌ای دیگر دولت‌آبادی و همکاران (۲۰۱۶) اثر روان‌درمانی مثبت‌گرا را بر کاهش افسردگی و افزایش شادکامی بیماران مورد بررسی قرار دادند و دریافته‌اند که گروه مورد مداخله به سطح معناداری از کاهش افسردگی و نیز افزایش معنادار سطح شادکامی رسید.

سیبروک، کرن و ریکارد^۴ (۲۰۱۶) معتقدند که ویژگی‌های اجتماعی (کیفی و ساختاری) که تحت‌تأثیر افسردگی قرار می‌گیرند، کاملاً به بهزیستی افراد مرتبط است و نبود بیماری روانی در افراد به معنای سلامت روان نیست؛ بلکه حضور شاخصه‌های مثبتی مانند بهزیستی نیز لازم است. از سوی دیگر، سلیگمن، ارنست، گیلهام، ریویچ و لینکینز^۵ (۲۰۰۹) اظهار می‌کنند که روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌تواند در آموزش و پرورش مفید واقع

¹ Sin & Lyubomirsky

² Bolier

³ Reinsch

⁴ Seabrook, Kern, & Rickard

⁵ Ernst, Gillham, Reivich, & Linkins

شده و تبدیل به یک ابزار قابل اعتماد برای افزایش قطعی در بهزیستی روانی شود؛ بنابراین، روان‌شناسی مدرسه برای اینکه به سمت تحقق تمامی اهداف اصلی خود حرکت کند، باید به طور کامل درباره عوامل پیشگیرانه‌ای مانند بهزیستی که افراد را در برابر مشقات، رنج‌ها و اختلالات محافظت می‌کند، بیشتر بیاموزد (سلیگمن، استین، پارک و پترسون، ۲۰۰۵). سلیگمن (۲۰۱۲) معتقد است بهزیستی روان‌شناختی، مفهوم و ساختاری است که مهم‌ترین موضوع روان‌شناسی مثبت‌گراست و پنج عنصر قابل اندازه‌گیری دارد: هیجان مثبت^۱: داشتن بسیاری از هیجان‌ات مثبت درباره حال، گذشته و آینده و یادگیری مهارت‌هایی برای تقویت شدت و مدت این احساسات (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

مشغولیت^۲: انعکاسی از مجذوبیت و علاقه شدید است. نوعی از زیستن است که از مشخصه‌های آن تعهد و مجذوب شدن در کار، روابط صمیمی و تفریحات است (چیکسنت‌میهای^۳، ۱۹۹۰).

معنا^۴: استفاده از توانمندی‌های شخصیتی و استعدادهاى فرد در راه خدمت به چیزی که بزرگ‌تر از خود فرد است (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

روابط^۵: احساس متصل‌بودن به دیگران و حمایت توسط آن‌ها (کرن، واترز، ادلر و وایت^۶، ۲۰۱۵).

دستاورد^۷: ظرفیت فعالیت به سمت اهداف با ارزش، انگیزه برای ایستادگی کردن در برابر چالش‌ها و دستیابی به شایستگی در حوزه‌های مهم زندگی (نوریش، ویلیامز، اکونور و رایینسون^۱، ۲۰۱۳).

¹ Positive Emotions

² Engagement

³ Csikszentmihalyi

⁴ Meaning

⁵ Relationships

⁶ Kern, Waters, Adler, & White

⁷ Accomplishment

مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که اتخاذ رویکرد روان‌درمانی مثبت‌گرا در مقایسه با درمان‌های دیگر مانند رفتاردرمانی شناختی^۲ یا رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳، به همان اندازه و یا بیشتر به‌ویژه درباره اقدامات مربوط به بهزیستی مؤثر بوده است (اصغری‌پور، فرید، ارشدی و صاحبی، ۲۰۱۲؛ کوادرا-پرالتا، ولوسو - بسیو، پرز و زونینگا^۴، ۲۰۱۰). در پژوهش امینی، نامداری و کوشکی (۲۰۱۶) درباره روان‌درمانی مثبت‌گرا، یافته‌ها در نمونه‌ای متشکل از ۳۰ دانشجوی دختر نشان داد که این مداخله، در افزایش شادکامی و همچنین افزایش سطح مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده بهزیستی مؤثر است؛ به‌علاوه، این نتایج در پیگیری نیز ماندگار بود.

پژوهش‌هایی هم که به دنبال مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا در مدرسه به شکل فردی اجرا شده (مارکز، لوپز و پیس - ریرو^۵، ۲۰۱۱)، و همچنین طرح‌های گروهی (اودس، رابینسون و گرین^۶، ۲۰۱۱؛ سلیگمن و همکاران ۲۰۰۹؛ شوشانی و استینمتز^۷، ۲۰۱۴) صورت گرفته، پیامدهای امیدوارکننده‌ای دربر داشته؛ بدین‌گونه که نه تنها دانش‌آموزان از نظر بهزیستی پیشرفت کرده‌اند؛ بلکه پیامدهای تحصیلی بهتر، جوّ مدرسه مناسب‌تر و بهزیستی معلم بیشتر شده است. همچنین روث، سالدو و فرون^۸ (۲۰۱۷) در پژوهش خود بر روی ۴۲ دانش‌آموز کلاس هفتم، اثر مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا را در افزایش بهزیستی و کاهش علائم آسیب‌شناسی روانی بررسی کردند. پس از اتمام مداخله درمانی، یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان به سطح بالاتری از همه ابعاد بهزیستی دست یافتند. شواهد مربوط به فراتحلیل ۵۱ مداخله درمانی مثبت‌گرا نشان می‌دهد، این مداخلات در

^۱ Norrish, Williams, O'Connor, & Robinson

^۲ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

^۳ Dialectical Behavior Therapy (DBT)

^۴ Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Pérez, & Zúñiga

^۵ Marques, Lopez, & Pais-Ribeiro

^۶ Oades, Robinson, & Green

^۷ Shoshani & Steinmetz

^۸ Roth, Suldo, & Ferron

افزایش بهزیستی با اندازه اثر متوسط ($f = 0/29$) مؤثر هستند (سین و لیوبومیرسکی، ۲۰۰۹) و در فراتحلیل بولیر و همکاران (۲۰۱۳) بر روی ۳۹ مطالعه، این رقم به $0/34 = f$ افزایش پیدا کرده است. در پژوهش سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) نیز، دانشجویان دارای علائم افسردگی خفیف تا متوسط، پس از اجرای روان‌درمانی مثبت‌گرا، رضایت از زندگی بیشتری نشان دادند. در مطالعه دوم آنان که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی افراد افسرده بالینی انجام شد، افراد پس از اتمام دوره، شادکامی بیشتری را نشان دادند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

