



The efficacy of an integrated training package based on time perspective therapy and positive therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients

Mohammad Hemmati¹ , Taher Tizdast² , Mohsen Jadidi³

1. Ph.D Candidate Counseling, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: Moheemmati_85@yahoo.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: tahertizdast@yahoo.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahre-Qods Branch, Islamic Azad University, Shahre-Qods, Iran. E-mail: Mohsen.jadidi@iau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 14 March 2024
Received in revised form
08 April 2024
Accepted 17 May 2024
Published Online 21
March 2025

Keywords:
quality of life,
psychological well-
being,
time perspective therapy,
positive therapy

ABSTRACT

Background: Time perspective therapy, by altering individuals' perception of time, helps them establish a better balance between their past, present, and future, thereby distancing them from negative experiences. In contrast, positive therapy enhances psychological well-being by strengthening individuals' capabilities and increasing positive emotions. Although both approaches have shown effectiveness individually, there is insufficient research on the integration of these approaches and the potential synergistic effects on depressed patients.

Aims: This study aimed to evaluate the effectiveness of an integrated training package based on time perspective therapy and positive therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients.

Methods: This research employed a quasi-experimental pre-test and post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population included all individuals referred to the Amin Counseling Center affiliated with Islamic Azad University in 2022. From these, 40 individuals were selected through convenience sampling and assigned to experimental and control groups (20 per group). Data collection tools included the Psychological Well-being Questionnaire (Ryff, 2002) and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHO, 1996). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance in SPSS software, version 26.

Results: Findings indicated that the integrated training based on time perspective and positive therapy led to a significant improvement in the quality of life of depressed individuals ($p < 0.01$). Additionally, the training was effective in enhancing psychological well-being ($p < 0.01$), and this effect remained stable over a two-month period ($p < 0.01$).

Conclusion: Based on the study's results, it is recommended that health system officials conduct further research to monitor factors affecting depression and to focus on improving the quality of life of depressed patients. Establishing a database for patients with depressive disorders and implementing structured treatment programs is also advised.

Citation: Hemmati, M., Tizdast, T., & Jadidi, M. (2025). The efficacy of an integrated training package based on time perspective therapy and positive therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients. *Journal of Psychological Science*, 24(145), 97-118. [10.52547/JPS.24.145.97](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.97)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 145, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.145.97](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.97)



✉ **Corresponding Author:** Taher Tizdast, Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E-mail: tahertizdast@yahoo.com, Tel: (+98) 9123175368

Extended Abstract

Introduction

Depression is a prevalent mental health disorder, impacting millions globally. Characterized by persistent feelings of sadness, fatigue, and cognitive impairments, it diminishes the quality of life and overall psychological well-being (WHO, 2023). Given its burden, research continuously explores effective interventions, including psychological therapies, to enhance life quality for those suffering from depression (Seligman & Pawelski, 2021). Among these therapies, Positive Therapy (PT) and Time Perspective Therapy (TPT) have shown promising results when integrated into therapeutic frameworks, as both focus on enhancing subjective well-being, resilience, and adaptive outlooks, essential in managing depressive symptoms (Fredrickson, 2020).

Time Perspective Therapy, based on Zimbardo's Temporal Theory, encourages a balanced perspective of past, present, and future, helping patients shift focus from negative past experiences toward a future-oriented, purposeful outlook (Seligman & Pawelski, 2021). This therapy has been effective in reducing depressive symptoms and improving mental well-being among various patient groups, including those with PTSD, anxiety, and chronic health conditions (Sword et al., 2020). Studies suggest that TPT helps individuals reformulate their time orientation, thus fostering a balanced temporal perspective that contributes to psychological resilience (Mirzania et al., 2021).

In parallel, Positive Therapy, rooted in Positive Psychology, emphasizes interventions that enhance strengths, foster positive emotions, and develop meaningful engagement, which are particularly valuable in reducing the symptoms of depression. Positive Therapy encourages patients to build personal resources and resilience, factors closely linked to improved quality of life and psychological health (Seligman & Pawelski, 2021). Research has shown that by focusing on individual strengths, PT helps mitigate depressive symptoms, enabling patients to experience greater fulfillment and purpose (Fredrickson, 2020).

Given the individual efficacy of TPT and PT, integrating these approaches may offer synergistic benefits for depressed patients, targeting both cognitive restructuring and well-being enhancement. This study examines the efficacy of an integrated training package combining TPT and PT in improving the quality of life and psychological well-being of depressed patients, positing that the synergy of these therapies will produce significant therapeutic outcomes.

Method

This study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and control group with a two-month follow-up. The statistical population comprised all individuals who visited the Amin Counseling Center, affiliated with Islamic Azad University, in 2022. A sample of 40 individuals was selected through convenience sampling and divided into two groups: experimental and control (20 individuals each). Inclusion criteria were a confirmed diagnosis of depression by a psychologist, based on the Beck Depression Inventory (short form) and interview; non-use of antidepressants or other psychiatric medications verified through self-report and center records; absence of chronic illnesses (e.g., orthopedic, rheumatologic, neurological) as confirmed through medical files; willingness to participate; and signed informed consent. Exclusion criteria included missing more than two training sessions and concurrent participation in other counseling or psychotherapy sessions.

Results

In total, 40 individuals with depression were studied, and demographic characteristics of the samples were analyzed according to various categories. In the experimental group, 7 participants (35%) were male and 13 (65%) female; in the control group, 8 participants (40%) were male and 12 (60%) female. Regarding education, bachelor's degree holders represented the highest frequency in the experimental group (35%), while associate degree holders were the least frequent (15%). In the control group, an equal number of participants held high school diplomas, associate degrees, and graduate or higher degrees (20%), with bachelor's degree holders having the

highest representation (40%). Overall, bachelor's degree holders had the highest frequency (38%) and associate degree holders the lowest (18%). In terms of age distribution, ages 31–40 were most common in the experimental group (35%) and least common at age 30 (15%). In the control group, participants over age 50 had the highest frequency (30%) while those aged 30 and below had the lowest (20%). Overall, ages 31–40 were the most frequent (30%) and ages 30 and below the least frequent (18%).

A repeated-measures ANOVA was conducted after confirming the assumptions of normal distribution, homogeneity of variances, and covariance matrix consistency. The Shapiro-Wilk test verified normality, while Levene's test confirmed homogeneity of variances, with all significance levels for psychological well-being and quality of life variables and their subscales above 0.05 ($P > 0.05$). The Box's M test confirmed covariance matrix consistency for psychological well-being

($M = 451.15$, $Sig = 0.500$) and quality of life ($M = 349.37$, $Sig = 0.500$), supporting this assumption with significance levels above 0.05 ($P > 0.05$). The mixed multivariate ANOVA using Wilks' Lambda for the variables ($F = 1313.24$, $P < 0.001$) indicated statistical significance, with a substantial portion of variance explained by the multivariate test. The multivariate significance suggests that at least one between-or within-group test was statistically significant.

The Mauchly's sphericity test was used to confirm the consistency of covariances across three measurement stages (pre-test, post-test, and follow-up) for the variables. Results indicated that Mauchly's value for psychological well-being was 0.773 ($X^2 = 0.8150$, $Sig = 0.001$) and for quality of life 0.871 ($X^2 = 0.886$, $Sig = 0.019$), showing meaningful covariance consistency among observations, thus validating this assumption. Analysis results are presented in Table 3.

Table 1. The results of the analysis of the effect of the integrated educational package based on time perspective treatment and positive treatment on all variables

	Source	Value	F	DF	Error DF	Sig	Eta
Indepsndednt	Pillai's trace	0/984	462.694 ^b	4/000	31/000	0/000	0/984
	Wilks Lambada	0/016	462.694 ^b	4/000	31/000	0/000	0/984
	Hoteling Trace	59/703	462.694 ^b	4/000	31/000	0/000	0/984
	Largest Roy Root	59/703	462.694 ^b	4/000	31/000	0/000	0/984

Based on Table 1, the Pillai's trace test for the interaction effect of independent and dependent variables was significant, indicating differences in variation among the groups over time. Results reveal a significant difference between the experimental and control groups in quality of life and psychological well-being components.

Table 2 shows that the integrated training package based on Time Perspective Therapy and Positive Therapy significantly impacted the quality of life, as assessed by the difference between groups (control and experimental) after adjusting group means based on pre-test scores. The significance level for the pre-test was 0.000, below 0.05, confirming the accuracy of the selected covariate. The eta-squared (effect size) was 0.937, indicating that 93% of the variance in quality of life was attributable to the training package. In other words, the integrated training led to a 93% improvement in quality of life scores.

Table 2 shows that the training package significantly impacted psychological well-being after adjusting for pre-test scores, with a significance level of 0.000, below 0.05, confirming the covariate's accuracy. The eta-squared was 0.809, showing that 80% of the variance in psychological well-being was due to the training package, indicating an 80% improvement in psychological well-being scores. Thus, the integrated training package effectively improved psychological well-being and quality of life among depressed patients.

The results indicate that the post-test mean quality of life score in the experimental group is 23.974 points higher than the control group, showing a significant difference that suggests the combined training package based on Time Perspective Therapy and Positive Therapy positively impacts the quality of life of depressed patients. Similarly, the post-test mean psychological well-being score in the experimental

group exceeds that of the control group by 11.161 points, confirming the training package's positive effect on psychological well-being in depressed patients.

Additionally, follow-up results show the mean psychological well-being score in the experimental group is 23.525 points higher than the control group,

indicating the lasting impact of the integrated training package on psychological well-being. Finally, the follow-up mean quality of life score in the experimental group also surpasses that of the control group by 23.525 points, confirming the sustained impact of the training on quality of life.

Table 2. Test results for group comparison of quality of life and psychological well-being components

Source	SS	DF	MS	F	Sig	Eta
Pre	148/538	1	148/538	14/622	0/000	0/283
Group	5622/809	1	5622/809	553/511	0/000	0/937
Error	375/862	37	10/158			
Total	333610/000	40				
Pre	482/073	1	482/073	73/123	0/000	0/664
Group	1031/825	1	1031/825	156/512	0/000	0/809
Error	243/927	37	6/593			
Total	147776/000	40				

Conclusion

This study aimed to assess the effectiveness of an integrated training package based on Time Perspective Therapy and Positive Therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients. A key finding is that this combined protocol improved the quality of life in depressed individuals, as evidenced by higher post-intervention quality of life scores in the experimental group compared to the control group.

Another key finding is the protocol's effectiveness in enhancing psychological well-being among depressed individuals, evidenced by higher post-intervention well-being scores in the experimental group. Psychological well-being comprises factors such as self-esteem, personal strengths, self-confidence, social engagement, self-acceptance, and personal growth—areas where depressed individuals typically face challenges. These factors influence mood and contribute to the depressive cycle, often involving cognitive traps such as inefficacy, rumination, and dwelling on the past. Techniques in the Time Perspective and Positive Therapy approaches, such as recording positive experiences, focus on enhancing present well-being and understanding emotions' roles in creating positive and negative states. Time Perspective Therapy for depressed individuals uses a motivational, group-oriented approach to foster positive emotions and personal strengths (Malekiha & Moradi, 2019).

