MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Dec. **Research Article**

Effect of Time Perspective Therapy on Post Traumatic Depression among War Veterans

Rosa Shahraki[1], *Ali Asghar Asgharnejad Farid[2], Yousef Fakour[3], Mojgan Sepahmansour[4]

Author Address
1. PhD student in General Psychology, Department of Psychology, Khorasgan (Isfahan) Branch, Islamic Azad University, Iran;
2. PhD in Psychology, Department of Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
3. PhD in Psychology, Associated Professor of Psychiatry of MOH of Iran;
4. PhD in Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University Central Tehran Branch, Tehran, Iran.
*Corresponding Author Address: Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
*E-mail: rosashahraki@yahoo.com

Received: 2016 December 10; **Accepted:** 2017 January 1

Abstract

Background and objective: Post-traumatic stress disorder is one of the severe mental disorders which can become a chronic disorder in the long run. One of the serious problems that can arise for veterans who have survived the war is the post-traumatic stress disorder. These veterans are faced with major depression problems. There are many therapeutic methods to reduce depression and anxiety symptoms among these peoples. The aim of this research was to study of effect of time perspective therapy on reducing the depression among veterans with post-traumatic stress disorder.

Methods: This is a time series pretest-post control group quasi-experimental study. Purposeful sampling was used to recruit 30 participants from among was veterans with post-traumatic stress disorder who were referred to Sadr Hospital in Tehran-Iran. The research instrument was Beck Depression Inventory. Inclusion criteria included: 1) being veteran, 2) being male, 3) being in the age range of 40-60 years old, 4) having at least a high school diploma, 5) not experiencing personality disorders. Exclusion criteria included: 1) absenteeism of more than two sessions of therapy and 2) poor cooperation in the intervention process. The participants were randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. Attrition rate was two in each group. Experimental group received Therapeutic Time Perspective intervention in six weekly sessions of 90 minutes. The control group received no intervention. To adhere to ethical standards, control group received Time Perspective Therapy intervention, after the completion of the study. Descriptive statistics (Mean and Standard Deviation) and inferential statistics (repeated measure ANOVA) were used to analyze the data.

Results: The findings showed that there was a significant difference between veterans who received time perspective therapy intervention and veterans who ($p<0.001$). The results of follow up stage showed stress reduction remained constant two months after the conclusion of the study.

Conclusion: It can be concluded that time perspective therapy is an effective method for stress reduction among veterans with traumatic stress disorder. Therefore, Time Perspective Therapy can be used as a short term therapy for psychological intervention in veterans with post-traumatic stress disorder.

Keywords: Time Perspective Treatment, Cognitive-Behavioral Therapy, Post-Traumatic Stress.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

تأثیر درمان دیدگاه زمان، بر کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه

رزا شهرکی[۱]، *علی‌اصغر اصغرنژاد فرید[۲]، یوسف فکور[۳]، مژگان سپاه منصور[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)، گروه روان‌شناسی، اصفهان، ایران؛

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، گروه بهداشت‌روان، استادیار دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشیار روان‌پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۴. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز، تهران، ایران؛

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** دانشگاه علوم‌پزشکی ایران، تهران، ایران.

***رایانامه:** rosashahraki@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۰آذر۱۳۹۵؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲دی۱۳۹۵

چکیده

زمینه و هدف: اختلال استرس پس‌از ضربه یکی از اختلال‌های روانی حاد است که در درازمدت به اختلال مزمن تبدیل می‌شود. فرد مبتلا معمولاً علائم افسردگی را پس‌از مدتی از خود بروز می‌دهد. روش‌های درمانی بسیاری برای کاهش علائم اضطرابی و افسردگی این افراد وجود دارد؛ اما روشی که ساده‌تر و سریع‌تر بوده و جلسه‌های کوتاه‌مدت‌تری را به‌خود اختصاص دهد، کم یا اثربخشی آن مشخص نیست. هدف از پژوهش حاضر مطالعهٔ تأثیر درمان دیدگاه زمان، بر کاهش افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری بود. از میان جانبازان مبتلا به استرس پس‌از ضربه که به بیمارستان صدر شهر تهران مراجعه کرده و نشانه‌های اختلال را داشتند، تعداد ۳۰ نفر به‌شیوهٔ هدف‌مند انتخاب شدند. ازاین‌میان ۲ نفر در هر گروه ریزش داشتند. این تعداد در دو گروه درمان دیدگاه زمان و گروه کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند (۱۳ نفر در هر گروه). برای گردآوری داده‌ها از آزمون افسردگی بک استفاده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها بااستفاده از آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری انجام شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد در متغیر افسردگی، اثر اصلی زمان (η^2=۰/۳۳ و p<۰/۰۰۱ و F=۱۱/۷۷)، اثر اصلی گروه (η^2=۰/۲۷ و p<۰/۰۰۱ و F=۸/۷۸)، و تعامل زمان و گروه (η^2=۰/۲۱ و p=۰/۰۱۹ و F=۶/۲۷) به‌لحاظ آماری معنادار است. ازاین‌رو، باتوجه به روند کاهشی نمره‌های افسردگی در گروه آزمایش، می‌توان نتیجه گرفت که درمان دیدگاه زمان در کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه اثربخش بوده است. نتایج مرحلهٔ پیگیری نشان داد اثر درمان دیدگاه زمان پایدار است.