درنهایت، ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت ایجاد شده از طریق مداخلات مثبت‌گرا با پیشرفت تحصیلی بیشتر ارتباط دارد (دورلاک، ویسبرگ، دیمینکی، تایلور و شلینگر^۱، ۲۰۱۱؛ هویت، چیس - لسنیل، مک‌دید و آدام^۲، ۲۰۱۲)؛ زیرا سلامت روان، لازمه یادگیری مؤثر است. شواهد خوبی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد دانش‌آموزانی که بهزیستی بالاتری دارند، عملکرد تحصیلی قوی‌تری را نشان می‌دهند. سالدو، تالچی و فرون^۳ (۲۰۱۱)، دریافتند که دانش‌آموزانی که دارای سطح بالای بهزیستی هستند، از بالاترین نمرات تحصیلی و پایین‌ترین نرخ غیبت از مدرسه حتی تا یک سال بعد برخوردارند؛ به‌طور مشابه، هاول^۴ (۲۰۰۹) نشان داد دانش‌آموزانی که سلامت روان بالاتری داشتند، دارای نمرات بالاتر و اهمال‌کاری پایین‌تری نسبت به دانش‌آموزانی با نرخ متوسط سلامت روانی بودند؛ از این رو، بهتر است به شکوفایی و بهزیستی به‌عنوان مکمل اهداف تحصیلی نگریسته شود؛ نه به‌عنوان یک رقیب برای آن (نوریش و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین تمرینات قدردانی، مانند آنچه در روان‌درمانی مثبت‌گرا وجود دارد، موجب افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود (فراه و همکاران، ۲۰۱۰). پس با

^۱. Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger

^۲. Hoyt, Chase-Lansdale, McDade, & Adam

^۳. Suldo, Thalji, & Ferron

^۴. Howell

اجرای مداخلاتی مانند روان‌درمانی مثبت‌گرا که با افزایش بهزیستی همراه است، انتظار می‌رود پیشرفت تحصیلی نیز ارتقا یابد.

در نهایت، بررسی عملکرد دانش‌آموزان و سلامت روان آن‌ها، به لحاظ اهمیت آن از نظر بنیادی و کاربردی همواره مورد توجه بسیاری از روان‌شناسان، مشاوران و علمای تعلیم و تربیت و متخصصان بهداشت روانی و سایر افرادی که به نحوی با دانش‌آموزان سروکار دارند، بوده است. به علاوه، همان‌طور که رشید (۲۰۱۵) می‌گوید، روان‌درمانی مثبت‌گرا یک فرصت منحصر به فرد برای احیای رشد و پتانسیل‌های افراد ارائه می‌دهد. همچنین شواهد امیدوارکننده مذکور، نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا به میزان قابل توجهی بر روی کاهش افسردگی و افزایش سطح عوامل روان‌شناختی مثبت اثربخش است. سلیگمن اظهار می‌کند که روان‌شناسی مثبت‌گرا می‌تواند در آموزش و پرورش مفید واقع شده و تبدیل به یک ابزار قابل اعتماد برای افزایش قطعی بهزیستی روانی شود (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۹). وی همچنین معتقد است، روان‌شناسی مثبت‌گرا در حال حاضر باید در آموزش و پرورش ارائه شود، زیرا وقتی بهزیستی و سلامت روانی یادگرفتنی است پس بهتر است آن را در مدرسه‌ها آموزش دهیم؛ چراکه مدرسه می‌تواند یک مکان بی‌نقص برای اجرای مداخله‌های آموزشی مثبت‌گرا در زمینه یادگیری بهزیستی روانی باشد؛ به علاوه، مدرسه‌ها مکان‌های در دسترس و نسبتاً پایداری را فراهم می‌کنند که در آن مداخلات ارتقاء بهزیستی بهتر اجرا می‌شوند و همچنین پتانسیل عظیمی برای ارتقاء سلامت و بهزیستی دارند. با در نظر گرفتن این امر که افزایش شادکامی و بهزیستی به افزایش یادگیری یعنی هدف سنتی آموزش و پرورش منجر می‌شود، مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا به خاطر ساختن جو مثبت، باعث مشارکت یاری‌دهنده‌ای می‌شوند که منجر به یادگیری بهتر نیز می‌شود (گونزالس و همکاران، ۲۰۱۴). از آنجا که آموزش مثبت‌گرا معتقد است در ایجاد یک دانش‌آموز تمام و کمال، بهزیستی از اولویت‌های برابر با یادگیری تحصیلی است؛ به این ترتیب، تمام مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا مبتنی بر مدرسه، یک

برنامه بهزیستی طراحی کرده‌اند که به صراحت به دانش‌آموزان مهارت‌های لازم برای افزایش احساسات مثبت و نقاط قوت شخصیت به‌منظور ترویج بهزیستی را می‌آموزد. با این حال و با وجود همه این شواهد تجربی امیدبخش، به نظر نمی‌رسد که تاکنون این دگرگونی در مدارس ایران اتفاق افتاده باشد. درحالی‌که این موضوع بسیار قابل تأمل است؛ زیرا بهزیستی بیشتر با یادگیری بهتر، حالت هم‌افزایی دارد. به این ترتیب، در سیستم آموزشی ما جای خالی مداخلاتی از این دست که با یک تیر، دو هدف بزرگ را نشانه می‌رود، کاملاً محسوس است و مطالعه حاضر با اجرای این مداخله آموزشی مثبت، سعی در مرتفع کردن این نیاز در محیط آموزشی مدرسه دارد. از آنجاکه مأموریت آموزش و پرورش، ورای پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان، باید تأمین بهزیستی و کاهش سطح مشکلات روانی آنان نیز باشد، مداخله حاضر می‌تواند برای تشویق پژوهشگران و معلمان برای کمک به دانش‌آموزان در جهت تقویت بهزیستی مورد استفاده قرار گیرد؛ با توجه به این ضرورت‌ها، پژوهش حاضر قصد بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی متغیرهای مذکور در بین دانش‌آموزان را دارد و به این مسأله می‌پردازد که آیا روان‌درمانی مثبت‌گرا می‌تواند بر روی افسردگی، بهزیستی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در دو درس مختلف تأثیر بگذارد؟ در این راستا فرضیه‌های پژوهشی مطالعه حاضر عبارت‌اند از:

- ۱- روان‌درمانی مثبت‌گرا افسردگی دانش‌آموزان را کاهش می‌دهد.
- ۲- روان‌درمانی مثبت‌گرا بهزیستی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد.
- ۳- روان‌درمانی مثبت‌گرا پیشرفت ریاضی دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد.
- ۴- روان‌درمانی مثبت‌گرا پیشرفت علوم دانش‌آموزان را افزایش می‌دهد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر به صورت شبه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش همه دانش‌آموزان دختر پایه هفتم منطقه ۶ شهر تهران را شامل می‌شد که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در مدارس دولتی مشغول به تحصیل بودند. حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار **Gpower** با خطای ۰/۰۵ و توان ۰/۸ برای هر گروه ۳۰ نفر برآورد شد. برای شناسایی نمونه، ابتدا از مدارس دخترانه منطقه ۶ دو مدرسه به صورت تصادفی انتخاب شد. تعداد دانش‌آموزان پایه هفتم در یکی از مدارس ۷۵ نفر و در مدرسه دیگر ۵۶ نفر بود. سپس از هر مدرسه دو کلاس از پایه هفتم به صورت تصادفی انتخاب شد. ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد. سپس به طور تصادفی یک مدرسه در گروه آزمایش و یک مدرسه در گروه کنترل قرار داده شد. سپس برنامه آموزشی روان‌درمانی مثبت‌گرا در گروه آزمایشی توسط پژوهشگر اجرا شد و برنامه آموزشی سنتی در گروه کنترل نیز طبق روال گذشته توسط معلمان اجرا شد. به دلیل اینکه برخی از دانش‌آموزان، به طور مرتب در جلسات شرکت نکرده و تمرینات را به طور کامل انجام نداده بودند، از روند تحلیل حذف شدند و به این ترتیب، تعداد دانش‌آموزان در گروه آزمایشی ۴۳ و کنترل ۴۱ نفر شد. بعد از اتمام دوره آموزش، پس از آزمون به عمل آمد. سپس داده‌ها به صورت یک‌ماهه نیز پیگیری شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- پرسشنامه افسردگی بک^۱. این ابزار معتبر، که شامل ۲۱ گویه است، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط توسط بک، وارد، مندلسون، مارک و ارباف^۲ تدوین شد و از نوع آزمون‌های خودسنجی است که در مجموع از ۲۱ گویه مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی تشکیل شده است، آزمودنی باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ

^۱- Beck Depression Inventory (BDI)

^۲ Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh

دهد. این مقیاس، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. بک، استیر و گاربین^۱ (۱۹۸۸) مطالعات پژوهشی را که در طول ۲۵ سال بر روی این پرسشنامه صورت گرفته است، بررسی کردند و اظهار کردند که پرسشنامه افسردگی بک دارای همسانی درونی ۰/۸۷ و پایایی^۲ آن به روش بازآزمایی بیش از ۰/۶۰ بود. در ایران نیز استفان-دابسون^۳، محمدخانی و مساح‌چولابی (۲۰۰۷) ضریب پایایی کل را ۰/۹۱ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

۲- پرسشنامه بهزیستی^۴. پرسشنامه بهزیستی یا شکوفایی توسط رشید و سلیمین (۲۰۱۳) برای اندازه‌گیری میزان بهزیستی افراد با استفاده از ۵ خرده‌مقیاس هیجانانگیز مثبت، مشغولیت، معنا، روابط و دستاورد تدوین شده و توسط خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری و شکری (۱۳۹۳) در نمونه ایرانی ترجمه و هنجاریابی شده است. این سیاهه شامل ۲۵ گویه است که در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، از همیشه = ۵ تا هیچ وقت = ۱ نمره‌گذاری می‌شود. نمره این سیاهه در محدوده‌ای بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد که نمره کلی فرد را در بهزیستی می‌سنجد. گویه‌های ۱، ۶، ۱۱، ۱۶ و ۲۱ هیجان مثبت؛ گویه‌های ۲، ۷، ۱۲، ۱۷ و ۲۲ مشغولیت؛ گویه‌های ۴، ۹، ۱۴، ۱۹ و ۲۴ معنا؛ گویه‌های ۳، ۸، ۱۳، ۱۸ و ۲۳ روابط و گویه‌های ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ دستاورد را اندازه‌گیری می‌کنند. گوونی^۵ (۲۰۱۱)، میزان همسانی درونی نسخه اولیه این پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ، معادل ۰/۸۰ به دست آورد. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، همسانی درونی سیاهه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است؛ همچنین روایی همگرای پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای این پرسشنامه با مقیاس بهزیستی

1. Beck, Steer, & Garbin

2. Reliability

3. Stefan-Dabson

4- Flourishing Inventory

5. Guney

روانشناختی ریف، ۰/۵۲ به‌دست آمد. در این پژوهش نیز، میانگین پایایی پنج عامل با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد.

پیشرفت تحصیلی: برای اندازه‌گیری این متغیر در پیش‌آزمون، از نمرات درس ریاضیات و علوم تجربی دانش‌آموزان در ترم گذشته استفاده شد. سپس از نمرات پایان همان ترم که همزمان با تمام‌شدن مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا بود، برای اندازه‌گیری پیشرفت تحصیلی در پس‌آزمون استفاده شد. یک ماه پس از اجرای مداخله نیز نمرات امتحان کلاسی برای نمرات پیگیری به‌کار گرفته شد. البته نمرات درسی دانش‌آموزان، ابتدا به نمرات استاندارد T (با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰) تبدیل شده و سپس تحلیل‌های آماری انجام شدند.

روش اجرا

در این پژوهش، برنامه مداخله اصلی رشید (۲۰۱۵)، در ۱۴ جلسه دو ساعته به‌مدت ۱۴ هفته (هر هفته یک جلسه) بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش انجام شد. ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد، سپس برای هرکدام از دانش‌آموزان، کتابچه‌ای برای انجام تکالیف مداخله در نظر گرفته شد. پس از به پایان رسیدن مداخله، پس‌آزمون پرسشنامه بهزیستی یا شکوفایی برای گروه کنترل و آزمایش در یک دوره زمانی یکسان اجرا شد. خلاصه تمرینات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. چکیده روان‌درمانی مثبت‌گرا در گروه آزمایشی

| | |
|---------|---|
| جلسه | خلاصه محتوا و تمرینات |
| یکم | «معرفی مثبت» از خود. تکمیل پرسشنامه توانمندی‌های شخصیتی |
| دوم | تعیین توانمندی‌های شخصیتی برتر و بحث در رابطه با به‌کارگیری آن‌ها در مسائل روزمره |
| سوم | دفترچه موهبت‌ها (سه اتفاق خوب) و آموزش نحوه تکمیل کردن آن |
| چهارم | خاطرات بد درمقابل خاطرات خوب و بحث درباره احساس، هیجانات و معنایابی تجربه‌های ناگوار |
| پنجم | نامه بخشندگی و آموزش نوشتن و ارائه آن. تخلیه هیجانات ناخوشایند. بررسی توانمندی‌های شخصیتی برتر. استفاده از آن‌ها به شیوه‌های جدید |
| ششم | نامه قدردانی و آموزش نوشتن و ارائه آن. سپاسگزاری با استفاده از بارش مغزی و فلک شکر |
| هفتم | بررسی تکالیف جلسه پیش. بازبینی اهداف با توجه به توانمندی‌های شخصیتی. بحث در رابطه با رشد هیجانات مثبت‌گرا و بازخورد دانش‌آموزان |
| هشتم | برنامه رضایت‌بخش بودن به‌جای بی‌نهایت بودن. تهیه فهرست خشنودی |
| نهم | تکالیف امید به آینده. توانایی کسب دستاوردهای مفید در موقعیت‌های دشوار |
| دهم | تمرین واکنش سازنده فعال در رابطه‌های دوستانه |
| یازدهم | شجره‌نامه توانمندی‌های شخصیتی از دید دانش‌آموزان و بحث |
| دوازدهم | هنر مزه‌مزه کردن (Savoring) رویدادهای خوشایند زندگی و تجربه آن در کلاس، شریک‌کردن دیگران، خاطره‌سازی و قدردانی از خود |
| سیزدهم | نعمت زمان: استفاده از توانمندی‌های شخصیتی از طریق انجام‌دادن خدمات‌هایی برای خود و دیگران و تهیه گزارش |
| چهاردهم | بحث درباره مفهوم زندگی کامل، تمرینات و دستاوردها |