Techniques such as "creating a good day" emphasize living in the present and show the fundamental importance of the present moment. Researchers in this field argue that positive present-moment attitudes correlate directly with optimism. Indeed, this study found that optimism among depressed patients improved due to this approach, with the idea of a good day interwoven with meaningful interpersonal relationships (Boehner et al., 2014). Positive psychotherapy emphasizes fostering meaningful relationships and sustaining them, spanning professional, friendly, and familial connections, with personality traits also playing a role in forming these relationships. Extroverts tend to expand supportive relationships, while introverts prioritize connections that respect personal boundaries. In depressed individuals, often inclined toward introversion, positive therapy aims to build meaningful relationships within their personality framework (Asgari et al., 2009).

A limitation of this study is that it did not account for gender differences, which may affect the protocol's impact. Additionally, results are based on controlled experimental conditions, so caution is needed when generalizing to real-world settings. The study did not consider specific age ranges, meaning the protocol's effects could vary across age groups, and caution is advised in extending findings to different age categories. Further limitations include the cultural context, where depressed individuals often display

high sensitivity in sharing information, making access and questionnaire completion challenging. Another constraint was conducting the study during the COVID-19 pandemic, necessitating convenience sampling, which limits generalizability. Since findings were self-reported, future studies are recommended to use interviewer-administered questionnaires or interviews. Additionally, future research should assess the effectiveness of this therapeutic package on male and female patients separately and across specific age groups.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of Counseling at Islamic Azad University. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the Participants in the study.



اثربخشی بسته آموزش تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده

محمد همتی^۱، طاهر تیزدست^۲، محسن جدیدی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهر قدس، دانشگاه آزاد اسلامی، شهر قدس، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۲۰

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۲۳

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۱/۰۱

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی،

بهزیستی روانشناختی،

درمان چشم‌انداز زمان،

درمان مثبت‌نگر

زمینه: درمان چشم‌انداز زمان با تغییر در نحوه ادراک زمان، به افراد کمک می‌کند تا تعادل بهتری میان گذشته، حال و آینده خود ایجاد کرده و از تجربیات منفی فاصله بگیرند، درحالی‌که درمان مثبت‌نگر با تقویت نقاط قوت و افزایش احساسات مثبت، افراد را به سمت بهزیستی روانشناختی هدایت می‌کند. با وجود اثربخشی هر یک از این رویکردها به صورت مجزا، مطالعات کافی در مورد تلفیق آن‌ها و بررسی تأثیر هم‌افزایی این ترکیب بر روی بیماران افسرده وجود ندارد.

هدف: پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره امین وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی در سال ۱۴۰۱ بود که از میان ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده شامل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف، ۲۰۰۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آموزش تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر منجر به افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده شود ($p < ۰/۰۱$)؛ همچنین آموزش تلفیقی در ارتقای بهزیستی روانشناختی مؤثر بود ($p < ۰/۰۱$) و نتایج این تأثیر در بازه زمانی ۲ ماهه نیز پایدار بود ($p < ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش توصیه می‌شود مسئولین نظام بهداشت و سلامت جامعه، با انجام مطالعات عمیق‌تر، ضمن رصد و پایش عوامل مؤثر بر افسردگی، بر شیوه‌های بهبود کیفیت زندگی، بیماران افسرده متمرکز شوند و با ایجاد بانک اطلاعات بیماران دارای اختلال افسردگی، برنامه‌های مدونی را برای درمان پیش‌بینی نمایند.

استناد: همتی، محمد؛ تیزدست، طاهر؛ و جدیدی، محسن (۱۴۰۴). اثربخشی بسته آموزش تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۹۷-۱۱۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۵، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.145.97](https://doi.org/10.52547/JPS.24.145.97)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: طاهر تیزدست، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران. رایانامه: tahertizdast@yahoo.com

تلفن: ۰۹۱۲۳۱۷۵۳۶۸

مقدمه

یکی از اختلالات‌های رایج حاد روانشناختی، افسردگی^۱ است که در بین تمامی مردم نیز وجود داشته و آن‌ها را با دشواری‌های مختلفی مواجه می‌سازد (مام‌شریفی و همکاران، ۱۴۰۳؛ مامون و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی پس از بیماری‌های قلبی عروقی دومین عامل تهدیدکننده سلامت (شهرستا و همکاران، ۲۰۲۰) و مهم‌ترین اختلال خلقی است (لینچ و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی معمولاً با کاهش امید به زندگی^۲ (جیا و همکاران، ۲۰۱۸) و افت سلامت روانشناختی^۳ (لیو و همکاران، ۲۰۱۸) همراه است. افسردگی اختلالی همه‌گیر است، که بسیاری از افراد برهه‌ای از زندگی خود را به آن دچار می‌گردند (طاهرپور دری و همکاران، ۱۳۹۹). مطالعات انجام شده در رابطه با افسردگی حاکی از آن است که تقریباً ۳۵۰ میلیون نفر از جمعیت دنیا به اختلال افسردگی مبتلا هستند (سینگال، ۲۰۲۰)، به صورتی که از هر شش نفر، یک نفر افسردگی را تجربه می‌کند (یرمیا و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین بعد از شیوع بیماری کووید ۱۹، شیوع جهانی افسردگی از ۳/۴۴ درصد در سال ۲۰۱۷ به ۲۵ درصد در سال ۲۰۲۱ رسید که نشان از افزایش هفت برابری افسردگی است (بونونوتول و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین افسردگی در کشور ایران با نرخ ۱۲/۵ درصد سالانه، به صورت تصاعد هندسی در حال افزایش است (خباز، ۱۴۰۲). اختلال افسردگی با احساس یأس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هرگونه انگیزه و امید، کاهش سطح اعتمادبه نفس و بدبینی همراه است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). برای تشخیص اختلال افسردگی، بر طبق نظر انجمن روان‌پزشکی آمریکا (به نقل از گنجی، ۱۴۰۱) پنج نشانه یا بیشتر باید در قسمت اعظم روز، تقریباً همه روزه به مدت حداقل دو هفته متوالی دوام داشته و اختلال قابل ملاحظه بالینی را در زمینه‌های اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های کارکردی ایجاد کند. افراد مبتلا به این اختلال با دوره‌هایی از گریه، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت‌های حرکتی، انرژی، احساس بی‌ارزشی با گناه، اشکال در تمرکز، تفکر یا تصمیم‌گیری یا افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی دست به گریبان هستند. افسردگی به طور منفی بر عاطفه، شناخت و رفتار تأثیر می‌گذارد (بهروز و همکاران، ۱۳۹۶) و منجر به انواع مشکلات هیجانی و جسمانی می‌شود، همچنین افسردگی

می‌تواند عملکرد فرد را در موقعیت‌های مختلف کاهش دهد (پارخ و همکاران، ۲۰۱۷). مشاهدات بالینی در مورد افراد افسرده، بیانگر این است که این افراد مواردی مانند هماهنگی با خلق افسرده، امورات منفی، موارد منفی مربوط به خاطرات گذشته و انتقادات و سرزنش‌های اطرافیان را بیشتر به یاد می‌آورند و رفتارهای تکانشی بالایی دارند و تکانشگری رفتاری در این افراد باعث اختلال شناختی، توجه و برنامه‌ریزی کمتر می‌شود و بنابراین باعث بازداری شناختی شده و روند تصمیم‌گیری در این افراد کند می‌شود (پارک و زارات، ۲۰۱۹).

طبق مطالعات یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی، کیفیت زندگی^۴ است (پارک و زارات، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی از مسائل مهم و پیش روی جهان معاصر و از مباحث اساسی در توسعه سیاست‌گذاری اجتماعی محسوب می‌شود که موضوعاتی چون رفاه، ارتقای کیفیت زندگی، رفع نیازهای اساسی، زندگی رو به رشد و رضایت‌بخش، نوع‌دوستی و از خودگذشتگی در میان اجتماعات را در بر می‌گیرد (رادوجا و دجمیک، ۲۰۱۹). مفهوم کیفیت زندگی در حال حاضر شامل جنبه‌های جدید مربوط به بهزیستی بیماران است، زیرا کیفیت زندگی بیشتر به یک ادراک شخصی تبدیل شده است تا یک مفهوم عینی و قابل اندازه‌گیری (گائی و همکاران، ۲۰۲۱). طبق رویکرد جدید سازمان بهداشت جهانی، سلامتی نه فقط به معنای عدم بیماری، بلکه به معنای حالت رفاه و آسایش جسمانی، روانی و اجتماعی است. بنابراین در ارزیابی سلامت و بهداشت افراد نباید فقط به شاخص‌های سنتی سلامتی نظیر میزان مرگ و میر و ابتلا به بیماری توجه کرد، بلکه باید به ادراک افراد از کیفیت زندگی نیز توجه کرد (چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که چهار رکن اصلی؛ سلامت جسمی، روانشناختی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط را در بر می‌گیرد (نیکنام، ۱۳۹۸). ارتباط بین افسردگی و کیفیت زندگی نیز یکی دیگر از موضوعاتی است که مورد پژوهش قرار گرفته است (هافمن، ۲۰۱۶). با پیدایش و گسترش روانشناسی سلامت و روانشناسی مثبت‌نگر، نگرش درباره این اختلالات از چارچوب پزشکی و مدل تعاملی خارج شده و پژوهشگران معتقدند که بهتر است شکل‌گیری و گسترش اختلالات

³. Psychological health

⁴. Quality of Life

¹. Depression

². Life expectancy

روانی را به حساب سبک زندگی معیوب و کیفیت نازل زندگی افراد گذاشت (سو و همکاران، ۲۰۱۸).

علاوه بر کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی^۱ نیز از جمله متغیرهای مرتبط با افسردگی شناسایی شده است (خباز، ۱۴۰۲). بهزیستی به معنای تلاش برای استعلا و ارتقاء است که در تحقق استعدادها و توانایی‌های فرد متجلی می‌شود (ریف، ۱۹۹۵). مفهوم بهزیستی روانشناختی شامل عوامل عاطفی مثبت یا منفی و عوامل شناختی است که بیشتر با رضایت شخصی مرتبط است (سیلوا و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین بهزیستی روانشناختی از منظر روانشناسان اجتماعی نوعی احساس رضایت است (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱) که به معنی رفاه و سرخوشی و دستیابی فرد به توان کامل بالقوه تعریف شده و شامل رضایت از زندگی، عاطفه مثبت و منفی و شادکامی است (شریفی علون‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). از طرفی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به افسردگی در بهزیستی روانشناختی مشکل جدی دارند (دبونو و کاجیا، ۲۰۰۷). در دو دهه گذشته فهم و درک افراد از بهزیستی و چگونگی ارتقای آن تکامل یافته است (هاجمن و میراندا، ۲۰۱۸). بهزیستی روانشناختی یک روش خوب برای زندگی و ترکیبی از احساس خوب و عملکرد مؤثر است (تنور یرلیسو، ۲۰۱۵). همچنین بهزیستی روانشناختی، شامل تجارب هیجانی (احساسات مثبت و منفی) و ارزیابی زندگی افراد (رضایت از زندگی) است (لاهمن، ۲۰۱۷). بهزیستی روان شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روانشناختی مطلوب است (گیواگنولی و همکاران، ۲۰۱۹). ساتیسی (۲۰۱۶) و اسمیت و یانگ (۲۰۱۷) نشان دادند بین بهزیستی و تاب‌آوری و آسیب‌پذیری در برابر اختلالات افسردگی، تعامل معنی‌دار وجود دارد که این عوامل باعث بروز آسیب‌های روانشناختی حاد همچون اختلال شخصیت می‌شود و می‌تواند شرایط زندگی فردی و اجتماعی مبتلایان را متأثر ساخته و به نوعی به کیفیت زندگی آن‌ها آسیب وارد سازد (بوردون و همکاران، ۲۰۱۹؛ روگرس و همکاران، ۲۰۱۹).