نتیجه‌گیری: باتوجه به نتایج، درمان دیدگاه زمان در کاهش افسردگی جانبازان دچار استرس پس‌از ضربه نسبت اثربخش است و ثبات و پایداری اثر درمانی نیز دارد. ازاین‌رو، می‌توان از این درمان به‌عنوان درمان کوتاه‌مدت برای مداخلهٔ روان‌شناختی جانبازان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان دیدگاه زمان، افسردگی، استرس پس‌از ضربه.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

۱ مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است. مشخصهٔ آن خُلق افسرده و بااحساس غمگینی، اعتمادبه‌نفس کم و بی‌علاقگی به هر نوع فعالیت و لذت روزمره مشخص می‌شود (۱). طبق جدیدترین تعریف افسردگی در DSM-5؛ افسردگی اختلال عاطفی است که به‌واسطهٔ داشتن‌عواطف غمناک، ازدست‌دادن علاقه به امور رضایت‌بخش، دید منفی درقبال خود، ناامیدی، بی‌تصمیمی، افکار خودکشی، کاهش وزن، و ازبین‌رفتن اشتها، ناراحتی‌های خواب و علائم جسمانی مشخص می‌شود (۲). اختلال استرس پس‌از ضربه[2] براساس طبقه‌بندی DSM-IV اختلالی اضطرابی است که دراثر مواجهٔ فرد با رویدادهای آسیب‌زا ایجاد و با سه دسته از علائم تجربهٔ مجدد[3] و اجتناب[4] و بیش برانگیختگی[5] مشخص می‌شود (۳)؛ اما در DSM-5 در طبقه‌ای جداگانه قرارگرفته و ازحوزهٔ اختلال‌های اضطرابی خارج شده است (۲).

رویدادهایی که می‌توانند موجب پدیدآیی این اختلال شوند، شامل گرفتارشدن یا مشاهدهٔ جنایت یا ضربهٔ شدید، جنگ، تجاوز و سوانح طبیعی یا آگاهی از ابتلا به بیماری مهلک، تجربهٔ سوءاستفادهٔ جنسی و جسمی مکرر است. متعاقب مواجهه با چنین رویدادهایی، علائمی در سه حیطهٔ متفاوت پدیدار می‌شوند: تجربهٔ مجدد رویداد آسیب‌زا، اجتناب از محرک‌های مرتبط با رویداد و نیز افزایش برانگیختگی خودبه‌خود (۴). افسردگی یکی از مشکلات شایعی است که معمولاً دراثر اختلال استرس پس‌از ضربه بروز می‌کند (۵). نتایج حاصل‌از مطالعه‌های متعدد بیانگر آن است که استرس و افسردگی و اضطراب شایع‌ترین مشکلات روان‌شناختی محیط اجتماعی هستند (۶) هرچند اغلب این مطالعه‌ها بر گروه‌هایی از پرستاران و سایر مشاغل مراقبت بهداشتی انجام شده‌اند؛ ولی نتایج پژوهش‌های گسترده‌تر حاکی‌از آن است که به‌خصوص برخی از مؤلفه‌های استرس موجب بروز مشکلات روان‌شناختی ازجمله افسردگی و اضطراب در بین مشاغل تولیدی و خدماتی می‌شوند (۷).

دیدگاه زمانی[6] مفهومی انعطاف‌پذیر است که با رشدشناختی گسترش می‌یابد ودرمقابل موقعیت‌های درحال تغییر زندگی واکنش نشان می‌دهد. استرس و سختی‌های زندگی ممکن است به‌شدت احساس یک فرد از زمان و گذر آن را تحت‌تأثیر قرار دهد (۸).

