DOI: 10.22122/rbs.v17i2.2466

اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای نشانگان سوگ

سیده نگار موسوی[۱]، رمضان حسن زاده[۲]، یارعلی دوستی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: مرگ‌ومیر و داغدیدگی سبب می‌شود سلامتی افراد در حوزه‌های مختلف تحت تأثیر قرار گیرد. بسیاری از افراد داغدیده‌ی در معرض خطر نشانگان افسردگی و افزایش احتمال مرگ‌ومیر قرار دارند. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان سوگوار بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان سوگوار که حداقل ۱۲ ماه از سوگشان گذشته بود و هنوز علائم سوگ و افسردگی را داشتند و به مرکز مشاوره شهر بابل مراجعه کرده بودند. از جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی افسردگی بک و پرسشنامه سلامت اجتماعی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و گروه کنترل نمرات افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و زنانی که مداخله درمان چشم‌انداز زمان را دریافت کرده بودند، نسبت به زنانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، افسردگی کمتری داشتند. همچنین بین دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و گروه کنترل نمرات سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و زنانی که مداخله درمان چشم‌انداز زمان را دریافت کرده بودند، نسبت به زنانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت رویکرد درمان چشم‌انداز زمان در کاهش میزان افسردگی سلامت اجتماعی زنان سوگوار اثربخش است ازاین‌رو، می‌توان این درمان را برای افسردگی و سلامت اجتماعی زنان به کار برد.

واژه‌های کلیدی: درمان چشم‌انداز زمان، افسردگی، سلامت اجتماعی، زنان سوگوار.

ارجاع: موسوی سیده نگار، حسن‌زاده رمضان، دوستی یارعلی. **اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای نشانگان سوگ.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۲۱۳-۲۰۵.

دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۹

۱- دانشجوی دکترا روانشناسی عمومی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
نویسنده مسئول: رمضان حسن زاده
Email: Rhassanzadeh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

مقدمه

سوگ طبیعی شامل سازش است و این سازش از طریق وظایف خاصی که در طی سوگ اتفاق می‌افتد حاصل می‌شود (۱). درصورتی‌که سوگ عوارضی مانند افسردگی شدید، بی‌خوابی، کاهش وزن، بی‌اشتهایی و ... داشته باشد، این عوارض دو ماه طول بکشد، از آن با عنوان اختلال روانی یاد می‌شود. تضعیف عملکرد روزانه، نشخوار ذهنی و کندی در حرکات و سایر نشانه‌ها در اصطلاح سوگ پیچیده خوانده می‌شود (۲). بر اساس شواهد بالینی بسیاری از افراد داغدیده‌ی در معرض خطر نشانگان افسردگی، اختلالات اضطرابی، بیماری‌های جسمی، بد کارکردی سیستم ایمنی و افزایش احتمال مرگ‌ومیر قرار دارند (۳). وقایع زندگی نقش اصلی یا درجه اول در افسردگی ایفا می‌کند، وقایع پراسترس اخیر قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای شروع دوره افسردگی است (۴). در برخی موارد، علت افسردگی، تجربه داغدیدگی به خاطر از دست دادن فردی عزیز است. گرچه افسردگی شدید بعد از مرگ فردی عزیز، طبیعی است اما چنانچه غم توان کاه و بیش‌ازحد طولانی باشد (بیش از ۲ ماه)، اختلال خلقی محسوب می‌شود (۵). در DSM-5 درواقع وجود علائم افسردگی باید بین ۱ تا ۲ سال وجود داشته باشند. به این وضعیت سوگ بغرنج گفته می‌شود. بااین‌حال برای تمایز اختلال سوگ پیچیده از اختلال افسردگی اساسی، در این است که در اختلال سوگ درواقع یک احساس تنهایی و فقدان وجود دارد، درحالی‌که در افسردگی اساسی یک خلق افسرده پایدار و ناتوانی در لذت بردن و شادی وجود دارد (۶).