از جمله تکنیک‌های درمانی مؤثر در اختلالات روانشناختی، درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان^۲ است (ارگولر، ۲۰۲۲). این درمان مبتنی بر درمان‌های نسل سوم است و به نظر می‌رسد در افسردگی راهبردهای مفیدی ارائه

می‌دهد. چشم‌انداز زمان را برای اولین بار زیملاردو و بوید (۱۹۹۹) مطرح کردند. آن‌ها بر این باورند که زمان در ساختار تفکر انسان نقش اساسی و مهمی داشته و دارای ابعاد متفاوتی است که می‌تواند برای توصیف چشم‌انداز زمانی شخص، مستقل از وجود سه افق زمانی طبیعی (یعنی گذشته، حال و آینده) مورد استفاده قرار گیرد. افراد ممکن است به روش‌های مختلف به هر یک از آن‌ها توجه کنند. این فریم‌های زمانی به شش نوع گذشته منفی، گذشته مثبت، حال لذت‌گرا، حال معتقد به سرنوشت آینده و آینده متعالی تقسیم می‌شوند (زیملاردو و بوید، ۱۹۹۹). مفهوم چشم‌انداز زمان آینده این پدیده‌ها را به تصویر می‌کشد و این امکان را دارد که محدودیت‌های زمانی در روانشناسی وجودی را عملیاتی کند. همچنین، این نظریه به طور خاص، مضامین وجودی مرگ، معنا، انزوا و آزادی را هدف قرار می‌دهد. برای مثال، اضطراب مرگ عامل اصلی شناخت برجسته‌ی زمان است و مباحثی مثل نداشتن زمان کافی، نگرانی در مورد چگونگی گذارندن زمان فردی و آرزو برای چگونگی گذارندن زمان خود در آینده را مورد توجه قرار می‌دهد. پس این دیدگاه نگرانی‌های وجودی را به عنوان نگرانی در مورد زمان تلقی می‌کند (رید، ۲۰۲۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که درمان با روش چشم‌انداز زمانی بر روی برخی اختلالات مرتبط با افسردگی تأثیر معناداری دارد. به عنوان مثال در پژوهش میرزانیا و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند درمان چشم‌انداز زمانی در کاهش علائم استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در زنان تأثیر معناداری داشت. نتایج پژوهش مون و همکاران (۲۰۲۳)، ضمن تأیید ارتباط معنادار بین دیدگاه زمانی و پیامدهای سلامت روان اعم از علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری، می‌توان به نقش برجسته چشم‌انداز زمانی در مداخلات سلامت روان برای بزرگسالان تأکید نمود. از طرفی نتایج پژوهش‌های قبلی حاکی از ارتباط معنادار این روش درمانی بر کیفیت زندگی (کارل و همکاران، ۲۰۲۲؛ رونلاند و همکاران، ۲۰۲۲) و بهزیستی روانشناختی (دیاکونو-گراسیم و همکاران، ۲۰۲۳؛ کاستلا و مورو، ۲۰۲۲؛ ارگولر، ۲۰۲۲) بوده است.

علاوه بر درمان چشم‌انداز زمان، یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر بیماران افسرده، درمان مثبت‌نگر می‌باشد. سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند هدف روان درمانی مثبت‌نگر، قرار دادن جنبه‌های مثبت زندگی فرد در

^۱. psychological well-being

^۲. Time Perspective

مثال درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان توسط محققان پیشین ارزیابی شده است (وان‌بک و همکاران، ۲۰۱۱) و اثربخشی این پروتکل برای طیف وسیعی از اختلالات تأیید شده است. در سایر مطالعات نیز اثربخشی پروتکل مبتنی بر چشم‌انداز زمان برای اختلالات دارای زمینه شناختی مورد تأیید قرار گرفته است (مک‌کای و همکاران، ۲۰۱۵). علی‌رغم مطالعات مجزای گسترده‌ای که در این حوزه‌ها انجام شده، اما هیچکدام از مطالعات کنونی به بررسی تأثیر ترکیب این دو پروتکل بر روی یک نمونه واحد و در یک پژوهش منفرد نپرداخته‌اند. لازم به ذکر است بنا به شرایط بیمار و لزوم پرداختن به درمان‌های مؤثرتر توسط درمانگران ترکیب این دو روش درمانی و ساخت یک پروتکل ترکیبی و تعیین اثربخشی آن این امکان را می‌دهد که در طیف اختلالاتی مانند افسردگی درمانگران تمرکز خود را بر درمانی قرار دهند که کارآمدی بیشتری دارد و از سویی گروه هدف دریافت‌کننده درمان مورد نظر بیشترین بهره را از جلسات مداخلاتی ببرد. با عنایت به آنچه گفته شد پژوهشگر درصدد رسیدن به این سؤال است که بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده چه تأثیری دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره امین وابسته به دانشگاه آزاد اسلامی در سال ۱۴۰۱ بود که از میان آن‌ها ۴۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل تأیید تشخیص بیماری توسط متخصص روانشناسی براساس پرسشنامه فرم کوتاه تشخیص افسردگی بک و همچنین انجام مصاحبه توسط روانشناس، عدم مصرف داروی ضد افسردگی و هرگونه داروی روان‌پزشکی دیگر که از طریق خوداظهاری و همچنین مراجعه به پرونده سلامت موجود در مرکز کنترل شد، تأیید عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر از قبیل: ارتوپدی، روماتولوژیک و نورولوژیک که براساس پرونده پزشکی موجود در مرکز کنترل شد و همچنین تمایل به شرکت در مطالعه و امضای فرم رضایت آگاهانه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از ۲ جلسه در

پیش‌زمینه ذهن وی با هدف آموزش رفتارهایی است که بازخورد مثبت دیگران را به دنبال دارند. هدف دیگر آن، تقویت جنبه‌های مثبت موجود به جای آموزش به افراد برای تفسیر مجدد جنبه‌های منفی در زندگی است. مداخله‌های مثبت‌نگر سعی می‌کنند از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتار مثبت و همچنین عشق و تعلق خاطر، شادکامی و بهزیستی روانشناختی را افزایش دهند (لیبومرסקی و لائوس، ۲۰۱۳). فورود و سلیگمن (۲۰۱۲) به نقل از هادی‌زاده کفاش و همکاران (۱۳۹۸) معتقدند که آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به فرد کمک می‌کند تا با استفاده از منطق، مشکلات را حل کند، در برخورد با موقعیت‌ها انطاف‌پذیر باشد و با آرامش و متفکرانه، محیطی را که در آن زندگی یا کار می‌کند، را بهبود بخشد. تجربه هیجان‌های مثبتی که روانشناسی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازش یافتگی و بهبود حالت‌های هیجانی برای مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند و منجر به تفکر خوش‌بینانه می‌شود (نصیری تاکامی و طالع‌پسند، ۱۳۹۹). برخی از پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مثبت درمان مثبت‌نگر بر روی برخی اختلالات روانشناختی بیماران دارای افسردگی بود. به عنوان مثال قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند روان‌درمانی مثبت بر چشم‌انداز زمان، خوش‌بینی و بهزیستی هیجانی دانشجویان دختر دارای علائم اختلال افسردگی تأثیر معناداری دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های قبلی حاکی از ارتباط معنادار این روش درمانی بر کیفیت زندگی (ذوالرحیم و همکاران، ۱۳۹۹؛ تجاواسی و همکاران، ۲۰۲۱) و بهزیستی روانشناختی (یانیک و کاواک-بوداک، ۲۰۲۳؛ هوپین و مورینا، ۲۰۲۱) بوده است.

هر کدام از مداخلات ذکر شده به صورت مجزا در مطالعات پیشین به شکل‌های مختلف روی گروه‌های هدف مورد بررسی قرار گرفته‌اند. کیفیت هر کدام از مداخلات انجام شده بسته به نوع مطالعه و نمونه هدف تفاوت‌هایی با هم دارند. همچنین علی‌رغم اینکه در ماهیت و اهداف با یکدیگر تفاوت‌هایی دارند، دارای نقاط مشترکی نیز هستند. پروتکل مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر در طیف گسترده‌ای از اختلالات و در ارتباط با متغیرهای روانشناختی بی‌شماری ارزیابی شده است و طی سی سال اخیر به عنوان یک درمان مؤثر و کارآمد در اختلالات عودکننده مانند افسردگی مورد اقبال قرار گرفته است (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). افزون بر این پروتکل مبتنی بر چشم‌انداز زمان نیز در مطالعات آزمایشی بررسی شده است. برای

جلسات آموزشی و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر بود.