درمان دیدگاه زمان؛ نگرش‌ها، باورها و ارزش‌های انسان را درقبال زمان نشان می‌دهد. دیدگاه زمان بازتابی از افکار و عواطف و درحقیقت بازتابی از تمام ابعاد زندگی است. درمان دیدگاه زمان نیز از درمان‌های نوینی بوده که به‌تازگی مطرح شده است (۹). این دیدگاه بر زمان و ایجاد یک پروندهٔ خوش‌بینانه دربرابر زمان‌های گذشته، حال و آینده تمرکز دارد (۹).

از درمان‌هایی که هم برای سوگ و هم برای افسردگی به‌کار برده می‌شود، درمان‌های مبتنی‌بر شناخت، نگرش و بصیرت هستند. دیدگاه زمان[7] فرآیندی ناخودآگاه بوده که در آن جریان مستمر تجارب شخصی و اجتماعی، به مقوله‌های زمانی و یا قالب‌های زمانی اختصاص داده شده‌است و به‌ایجاد نظم، انسجام، و معنا در این تجارب یا وقایع کمک می‌کند (۱۰). دیدگاه زمان در حس شخصی از تداوم و انسجام ریشه دارد. خود واقعی ما ازطریق همسویی تجارب ما درامتداد خط زمان روان‌شناختی ما شکل می‌گیرد (۱۱).

روش‌های درمانی بسیاری، درصدد درمان افسردگی افراد مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه بوده‌اند. طی سال‌های گذشته، درمان افسردگی به‌شیوه‌های روان‌شناختی، رشد روزافزونی داشته است. برای مثال اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری (۱۲،۱۹)، درمان تنظیم شناختی و هیجانی (۱۷)، بازگویی روان‌شناختی (۱۸)، درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم (۲۱،۲۰) آموزش بیوفیدبک (۲۱)، و درمان دارویی (۲۲،۲۴) گزارش شده‌اند. بااین‌حال، این درمان‌ها کاستی‌هایی داشتند. ازجمله طولانی‌بودن درمان؛ نداشتن‌مرحلهٔ پیگیری برای ارزیابی ثبات اثربخشی درمان؛ وجود عوارض (۱۲،۲۴).

درواقع درمان دیدگاه زمان به‌خاطر مؤلفه‌های زیر می‌تواند اثربخش باشد.

۱. درک چشم‌اندازهای زمان و اینکه چطور نحوه‌ای که ما خود و امکانات خود را می‌بینیم چارچوب‌بندی می‌کنند؛ ۲. احترام به تروما؛ ۳. یادگیری رفتارهای آرام‌سازی خود، شامل تمرین‌های تنفس و تصویرسازی؛ ۴. افزایش عوامل مثبت در گذشته؛ ۵. تشویق لذت‌جویی حال سالم؛ ۶. تشویق رفتارهایی معطوف‌به علاقهٔ اجتماعی؛ ۷. کمک به برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت درجهت آینده‌ای روشن‌تر و مثبت‌تر.

باتوجه به مطالب مطرح‌شده و همچنین باتوجه به جدید و بدیع‌بودن موضوع، محققان را واداشت تا مطالعه‌ای با هدف بررسی تأثیر درمان دیدگاه زمان بر کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به استرس پس‌از ضربه انجام دهند. لذا تحقیق حاضر به‌دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا درمان دیدگاه زمان بر کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه مؤثر است یا خیر؟

۲ روش بررسی

تحقیق حاضر به‌لحاظ هدف کاربردی و به‌لحاظ روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری را تمامی بیماران مراجعه‌کننده یا ارجاع‌داده‌شده از تیر تا آذرماه ۱۳۹۴ به بیمارستان صدر شهر تهران تشکیل دادند. ازمیان آن‌ها ۳۰ نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه، براساس معیارهای تشخیصی DSM-5 که معیارهای ورود را نیز داشته و توسط روان‌پزشک متخصص ازطریق مصاحبهٔ بالینی انجام گرفت، به شیوهٔ نمونه‌گیری غیراحتمالی و دردسترس انتخاب شدند. محل انجام مداخله‌ها نیز بیمارستان صدر بود.

1. Major depression disorder
2. Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)
3. re-experience
4. avoidance
5. hyper arousal
6. Time Perspective
7. Time perspective