افسردگی حالتی از خلق است که با کاهش عزت‌نفس، احساس بی‌کفایتی و برداشت نامطلوب از خویشتن همراه است (۷). افسردگی اختلالی همه‌گیر است که بسیاری از افراد درزمانی از زندگی خود ممکن است به آن دچار شوند (۶)؛ اما شیوع این اختلال در زنان بیشتر از مردان هست (۸). علائم اصلی افسردگی، غمگینی شدید و یا ناتوانی از تجربه کردن خوشی و لذّت است. وقتی‌که اشخاص، دچار اختلال افسردگی می‌شوند، ممکن است صدای سرزنش خود در ذهنشان طنین‌انداز شود. ممکن است توجه خود را بر عیوب و کاستی‌هایشان متمرکز کنند. آن‌ها اغلب با دید بسیار منفی به اوضاع می‌نگرند و مستعد از دست دادن امید هستند (۹).

پس از مرگ یکی از عزیزان، افراد باید تحریف‌های ناشی از مرگ را یاد بگیرند که می‌تواند با تغییر مجدد روابط و تغییر الگوهای عملکرد برای انطباق با موقعیت‌های جدید ناشی از دست دادن عزیز باشد (۱۰). Keyes (۱۱) بر این باور است که سلامتی متشکل از ابعاد هیجانی، روان‌شناختی و اجتماعی است. فرد زمانی می‌توان به شکوفایی دست یابد که سطح بالایی از رفاه و سلامتی ذهنی با سطح مطلوبی از عملکرد اجتماعی و روان‌شناختی همراه باشد. سلامت اجتماعی ازنظر Keyes و Shapiro (۱۱) سبب می‌شود تا فرد ازنظر اجتماعی عملکرد خوبی داشته باشد، اجتماع را به‌صورت یک مجموعه معنادار، قابل‌فهم و دارای نیروی بالقوه برای رشد و شکوفایی بداند. سلامت اجتماعی عبارت است از انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب به دیگران (۱۲). سلامت اجتماعی نشان‌دهنده ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با دیگران، خانواده و گروه‌های اجتماعی است که نشان‌دهنده رضایت یا عدم رضایت فرد از زندگی، محیط اجتماعی است و درواقع شامل پاسخ‌های درونی فرد هست (۱۳). بنابراین سلامت اجتماعی ظرفیت افراد را در گسترش پیوندهای فرد با دیگران گسترش می‌دهد و می‌تواند نقش محافظت‌کننده‌ای در مقابله با فشارهای روانی در فرد ایجاد کند که از فرد در مقابل وقایع فشار آور منفی زندگی اجتماعی حمایت می‌کند (۱۳).

چشم‌انداز زمانی (Time perspective) فرایندی ناخودآگاه است که در آن جریان مستمر تجارب شخصی و اجتماعی به مقوله‌های زمانی و یا قالب‌های زمانی اختصاص داده‌شده‌اند که به ایجاد نظم، انسجام و معنا در این تجارب یا وقایع کمک می‌کند (۱۴). چشم‌انداز زمانی در حسی شخصی از تداوم و انسجام ریشه دارد. خود واقعی ما از طریق همسویی تجارب ما در امتداد خط زمان روان‌شناختی ما شکل می‌گیرد (۱۵). چشم‌انداز زمان، فرایند اساسی شناختی است که افراد دنیای مادی و اجتماعی‌شان را از این طریق ادراک، تفسیر و با آن تعامل برقرار می‌کنند (۱۶). افراد هنگام قضاوت، تفسیر، تصمیم‌گیری و رویارویی با موقعیت‌های زندگی، به‌صورت ناهشیار و هشیار به اهداف بلندمدت و کوتاه‌مدت خود توجه دارند (۱۷).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

چشم‌انداز زمان فرایندی است که به‌وسیله آن جریان مستمر تجربه‌های شخصی و اجتماعی به طبقه‌های زمانی یا چارچوب‌های زمانی تعلق می‌گیرد و در سازمان دادن، یکپارچه کردن و معنا دادن به وقایع، به افراد کمک می‌کند. چشم‌انداز زمان هم در کدگذاری، ذخیره‌سازی و بازیابی وقایعِ تجربه‌شده و هم در ادراک، شکل‌گیری انتظارها، جهت دادن به توجه، تفسیر و تعبیر، هدف‌گذاری، انتخاب کردن و تصمیم‌گیری و نحوه عملکرد افراد اعمال می‌شود (۱۸). جهت‌گیری زمانی افراد در حال گذشته و آینده می‌تواند احساسات و هیجان‌های مثبت یا منفی را در فرد شکل دهد و درنتیجه واکنش افراد به رویدادها و موقعیت‌های مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۹).