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

از آنجا که در این مطالعه، دو گروه آزمایشی و کنترل وجود دارد و نمرات متغیرهای آزمایشی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری جمع‌آوری شده است، از آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر چندمتغیری برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی دانش‌آموزان ۱۲/۶۸ و انحراف‌معیار ۰/۵۵ بود. میانگین سنی گروه آزمایشی ۱۲/۷۶ و انحراف‌معیار ۰/۶۰ و گروه کنترل با میانگین سنی ۱۲/۵۹ و انحراف‌معیار ۰/۴۹ بود. در گروه آزمایش ۳۵ نفر از پدران و ۳۱ نفر از مادران و در گروه کنترل ۳۷ نفر از پدران و ۲۹ نفر از مادران دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. پایگاه اجتماعی اقتصادی ۲۵ نفر از گروه آزمایشی و ۲۸ نفر از گروه کنترل، متوسط گزارش شده است. میانگین و انحراف معیار متغیرهای افسردگی، بهزیستی (هیجانان مثبت، مشغولیت، روابط، معنا و دستاورد) و پیشرفت تحصیلی درس‌های ریاضیات و علوم تجربی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایشی و کنترل در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای آزمایشی به تفکیک گروه و زمان

| | کنترل (n=۴۱) | | آزمایشی (n=۴۳) | | |
|-------------------|----------------------------|-------------|----------------------------|-------------|-------------|
| | میانگین ± انحراف استاندارد | | میانگین ± انحراف استاندارد | | |
| | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | |
| افسردگی | ۱۶/۵۱±۶/۱۴ | ۱۵/۹۷±۶/۵۵ | ۱۱/۳۲±۴/۳۰ | ۱۲/۱۶±۴/۴۹ | ۱۴/۷۹±۵/۴۷ |
| بهزیستی | ۶۶/۸۷±۱۸/۸۷ | ۶۸/۴۰±۲۰/۳۹ | ۶۷/۰۴±۱۸/۳۷ | ۷۴/۶۵±۱۱/۹۷ | ۶۳/۷۲±۱۸/۶۳ |
| هیجانان | ۱۳/۹۰±۴/۴۸ | ۱۴/۵۳±۴/۷۴ | ۱۴/۲۴±۴/۰۱ | ۱۵/۱۸±۳/۱۷ | ۱۳/۱۳±۴/۵۸ |
| مشغولیت | ۱۳/۱۷±۳/۴۸ | ۱۳/۶۹±۳/۷۱ | ۱۳/۴۸±۴/۰۲ | ۱۳/۱۶±۲/۹۱ | ۱۲/۷۶±۳/۵۸ |
| روابط | ۱۲/۹۲±۴/۳۰ | ۱۲/۸۷±۴/۶۷ | ۱۲/۷۳±۴/۸۷ | ۱۴/۸۳±۳/۰۵ | ۱۱/۸۱±۴/۱۲ |
| معنا | ۱۳/۰۴±۴/۱۷ | ۱۳/۲۹±۴/۷۲ | ۱۳/۰۴±۳/۵۷ | ۱۵/۹۵±۲/۷۵ | ۱۳/۰۶±۳/۹۵ |
| دستاورد | ۱۳/۸۲±۴/۳۴ | ۱۴/۰۰±۴/۵۱ | ۱۳/۵۳±۴/۲۸ | ۱۵/۵۱±۳/۰۰ | ۱۲/۹۳±۴/۱۵ |
| پیشرفت ریاضیات | ۱۵/۷۰±۱/۸۶ | ۱۵/۷۳±۱/۹۶ | ۱۵/۸۲±۲/۲۴ | ۱۵/۲۶±۱/۵۸ | ۱۴/۶۸±۲/۰۲ |
| پیشرفت علوم تجربی | ۱۵/۹۰±۱/۹۲ | ۱۵/۹۰±۲/۰۵ | ۱۵/۸۲±۲/۰۸ | ۱۶/۳۳±۱/۵۷ | ۱۵/۰۳±۲/۱۳ |

برای بررسی اینکه این تفاوت‌ها ناشی از شانس نیست، داده‌ها با مدل تحلیل واریانس چندمتغیری اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. در گام نخست، پیش‌فرض‌های استفاده از این نوع تحلیل بررسی شد. از آنجاکه نتایج آزمون موخلی معنادار بود، مفروضهٔ کرویت برای این متغیرها صادق نیست؛ بنابراین از آزمون اثر پیلایی استفاده شد. همچنین از آزمون لون برای آزمون برابری واریانس‌های خطا استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که واریانس خطا در مراحل مختلف مداخله یکسان است ($p > 0/01$).

نتایج آزمون‌های چندمتغیری دربارهٔ متغیرهای افسردگی، بهزیستی و پیشرفت تحصیلی نشان می‌دهد که اثر عامل زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار بوده است ($\text{Partial Eta Square} = 0/585$ و $P < 0/001$ و $F = 6/947$ و $df = 69$ و $0/585$ و $\text{Pillai's Trace} = 0/496$)؛ و همچنین اثر تعاملی زمان در گروه نیز معنادار است ($\text{Pillai's Trace} = 0/496$ و $df = 69$ و $F = 4/850$ و $P < 0/001$ و $\text{Partial Eta Square} = 0/35$). فرضیهٔ نخست این مطالعه این بود که روان‌درمانی مثبت‌گرا افسردگی را کاهش می‌دهد. نتایج آزمون اثرهای تک‌متغیری دربارهٔ متغیر افسردگی نشان داد که تعامل اثر زمان در گروه معنادار است ($\text{Partial Eta Square} = 0/35$ و $P < 0/001$ و $F = 44/80$)؛ به این معنا که میزان افسردگی گروه تحت این مداخله، از گروه کنترل در پس‌آزمون پایین‌تر است و مقایسهٔ میانگین دو گروه در پیگیری نشان می‌دهد که اثر مداخله پایدار بوده است (شکل ۱).

فرضیه‌های دو تا هفت مربوط به اثر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی و مؤلفه‌های آن بود. نتایج آزمون اثر تک‌متغیری دربارهٔ متغیر بهزیستی نشان داد که تعامل اثر زمان در گروه در مرحلهٔ پیگیری معنادار است ($\text{Partial Eta Square} = 0/35$ و $P < 0/001$ و $F = 44/28$). اگرچه نمرهٔ کلی بهزیستی در پس‌آزمون در دو گروه تفاوت معنادار نشان نداد، ولی گروه آزمایشی در مرحلهٔ پیگیری دارای سطح بالاتر بهزیستی نسبت به گروه کنترل بود (شکل ۲. الف؛ جدول ۳). این تعامل دربارهٔ عوامل مختلف بهزیستی نیز معنادار

است؛ دربارهٔ عامل روابط مثبت‌گرا مشاهده می‌شود که سطح متغیر روابط در گروه تحت مداخله در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش داشته است و در مرحلهٔ پیگیری این افزایش، بالاتر و البته معنادار بوده است (شکل ۲. ب). دربارهٔ عامل معنا نیز یافته‌ها نشان می‌دهد، در پس‌آزمون گروه آزمایشی دارای سطح بالاتر معنا نسبت به گروه کنترل است و نیز یافته‌های پیگیری نشان داد که این تفاوت پایدار بوده است (شکل ۲. ج). دربارهٔ عامل دستاورد نیز همین‌طور است؛ به این معنا که میزان عامل دستاورد در گروه آزمایشی در مرحلهٔ پس‌آزمون بالا است، اما در مرحلهٔ پیگیری این افزایش بالاتر و نیز معنادار بوده است (شکل ۲. د). تفاوت معناداری در میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل در پس‌آزمون در رابطه با عامل هیجانات و نیز عامل مشغولیت مشاهده نشد (جدول ۴).