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

معیارهای ورود آزمودنی‌ها: ۱. جانبازان بین ۵ تا ۵۹درصد؛ ۲. مرد؛ ۳. دامنهٔ سنی ۴۰تا۶۰ سال؛ ۴. حداقل تحصیلات دیپلم؛ ۵. نداشتن‌اختلال‌های شخصیتی.
معیار خروج آزمودنی‌ها: ۱. غیبت بیش‌از دو جلسه در جلسه‌های درمانی ۲. همکاری‌نداشتن در فرآیند درمان.
پرسشنامهٔ افسردگی[1]: آزمون افسردگی بک از معمول‌ترین مقیاس‌های اندازه‌گیری افسردگی است . بک و استیر و کاربین (۲۵) آن را تهیه کردند. این آزمون در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد و انتشار آن در سال ۱۹۷۸ صورت گرفت. پرسشنامهٔ بک دو فرم بلند و کوتاه دارد. فرم بلند دارای ۲۱ ماده و فرم کوتاه دارای ۱۳ ماده است. در این تحقیق فرم بلند استفاده شد.
اعتبار آزمون افسردگی بک در مواقع متعددی گزارش شده است. بک و همکاران (۲۷) اعتبار همسانی درونی این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ بیان کردند. آن‌ها پایایی مشابهی را برای فرم کوتاه یافتند. روایی همزمان با درجه‌بندی‌های بالینی برای بیماران روان‌پزشکی، ضرایب همبستگی از متوسط تا زیاد (۰/۵۵ تا ۰/۹۶ با میانه ۰/۷۲ را نشان داد. پایایی این مقیاس را در ایران دابسون و محمدخانی (۲۸) به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱۳ به‌دست آوردند. همچنین روایی این پرسشنامه به‌روش همگرا همبستگی زیادی (۰/۸۷۳) با پرسشنامهٔ خلاصه نشانگان بالینی[2] نشان داد. پایایی این مقیاس در تحقیق حاضر به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۱ بود.
دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۴۵تا۵۹ سال (S=۴/۶۰؛ M=۵۱/۱۵) و دامنهٔ سنی شرکت‌کنندگان گروه کنترل ۴۳تا۵۷ سال (S=۴/۷۷؛ M=۵۰/۳۸) بود. در گروه آزمایش ۶ نفر متأهل (۴۶/۲درصد) و ۷ نفر مطلقه (۵۳/۸درصد) و در گروه کنترل ۱ نفر مجرد (۷/۷درصد) و ۱۰ نفر متأهل (۷۶/۹درصد)، و ۲ نفر مطلقه (۱۵/۴درصد) بودند. ازنظر وضعیت شغلی، ۸ نفر (۶۱/۵درصد) از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش مشغول به‌کار و ۵ نفر (۳۸/۵درصد) نیز بیکار بودند. وضعیت شغلی گروه کنترل نیز ۱۱ نفر (۸۴/۶درصد) از شرکت‌کنندگان مشغول به‌کار و ۲ نفر (۱۵/۴درصد) نیز بیکار بودند. ازلحاظ تعداد فرزندان، ۱ نفر (۷/۷درصد) از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش بدون‌فرزند، ۲ نفر (۱۵/۴درصد) دارای ۱ فرزند، ۲ نفر دارای ۲ فرزند (۱۵/۴درصد)، ۴ نفر دارای ۳ فرزند (۳۰/۸درصد) و ۴ نفر (۳۰/۸درصد) نیز بیش از سه فرزند داشتند. در گروه کنترل نیز ۲ نفر (۱۵/۴درصد) بدون‌فرزند ، ۳ نفر (۲۳/۱درصد) دارای ۲ فرزند، ۲ نفر (۱۵/۴درصد) دارای ۳ فرزند و ۶ نفر (۴۶/۲درصد) بیش از ۳ فرزند داشتند.
پس‌از تعیین جامعه و نمونه، ازمیان جامعهٔ تحقیق، به‌شیوهٔ غیراحتمالی و دردسترس، ۳۰ نفر. مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه، انتخاب شدند. این افراد را روان‌پزشک، باتوجه به معیارهای تشخیصی DSM-5 تشخیص داده بود. تعداد ۱۵ نفر از آنان به‌عنوان گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه آزمایش به‌صورت تصادفی قرار گرفتند. درحین اجرای مداخله‌ها، گروه دیدگاه زمانی ۲ نفر ریزش داشت. برای اینکه گروه‌ها تعدادشان برابر شود از گروه کنترل نیز ۲ نفر به‌شیوهٔ تصادفی حذف شدند. پرسشنامه‌ها حاوی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامهٔ افسردگی بک در یک بسته قرار داده شد و قبل از اجرای تحقیق به‌عنوان پیش‌آزمون دراختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت. مداخله‌های درمانی دیدگاه زمانی در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌شیوهٔ گروهی اجرا شد. گروه کنترل نیز هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس‌از اتمام مداخله‌ها، پرسشنامه‌ها دوباره به آزمودنی‌ها، به‌عنوان پس‌آزمون ارائه شد. درنهایت پس‌از ۲ ماه برای بار سوم پرسشنامه‌ها به‌عنوان پیگیری به آزمودنی‌ها داده شد. برای رعایت ملاحظه‌های اخلاقی دربارهٔ آزمودنی‌هایی که مداخله را دریافت نکرده بودند، پس‌از اتمام فرآیند پژوهش، مداخله برای اعضای گروه کنترل نیز اجرا شد. جدول ۱ خلاصهٔ پروتکل درمانی دیدگاه زمان را نشان می‌دهد.