پژوهش‌ها نشان‌دهنده رابطه مثبت میان درمان چشم‌انداز زمانی و افسردگی و سلامت اجتماعی بیماران است. چنانچه در پژوهش‌های محمدی و دیگران (۱۹) دریافتند حال لذت‌گرا، می‌توانند امیدواری را افزایش دهند، گذشته منفی و حال جبر نگر امیدواری را کاهش می‌دهد. امیری (۲۰) دریافت مداخله چشم‌انداز زمان، بهزیستی روان‌شناختی و رده مقیاس‌های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط بر محیط و زندگی هدفمند را در دانش‌آموزان افزایش می‌دهد. Sword، Sword و Brunskill (۲۱) در یک مطالعه‌ی پایه در حدود ۴ سال، نشان دادند که کاهش پایداری در افسردگی، اضطراب و علائم PTSD آن‌ها مشاهده‌شده است. با توجه به ادبیات پژوهشی درمان چشم‌انداز زمان بر مؤلفه‌های مختلف روانشناسی تأثیر دارد. پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان سوگوار پرداخته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح تحقیق پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل نابرابر بود. جامعه آماری تحقیق شامل کلیه زنان سوگوار مراجعه کننده به مرکز روان‌پزشکی دکتر رضا فقیه نصیری در سال ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ بود که حداقل ۱۲ ماه از سوگشان گذشته بود و هنوز علائم سوگ و افسردگی را نشان می‌دادند. این علائم بر اساس مصاحبه تشخیصی مشخص شد. نمونه آماری تحقیق حاضر عبارت بود از زنانی که پس از گذشت ۱۲ ماه از سوگشان، هنوز علائم سوگ را نشان می‌دادند و به مرکز مذکور مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود را دارا بودند. از این میان ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. سپس به شیوه تصادفی در دو گروه مداخله درمانی چشم‌انداز زمان و گروه کنترل در هر گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. ملاک‌های ورود: تجربه سوگ و علائم سوگ بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5، وجود افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک، جنسیتشان زن باشد، حداقل یک سال از فوت یکی از عزیزان گذشته باشد، نداشتن بیماری‌های روانی حاد و شخصیتی، داشتن حداقل سواد سیکل. ملاک‌های خروج: عدم تمایل به همکاری، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی. گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشتند و پس از اتمام فرآیند پژوهش خدمات درمانی را اخذ خواهند کرد. فرم رضایت‌نامه را تمام آزمودنی‌ها پر کردند. پرسشنامه‌ها بی‌نام بودند.

پرسشنامه افسردگی بک نسخه دوم (Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): این پرسشنامه، مقیاس ۲۱ ماده‌ای و مدل به‌روز شده و تجدیدنظر شده‌ی نسخه اصلی پرسشنامه افسردگی بک است (۲۲). این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهارگزینه‌ای را که نشان‌دهنده شدت علامت افسردگی در مورد خویش است، برمی‌گزینند. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و بدین ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ دارد. ثبات درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش‌شده است (۲۲). در ایران نیز اعتبار این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرانباخ نشان داد که ۰/۹۱ همسانی درونی این پرسشنامه است (۲۳). اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۵ با روش ضریب آلفای کرانباخ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت اجتماعی (Keyes's Social well-being Scale): برای سنجش سلامت اجتماعی از پرسشنامه سلامت اجتماعی Keyes (۱۲) استفاده می‌شود. Keyes سلامت اجتماعی را به‌وسیله ۵ عامل انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، انطباق اجتماعی و شکوفایی اجتماعی اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه هرکدام دارای ۵ گویه هستند و در کل متغیر سلامت اجتماعی دارای ۲۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