فرضیه‌های هشت و نه مربوط به اثر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر پیشرفت ریاضی و علوم بود. یافته‌های این مطالعه در پیش‌آزمون نشان می‌دهد که پیشرفت در درس ریاضیات در گروه آزمایشی به‌طور معناداری پایین‌تر از گروه کنترل است؛ اما تفاوت میانگین دو گروه در پس‌آزمون معنادار نیست. اگرچه همان‌طور که شکل ۳. الف نشان می‌دهد، مداخله اثر مثبتی بر پیشرفت گروه آزمایش داشته است؛ زیرا اُفت معنادار میانگین پیشرفت ریاضی این گروه در پیش‌آزمون، در پس‌آزمون بهبود یافته است، اگرچه تفاوت معناداری با گروه کنترل نشان نمی‌دهد. این تفاوت در پیگیری نیز پایدار بوده است. دربارهٔ متغیر پیشرفت تحصیلی در درس علوم تجربی نیز همان‌طور که شکل ۳. ب نشان می‌دهد، تعامل اثر زمان در گروه معنادار است. همچنین در پس‌آزمون، گروه آزمایشی دارای سطح بالاتر و معنادار پیشرفت نسبت به گروه کنترل است که این تفاوت معنادار در مرحلهٔ پیگیری ماندگار و بیشتر شده است (جدول ۴).

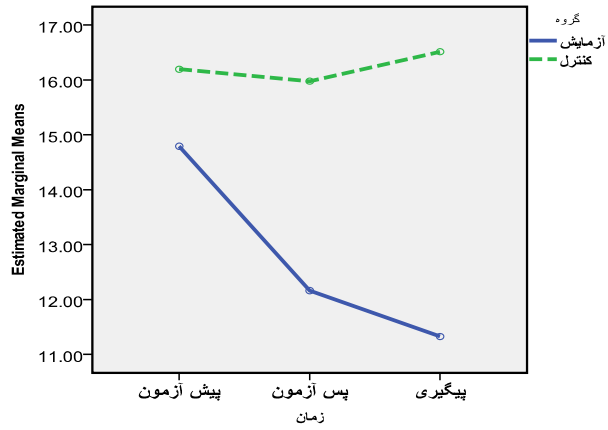
جدول ۳. نتایج آزمون‌های تک‌متغیری برای اثر تعامل زمان × گروه

| اندازه گرین هاوس | مجموع مجذورات | درجه ازادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | مجذور اتای تفکیکی |
|---------------------|------------------|---------------|-----------------|--------|------------------|----------------------|
| افسردگی | ۱۵۳/۸۶۱ | ۱/۳۸۳ | ۱۱۱/۲۴۶ | ۴۴/۸۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۵۳ |
| بهزیستی | ۱۳۶۱ | ۱/۳۸۰ | ۹۸۶/۶۷۰ | ۴۴/۲۸۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۳۵۱ |
| بهزیستی هیجانان | ۶۵/۸۰۵ | ۱/۵۱۳ | ۴۳/۵۰۳ | ۱۶/۰۲۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۶۴ |
| مشغولیت | ۶/۱۱۸ | ۱/۶۱۵ | ۳/۷۸۸ | ۲/۱۶۳ | ۰/۱۲۹ | ۰/۰۲۶ |
| روابط | ۹۰/۲۵۶ | ۱/۳۶۵ | ۶۶/۱۱۹ | ۳۰/۸۷۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۷۴ |
| معنا | ۹۴/۷۷۹ | ۱/۵۴۲ | ۶۱/۴۷۴ | ۳۱/۲۲۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۲۷۶ |
| دستاورد | ۵۷/۱۲۳ | ۱/۴۱۴ | ۴۰/۴۱۱ | ۱۶/۵۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۶۸ |
| پیشرفت ریاضیات | ۵/۷۴۸ | ۱/۴۴۵ | ۳/۹۷۷ | ۴/۵۷۸ | ۰/۰۲۲ | ۰/۰۵۳ |
| پیشرفت علوم | ۱۶/۱۶۹ | ۱/۱۶۲ | ۱۶/۵۰۰ | ۱۱/۱۷۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۱۲۰ |

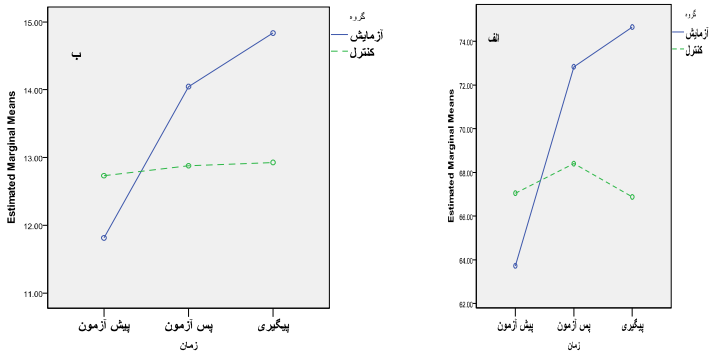
جدول ۴. مقایسه تفاوت میانگین‌های گروه آزمایشی و کنترل

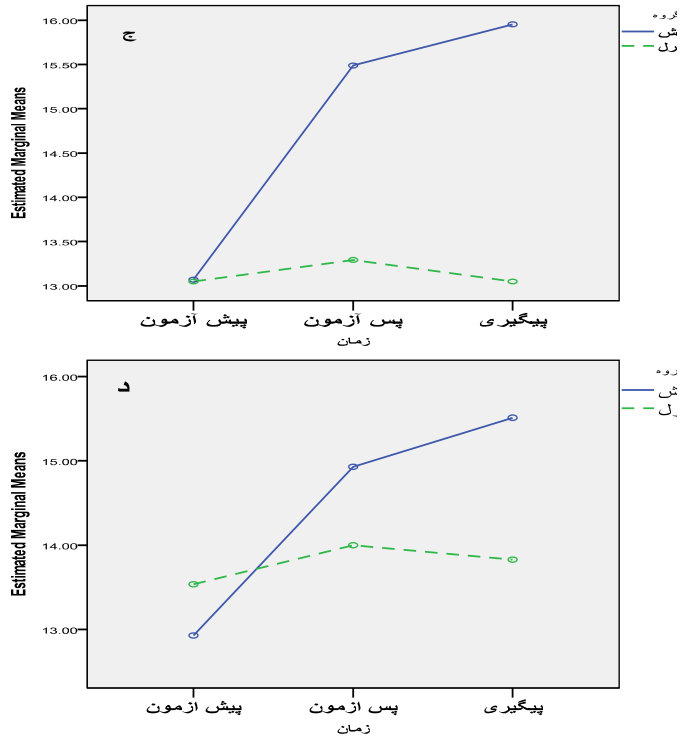
| متغیرها | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیگیری |
|----------------|-----------|----------|-----------|
| افسردگی | ۱/۴۰۴ | -۳/۸۱۳** | -۵/۱۸۷*** |
| بهزیستی | -۳/۳۲۸ | ۴/۴۳۵ | ۷/۷۷۳* |
| کلی | -۱/۱۰۴ | ۰/۷۴۲ | ۱/۲۸۴ |
| هیجانان | -۰/۷۲۰ | -۰/۶۰۲ | -۰/۰۰۸ |
| مثبت | -۰/۹۱۸ | ۱/۱۶۸ | ۱/۹۱۰* |
| مشغولیت | ۰/۰۲۱ | ۲/۱۹۶** | ۲/۹۰۵*** |
| روابط | -۰/۶۰۶ | ۰/۹۳۰ | ۱/۶۸۲* |
| معنا | -۰/۷۹۴ | ۰/۳۰۷* | ۰/۴۳۵* |
| دستاورد | -۱/۱۴۳** | -۰/۵۹۲ | -۰/۴۴۰ |
| پیشرفت ریاضیات | | | |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$