جدول ۱. پروتکل درمان دیدگاه زمانی

جلسه‌ها	محتوا
جلسهٔ ۱	بررسی مباحث اصلی
جلسهٔ ۲	مقیاس دیدگاه زمانی زیمباردو[3] و آزمون‌های روان‌شناختی
جلسهٔ ۳	گذشته: گذشتهٔ منفی به گذشتهٔ مثبت
جلسهٔ ۴	حال: مقدرنگری[4]/لذت‌جویی[5] حال به لذت‌جویی منتخب حال
جلسهٔ ۵	آینده: مقدرنگری آینده به مثبت‌نگری آینده
جلسهٔ ۶	مرور متعادل دیدگاه‌های زمانی

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از میانگین و انحراف معیار درسطح توصیفی استفاده شد. درسطح استنباطی نیز آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری به‌کاربرده شد.

۳ یافته‌ها

در این بخش ابتدا داده‌های توصیفی و سپس داده‌های استنباطی بررسی می‌شود.
جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی را در جانبازان در سه مرحله ارزیابی و در دو گروه نشان می‌دهد.

1. Beck’s Depression Inventory
2. Brief Symptom Inventory (BSI)
3. Zimbardo’s Time Perspective Inventory (ZTPI)
4. Fatalism
5. Hedonism

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی در سه گروه و سه مرحله ارزیابی

گروه‌ها	میانگین			انحراف معیار		
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کنترل	۷۲/۴۶	۷۰/۸۵	۷۲/۹۲	۵/۳۶	۶/۷۸	۴/۷
درمان دیدگاه زمان	۱۲/۱۵	۶۳/۶۹	۶۴/۳۸	۶/۷۸	۶/۴۲	۶/۶۹

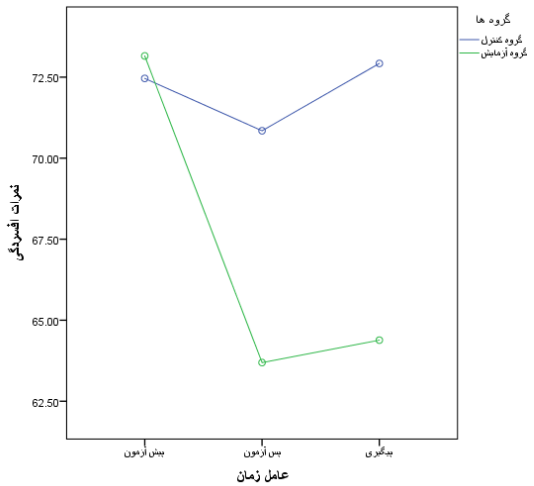
برای بررسی معناداری تفاوت‌های میانگین‌های سه گروه، از آزمون تحلیل آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری با طرح ۳×۲ استفاده شد. آزمون کرویت‌ماچلی[1] (p=۰/۰۲۴) معنادار بود.
بااستفاده از آزمون کلموگرف‌اسمیرونف نرمال‌بودن توزیع متغیرها تأیید شد (p=۰/۸۷۱).

برای دستیابی به هدف تحقیق مبنی‌بر بررسی تأثیر درمان دیدگاه زمان بر کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه، آزمون آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری به‌کار گرفته شد.
در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس نمره‌های افسردگی گزارش شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس مختلط برای متغیر افسردگی