گویه می‌باشد که توسط طیف ۵ قسمتی لیکرت از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق سنجیده می‌شود. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که این پرسشنامه دارای ۵ عامل است. روایی همگرای پرسشنامه‌های خوش‌بینی، سلامت عمومی و درگیری اجتماعی همبستگی بالایی نشان داد. پایایی این پرسشنامه نیز به شیوه آلفای کرونباخ از ۰/۷۰ تا ۰/۹۱ در ابعاد مختلف به دست آمد (۱۲). در ایران روایی محتوای پرسشنامه با استفاده ازنظر متخصصین مورد تأیید قرار گرفت و پایایی این پرسشنامه به شیوه آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ برای نمره کلی پرسشنامه گزارش‌شده است (۲۴). اعتبار پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۱ با روش ضریب آلفای کرانباخ محاسبه شد.

پروتکل درمانی چشم‌انداز زمان: برای آموزش درمان چشم‌انداز زمان از پروتکل درمانی چشم‌انداز زمان بر اختلال استرس پس از ضربه Zimbardo & Boyd (۱۴) استفاده شد که علائم سوگ با علائم اختلال استرس پس از ضربه شباهت دارد. این پروتکل موردبازنگری قرار گرفت و توسط ۵ متخصص روایی محتوایی آن مورد تأیید قرار گرفت و ضریب توافق ۰/۸۵ درصد به دست آورد. این پروتکل شامل شش جلسه است که در جدول ۱ خلاصه جلسات ارائه‌شده است. پس از تهیه بسته آموزشی و مبانی نظری مطلوب، نمونه تحقیق آماده شد و بسته آموزشی اجرا می‌شوند. در این تحقیق شرکت‌کنندگان به دو گروه دسته‌بندی شدند که یک گروه آموزش چشم‌انداز زمان را دریافت کردند و گروه دوم نیز به‌عنوان گروه کنترل در فهرست انتظار قرار داشتند. پرسشنامه‌های تحقیق قبل از اجرای آموزش رویکرد درمانی به‌عنوان پیش‌آزمون توسط شرکت‌کنندگان پر شدند، سپس بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل شدند و درنهایت نیز پس از گذشت یک ماه از آخرین جلسه درمانی، به‌عنوان پیگیری توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند.

جدول ۱. پروتکل درمانی چشم‌انداز زمان

جلسات	محتوی جلسات
جلسه ۱	مرور و بررسی کلی و آماده‌سازی افراد برای درمان. اجرای پیش‌آزمون
جلسه ۲	مقیاس چشم‌انداز زمانی Zymbardo (ZTPI) و آزمون‌های روان‌شناختی
جلسه ۳	گذشته: گذشته‌ی منفی به گذشته‌ی مثبت
جلسه ۴	حال: مقدر نگری/لذت‌جویی حال به لذت‌جویی منتخب حال
جلسه ۵	آینده: مقدر نگری آینده به مثبت نگری آینده
جلسه ۶	مرور متعادل چشم‌اندازهای زمانی
سخن آخر	وجود پیدا کردن. خاتمه دادن به درمان. اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا یافته‌های توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی ارائه می‌گردد. جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر افسردگی و سلامت اجتماعی را به تفکیک دو گروه در سه مرحله ارزیابی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی برای افسردگی در سه نوبت اندازه‌گیری به تفکیک سه گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین			انحراف استاندارد		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
افسردگی	درمان چشم‌انداز زمان	۲۲/۷۳	۱۳/۴۷	۱۲/۱۳	۶/۱۳	۵/۵۸	۴/۰۵
	کنترل	۲۴/۳۳	۲۲/۴۷	۲۳/۶۷	۶/۷	۶/۵	۶/۳۹
سلامت اجتماعی	درمان چشم‌انداز زمان	۷۷/۸	۱۰۴/۹۳	۱۰۶/۵۳	۱۴/۲	۱۱/۸۳	۱۰/۸۸
	کنترل	۷۷/۱۳	۷۷/۶	۷۷/۶۷	۱۶/۴۲	۱۶/۳۵	۱۶/۵