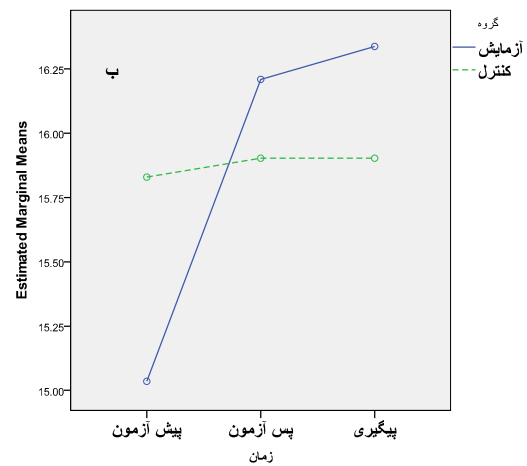
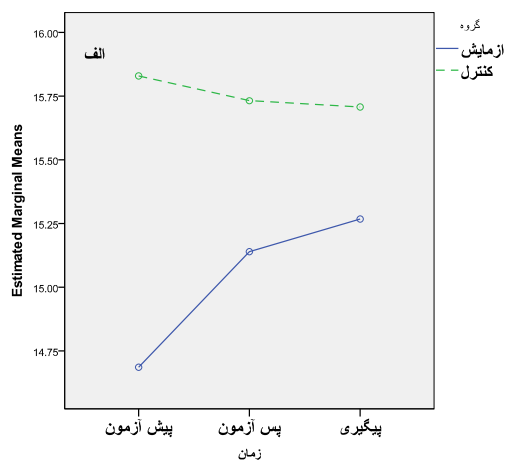
شکل ۱. افسردگی





شکل ۲. الف: بهزیستی؛ ب: روابط مثبت گرا در بهزیستی؛ ج: معنا در

بهزیستی؛ د: دستاورد در بهزیستی



شکل ۳. الف: پیشرفت ریاضیات؛ ب: پیشرفت علوم

تجربی

بحث

نتایج یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا اثر مثبتی در کاهش افسردگی، افزایش بهزیستی و عوامل آن داشته است. به‌علاوه، این مداخله موجب ارتقاء پیشرفت تحصیلی در دروس ریاضیات و علوم تجربی دانش‌آموزان شده است. اولین یافته، پاسخ مثبتی به اولین فرضیه پژوهشی داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا اثر قوی و معناداری بر روی کاهش افسردگی دانش‌آموزان دارد که پس از یک ماه از اجرای مداخله، ماندگار است. این یافته با پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶)؛ گیو و همکاران (۲۰۱۷)؛ شرانک و همکاران (۲۰۱۶)؛ پارکز-شینر (۲۰۰۹)؛ راینش (۲۰۱۳)؛ جیانوپولوس و ولا-برودیک (۲۰۱۱)؛ مونگرین و آنسلمو-ماتیوز (۲۰۱۲)؛ دولت آبادی و همکاران (۲۰۱۶)؛ خدابخش و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. نتایج پژوهش سلیگمن و همکاران (۲۰۰۵) نشان می‌دهد که تمریناتی که در مداخله روان‌درمانی مثبت‌گرا وجود دارد، احتمال ابتلا به افسردگی را در سال‌های بعدی زندگی نیز کاهش می‌دهد. همچنین از آنجاکه داشتن هدف و معنا در زندگی با سلامت فیزیکی خوب در ارتباط است و در برابر افسردگی، رفتارهای پرخطر و شکایات جسمانی از افراد محافظت به‌عمل می‌آورد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶؛ برانک، هیل، لپسلی، تلیب و فینچ^۱، ۲۰۰۹؛ نوریش و همکاران، ۲۰۱۳)؛ شواهد پژوهشی موجود نشان می‌دهد، روان‌درمانی مثبت‌گرا با ایجاد معنا در زندگی، باعث کاهش پایدار سطح افسردگی می‌شود و فقدان معنا فقط یک علامت نیست؛ بلکه دلیلی برای افسردگی است و مداخلاتی که معنا را به‌وجود می‌آورند موجب تسکین افسردگی می‌شوند؛ به‌علاوه، افزایش معنا باعث ایجاد یک سپر پیشگیری‌کننده در برابر بیماری‌ها و مشکلات می‌شود (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

^۱ . Bronk, Hill, Lapsley, Talib, & Finch

همانگونه که رشید (۲۰۱۵) مطرح می‌کند، روان‌درمانی مثبت‌گرا به‌طور انحصاری بر جنبه‌های مثبت‌گرا از تجربیات انسانی تمرکز ندارد و به تمام انواع تجربه‌های عاطفی، حتی ناخوشایندی‌هایی که منجر به تجربه افسردگی می‌شوند نیز توجه می‌کند و حتی با ملایمت، افراد را تشویق به کشف معانی آن‌ها و آگاهی از رشد بالقوه ناشی از احساسات ناخوشایند می‌کند؛ برای مثال، روان‌درمانی مثبت‌گرا در تمریناتی مانند «دری بسته می‌شود و دری دیگر باز»، درحالی که همدلانه به درد توجه می‌کند، با ملایمت، افراد را ترغیب به جستجوی معنا و رشد روان‌شناختی در حوادث ناگوار می‌کند. وی معتقد است تمرینات توانمندی‌های شخصیتی که در سراسر مداخله وجود دارند، کمک می‌کند تا افراد یاد بگیرند که چگونه با تجارب منفی به شکل مثبت‌تری برخورد کنند و آن‌ها را به گونه‌ای بازسازی کنند که معنادار و مفید باشند.

یافته بعدی نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا در پس‌آزمون اثر معناداری بر روی افزایش کلی بهزیستی نداشته است، اما در پیگیری یک ماهه، تفاوت میانگین دو گروه معنادار شده است و مداخله، باعث افزایش سطح بهزیستی شده است. این یافته نیز پاسخ مثبتی به دومین فرضیه پژوهشی داد. همچنین با در نظر گرفتن پنج عامل تشکیل‌دهنده بهزیستی یعنی هیجانات مثبت، معنا، مشغولیت، روابط و دستاورد، نتایج نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا در پس‌آزمون تأثیر معناداری بر روی افزایش معنا در دانش‌آموزان داشته است که این اثر تا یک ماه پس از اجرای مداخله باقی بود. به‌علاوه، گرچه در پس‌آزمون تفاوت معناداری در متغیرهای روابط و دستاورد در بین دو گروه کنترل و آزمایش نبود، یافته‌های پیگیری نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌گرا اثر معناداری بر روی این متغیرها داشته است. نتایج به‌دست آمده همسو با پژوهش امینی و همکاران (۲۰۱۶)، اصغری‌پور و همکاران (۲۰۱۲) و کوادرا-پرالنا و همکاران (۲۰۱۰) در رابطه به روان‌درمانی مثبت‌گرا است؛ همچنین همسو با یافته‌های روث و همکاران (۲۰۱۷)؛ اودس و همکاران (۲۰۱۱)؛ سلیگمن و همکاران (۲۰۰۹)؛ بولیر و همکاران (۲۰۱۳)؛ شوشانی و