منابع تغییرها	F	مقدار p	η^2
اثر زمان	۱۱/۷۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۳
اثر تعاملی زمان و گروه	۸/۷۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۷
اثر گروه	۶/۲۷	۰/۰۱۹	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول ۲ گزارش شده، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها نشان داد که در متغیر افسردگی، اثر اصلی زمان (η^2=۰/۳۳، p<۰/۰۰۱، F=۱۱/۷۷)، و اثر اصلی گروه (η^2=۰/۲۷، p<۰/۰۰۱، F=۸/۷۸)، و همچنین تعامل زمان و گروه (η^2=۰/۲۱، p=۰/۰۱۹، F=۶/۲۷) به‌لحاظ آماری معنادار است. اندازهٔ اثر (η^2) اثر اصلی گروه ۰/۲۱ مشاهده شد که نشان می‌دهد ۲۱ درصد از تغییرهای متغیر افسردگی، ناشی‌از تغییرهای گروهی و ۳۳ درصد از تغییرهای این متغیر، ناشی‌از اثرات زمان است. درنهایت اینکه ۲۷ درصد از تغییرهای متغیر افسردگی،ناشی‌از تعامل زمان و گروه بیان می‌شود.
نتایج این آزمون نشان داد که روند کاهشی معنادار میانگین‌ها در گروه مداخله درطول زمان و غیرکاهشی آن در گروه کنترل، حاکی‌از تأثیر اثربخش مداخله در کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه است (p=۰/۰۱۹).
برای مقایسهٔ نتایج در سه مرحلهٔ آزمون، از آزمون بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد که در گروه دیدگاه زمان بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌های افسردگی، تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۲) که به معنای اثربخشی مداخله بر افسردگی در جانبازان بود. به‌علاوه در این گروه بین پس‌آزمون و مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد (p=۰/۴۱۴). این بدین معناست که نتایج اثربخشی مداخله‌ها بر کاهش افسردگی، پایدار و باثبات بوده است. دراین‌خصوص آزمون t همبسته نیز تفاوت معناداری را نشان نداد. در گروه کنترل تغییرهای نمرهٔ افسردگی جزیی بوده و به‌لحاظ آماری معنادار نبود. نمودار ۱ نتایج تحقیق را به شکل نمودار در سه مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهد.



[1]. Muachly's Sphericity

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

نمودار ۱. مقایسهٔ مراحل ارزیابی به‌تفکیک گروه‌ها در متغیر افسردگی

۴ بحث

هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی میزان تأثیر درمان دیدگاه زمان بر کاهش افسردگی در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه در شهر تهران بوده که با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخلهٔ دیدگاه زمان بر کاهش نمره‌های افسردگی در جانبازان اثربخش بوده است. نتایج تحقیق حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان است.

اصلانی و همکاران (۱۲) در تحقیق خود اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری را بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس‌از ضربه در جانبازان جنگ بررسی کردند. نتایج حاکی‌از اثربخشی درمان بود؛ اما تحقیق آنان مرحلهٔ ارزیابی پیگیری را نداشت؛ لذا به‌ثبات تأثیر درمان نمی‌توان اعتماد کرد. درجای دیگر محمودی قادری و همکاران (۱۳) درمان شناختی‌رفتاری و درمان حمایتی را بر کاهش افسردگی نوجوانان بازمانده از زلزلهٔ بم مقایسه کردند. نتایج تحقیق آنان نشان داد که مداخلهٔ شناختی‌رفتاری بر کاهش افسردگی نوجوانان بازمانده از زلزلهٔ بم اثربخش بود؛ اما درمان حمایتی اثربخشی نشان نداد. تحقیق حاضر به‌لحاظ روش آماری دارای ضعف و خطای آماری و ازنظر بررسی پایداری اثربخشی درمان، مرحلهٔ پیگیری ندارد.

ویسکو و همکاران (۱۷) در پژوهش خود اثربخشی تنظیم هیجانی را بر سرزنش خود و نشخوار فکری بازماندگان تصادف‌های جاده‌ای بررسی کردند. نتایج نشان داد که تنظیم هیجانی بر کاهش سرزنش خود و نشخوار فکری اثربخش است.

رگال و همکاران (۱۸) به مطالعهٔ اثربخشی بازگویی روان‌شناختی بر ضربهٔ روانی در فرهنگ‌های مختلف پرداختند. نتایج فراتحلیل آن‌ها نشان داد که در فرهنگ‌های مختلف، بازگویی روان‌شناختی در افرادی که دچار ضربهٔ روانی شده‌اند، اثر معناداری به‌عنوان درمان اولیه و پایه دارد.

ناک و همکاران (۱۹) و سیلدر و وانگر (۲۰) اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم را بر اختلال استرس پس‌از ضربه ارزیابی و حتی این درمان را با درمان شناختی‌رفتاری مقایسه کردند. اثربخشی درمان آن‌ها با ۶ ماه پیگیری، نشان داد که درمان نه‌تنها اثربخش بوده، بلکه پایدار است. ازاین‌رو، اثر درمان دیدگاه زمان با اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم نتایج مشابهی داشته است.

آذرگون و همکاران (۲۱) اثربخشی درمان بیوفیدبک را بر نشانگان اختلال استرس پس‌از ضربه در جانبازان بررسی کردند. نتایج حاکی‌از اثربخشی این روش درمانی بود؛ اما ضعف‌های زیادی در تحقیق آن‌هاوجود داشت: ۱ .ارزیابی درستی از وجود اختلال در جانبازان نشده بود؛۲ . پایایی اثربخشی درمان را ارزیابی نکرده بودند؛ ۳. نوع دستگاه و پروتکل درمانی مشخص نبود.