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

جدول شماره ۲ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر افسردگی و سلامت اجتماعی در دو گروه و سه مرحله ارزیابی نشان می‌دهد. هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میزان افسردگی کاهش می‌یابد. همچنین گروهی که تحت درمان چشم‌انداز زمان قرارگرفته‌اند در اغلب نوبت‌های اندازه‌گیری میانگین کمتری در افسردگی داشته‌اند؛ اما گروه کنترل نمرات تغییر زیادی در سه مرحله ارزیابی در گروه کنترل ندارند. همچنین هر چه نوبت اندازه‌گیری بیشتر می‌شود میزان سلامت اجتماعی در این زیر مقیاس در سه مرحله ارزیابی در گروه درمان چشم‌انداز زمان افزایش می‌یابد. بااین‌حال، برای آزمون معناداری تفاوت‌ها از آمار استنباطی و بر اساس شرایط داده‌ها از آزمون مناسب استفاده می‌گردد.

بر اساس آزمون شاپیرو ویلک (Shapiro-Wilk) مقدار آماره آزمون نباید معنادار باشد. مقدار آماره آزمون شاپیرو ویلک در تمام گروه‌ها و در متغیر افسردگی و سلامت اجتماعی معنادار نیست، این مسئله نشان می‌دهد توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج آزمون باکس (M-Box) برای همسانی ماتریس کوواریانس‌های دو گروه برای متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی نشان داد که پیش‌فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس در هر دو متغیر رعایت شده است. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین (Leven) برای متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی نشان داد که شاخص آماره آزمون لون برای متغیرهای افسردگی و سلامت اجتماعی در هر سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنادار نبود.

برای اندازه‌گیری اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان سوگوار از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است. با توجه به عدم معناداری آزمون ماچلی (Mauchly's Test)، روابط خطی در افسردگی برقرار است و از آزمون کرویت (Sphericity) استفاده شد و نیازی به اصلاح درجات آزادی نیست؛ اما برای متغیر سلامت اجتماعی آزمون ماچلی معناداری است و روابط خطی برقرار نیست. لذا از آزمون گرین هاوس گایزر (Greenhouse-Geisser) برای اصلاح درجات آزادی استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی افسردگی و سلامت اجتماعی

متغیرها	منابع تغییرات	MS	F	df	p	اندازه اثر	توان آزمون
افسردگی	اثر گروه	۳۵۲۸۳/۶	۳۷۷/۹۹	۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	اثر زمان	۳۱۳/۶۳	۴۷/۵۸	۲	<۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۱۹۹/۸۱	۳۰/۳۱	۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
سلامت اجتماعی	اثر گروه	۸۰۸۴/۵۴	۱۳/۱۹	۱	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۴
	اثر زمان	۳۸۰۲/۱۶	۱۸۴/۷۵	۱/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۳۵۳۸/۵۹	۱۷۱/۹۴	۱/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر افسردگی و سلامت اجتماعی را با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان برای متغیر افسردگی معنادار است (p<۰/۰۰۱). همچنین تعامل زمان و گروه معنادار است (p<۰/۰۰۱). اثر اصلی گروه معنادار نیز معنادار است (p<۰/۰۰۱). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۷۳ درصد تغییرات متغیر افسردگی شرکت‌کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر اصلی زمان نشان می‌دهد که ۶۳ درصد تغییرات متغیر افسردگی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۵۲ است که نشان می‌دهد ۵۲ درصد تغییرات واریانس افسردگی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر اسلامت اجتماعی با اصلاح درجات آزادی نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان معنادار است (p<۰/۰۰۱). همچنین تعامل زمان و گروه معنادار است (p<۰/۰۰۱). اثر اصلی گروه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

معنادار نیز معنادار است (p=۰/۰۰۱). اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۳۲ درصد تغییرات متغیر سلامت اجتماعی شرکت‌کنندگان ناشی از عضویت گروهی است. همچنین اندازه اثر در متغیر اصلی زمان نشان می‌دهد که ۸۷ درصد تغییرات متغیر سلامت اجتماعی ناشی از تغییرات زمانی است. همچنین اندازه اثر تعامل زمان و گروه ۰/۸۶ است که نشان می‌دهد ۸۶ درصد تغییرات واریانس سلامت اجتماعی ناشی از تغییرات زمانی در حداقل یکی از دو گروه است.