(ب) ابزار

پرسشنامه افسردگی بک - فرم کوتاه^۱ (BDIS): پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه ۱۳ سؤالی (لی هی، ۱۹۹۲) برای تسهیل اجرای سریع در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی تدوین شد. این پرسشنامه شامل ۱۳ گزاره خود گزارش‌دهی است که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند (رجبی، ۱۳۸۴). تدوین فرم کوتاه (۱۳ سؤالی) بر اساس مطالعه فرم اصلی ۲۱ سؤالی، بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ بود (بک و همکاران، ۱۹۶۱). فرم اصلی پرسشنامه افسردگی بک (BDI) یک ابزار ۲۱ ماده‌ای برای ارزیابی کیفی شدت افسردگی است. درجه بندی شدت افسردگی در این پرسشنامه پس از تکمیل آن و جمع زدن نمرات؛ مجموع نمرات ۰-۴ بیانگر فقدان افسردگی؛ مجموع نمرات ۵-۷ بیانگر افسردگی خفیف؛ مجموع نمرات ۸-۱۵ بیانگر افسردگی متوسط و مجموع نمرات ۱۶-۳۹ بیانگر افسردگی شدید می‌باشد. روایی و پایایی این ابزار در نسخه اصلی با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی و تایید قرار گرفته است؛ همچنین پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برآورد شده است. در نسخه فارسی فرم کوتاه ۱۳ سؤالی پرسشنامه افسردگی بک (BDI-13) در جامعه بزرگسالان معمولی، در جامعه دانشگاهی و در گروه آزمودنی‌های نگهداری با متادون اعتباریابی شده است (رجبی، ۱۳۸۴) و در تمامی این مطالعات مورد تایید قرار گرفته است. در مطالعه حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ برآورد شد که در سطح مطلوب بود.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی^۲ (Ryff): مقیاس بهزیستی روانشناختی در سال ۱۹۸۹ توسط ریف طراحی و در سال ۲۰۰۲ در دانشگاه ویسکانسین مورد بازبینی قرار گرفته است، این نسخه شامل ۱۸ سؤال و ۶ عامل و شامل مؤلفه‌های استقلال (۳ سؤال)، تسلط بر محیط (۳ سؤال)، رشد شخصی (۳ سؤال)، ارتباط مثبت با دیگران (۳ سؤال)، هدفمندی در زندگی (۳ سؤال) و پذیرش خود (۳ سؤال) می‌باشد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان

نمره کلی بهزیستی روانشناختی محاسبه می‌شود. این مقیاس نوعی آزمون خودسنجی است که در یک طیف ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، پاسخ داده می‌شود. ۱۰ گویه به صورت مستقیم و ۸ سؤال به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌گردد. در نسخه اصلی روایی ابزار با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی مورد بررسی قرار گرفته است و همچنین مقدار پایایی برای کل ابزار برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است. در نسخه فارسی در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، همسانی درونی این مقیاس برای ۶ عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، ارتباط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمده است. اعتبار این مقیاس با بررسی همبستگی آن با سیاهه روان‌درمانی مثبت نگر سلیگمن، مقیاس افسردگی، استرس و اضطراب لاویاند، مورد بررسی قرار گرفته و مقدار همبستگی نسبتاً بالا گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس نظرات چند تن از اساتید و صاحب‌نظران مطلوب بوده است. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده و نتایج آن بر اساس برای کل ابزار برابر با ۰/۷۷ بوده است که نشان می‌دهد پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار می‌باشد.

پرسشنامه کیفیت زندگی^۳ (WHOQOL-BREF): سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BREF) یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴ زیرمقیاس سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، سنجش روابط اجتماعی (۳ سؤال) و کیفیت محیط زندگی (۸ سؤال) است که بر روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. در نسخه اصلی پایایی این

1. Beck Depression short Inventory

2. Ryff Psychological Well being

3. The World Health Organization Quality of Life

بسته آموزش تلفیقی مبتنی بر درمان چشم انداز زمان و درمان مثبت نگر: این بسته آموزشی از تلفیق دو شیوه پروتکل درمان چشم انداز زمان (زیمباردو و بوید، ۲۰۱۲) و درمان مثبت نگر (گودوین، ۲۰۱۰) تدوین شد و در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. جزییات و سرفصل‌های بسته آموزشی تلفیقی در جدول ۱ ارائه شده است.

مقیاس نیز توسط سازندگان آن در ۱۰ مرکز بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی مورد بررسی قرار گرفته و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها و کل مقیاس گزارش نموده‌اند؛ در نسخه فارسی این ابزار رحیمی (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس را نیز به روش آلفا برابر با ۰/۸۸ ارزیابی نمود و همچنین روایی آن را نیز مورد بررسی و تأیید قرار داده است. در مطالعه حاضر نیز مقدار پایایی برای کل ابزار برابر با ۰/۷۹ برآورد شد که در سطح مطلوب بود.

جدول ۱. پروتکل درمان تلفیقی آموزشی مبتنی بر درمان چشم انداز زمان (زیمباردو و بوید، ۲۰۱۲) و درمان مثبت نگر (گودوین، ۲۰۱۰)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی و معارفه، مرور کلی، بیان سه اتفاق خوب	آشنایی اعضا و انتظارات گروه، ارائه کلیاتی از پروتکل گروهی، بیان قوانین و مقررات جلسات درمانی و شرح برنامه و وظایف مراجع طی جلسات، تمرین کتبی تأیید خویشتن ^۱ و بیان ارزش‌ها، مراقبه ذهن آگاهی مختصر، شرح تمرین (تکلیف خانگی) سه اتفاق خوب و آشنایی با افق زمانی و انواع آن	نوشتن سه اتفاق خوب که در طول روز رخ داده است و پاسخ دادن به علت رخ دادن این اتفاقات خوب، مثال در مورد انواع افق زمانی
دوم	شناسایی افق زمانی و آشنایی با ابعاد افق زمانی گذشته (مثبت)، استفاده از نقاط قوت خود	مراقبه ذهن آگاهی، بحث راجع به تمرین سه اتفاق خوب، اجرای مقیاس توانمندی‌های منش ^۲ (VIA-IS)، استفاده از نقاط قوت خود، معرفی روش‌هایی برای کشف این نقاط قوت در زندگی روزمره و نقش آن‌ها در تجربه داشتن زندگی رضایت‌بخش و بامعنا، بررسی انواع افق زمانی و تشریح بعد افق زمانی (گذشته مثبت) با تمرکز مثبت روی خاطرات قدیمی خوب، خانواده و سنت	شناسایی نقاط قوت مشهود توسط اعضای گروه و استفاده از آن‌ها به روشی جدید در طی روز، طرح ایده‌های جدید و تمرین روزانه یک نقطه قوت جدید، مراقبه ذهن آگاهی، مثال در مورد انواع افق زمانی گذشته مثبت، اجرای شرح تمرین VIA-IS
سوم	آشنایی با ابعاد افق زمانی گذشته (منفی)، استفاده از نقاط قوت خود	بحث راجع به نتایج مقیاس و تکلیف خانگی توانمندی‌های منش (VIA-IS)، تشریح بعد افق زمانی (گذشته منفی) با تمرکز بر از بین بردن آن دسته از افکار منفی که آزارها، شکست‌ها، حسرت‌ها را بیش از فرصت‌های از دست رفته می‌داند.	بیان اهمیت افق زمانی گذشته، ابعاد، معایب و محاسن آن، تمرین در خصوص از بین بردن خاطرات ناخوشایند و حسرت بار
چهارم	آشنایی با مفهوم افق زمانی حال و ابعاد افق زمانی حال، تمرین لذت بردن	مراقبه ذهن آگاهی، بحث راجع به تمرین استفاده از نقاط قوت، معرفی تمرین لذت بردن، بحث درباره مهارت لذت بردن جهت کمک به افراد در داشتن ارتباط ملموس تر با تجارب لذت‌بخش و هیجانات مثبت، تشریح افق زمانی (حال)	انجام این مهارت که شامل: سهیم کردن دیگران در تجارب لذت بخش، خاطره‌سازی، تعریف از خود، ادراکات تیز، جذب شدن در لذت و فکر نکردن به حواشی آن می‌باشد، حداقل یک بار در روز و نوشتن خلاصه-ای از احساسات راجع به مهارت لذت بردن، مشخص کردن نوع افق زمان حال افراد به عنوان تکلیف برای جلسه بعد
پنجم	آشنایی با افق زمانی آینده و ابعاد آن، تمرین داشتن یک روز خوب	مراقبه ذهن آگاهی، بحث راجع به تمرین لذت بردن، تشریح نحوه انجام (تکلیف خانگی) داشتن یک روز خوب، تشریح افق زمانی (آینده و آینده متعالی)، بحث راجع به پیدا کردن روش‌هایی که طی آن افراد فعالیت‌های لذت‌بخش خود در حال را به حداکثر رسانده و فعالیت‌های کمتر لذت بخش را به حداقل برسانند.	تکمیل فرم داشتن یک روز خوب با یادداشت‌برداری از فعالیت‌هایی که یک روز افراد را تشکیل می‌دهد و نمره دادن روی یک مقیاس ۱ تا ۱۰، مشخص کردن نوع افق زمان آینده افراد به عنوان تکلیف برای جلسه بعد
ششم	تبدیل گذشته منفی به گذشته مثبت و تمرین دیدار قدردانی	مراقبه ذهن آگاهی، بحث راجع به تمرین «داشتن یک روز خوب»، معرفی تمرین دیدار قدردانی، از طریق قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از	نت‌برداری اعضای گروه از افکارشان راجع به نامه و تهیه پیش‌نویسی از نامه و سپس نوشتن نامه اصلی قدردانی و ادامه تمرینات تنفسی و مراقبه

^۱. Self-Affirmation

^۲. Valuse In Action Inventory of Strengths

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
		سپاسگزاری، فکر کردن و تمرکز بروی لحظاتی که خاطرات خوب این افراد در ذهن فرد تداعی می‌شود،	ذهن‌آگاهی، اجرای تکنیک‌های تبدیل گذشته منفی به مثبت و درخواست از اعضا برای انجام این تکنیک‌ها در منزل
هفتم	متعادل‌سازی افق زمانی، پذیرش سرنوشت در حد معقول، پاسخ دهی فعال - سازنده	مراقبه ذهن‌آگاهی، بحث راجع به تکلیف خانگی «دیدار قدردانی»، معرفی تمرین (تکلیف خانگی) پاسخ فعال/سازنده، بررسی نتایج حاصل شده از اجرای تکنیک‌های جلسه گذشته، ارائه توضیحات در مورد متعادل‌سازی افق زمانی	انجام بازی نقش جهت نشان دادن اصل پاسخ‌دهی فعال-سازنده در گروه و سپس انجام پاسخ‌دهی فعال-سازنده به صورت بازی نقش با یکی از افراد خانواده و نوشتن نام این فرد در فرم مربوط به پاسخ‌دهی فعال-سازنده و تمرکز به تأثیر آن بروی مکالمات و روابط، مثال در مورد چگونگی متعادل‌سازی افق زمانی
هشتم	بهره‌گیری از حال لذت‌گرا و حال جبرگرا در حد معقول	مراقبه ذهن‌آگاهی، توضیح در مورد تکنیک‌ها و روش‌های حال لذت‌گرا و آینده‌نگری و اجرای تکنیک‌ها با تمرکز بر لذت، ریسک‌پذیری و هیجان‌خواهی و همچنین تمرکز بر کنترل کردن شرایط به خاطر باور به تقدیر افراد	استفاده از کارت‌های شاخص شامل موقعیت و هیجانات در دو قسمت: نوشتن افکار منفی تجربه شده در یک موقعیت در یک طرف و پاسخ‌های خوش‌بینانه متناسب با آن در قسمت دیگر با استفاده از سه استراتژی: بررسی شواهد موجود برای فکر بدبینانه، فکر کردن در مورد تبیین جایگزین فکر و رفتار، به چالش کشاندن افکار خود، استفاده از سه استراتژی فوق در موقعیت‌های جدید روزانه، مراقبه ذهن‌آگاهی، مثال در مورد چگونگی بهره‌گیری از حال لذت‌گرا و حال جبرگرا
نهم	اجرای برنامه صندلی داغ	مراقبه ذهن‌آگاهی، بحث راجع به تمرین «پاسخ‌دهی فعال/سازنده»، نحوه اجرای تکلیف «صندلی داغ» از طریق بحث راجع به کسب روش جایگزینی افکار مربوط به گذشته منفی با افکار مربوط به گذشته مثبت و به کارگیری آن در موقعیت‌های آینده و ناراحت‌کننده با تسهیل خوش بینی همراه با شادکامی و رضایت از زندگی	اجرای تکلیف «صندلی داغ»، نوشتن بیوگرافی مختصری توسط اعضای گروه و به اشتراک گذاشتن آن توسط اعضای که علاقه‌مندند، تهیه لیستی از ارزش‌ها و اهدافی که اعضای گروه دوست دارند به واسطه آن از آن‌ها یاد شود، برنامه‌ریزی جهت کار براساس این ارزش‌ها و اهداف (مانند: خیر بودن، دلجویی)، مثال در مورد کسب روش جایگزینی افکار مربوط به گذشته منفی با افکار مربوط به گذشته مثبت
دهم	نوشتن بیوگرافی	مراقبه ذهن‌آگاهی، بحث راجع به تکلیف «صندلی داغ»، معرفی تمرین نوشتن بیوگرافی، به منظور بیرون کشیدن اهداف و ارزش‌های عمیق و درونی اعضای گروه، چگونه زندگی کردن و جشن گرفتن تولد خود در سال‌های آینده و به یاد آوردن آنچه را که بیش از همه دوست دارند، توجه ویژه به ارزش‌ها، نقاط قوت، روابط با دیگران، پیشرفت‌های زندگی و دستیابی به آینده متعالی	اجرای یک ایده در جهت بهره‌گیری از نقاط قوت برجسته در ارائه خدمات (آموزش و پرورش، سیاست، مسجد و غیره)، نوشتن مطالبی راجع به این تجربه پس از تکمیل پروژه خدمت‌رسانی خود توسط هر یک از اعضای گروه، ذهن‌آگاهی هیجان راجع به یک شخص، ارائه روش‌هایی در خصوص نحوه دستیابی به آینده متعالی
یازدهم	پایان کار و نگهداری و جمع بندی نکات ارائه شده	مراقبه ذهن‌آگاهی، بحث راجع به تأثیر تجربه گروه درمانی، بررسی فرآیند‌های مربوط به جلسات قبلی، فراهم نمودن زمینه جهت آماده‌سازی افراد گروه برای ترک گروه، بحث راجع به گرفتن باز خورد از اعضای گروه در مورد تجربیات و نظراتشان، جمع‌بندی و پایان گروه درمانی	بیان بازخورد راجع به گروه و تمرین مورد علاقه از طریق ایمیل و غیره