درمان‌های دارویی نیز جزء جدانشدنی درمان اختلال استرس پس‌از ضربه هستند که اثربخشی آن‌ها به اثبات رسیده است؛ اما عوارض و عواقب دیگری به‌همراه دارد. همچنین پایداری درمان نیز با قطع دارو ازبین می‌رود.

سورد و همکاران (۲۹) در مطالعهٔ پایه‌ای درحدود ۴ سال، اثربخشی درمان دیدگاه زمان را بر ۲۹ جانباز جنگی بررسی کردند که تشخیص اختلال استرس پس‌از ضربه مزمن و شدید داده شده بودند. نتایج، کاهش پایداری در افسردگی، اضطراب، و علائم اختلال استرس پس‌از ضربه را در آن‌ها نشان داد. سورد و همکاران (۹) نیز درپژوهشی پایه درحدود ۴ سال، اثربخشی درمان دیدگاه زمان را بر ۲۹ جانباز جنگی دارای اختلال استرس پس از ضربه مزمن و شدید، بررسی کردند. در نتیجهٔ تحقیق کاهش پایداری در افسردگی، اضطراب، و علائم اختلال استرس پس از ضربه در آن‌ها مشاهده شد. اندازهٔ اثر درمان دیدگاه زمان را در تحقیق سورد و همکاران (۲۹) ۴۵درصد گزارش کردند. در تحقیق حاضر اثر درمان ۲۱ درصد بود که باتوجه به اینکه تحقیق حاضر برای اولین‌بار انجام گرفته، این میزان اثر کافی به‌نظر می‌رسد. همچنین اینکه درمان در تحقیق سورد و همکارانش (۲۹) توسط ابداع‌کنندگان درمان چشم‌انداز به‌انجام‌رسیده و این میزان اثر طبیعی به نظر می‌رسد. در تحقیق سورد و همکاران (۲۹) مرحلهٔ پیگیری به‌انجام نرسیده است. در این تحقیق برای ارزیابی ثبات اثربخشی، مرحلهٔ پیگیری نیز به طرح اضافه شده است.

درمان دیدگاه زمان در کشور انجام‌نشده و در خارج از کشور نیز فقط یک تحقیق اثربخشی آن را بررسی کرده است (۲۴). درمان‌های شناختی بیشتر متمرکز بر تحریف‌های شناختی و بازسازی شناختی هستند و درمان‌های رفتار نظیر آرام‌سازی عضلانی را نیز بدان افزوده‌اند؛ اما درمان چشم‌انداز زمان توسط زیمباردو و همکاران (۲۶) توسعه داده شده و درمانی سیستماتیک است که درکی اجتماعی از عوامل تعیین‌کنندهٔ رفتار انسان ایجاد می‌کند. درحقیقت تکنیک درمانی است و روایتی را درنظر می‌گیرد که فرد این روایت را متمرکز به تجربهٔ خود از ضربه می‌داند. درمانگر دیدگاه زمان بر این روایت کار می‌کند، و به‌جای داستان منفی، روایت فرد را با روایتی جدید با تمرکز بر شناسایی گذشتهٔ مثبت و ایجاد حال مثبت و یک تصویر پر جنب‌وجوش از امیدبه آینده را ایجاد می‌کند. دیدگاه‌های دیگر نظیر دیدگاه شناختی‌رفتاری درواقع بیشتر، اثربخشی آن‌ها به‌انجام‌رسیده؛ ولی پایداری اثربخشی آن‌ها بررسی نشده است. دیدگاه شناختی، متمرکز است بر شناخت که نیازمندِ داشتن‌سواد و فهم بیشتر مراجعان است؛ اما در دیدگاه زمان، مراجعانَ نیازی به داشتن سواد چندانی ندارند. فهم مطالب و محتویات درمان در این دیدگاه بسیار ساده‌تر از دیدگاه شناختی‌رفتاری است. از همه مهمتر اینکه، محتوای درمانی دیدگاه زمان، ساده و آسان بوده و آموزش این دیدگاه را ساده‌تر می‌کند. نیازی به کارورزی طولانی‌مدت ندارد که از مزیت‌های اصلی این درمان است و باتوجه به اثربخشی آن، این دیدگاه را درمقایسه با سایر دیدگاه‌ها برتری می‌بخشد. دیدگاه زمان، ترکیبی از مداخله‌های مثبت‌نگر و انسانگراست. این دیدگاه بر تشویق رفتارهای معطوف‌به علاقهٔ اجتماعی تمرکز کرده و ذهن فرد را به توانایی‌های خود رهنمون می‌سازد. از تکنیک‌های رفتاری نیز برای کاهش اضطراب لحظه‌ای فرد استفاده می‌کند. درنهایت می‌توان گفت این دیدگاه، دیدگاهی التقاطی است که به‌نظر می‌رسد باتوجه به کوتاه‌مدت‌بودن آن، از درمان‌های شناختی کارآیی بیشتری داشته باشد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