جدول ٤. نتایج آزمون بونفرونی برای تفاوت میانگین افسردگی و سلامت اجتماعی در سه مرحله ارزیابی

متغیرها	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	p
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۵۶	۰/۶۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۶۳	۰/۷۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۰۷	۰/۵۹	۱/۰۰
سلامت اجتماعی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	−۱۳/۸	۱/۰۲	<۰/۰۰۱
		پیگیری	−۱۴/۶۳	۱/۰۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۸۳	۰/۲۲	۰/۲۲۰

طبق جدول شماره ۴، اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای افسردگی معنادار است (p<۰/۰۰۱). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون کاهش‌یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۱/۰۰). همچنین اختلاف بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای سلامت اجتماعی نیز معنادار است (p<۰/۰۰۱). با توجه به اختلاف میانگین‌ها، نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون افزایش‌یافته است. همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۲۲۰).

یافته‌های به‌دست‌آمده از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد زنانی که مداخله درمان چشم‌انداز زمان را دریافت کرده بودند، نسبت به زنانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند. ازاین‌رو، می‌توان گفت رویکرد درمان چشم‌انداز زمان در افزایش میزان سلامت اجتماعی زنان سوگوار اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان چشم‌انداز زمان بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان سوگوار بود. پژوهش حاضر با استمداد از برنامه درمانی چشم‌انداز زمان تکنیک‌های مورداستفاده در آن، جریان مستمر تجارب شخصی و اجتماعی به مقوله‌های زمانی و یا قالب‌های زمانی را که اختصاص داده‌شده‌اند به ایجاد نظم، انسجام و معنا در این تجارب یا وقایع کمک کند. چشم‌انداز زمانی در حسی شخصی از تداوم و انسجام ریشه دارد.

نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که بین دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و گروه کنترل نمرات افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد و زنانی که مداخله درمان چشم‌انداز زمان را دریافت کرده بودند، نسبت به زنانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، افسردگی کمتری داشتند. همچنین بین دو گروه درمان چشم‌انداز زمان و گروه کنترل نمرات سلامت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و زنانی که مداخله درمان چشم‌انداز زمان را دریافت کرده بودند، نسبت به زنانی که هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده بودند، سلامت اجتماعی بیشتری داشتند. نتایج پژوهش با نتایج تحقیقات محمدی و دیگران (۱۹)، امیری (۲۰)، Sword، Sword و Brunskill (۲۱)، حقیقت‌گو، حیدری (۲۵)، اکبرزاده، مستوفی، میرزایی، اسدی، هاشم زاده، ریحانی نهر (۲۶)، همسو می‌باشد.

چشم‌انداز زمان فرایندی است که به‌وسیله آن جریان مستمر تجربه‌های شخصی و اجتماعی به طبقه‌های زمانی یا چارچوب‌های زمانی تعلق می‌گیرد و در سازمان دادن، یکپارچه کردن و معنا دادن به وقایع، به افراد کمک می‌کند. چشم‌انداز

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

زمان هم در کدگذاری، ذخیره‌سازی و بازیابی وقایعِ تجربه‌شده و هم در ادراک، شکل‌گیری انتظارها، جهت دادن به توجه، تفسیر و تعبیر، هدف‌گذاری، انتخاب کردن و تصمیم‌گیری و نحوه عملکرد افراد اعمال می‌شود (۱۸). جهت‌گیری زمانی افراد در حال گذشته و آینده می‌تواند احساسات و هیجان‌های مثبت یا منفی را در فرد شکل دهد و درنتیجه واکنش افراد به رویدادها و موقعیت‌های مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار دهد (۱۹).