یافته‌ها

داشتند، و در گروه گواه نیز، تعداد نمونه‌های دارای تحصیلات دیپلم، فوق‌دیپلم و فوق‌لیسانس و بالاتر برابر بود (۲۰ درصد) و پایه لیسانس فراوانی بیشتری داشت (۴۰ درصد). در مجموع نمونه‌های لیسانس دارای بیشترین فراوانی (۳۸ درصد) و نمونه‌های فوق‌دیپلم، کمترین فراوانی را داشتند (۱۸ درصد). در گروه آزمایش، نمونه‌های ۳۱ تا ۴۰، بیشترین فراوانی (۳۵ درصد) و نمونه‌های ۳۰ سال، کمترین فراوانی (۱۵ درصد) را داشتند، و در گروه گواه نیز، نمونه‌های بالای ۵۰ سال، بیشترین فراوانی (۳۰ درصد) و نمونه‌های ۳۰ سال و کمتر، کمترین فراوانی را داشتند (۲۰ درصد).

در این پژوهش ۴۰ فرد مبتلا به افسردگی مورد مطالعه قرار گرفتند که توصیف جمعیت شناختی نمونه‌ها بر حسب دسته‌بندی‌های مختلف صورت گرفته، در ادامه مورد اشاره قرار گرفته است. در گروه آزمایش ۷ نفر (۳۵ درصد) مرد و ۱۳ نفر (۶۵ درصد) زن بودند. همچنین در گروه گواه ۸ نفر (۴۰ درصد) و ۱۲ نفر زن (۶۰ درصد) قرار داشتند. در گروه آزمایش نمونه‌های دارای تحصیلات لیسانس، بیشترین فراوانی (۳۵ درصد) و نمونه‌های دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، کمترین فراوانی (۱۵ درصد) را

درصد). در مجموع نمونه‌های ۳۱ تا ۴۰ ساله دارای بیشترین فراوانی (۳۰ درصد) و نمونه‌های ۳۰ سال و کمتر، کمترین فراوانی را داشتند (۱۸ درصد). در جدول ۲ برای هریک از متغیرها، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیر بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن‌ها در گروه‌ها و زمان‌ها

متغیرها	پیش‌آزمون				پس‌آزمون				پیگیری			
	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
استقلال	آزمایش	۸/۶۵	۱/۲۲	۰/۵۵	۰/۱۱	۱۰/۹۵	۱/۱۹	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۰/۸۰	۱/۱۸	۰/۱۲
	گواه	۸/۴۰	۱/۰۴	۰/۱۲	۰/۴۵	۹	۱/۵۵	۰/۱۲	۰/۴۵	۸/۷۰	۰/۸۵	۰/۴۸
تسلط بر محیط	آزمایش	۸/۲۵	۰/۹۶	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۰/۲۰	۱/۵۰	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۰/۱۵	۱/۳۹	۰/۵۵
	گواه	۹/۱۰	۰/۷۱	۰/۵۵	۰/۱۱	۹/۲۵	۰/۸۵	۰/۵۵	۰/۱۱	۹/۴۵	۱/۲۲	۰/۴۳
رشد شخصی	آزمایش	۸/۵۰	۱	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۰/۱۵	۱/۳۴	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۰/۴۰	۱/۰۴	۰/۱۲
	گواه	۸/۸۵	۱/۰۸	۰/۱۲	۰/۴۵	۸/۹۵	۱/۰۹	۰/۱۲	۰/۴۵	۸/۹۵	۰/۹۶	۰/۴۸
ارتباط مثبت با دیگران	آزمایش	۸/۶۵	۱/۰۸	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۱/۲۰	۱/۴۳۶	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۱/۱۵	۰/۷۱	۰/۵۵
	گواه	۹/۴۰	۱/۱۸	۰/۵۵	۰/۱۱	۹/۸۰	۱/۲۸	۰/۵۵	۰/۱۱	۹/۵۵	۱/۱۸	۰/۴۳
هدمندی در زندگی	آزمایش	۸/۷۵	۰/۸۵	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۰/۶۵	۱/۲۶	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۰/۷۵	۰/۸۵	۰/۱۲
	گواه	۹/۵۵	۱/۳۹	۰/۱۲	۰/۴۵	۹/۷۵	۱/۲۹	۰/۴۳	۰/۲۵	۹/۸۵	۱/۳۹	۰/۴۸
پذیرش خود	آزمایش	۸/۸۰	۰/۸۹	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۱/۳۵	۱/۰۴	۰/۱۲	۰/۴۵	۱۱/۲۰	۱/۲۲	۰/۵۵
	گواه	۹/۵۰	۱/۵۳	۰/۱۱	۰/۵۵	۹/۷۵	۱/۵۱	۰/۴۸	۰/۲۳	۹/۶۰	۱/۰۴	۰/۴۳
بهزیستی روانی	آزمایش	۵۱/۶۰	۲/۴۷	۰/۴۳	۰/۲۵	۶۴/۵۰	۳/۷۰	۰/۵۵	۰/۱۱	۶۴/۴۶	۰/۹۶	۰/۱۲
	گواه	۵۴/۸۰	۴/۴۵	۰/۱۲	۰/۴۵	۵۶/۵۰	۴/۹۴	۰/۴۳	۰/۲۵	۵۶/۱۰	۰/۷۱	۰/۴۸
سلامت جسمانی	آزمایش	۲۰/۲۵	۱/۸۸	۰/۴۸	۰/۲۳	۲۵/۹۵	۱/۹۵	۰/۱۲	۰/۴۵	۲۵/۴۵	۱/۲۲	۰/۵۵
	گواه	۲۱/۰۵	۲/۰۱	۰/۵۵	۰/۱۱	۲۱	۲/۰۵	۰/۴۸	۰/۲۳	۲۰/۹۰	۱/۰۴	۰/۴۳
سلامت روانی	آزمایش	۱۸/۱۵	۱/۴۲	۰/۴۳	۰/۲۵	۲۲/۷۰	۱/۴۱	۰/۵۵	۰/۱۱	۲۲/۴۵	۱/۱۸	۰/۱۲
	گواه	۱۸	۱/۴۱	۰/۱۲	۰/۴۵	۱۸/۲۵	۱/۶۱	۰/۴۳	۰/۲۵	۱۸/۲۰	۰/۸۵	۰/۴۸
سنگش روابط اجتماعی	آزمایش	۸/۶۰	۰/۸۲۱	۰/۴۸	۰/۲۳	۱۳/۶۰	۱/۰۴	۱/۲۲	۰/۵۵	۰/۱۱	۱/۳۹	۰/۵۵
	گواه	۹	۰/۷۲۵	۰/۱۱	۰/۵۵	۹/۰۵	۰/۷۵	۱/۰۴	۰/۴۳	۰/۲۵	۰/۸۹	۰/۴۳
کیفیت محیط زندگی	آزمایش	۲۴/۳۰	۱/۲۶	۰/۴۳	۰/۲۵	۳۲	۰/۸۶	۱/۱۸	۰/۱۲	۰/۴۵	۱/۵۳	۰/۱۲
	گواه	۲۴	۱/۱۷	۰/۱۲	۰/۴۵	۲۴/۶۰	۱/۵۳	۰/۸۵	۰/۴۸	۰/۲۳	۱/۲۵	۰/۴۸
کیفیت زندگی	آزمایش	۷۶/۹۵	۳/۱۵	۰/۱۱	۱/۳۹	۱۰۲/۲۰	۳/۸۸	۱/۳۹	۰/۵۵	۰/۱۱	۳/۸۹	۰/۵۵
	گواه	۷۷/۹۰	۳/۳۸	۰/۲۵	۰/۸۹	۷۸/۸۰	۳/۵۳	۰/۴۳	۰/۲۵	۷۸/۲۵	۲/۶۵	۰/۴۳

($P > ۰/۰۵$) و لذا این دو پیش‌فرض تأیید شد. برای بررسی پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که مقدار آن برای بهزیستی روانشناختی برابر با $۴۵۱/۱۵$ ($Sig = ۰/۵۰۰$) و برای کیفیت زندگی $۳۴۹/۳۷$ ($Sig = ۰/۵۰۰$) بود که نتایج نشان داد مقدار سطح معناداری آن‌ها بیشتر از $۰/۰۵$ است ($P > ۰/۰۵$) و در نتیجه این پیش‌فرض نیز تأیید شد. همچنین نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مختلط از طریق آزمون لامبدای ویلکز برای متغیرها ($F = ۱۳۱۳/۲۴$, $P < ۰/۰۰۱$)، معنادار

به منظور انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن توزیع نرمات، همگنی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلک و برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار سطح معناداری برای متغیرهای بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی و در تمامی خرده مقیاس‌ها و همچنین در تمامی مراحل آزمون بیشتر از $۰/۰۵$ است