استینمتر (۲۰۱۴) است که در آن‌ها اثر مداخلات آموزش مثبت‌گرا با تمرینات یکسان با روان‌درمانی مثبت‌گرا باعث افزایش سطح بهزیستی دانش‌آموزان شده است. در واقع مداخلات مثبت‌گرا برای کاربران غیربالینی نیز می‌تواند مفید باشد؛ چراکه این مداخلات به وسیله راهبردهای افزایش‌دهنده بهزیستی، می‌توانند به پیشگیری و یا کاهش خطر ابتلا به اختلالات روانی در آینده کمک کنند (رشید، ۲۰۱۵). در تبیین معنادارشدن چشمگیر عامل معنا باید گفت که بنا بر گفته رشید (۲۰۱۵) تمرکز بر روی معنا از اهداف اصلی روان‌درمانی مثبت‌گرا است؛ چراکه ارتقاء حس معنا در زندگی موجب بهبود سلامت روانی افراد پس از یک حادثه ناخوشایند می‌شود. همان‌طور که بوتلر و کرن^۱ (۲۰۱۶) معتقدند، از دیدگاه روان‌شناسی مثبت، بهزیستی صرفاً به فقدان عملکردهای منفی محدود نمی‌شود؛ بلکه چیزی فراتر از آن و به معنای حضور شادکامی، ارتباطات، اعتماد و رفاه است. همسو با این نظریه و در جهت معنادارشدن متغیرهای بهزیستی کلی، روابط و دستاورد در مرحله پیگیری، یک تفسیر احتمالی آن است که این مداخله ممکن است اثرات میان‌مدت یا بلندمدتی داشته باشد و اثرات کوتاه‌مدت ممکن است بلافاصله بعد از قطع مداخله آشکار نشود؛ چون همانگونه که رشید (۲۰۱۵) معتقد است کسی که از روان‌درمانی مثبت‌گرا استفاده می‌کند، نباید انتظار یک پیشرفت خطی از بهبود داشته باشد؛ زیرا انگیزه برای تغییر الگوهای رفتاری و عاطفی، در طول دوره درمان، نوسانات زیادی خواهد داشت. درباره عامل‌های هیجانانگیز مثبت‌گرا و مشغولیت، تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت. در رابطه با فرضیه‌های مربوط به پیشرفت تحصیلی، اگرچه تفاوت معناداری در پیشرفت تحصیلی در داده‌های پس‌آزمون بین گروه کنترل و آزمایش وجود نداشت؛ اما باید در نظر داشت که از ابتدا تفاوت معنادار اولیه‌ای در پیش‌آزمون بین آن‌ها وجود داشته است. این تفاوت پس از اجرای مداخله از بین رفته و گروه آزمایشی پیشرفت قابل

^۱. Butler & Kern

ملاحظه‌ای داشته است. به‌علاوه این پیشرفت، یک ماه پس از اجرای مداخله حفظ شده است. این یافته نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا اثر چشمگیری بر روی پیشرفت در درس ریاضی دانش‌آموزان گروه آزمایشی داشته است. این نتیجه مشابه با یافته‌های پژوهش‌های مشابهی است که نشان می‌دهند مداخلات آموزش مثبت‌گرا به‌طور مثبتی به عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مرتبط است (دورلاک و همکاران، ۲۰۱۱؛ هویت و همکاران، ۲۰۱۲). در واقع همان‌طور که گونزالس و همکاران (۲۰۱۴) مطرح کردند، مداخلات روان‌درمانی مثبت‌گرا به‌خاطر ساختن جوّ مثبت، باعث مشارکت یاری‌دهنده‌ای می‌شوند که منجر به یادگیری بهتر (هدف سنتی آموزش و پرورش) می‌شود. اگرچه امروزه، قضاوت درباره پیشرفت دانش‌آموزان در مدرسه، تنها دربرگیرنده عملکرد تحصیلی نیست؛ بلکه بهزیستی نیز به‌عنوان یک شاخص قابل قبول از موفقیت در مدرسه در نظر گرفته می‌شود و همانگونه که هوبنر (۲۰۱۰) معتقد است، یک شاخص کلیدی موفقیت در مدارس این است که دانش‌آموزان عمدتاً تجربه یک حس قوی از بهزیستی کلی داشته باشند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر، نشان می‌دهد که روان‌درمانی مثبت‌گرا بر افزایش بهزیستی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان در درس‌های ریاضیات و علوم تجربی مؤثر است؛ اما احتیاط‌ها و محدودیت‌هایی در استفاده از این روش وجود دارد؛ برای مثال رشید (۲۰۱۵) درباره استفاده از روان‌درمانی مثبت‌گرا هشدارهایی را مطرح می‌کند؛ اول: با وجود عنوان و تأکید بر پرورش توانمندی‌های شخصیتی، روان‌درمانی مثبت‌گرا یک نسخه تجویزی نیست. در عوض، توصیفی است بدین معنا که شواهد همگرای علمی نشان می‌دهد که زمانی که افراد به جنبه‌های مثبت‌گرا تجاربشان توجه می‌کنند، اتفاقات مفید و خاصی رخ می‌دهد. دوم، روان‌درمانی مثبت‌گرا نوش‌دارو نیست و برای همه افراد در تمام

شرایط پاسخگو نخواهد بود؛ سوم، درمانگران نباید انتظار یک پیشرفت خطی از بهبود داشته باشند و پیشرفت یک فرد نباید باعث سوگیری درمانگران درباره پیشرفت و یا عدم پیشرفت احتمالی فرد دیگری شود.

در تفسیر یافته‌های پژوهش توجه به برخی از محدودیت‌ها ضروری به نظر می‌رسد؛ نخست، تصادفی‌سازی نمونه در سطح فرد اتفاق نیفتاده است. به علاوه، نمونه مورد بررسی صرفاً از مدارس دخترانه بود، معیاری برای ورود افراد به گروه‌ها انتخاب نشده بود و پیشرفت تحصیلی فقط در درس‌های ریاضی و علوم تجربی سنجیده شد. در نهایت، پایایی و روایی ابزار اندازه‌گیری پیشرفت تحصیلی دروس صرفاً براساس نمرات گزارش شده معلمان بود، نه بر مبنای یک آزمون استاندارد کلی. همچنین با توجه به عدم امکان پیگیری در درازمدت و در زندگی واقعی دانش‌آموزان، ارزیابی اثرات مثبتی که این مداخله ممکن است در آینده نشان دهد امکان‌پذیر نیست؛ بنابراین پژوهشگران نسبت به تعمیم‌های غیرمجاز هشدار می‌دهند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مطالعاتی برنامه‌ریزی شود که نقش متغیر تعدیل‌کننده جنسیت در روان‌درمانی مثبت‌گرا ارزیابی شود. به علاوه، بهتر است این مداخله توسعه‌یافته و با گروه‌های دانش‌آموزی و دانشجویی متعدد، حجم نمونه بزرگ‌تر و در شرایط مختلف مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، میتوان اعتبار این مداخله را با ارزیابی پاسخ‌های والدین و معلمان درباره دانش‌آموزان و رفتارهای آن‌ها در زندگی روزمره نیز ارزیابی کرد و نه صرفاً با تکیه بر خودگزارش‌دهی دانش‌آموزان.

به لحاظ کاربردی، پژوهش حاضر توصیه می‌کند نتایج به دست آمده از اجرای مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا در مدارس می‌تواند برای پژوهشگران، معلمان و حتی پزشکانی که به دنبال ایجاد برنامه‌های بهزیستی هستند، چشم‌انداز جدیدی بگشاید. در واقع تزریق مهارت‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا (توانمندی‌های شخصیتی، امید و قدردانی) به پیکره چارچوب برنامه‌های موجود در مدرسه نویدبخش پیامدهای مثبت‌گرا فراوانی است.