درواقع چشم‌انداز زمان یک مفهوم انعطاف‌پذیر است که با رشد شناختی گسترش می یابد و نسبت به موقعیت های در حال تغییر زندگی واکنش نشان می‌دهد، استرس و سختی‌های زندگی ممکن است به‌شدت احساس یک فرد از زمان و گذر آن را تحت تأثیر قرار دهد. درعین‌حال، اگر یکی از محدوده‌های چشم‌انداز زمان (گذشته، حال، آینده) از روی عادت و به‌طور مزمن مورداستفاده بیش‌ازحد قرار گیرد ممکن است تبدیل به یک روش زمینه‌ای ثابت شود که پیش‌بینی کننده رفتارهای بعدی است. ازاین‌رو، چشم‌انداز زمان را به‌عنوان یک فرایند شناختی چندبعدی و نیمه انعطاف‌پذیر در نظر گرفته می‌شود که به دنیای فرهنگی و اجتماعی شکل می‌دهد و از آن‌ها شکل می‌پذیرد و از این طریق باعث کاهش افسردگی افراد می‌شود. همچنین درمان چشم‌انداز زمان نیز دارای تکنیک‌هایی است که از آن طریق بر بهبود علائم سوگ و بهبود افسردگی زنان سوگوار تأثیرگذار است. درواقع این کار به واسطه‌ی ۱) افزایش عوامل مثبت در گذشته- در مورد سوگواری لازم است که درنهایت عوامل منفی گذشته را کم اهمیت کرد، ۲) سوار شدن بر قطار لذت جویی حال، ۳) و شروع برنامه‌ریزی بلند مدت و کوتاه مدت برای آینده‌ای مثبت؛ صورت می‌گیرد.

با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت رویکرد درمان چشم‌انداز زمان در کاهش میزان افسردگی و افزایش سلامت اجتماعی زنان سوگوار، اثربخش است. از این‌رو، می‌توان این درمان را برای افسردگی و سلامت اجتماعی زنان بکار برد. همچنین، با توجه به مرحله پیگیری می‌توان نتیجه گرفت که اثربخشی این درمان پایدار است.

از آنجایی‌که محتوای درمانی درمان چشم‌انداز زمان، ساده و آسان بوده، آموزش این دیدگاه را در مقایسه با سایر دیدگاه‌ها برتری می بخشد. این درمان ترکیبی از مداخله‌های مثبت‌نگر و انسانگراست و بر تشویق رفتارهای معطوف به علاقه اجتماعی تمرکز کرده و ذهن فرد را به توانایی‌های خود رهنمون می‌سازد. از تکنیک‌های رفتاری برای کاهش اضطراب لحظه‌ای فرد استفاده می‌کند. درنهایت به نظر می‌رسد با توجه به کوتاه مدت بودن آن، از درمان‌های شناختی کارایی بیشتری داشته باشد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکترای نویسنده اول است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که بدین‌وسیله از تمام کسانی که در این پژوهش مشارکت داشتند، قدردانی نمایند.

References

1. Cohen JA, Mannarino AP, Staron VR. A pilot study of modified cognitive-behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry. 2006;45(12):1465-73.
2. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company; 2018.
3. Tomita T, Kitamura T. Clinical and research measures of grief: A reconsideration. Comprehensive Psychiatry. 2002;43(2):95-102.
4. Hodo DW. Psychiatry: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. JAMA. 2003;290(17):2333. doi:10.1001/jama.290.17.2333
5. Haljin RP, Vitborn SC. Psychopathology Clinical Perspectives on Psychological Disorders. Translated by Y ,Seyyed Mohammadi. Tehran: Ravan Publication; 2006.
6. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Publication; 2013.
7. Frances A. Essentials of psychiatric diagnosis, revised edition: Responding to the challenge of DSM-5®. New York: Guilford Publications; 2013.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

8. Astbury J. The social causes of women's depression: A question of rights violated? In: Jack DC, Ali A, editors. Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World New York: Oxford University Press; 2010. p. 19-45.

9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. 82 p.

10. Greeff AP, Human B. Resilience in families in which a parent has died. The American Journal of Family Therapy. 2004;32(1):27-42.

11. Keyes C, a A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In: Brim O, Ryff C, Kessler R, editors. How healthy are we: A national study of well-being at midlife. Chicago: University of Chicago Press; 2004.