است و درصد چشمگیری از واریانس آن توسط آزمون چندمتغیره تبیین می‌شود. معنادار بودن آزمون چندمتغیره، بدین معنا است حداقل یکی از آزمون‌های بین گروهی یا درون گروهی معنادار است. جهت اطلاع از یکسانی کواریانس‌های مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری‌های انجام شده (پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری) در متغیرها، از آزمون کرویت

موچلی استفاده شد که نتایج نشان داد مقدار موچلی برای بهزیستی روانشناختی برابر با $0/773$ ($Sig=0/001$)، $X^2=0/8150$ و کیفیت زندگی برابر با $0/871$ ($Sig=0/019$)، $X^2=0/886$ است که مفروضه یکسانی کواریانس بین مشاهدات معنی‌دار نمی‌باشد و در نتیجه این مفروضه تأیید می‌گردد. نتایج مربوط به تحلیل‌ها در جدول ۳، نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل تأثیر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر تمامی متغیرها

منابع	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	Sig	Eta	توان
اثر پیلایی	۰/۹۸۴	۴۶۲/۶۹۴	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۶	۴۶۲/۶۹۴	۴	۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
متغیر مستقل (گروه‌بندی)							
اثر هولینگ	۵۹/۷۰	۴۶۲/۶۹۴	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱
بزرگترین ریشه روی	۵۹/۷۰	۴۶۲/۶۹۴	۴	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۹۸	۱

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌گردد که سطح معنی‌داری آزمون اثر پیلایی در تعامل متغیرهای مستقل و وابسته، معنی‌دار می‌باشد و این نشان‌دهنده آن است که در حداقل یکی از متغیرها مقدار تغییرات در گروه‌های مختلف و در زمان‌های مختلف تفاوت وجود دارد. نتایج حاکی از آن است که بین

دو گروه آزمایش و گروه گواه در مؤلفه‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون برای مقایسه گروهی مؤلفه‌های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta	توان آزمون
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۴۸/۵۳۸	۱	۱۴۸/۵۳۸	۱۴/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۰/۹۶۱
	گروه‌بندی	۵۶۲۲/۸۰۹	۱	۵۶۲۲/۸۰۹	۵۵۳/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳۷	۱
	خطا	۳۷۵/۸۶	۳۷	۱۰/۱۵				
	مجموع	۳۳۳۶۱۰	۴۰					
	مجموع اصلاح شده	۶۰۰۰/۰۰۰	۳۹					
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۴۸۲/۰۷۳	۱	۴۸۲/۰۷۳	۷۳/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۱
	گروه‌بندی	۱۰۳۱/۸۲۵	۱	۱۰۳۱/۸۲۵	۱۵۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۹	۱
	خطا	۲۴۳/۹۲	۳۷	۶/۵۹				
	مجموع	۱۴۷۷۷۶	۴۰					
	مجموع اصلاح شده	۱۳۶۶	۳۹					

چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی نمونه‌ها با بررسی تفاوت بین گروه‌ها (گواه و آزمایش) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه و بر اساس نمره پیش آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. سطح معناداری پیش آزمون $0/000$ می‌باشد که کمتر از $0/05$ است لذا می‌توان گفت متغیر هم پراش به درستی انتخاب شده است. مقدار مجذور اتا (توان)

برابر $0/۹۳۷$ می‌باشد. بدین معنا که ۹۳% از تغییرات کیفیت زندگی ناشی از تأثیر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بوده است، به بیان دیگر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر باعث ۹۳% درصد تغییر نمره‌های کیفیت زندگی شده است. همچنین در جدول ۴ مشاهده می‌شود که تأثیر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر بهزیستی

چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بوده است، به بیان دیگر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر باعث ۸۰ درصد تغییر نمره‌های بهزیستی روانشناختی شده است. در نتیجه می‌توان گفت بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر موجب بهبود بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران افسرده شده است.

روانشناختی نمونه‌ها با بررسی تفاوت بین گروه‌ها (گواه و آزمایش) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه و بر اساس نمره پیش‌آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. سطح معناداری پیش‌آزمون ۰/۰۰۰ است که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد، لذا می‌توان گفت متغیر هم‌پراش به درستی انتخاب شده است. مقدار مجذور اتا (توان) برابر ۰/۸۰۹ می‌باشد. بدین معنا که ۸۰٪ از تغییرات بهزیستی روانشناختی ناشی از تأثیر بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه میانگین بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

مرحله	متغیر	گروه‌بندی	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پس‌آزمون	بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۲۳/۹۷	۱/۰۱۹	۰/۰۰۱
		گواه	-۲۳/۹۷	۱/۰۱۹	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	آزمایش	۱۱/۱۶	۰/۸۹۲	۰/۰۰۱
		گواه	-۱۱/۱۶	۰/۸۹۲	۰/۰۰۱
پیگیری	بهزیستی روانشناختی	آزمایش	۲۳/۵۲	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱
		گواه	-۲۳/۵۲	۰/۹۰۶	۰/۰۰۱
	کیفیت زندگی	آزمایش	۱۱/۳۸	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱
		گواه	-۱۱/۳۸	۰/۸۵۴	۰/۰۰۱

زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی بیماران افسرده، در مرحله پیگیری تأثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده انجام شد. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که پروتکل تلفیقی مبتنی بر چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر بهبود کیفیت زندگی افراد افسرده اثربخش بود، به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله روان‌درمانی مبتنی بر چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر، نمره بالاتری در مقیاس کیفیت زندگی نسبت به گروه گواه کسب کرده‌اند. یافته‌های این بخش از پژوهش تا حدودی با یافته‌های مطالعات میرزانی و همکاران (۲۰۲۱) که نشان دادند درمان چشم‌انداز زمانی در کاهش علائم استرس پس از سانحه، اضطراب و افسردگی در زنان تأثیر معناداری دارد همسو است. همچنین با نتایج پژوهش مون و همکاران (۲۰۲۳)، که ضمن تأیید ارتباط معنادار بین دیدگاه زمانی و پیامدهای سلامت روان اعم از علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری، به نقش برجسته چشم‌انداز

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مقدار میانگین کیفیت زندگی مربوط به پس‌آزمون در گروه آزمایش به میزان ۲۳/۹۷۴ بیشتر از میانگین گروه گواه است و این تفاوت میانگین، معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی بیماران افسرده تأثیر دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مقدار میانگین بهزیستی روانشناختی مربوط به پس‌آزمون در گروه آزمایش به میزان ۱۱/۱۶۱ بیشتر از میانگین گروه گواه است و این تفاوت میانگین، معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده تأثیر دارد. همچنین نتایج نشان می‌دهد که مقدار میانگین بهزیستی روانشناختی مربوط به پیگیری در گروه آزمایش به میزان ۲۳/۵۲۵ بیشتر از میانگین گروه گواه است و این تفاوت میانگین، معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز

زمانی در مداخلات سلامت‌روان برای بزرگسالان تأکید کرده‌اند نیز همراستا است. همچنین این یافته با مطالعات قبلی حاکی از ارتباط معنادار این روش درمانی بر کیفیت زندگی (کارل و همکاران، ۲۰۲۲؛ روناوند و همکاران، ۲۰۲۲) همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت کارکردهای شناختی مانند استدلال و قضاوت که نقش عمده‌ای در پیش‌بینی و تبیین اتفاقات و رخدادهای زندگی بازی می‌کند، مورد هدف محتوای درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان قرار دارد (تجاووسی و همکاران، ۲۰۲۱). تکنیک‌های بازسازی زمان در درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان و قضاوت‌های سطح عالی درباره گذشته، حال و آینده همگی تحت تأثیر کارکردهای شناختی است که در افراد افسرده به دلایل گوناگون تخریب شده است. افراد افسرده، گذشته نگرند و با مرور سیستماتیک و مکرر گذشته، خلق خود را به اتفاقات و هیجاناتی مرتبط می‌کنند که نتیجه آن تنها تداوم چرخه معیوب افسردگی و نشخوارهای ذهنی راجع به گذشته و شکست‌های مکرر گذشته است (هادیان‌فرد و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان با هدف قرار دادن ابعاد زمانی و تأکید بر رخداد اتفاقات در زمان معین خود افراد را با ارتقای کارکردهای شناختی مواجه می‌کند. چشم‌انداز زمان به معنای داشتن درک درست از زمان و رخداد‌های مرتبط با آن است. این موضوع نه تنها در اختلال افسردگی بلکه در اختلالات اضطرابی که افراد نگران رخداد‌هایی در آینده هستند نمود پیدا می‌کند (استولارسکی و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، با درک مفاهیمی مانند گذشته و تأثیر آن بر حال می‌توان به ارتقای هیجانات مثبت و کمک به تنظیم هیجان افراد افسرده و بالا رفتن کیفیت زندگی، بهبود خواب، بهبود تغذیه و مراقبت از خود رسید. از این رو محتوای روان‌درمانی مبتنی بر چشم‌انداز زمان بر محوریت ارتقای هیجانات مثبت و تعمیق آن‌ها با در آوردن آن‌ها در قالب زمان حال می‌چرخد (نصیری تاکامی و طالع‌پسند، ۱۳۹۹). در مطالعه کنونی نیز افراد افسرده در پایان جلسات درمانی نشان دادند کیفیت زندگی آن‌ها بر اساس مقیاس‌های خودگزارشی بهبود قابل‌توجهی یافته است. از طرفی روان‌درمانی مثبت‌نگر، که بخش مهمی از راهبردهای بسته‌ی آموزشی تلفیقی به کار رفته در این پژوهش می‌باشد، با هدف قرار دادن شاخصه‌های اختلال افسردگی مخصوصاً از بعد شناختی، قادر است اجتناب شناختی و پذیرش افراد برای قبل مسئولیت‌های زندگی فردی و اجتماعی را ارتقاء

داده و این رفتارها را به شکل رفتارهایی مفید و سازنده و کمک کننده به بهبود خلق‌وخو به شکل عادت تبدیل کند. همچنین در افراد افسرده شاهد نوعی سبک شناختی انتساب درونی رویدادها هستیم. استولارسکی و همکاران (۲۰۲۰) معتقدند شیوه انتساب درونی افراد افسرده و نسبت دادن علت رخداد پدیده‌ها به عوامل درونی مانع از تفکر باز و گشوده آن‌ها و در نتیجه کاهش عزت‌نفس در بلند مدت می‌شود. این حس ناکارآمد و خودکارآمدی پایین در روان‌درمانی مثبت‌نگر به روشی دقیق و مؤثر پی گرفته می‌شود و به با باور این محققان افراد افسرده با تغییر انتساب‌های درونی به انتساب‌های بیرونی سبک تفکر منطقی و متعادل را می‌آموزند (کار و همکاران، ۲۰۲۰).