در نهایت، گستره مداخله‌های روان‌شناسی مثبت‌گرا علاوه بر برنامه‌های درسی و محیط آموزشی باید ساختارهای برنامه‌ریزی‌های بلندمدت، سیاست و اهداف را فرا گیرد؛ به‌گونه‌ای که فرهنگ کلی مدرسه از رشد و شکوفایی دانش‌آموزان و حتی معلمان حمایت کند.

قدیر و تشکر

این پژوهش حاصل رساله دکتری نویسنده اول (ثریا حکیمی) تحت نظارت استاد راهنما (آقای دکتر سیاوش طالع‌پسند) در دانشگاه سمنان است و به این وسیله، از همه افراد، سازمان‌ها و نهادها، به‌ویژه دانشکده روان‌شناسی دانشگاه سمنان و مدیریت آموزش و پرورش منطقه ۶ شهر تهران، مدیران و دانش‌آموزان عزیز که در فرایند انجام این پژوهش همکاری کردند، کمال تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان رعایت شده است. همچنین به افراد درباره محرمانه‌بودن نتایج اطمینان داده شده است.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

منابع مالی

این پژوهش با بودجه شخصی نویسندگان انجام شده است.

منابع فارسی

- ۱-خانجانی، مهدی؛ شهیدی، شهریار؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ مظاهری، محمدعلی؛ شکری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه روان‌درمانی مثبت‌گرا نگر. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۸ (۱ پیاپی ۲۹)، ۶۹-۸۶.
- ۲-خدابخش، روشنگر؛ خسروی، زهره؛ شاهنگیان، شهره. (۱۳۹۴). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا نگر بر علائم افسردگی و توانمندی‌های منش در بیماران مبتلا به سرطان. پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت، ۱ (۱)، ۳۵-۵۰.

References

- 3-American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 nd Ed). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- 4-Amini, S., Namdari, K., & Kooshki, H. M. (2016). The effectiveness of positive psychotherapy on happiness and gratitude of female students. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 2(3), 163-169.
- 5-Asgharipoor, N., Farid, A. A., Arshadi, H., & Sahebi, A. (2012). A comparative study on the effectiveness of positive psychotherapy and group cognitive-behavioral therapy for the patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 6(2), 33- 41.
- 6-Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G., (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- 7-Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

- 8-Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13, 119.
- 9-Bronk, K. C., Hill, P. L., Lapsley, D. K., Talib, T. L., Finch, H. (2009). Purpose, Hope and Life satisfaction in three age groups. *Journal of Positive Psychology*, 4 .500-510.
- 10-Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, 6(3), 1-48.
- 11-Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychology of Optimal Experience*. New York HarperPerennial.
- 12-Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Pérez, M., & Zúñiga, M. (2010). Positive psychotherapy results in patients with depression. *Terapia Psicológica*, 28, 127–134.
- 13-Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, 8(3), 2175-2180.
- 14-Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405–432.
- 15-Froh, J. J., Kashdan, T. B., Yurkewicz, C., Fan, J., Allen, J., & Glowacki, J. (2010). The benefits of passion and absorption in activities: Engaged living in adolescents and its role in

psychological well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 5(4), 311-332.

16-Giannopoulos, V. L., & Vella-Brodrick, D. (2011). Effects of positive interventions and orientations to happiness on subjective well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 6, 95–105.

17-Gonzales, T.R., Ehrenzweig, Y., Gracida, O.D.S., Hernandez, C.B.E., Mora, G.L., Martinez, A.J., Larralde, C. (2014). Promotion of Individual Happiness and Wellbeing of Students by a Positive Education Intervention. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*. vol. 5 num. 2. 79-102.

18-Guney, S., (2011). The Positive Psychotherapy Inventory (PPTI): Reliability and Validity Study in Turkish Population. *Social and Behavioral Sciences* 29, 81 – 86.

19-Guo, Y. F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J. P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383.

20-Howell, A. J. (2009). Flourishing: Achievement-related correlates of students' well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 1-13.

21-Hoyt, L. T., Chase-Lansdale, P. L., McDade, T. W., & Adam, E. K. (2012). Positive youth, healthy adults: Does positive wellbeing in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health*, 50, 66–73.

22-Huebner, S. (2010). Feelings Count: Conceptualizing and measuring students' happiness in schools. *Communiqué: The*

Newspaper of the National Association of School Psychologists, 39, 1- 13.

23-Kern, M. L., Waters, L. E., Adler, A., & White, M. A. (2015). A multidimensional approach to measuring well-being in students: Application of the PERMA framework. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), 262-271.

24-Marques, S. C., Lopez, S. J., & Pais-Ribeiro, J. L. (2011). "Building hope for the future": A program to foster strengths in middle-school students. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 139-152.

25-Norrish, J., Williams, P., O'Connor, M., & Robinson, J. (2013). An applied framework for positive education. *International Journal of Wellbeing*, 3(2), 147-161.

26-Oades, L. G., Robinson, P., & Green, S. (2011). Positive education: Creating flourishing students, staff and schools. In *Psych: The Bulletin of the Australian Psychological Society Ltd*, 33(2), 16- 17.

27-Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J. M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37.

28-Parks-Sheiner, A. C. (2009). Positive psychotherapy: Building a model of empirically supported self-help (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania).

29-Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York, NY: Oxford Press.

- 30-Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 25-40.
- 31-Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). Positive Psychotherapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 461–498). Belmont, CA: Cengage
- 32-Reinsch, C. C. (2013). Adding science to the mix of business and pleasure: An exploratory study of positive psychology interventions with teachers accessing employee assistance counselling. University of Manitoba (Canada).
- 33-Roozitalab, P., Ebrahimi, Z., & Pashin, P. (2013). A review of prevalence and severity of depression in adolescent girls in Tehran, 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry . Tabriz University of medical sciences.
- 34-Roth, R. A., Suldo, S. M., & Ferron, J. M. (2017). Improving middle school students' subjective well-being: efficacy of a multicomponent positive psychology intervention targeting small groups of youth. *School Psychology Review*, 46(1), 21-41.
- 35-Seabrook, E. M., Kern, M. L., & Rickard, N. S. (2016). Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review. Retrieved from <https://mental.jmir.org/2016/4/e50/>
- 36-Seligman, M. E. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Lopez SJ, Snyder CR (Eds). *Handbook of positive psychology*, 2, 3-12.
- 37-Seligman, M. E. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.
- 38-Seligman, M. E., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and

- classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
- 39-Seligman, M. E., Parks, A. C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences*, 1379-1382.
- 40-Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774- 788.
- 41-Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- 42-Schrank, B., Brownell, T., Jakaite, Z., Larkin, C., Pesola, F., Riches, S., Tylee, A., & Slade, M. (2016). Evaluation of a positive psychotherapy group intervention for people with psychosis: pilot randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 235-246.
- 43-Shoshani, A., & Steinmetz, S. (2014). Positive psychology at school: A school-based intervention to promote adolescents' mental health and well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15(6), 1289-1311.
- 44-Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 65(5), 467-487.
- 45-Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Journal of rehabilitation*, 8, 80-86.
- 46-Suldo, S., Thalji, A., & Ferron, J. (2011). Longitudinal academic outcomes predicted by early adolescents' subjective well-

being, psychopathology, and mental health status yielded from a dual factor model. *The Journal of Positive Psychology*, 6(1), 17-30.