12. Keyes CLM. Social well-being. Social psychology quarterly. 1998;1(1):121-40.

13. Sabouri S. Study of social health among educational staff in Tehran. Tehran: Payam Noor University of Tehran; 2011.

14. Zimbardo PG, b JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. Time perspective theory; review, research and application. New York: Springer; 2015. p. 17-55.

15. Shmotkin D, Eyal N. Psychological time in later life: Implications for counseling. Journal of Counseling Development. 2003;81(3):259-67.

16. Holman EA, Zimbardo PG. The social language of time: The time perspective–social network connection. Basic applied social psychology. 2009;31(2):136-47.

17. McKay MT, Worrell FC, Temple EC, Perry JL, Cole JC, Mello ZR. Less is not always more: The case of the 36-item short form of the Zimbardo Time Perspective Inventory. Personality Individual Differences. 2015;72(1):68-71.

18. Anagnostopoulos F, Griva F. Exploring time perspective in Greek young adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and relationships with mental health indicators. Social Indicators Research. 2012;106(1):41-59.

19. Mohammadi M, Danesh E, Taghi Lu S. Predicting hope based on religious orientation and time perspective. Journal of Applied Psychology. 2016;10(3):157-74.

20. E. A. Effectivness of Time Perspective on Psychological Well-bing and Academic Achivement among Male High Schoik Students of Loregan. Khomeini Shahr: Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch; 2015.

21. Sword RM, Sword RK, b SR. Time perspective therapy: transforming Zimbardo's temporal theory into clinical practice. Time Perspective Theory; Review, Research and Application. New York: Springer; 2015. p.۹۸-۴۸۱ .

22. Beck A, Steer R, Brown G. BDI-II fast screen for medical patients manual. 2000. London: The Psychological Corporation; 2000.

23. Dobson K, Mohammadkhani P, Massah O. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. Journal of Rehabilitation. 2007;29(1):82-9.

24. Zaki MA, Khoshoei M. Social Health and Its Effective Factors among Isfahan Citizens. Studies in Urban Sociology. 2013;3(8):79-108.

25. Haghighatgoo M, Heydari A. Time perspective in bipolar and depressed patients compared with a normal sample. First International Conference on Time Perspective Medical Science University of Mazandaran, Iran. 2012.

26. Akbarzadeh M, Mostafavi M, Mirzaee A, Asadi S, Hashemzadeh A, ReyhaniNahr A. Relationship between time perspective and work hope. Bulletin of Environment, Pharmacology Life Sciences. 2014;3:157-63.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]

Effectiveness of Time Perspective Therapy on Depression and Social Well-being of Bereaved Women

Seyyede Negar Mousavi[1], **Ramezan Hasanzadeh**[2], **Yarali Dousti**[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Grief and bereavement causes to be compromised the health of people in various aspects. Many of bereaved persons are compromised depression symptoms and increasing the probability of death. The aim of this research was to study of effectiveness of time perspective therapy on depression and social well-being of bereaved women.

Methods and Materials: The research method was experimental by design of pretest, posttest, and follow-up with un-equivalent control group. The statistical population of the research includes all bereaved women who passing at least 12 months from their grief, still having symptoms of depression and grief and reffered to psychological center in Babol. Among them 30 subjects through convenience sampling were selected. To collect the data Beck's Depression and Keez's Social Well-being Scales were used. The data were analyzed using repeated measure analysis of variance.

Findings: The obtained results showed that the time perspective therapy on decreasing of depression and increasing social well-being was effective. The results of the follow-up scores showed that the efficacy of that was constant, as well.

Conclusions: Considering the findings it concluded that the time perspective therapy is an effective therapy on reducing depression and increasing social well-being of bereaved women.

Keywords: Time perspective therapy, depression, social well-being, bereaved women.

Citation: Mousavi N, Hasanzadeh R, Dousti Y. **Effectiveness of Time Perspective Therapy on Depression and Social Well-being of Bereaved Women.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 205-213.

Received: 2019.03.29 Accepted: 2019.08.15

1- Ph.D. Student of General Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
Corresponding Author: Ramezan Hasanzadeh Email: Rhassanzadeh@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.4.9]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.205]