سایر مؤلفه‌های تأثیرگذار در روان‌درمانی مبتنی بر چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر به عنوان تبیین‌های احتمالی می‌تواند مربوط به تغییر دیدگاه افراد نسبت به خود باشد. افراد افسرده دیدگاه بدبینانه‌ای نسبت به زمان دارند و نه تنها از زمان به عنوان واقعیتی پایدار استفاده نمی‌کنند بلکه نشخوارهای ذهنی آن‌ها نیز در قالب زمان به شکل هیجانات عمیق منفی بروز می‌کند، یعنی با گذر زمان نشخوارهای فکری به حالت عادت تبدیل می‌شوند. محتوای این شکل درمان بر واقف بودن از زمان و تلاش برای درک آن در قالبی واقعیت‌گرا است به شکلی که گذر زمان در لحظه حال و بودن در حال احساس شود. پس ذهن‌آگاهی به عنوانی مؤلفه‌ای کارآمد در این شکل درمانی، نقش بسزایی در آگاه کردن افراد دارد (هادیان‌فرد و همکاران، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی با تأثیرپذیری از ذهن‌آگاهی و بودن در لحظه حال به صورت موازی با چرخه هیجانی در ارتباط است. مثلث شناختی در درمان شناختی-رفتاری بک نیز تأکید می‌کند مجموعه تعاملات رفتار، هیجان و شناخت در بروز خلق افسرده و تشدید آن تأثیرگذار است. چنانچه بتوان به اصلاح این چرخه پرداخت می‌توان از تداوم خلق افسرده اجتناب کرد و به بهبود کیفیت زندگی شامل خواب به موقع، تغذیه مناسب، تنظیم خلق و مراقبت از خود پرداخت (سیجت، ۲۰۱۴). از دیگر تبیین‌های احتمالی مرتبط با تأثیرگذاری این شکل درمان بر ارتقای کیفیت زندگی می‌توان عدم سوگیری در روابط بین‌فردی را مطرح کرد. درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان، بر دیدگاهی بی‌طرفانه و خنثی نسبت به رخداد‌های بیرونی متمرکز است، دیدگاهی که قضاوتی عمیق همراه با پذیرش دیگران دارد. این پذیرش در بلندمدت به ادارک بهتر زمان و دیگران و در لحظه زندگی

کردن کمک می‌کند (احمدی و همکاران، ۱۴۰۱). در نتیجه می‌توان کیفیت زندگی را متغیری متأثر از فاکتورهای روانشناختی و جسمانی دانست که درمان‌هایی مانند درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان مؤلفه‌های آن را مورد هدف قرار می‌دهند.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که پروتکل مبتنی بر چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر بر بهزیستی روانشناختی افراد افسرده اثربخش بود، به این معنی که گروه آزمایش پس از دریافت مداخله درمانی در نمره بهزیستی روانشناختی نمره بالاتری کسب کرده‌اند. این نتایج با مطالعات قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) که نشان دادند روان‌درمانی مثبت بر چشم‌انداز زمان، خوش‌بینی و بهزیستی هیجانی دانشجویان دختر دارای علائم اختلال افسردگی تأثیر معناداری دارد همسو است. همچنین با نتایج پژوهش‌های ذوالرحیم و همکاران (۱۳۹۹)؛ تجاواسی و همکاران (۲۰۲۱) حاکی از ارتباط معنادار این روش درمانی بر کیفیت زندگی و همچنین مطالعات یانیک و کاواک-بوداک (۲۰۲۳) و هوین و مورینا (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی این روش درمانی بر بهزیستی روانشناختی همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بهزیستی روانشناختی متشکل از مؤلفه‌هایی از قبیل حس مثبت نسبت به خود، بروز توانمندی‌های شخصی، اعتماد به نفس، بودن در جامعه، پذیرش خود و دیگران و ارتقای موقعیت شخصی می‌باشد که افراد افسرده تقریباً در همه مؤلفه‌های اشاره شده دارای نقص‌اند (لمبرت و همکاران، ۲۰۱۹). این مؤلفه‌ها با تأثیرگذاری بر خلق‌وخوی فرد به چرخه معیوب افسردگی کمک می‌کنند و از سویی با درگیر کردن تله‌ای شناختی مانند احساس ناکارآمدی، ماندن در گذشته و نشخوارهای فکری منجر به کاهش بهزیستی روانشناختی افراد می‌شوند. در رویکرد درمانی مبتنی بر چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر، انتقال تجارب مثبت به دیگران و ثبت و ضبط خاطرات یکی از تکنیک‌هایی است که به داشتن حال خوب و گذر زمان و نقش هیجانات در ایجاد حال خوب و بد متمرکز است (مورو و همکاران، ۲۰۲۲). درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان افراد افسرده با رویکردی انگیزشی و فعالیت گروهی به سوی داشتن حس مثبت و ارتقای توانمندی‌های شخصی گام بر می‌دارد (شریفی علون‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۱). تکنیک‌های این رویکرد درمانی مانند داشتن یک روز خوب و ساختن آن، اهمیت بنیادی به بعد زمان حال و زیستن در لحظه کنونی را نشان می‌دهد. محققان این حوزه بر این باورند داشتن حس مثبت

نسبت به لحظه حال ارتباط مستقیم با مثبت‌اندیشی دارد. در واقع در مطالعه حاضر مثبت‌اندیشی بیماران افسرده تحت تأثیر آموزش‌های این رویکرد قرار گرفته است و ساختن یک روز خوب با روابط بین‌فردی و حضور دیگران مهم عین شده است (بونیول و همکاران، ۲۰۱۴). نقطه مثبت و تأثیرگذاری روان‌درمانی مثبت‌نگر سوق دادن افراد برای برقراری روابط معنادار و تلاش برای تداوم آن‌هاست. این روابط در قالب روابط شغلی و دوستانه-خانوادگی تعریف می‌شود. ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز نقش مهمی در برقراری روابط معنادار ایفا می‌کند. افراد برون‌گرا تمایل دارند روابطی که مود تأیید قرار می‌گیرند را گسترش دهند و افراد درون‌گرا تمایل دارند روابطی که حریم خصوصی آن‌ها را مهم می‌شمارد را انتخاب کنند. به هر ترتیب خصایص شخصیتی و در افراد افسرده بیشتر به سوی درونگرایی گاهاً برون‌گرای گرایش دارد و درمان مثبت‌نگر به دنبال آن است که روابط معنادار را در بافت شخصیتی افراد لحاظ کند (سوتو و فرانک، ۲۰۲۱).

نکته قابل ذکر دیگر اینکه اهمیت بنیادی این رویکرد به داشتن تعاملات معنادار اجتماعی و ساختن روابط معنادار در شکل دادن به حس مثبت نسبت به خود و دیگران بسیار تأثیرگذار است (یانیک و کاواک-بوداک، ۲۰۲۳). افراد افسرده عمدتاً در ساختن روابط اجتماعی کارآمد و معنادار قابلیت‌هایی ضعیفی دارند و این قابلیت‌ها با بدعملی رنگ‌وبوی منفی به خود گرفته است و چه بسا روابط اجتماعی کاهش می‌یابد و فرد افسرده در انزوای محض فرو می‌رود. نکات آموزشی درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان و مثبت‌نگر بر لزوم ساخت دنیای بهتر با روابط معنادارتر متمرکز است از این‌رو جای تعجب نیست افراد شرکت‌کننده در مطالعه حاضر پس از پایان جلسات آموزشی بهبودهای قابل توجهی در داشتن حس خوب نسبت به دیگران و ارتقای توانایی شخصی در ساخت روابط معنادار گزارش کردند. ذهن آگاهی و داشتن تسلط بر لحظه حال نیز در این پروتکل درمانی اهمیت گسترده‌ای دارد. در واقع بخش عمده‌ای از تکنیک‌های خودمدیریتی و کنترل هیجانی بر داشتن تسلط بر لحظه حال و لذت بردن مبتنی است. هدف‌گذاری این پروتکل درمانی بر ارتقای مدیریت هیجان و تسری حس مثبت و پیوندی منطقی بین گذشته و آینده متمرکز است (لمبرت و همکاران، ۲۰۱۹). درمان مثبت‌نگر به عنوان بخشی از راهبردهای مندرج در بسته درمانی این پژوهش، افراد را به سوی شناختی ویژگی‌های

شخصیت کارآمد سوق می‌دهد. از آنجایی که یکی از روش‌های این رویکرد شناخت خود و خودآگاهی نسبت به درون است افراد افسرده را قادر می‌سازد نسبت به داشتن شناخت جامع‌تر نسبت به قبل راجع به خصایص شخصیتی مفیدتر عمل کنند و در نتیجه شناخت ویژگی‌های شخصیتی در جهت برقراری تعاملات معنادار متناسب با بافت شخصیتی اقدام کنند. این خودآگاهی همچنین به افراد در جهت مدیریت هیجانات بین فردی و حل مشکلات بین فردی کمک می‌کند و از سوی دیگر راه‌حل‌های مثبت‌اندیشی و نگاه مثبت به توانمندی‌ها و قابلیت‌های دیگران را برای افراد به ارمغان می‌آورد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این اشاره کرد که بدون در نظر گرفتن جنسیت، این اختلال را مورد بررسی قرار داده است. پروتکل این پژوهش، ممکن است اثرات متفاوتی بر مردان و زنان داشته باشد. نتایج حاضر دال بر اثربخشی مداخلات در شرایط آزمایشی بوده است، بنابراین تعمیم آن بر شرایط غیرآزمایشی باید احتیاط صورت گیرد. این پژوهش در محدوده سنی مشخصی انجام نشده است. پروتکل این پژوهش، ممکن است اثرات متفاوتی بر بیماران در گروه‌های سنی مختلف داشته باشد، لذا در تعمیم آن به سایر رده‌های سنی مختلف باید جانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش این بود که با توجه به بافت فرهنگی و اجتماعی جامعه، افراد افسرده حساسیت بسیار زیادی در زمینه ارائه اطلاعات به دیگران دارند و بنابراین دسترسی به آنان تکمیل پرسشنامه‌ها بسیار دشوار بود. محدودیت دیگر این پژوهش، همراهی با همه‌گیری پاندمی کووید ۱۹ (کرونا) بوده و بر این اساس نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت و احتمال تعمیم‌دهی به همه افراد باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش حاضر به صورت خوداظهاری بود پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی از روش تکمیل پرسشنامه توسط مصاحبه‌کننده یا مصاحبه برای گردآوری اطلاعات استفاده شود. اثربخشی بسته‌ی درمانی مورد استفاده در این پژوهش، بر روی بیماران زن و مرد، و همچنین گروه‌های سنی مشخص به تفکیک اجرا و بررسی شود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به بررسی مکانیسم‌ها و میانجی‌های مختلف مبنی بر رابطه بین عملکردهای شناختی و نتایج کارکردی پرداخته شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر پروتکل تلفیقی درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان و روان‌درمانی

مثبت در سایر افراد و یا گروه‌های مختلف مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. با توجه به نتایج آزمون فرضیه‌ها و تأثیر آموزش مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر و اثربخشی آن بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی بیماران افسرده، استفاده از روش درمانی تلفیقی در این پژوهش، در کلینیک‌های تخصصی و توانبخشی توصیه می‌شود. با توجه به اثربخشی پروتکل مورد استفاده در این پژوهش، اطلاعات پیشنهاد می‌شود مراکز درمان اختلالات روانی به ابزارهای مورد نیاز برای بسته آموزشی تلفیقی مبتنی بر درمان چشم‌انداز زمان و درمان مثبت‌نگر تجهیز شوند و روانشناسان، استفاده از این درمان‌ها را در دستور کار خود قرار دهند. با توجه به اهمیت نقش مثبت‌اندیشی و توجه به وضعیت حال پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های درمان مبتنی بر چشم‌انداز زمان و روان‌درمانی مثبت‌نگر و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگرسته شود تا عموم مردم بخصوص افراد واجد اختلالات روانی، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند. با توجه به برجسته بودن نقش پروتکل درمان تلفیقی مبتنی بر چشم‌انداز زمان و روان‌درمانی مثبت‌نگر، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه‌های و جلسات آموزش ویژه پروتکل‌های ذکر شده برای روانشناسان طراحی شود و از اساتید مطرح جهت ارائه‌ی آموزش‌های کاربردی دعوت به عمل آید. همچنین پیشنهاد می‌شود مسئولین نظام بهداشت و سلامت جامعه، با انجام مطالعات عمیق‌تر، ضمن رصد و پایش عوامل مؤثر بر افسردگی، بر شیوه‌های بهبود کیفیت زندگی، بیماران افسرده متمرکز شوند، و با ایجاد بانک اطلاعات بیماران دارای اختلال افسردگی، برنامه‌های مدونی را برای درمان پیش‌بینی نمایند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در

رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. به جهت حفظ رعایت اصول

اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت

شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ

اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی

نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد

منافعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران و مشارکت‌کنندگان که در

این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

احمدی، سها؛ شب‌خیز، زهرا؛ ولی‌پور، ریحانه. (۱۴۰۱). دین و روانشناسی مثبت‌گرا، شادکامی و خوش‌بینی، مطالعات راهبردی علوم انسانی و اسلامی، ۴۹.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2046824>
شریفی علون ابادی، محسن؛ آقایی، اصغر؛ عارفی، مژگان. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی سرزندگی تحصیلی، مثبت‌نگر و چشم‌انداز زمان بر اضطراب تحصیلی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان پسر پایه نهم، راهبردهای شناختی در یادگیری، ۱۹، ۱۷۱-۱۸۹.

<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1984320>
قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت بر چشم‌انداز زمان، خوش‌بینی و بهزیستی هیجانی دانشجویان دختر دارای علائم اختلال افسردگی. مطالعات زن و خانواده، ۲۷(۲)، ۱۵۷-۱۸۲.

<https://doi.org/10.22051/jwfs.2019.22319.1874>
نصیری تاکامی، غلامرضا؛ طالع‌پسند، سیاوش. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر و درمان شناختی رفتاری گروهی بر سرمایه‌های روانشناختی نوجوانان با علائم افسردگی، پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۲۶(۲)، ۷۹-۹۸.

<https://doi.org/10.22108/ppls.2021.117838.1768>
مام شریفی، پیمان؛ اسدی، محبوبه؛ و دادور ممقانی، التاز. (۱۴۰۳). مدل خود‌خاموشی و افسردگی در زنان متأهل با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان. رویش روان‌شناسی، ۱۳(۶)، ۲۲۰-۲۱۱.

<http://frooyesh.ir/article-1-5167-fa.html>
نیکنام، ماندانا. (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر سرسختی‌روانشناختی و استرس ادراک‌شده زنان دارای همسر معتاد، پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۴(۵۴)، ۲۳۱-۲۵۱.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1398.14.54.11.6>

References

- Ahmadi, S., Shabkhiz, Z., & Vali Pour, R. (2022). Religion and positive psychology, happiness, and optimism. *Strategic Studies of Humanities and Islamic Sciences*, (49). (In Persian). Retrieved from <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2046824>
- da Silva, T. B. L., Dos Santos, G., Moreira, A. P. B., Ishibashi, G. A., Verga, C. E. R., de Moraes, L. C., Lessa, P. P., Cardoso, N. P., Ordonez, T. N., & Brucki, S. M. D. (2021). Cognitive interventions in

mature and older adults, benefits for psychological well-being and quality of life: a systematic review study. *Dementia & neuropsychologia*, 15(4), 428-439. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-040002>

Diaconu-Gherasim, L. R., Mardari, C. R., & Măirean, C. (2023). The relation between time perspectives and well-being: A meta-analysis on research. *Current Psychology*, 42(7), 5951-5963. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.322478.643818>

Fisher, E., Law, E., Palermo, T. M., & Eccleston, C. (2015). Psychological therapies (remotely delivered) for the management of chronic and recurrent pain in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011118. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011118.pub2>

Fredrickson, B. L. (2020). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 75(5), 554-565. <https://doi.org/10.1037/amp0000462>

Ghasemi, N., Godarzi, M., GHadampour, E., & Gholamrezaee, S. (2019). The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Time Perspective, Emotional Well-being and Optimism in Students with Depression Disorder Symptoms. *Journal of Woman and Family Studies*, 7(2), 157-182. (In Persian). <https://doi.org/10.22051/jwfs.2019.22319.1874>

Ghasemi, N., Goudarzi, M., Ghadampour, E., & Gholamrezaei, S. (2019). The effectiveness of positive psychotherapy on time perspective, optimism, and emotional well-being in female students with depression symptoms. *Journal of Women and Family Studies*, 7(2), 157-182. (In Persian). <https://doi.org/10.22051/jwfs.2019.22319.1874>

Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, 11(9), e046017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>

Kainz, K. (2001). The role of the psychologist in the evaluation and treatment of infertility. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 11(6), 481-485. [https://doi.org/10.1016/s1049-3867\(01\)00129-3](https://doi.org/10.1016/s1049-3867(01)00129-3)

MamSharifi P, Asadi M, Dadvar Mamaqani E. (2024). Model of self-silencing and depression in married women with the mediating role of emotion

- regulation. *Rooyesh*. 13(6), 211-220. (In Persian). <http://frooyesh.ir/article-1-5167-fa.html>
- Mirzania, A., Shakouri, M., & Faramarzi, M. (2021). The Efficacy of Time Perspective Therapy in Reducing Symptoms of Post-Traumatic Stress, Anxiety, and Depression in Breast Cancer Patients. *International Journal of Cancer Management*, 14(12), e112915. <https://doi.org/10.5812/ijcm.112915>
- Moon, J., Lieber, R. J., Bayazitli, I., & Mello, Z. R. (2023). An Examination of Multidimensional Time Perspective and Mental Health Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 4688. <https://doi.org/10.3390/ijerph20064688>
- Mosalanejad, L., Abdolahifard, K., & Jahromi, M. G. (2013). Therapeutic vaccines: hope therapy and its effects on psychiatric symptoms among infertile women. *Global journal of health science*, 6(1), 192–200. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p192>
- Nasiri Takami, G., & Taleghani, S. (2020). Comparing the effectiveness of positive psychotherapy and cognitive-behavioral group therapy on the psychological capital of adolescents with depressive symptoms. *Journal of Positive Psychology Research*, 6(2), 79–98. (In Persian). <https://doi.org/10.22108/ppls.2021.117838.1768>
- Niknam, M. (2019). Effectiveness of positive psychology-based intervention on psychological hardness and perceived stress in women with addicted husbands. *Journal of Modern Psychological Research*, 14(54), 231–251. (In Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1398.14.5.4.11.6>
- Nowakowska, I., & Jelonkiewicz, I. (2024). The Mediation Role of Future and Past Time Perspectives in the Relationship between Negative Affectivity and Sense of Coherence. *Psychological reports*, 127(4), 1864–1885. <https://doi.org/10.1177/00332941221144607>
- Patel, N., Kellezi, B., & Williams, A. C. (2014). Psychological, social and welfare interventions for psychological health and well-being of torture survivors. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014(11), CD009317. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009317.pub2>
- Rashid, T., & Baddar, M. K. A.-H. (2019). Positive psychotherapy: Clinical and cross-cultural applications of positive psychology. In L. Lambert & N. Pasha-Zaidi (Eds.), *Positive psychology in the Middle East/North Africa: Research, policy, and practise* (pp. 333–362). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-030-13921-6_15
- Saboor, S., Medina, A., & Marciano, L. (2024). Application of Positive Psychology in Digital Interventions for Children, Adolescents, and Young Adults: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. *JMIR mental health*, 11, e56045. <https://doi.org/10.2196/56045>
- Seligman, M. E. P., & Pawelski, J. O. (2021). Positive Therapy and Its Impact on Mental Health: Insights from Positive Psychology. *Annual Review of Psychology*, 72, 505–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072119-115308>
- Sharifi Aloun Abadi, M., Aghaei, A., & Arefi, M. (2022). Comparing the effectiveness of academic vitality, positive thinking, and time perspective training on academic anxiety and burnout in ninth-grade male students. *Cognitive Strategies in Learning*, 19, 171–189. (In Persian). Retrieved from <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/1984320>
- Sotoudeh, M., Rezapour-Mirsaleh, Y., & Choobforoushzadeh, A. (2024). The relationship between acceptance, self-compassion and hope in infertile women: a structural equation analysis. *Journal of reproductive and infant psychology*, 42(2), 365–376. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2078485>
- Sword, R. M., Sword, R. K., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2020). Time Perspective Therapy: Transforming Zimbardo's Temporal Theory into Clinical Practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 73–82. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09438-y>
- Tweed, R. G., Mah, E. Y., & Conway, L. G. III. (2021). bringing coherence to positive psychology: Faith in humanity. *The Journal of Positive Psychology*, 16(3), 298–309. <https://doi.org/10.1080/17439760.2020.1725605>
- Whiteford, L. M., & Gonzalez, L. (1995). Stigma: the hidden burden of infertility. *Social science & medicine* (1982), 40(1), 27–36. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)00124-c](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)00124-c)
- Yanik, D., & Kavak Budak, F. (2024). The effect of positive psychotherapy-based training on psychological well-being and hope level in women receiving infertility: experimental study. *Journal of reproductive and infant psychology*, 42(3), 381–394. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2206853>

- Yanık, D., & Kavak Budak, F. (2024). The Effect of Positive Psychotherapy-Based Training on Stigma and Self-Efficacy in Women Receiving Infertility Treatment. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 30(2), 384–396. <https://doi.org/10.1177/10783903221122801>
- Zahra, Z., Effendy, E., Mawarpury, M., Marthoenis, & Jaya, I. (2023). Psychotherapies for chronic kidney disease patients with hemodialysis: A systematic review of randomized control trials and quasi-experiments. *Narra J*, 3(3), e215. <https://doi.org/10.52225/narra.v3i3.215>
- Zimbardo, P., Sword, R., & Sword, R. (2012). *The time cure: Overcoming PTSD with the new psychology of time perspective therapy*. John Wiley & Sons.