هر تحقیقی محدودیت‌های خاص خود را دارد. محدودیت‌های تحقیق حاضر نیز عبارت‌اند از: ۱. ناتوانایی درکنترل متغیرهای تأثیرگذار نظیر متغیرهای وضعیت اقتصادی‌اجتماعی، میزان حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی ادراک‌شده و ... بر کاهش میزان افسردگی جانبازان؛ ۲. باتوجه به اینکه شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس بوده و کسانی در پژوهش حاضر شدند که انگیزه و تمایل‌به این کار را داشتند، پس در تعمیم نتایج باید جانب‌احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان دیدگاه زمان با درمان‌های دیگر مقایسه شده تا اثربخشی آن بیش‌ازپیش به اثبات برسد.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت دیدگاه زمانی درمانی اثربخش است و به‌لحاظ پایداری و ثبات نتایج، در کاهش افسردگی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس‌از ضربه از اثربخشی بیشتری برخوردار است.

۶ تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم‌دانسته تا ازتمامی افرادی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر وقدردانی کنند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

References

1. Barlow DH, Durand VM. Abnormal Psychology: An Integrative Approach. Boston: Cengage Learning; 2014. [Link]
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. [Link]
3. Shiromani P, Keane T, LeDoux JE. Post-Traumatic Stress Disorder: Basic Science and Clinical Practice. Berlin: Springer Science & Business Media; 2009. [Link]
4. Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. [Link]
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.[Link]
6. Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE, Tell GS. Testing the Job Demand-Control-Support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. Occup Med (Lond). 2005;55(6):463–73. [Link]
7. Atindanbila S, Abasimi E, Anim MT. A Study of work related depression, anxiety and stress of nurses at pantang hospital in Ghana. Research on Humanities and Social Sciences. 2012;2(9):1–8. [Link]
8. Holman EA, Zimbardo PG. The social language of time: The time perspective–social network connection. Basic and Applied Social Psychology. 2009;31(2):136–47. [Link]
9. Sword RM, Sword RKM, Brunskill SR. Time perspective therapy: Transforming zimbardo's temporal theory into Clinical Practice. SpringerLink. 2015;481–98. [Link]
10. Zimbardo PG, Boyd JN. Putting time in perspective: A valid, reliable individual-differences metric. J Pers Soc Psychol. 1999;77(6):1271.[Link]
11. Shmotkin D, Eyal N. Psychological time in later life: Implications for counseling. Journal of Counseling & Development. 2003;81(3):259-67. [Link]
12. Aslani M, Hashemian K, Lotfi F, Mirzaei J. The effectiveness of cognitive behavioral therapy in patients with post-traumatic stress disorder. In: 4th Conference of Prevention and Treatment of Neurological Complaints: Psychological War; 2007;Tehran. [Persian]
13. Mahmoudi-Gharaei J, Mohammadi MR, Bina M, Yasami MT, Fakour Y. Supportive and cognitive behavioral group interventions on Bam earthquake related PTSD symptoms in adolescents. Tehran University Medical Journal. 2006;64(8):57–67. [Persia] [Link]
14. Sloan DM, Unger W, Beck JG. Cognitive-behavioral group treatment for veterans diagnosed with PTSD: Design of a hybrid efficacy-effectiveness clinical trial. Contemp Clin Trials. 2016;47:123–30.[Link]
15. Hinton DE, Pham T, Tran M, Safren SA, Otto MW, Pollack MH. CBT for Vietnamese refugees with treatment-resistant PTSD and panic attacks: A pilot study. J Trauma Stress. 2004;17(5):429–33. [Link]
16. Paunovic N, Öst L-G. Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. Behav Res Ther. 2001;39(10):1183–97. [Link]
17. Wisco BE, Sloan DM, Marx BP. Cognitive emotion regulation and written exposure therapy for posttraumatic stress disorder. Clin Psychol Sci. 2013;1(4):435–42. [Link]
18. Regel S, Joseph S, Dyregrov A. Psychological debriefing in cross-cultural contexts: ten implications for practice. Int J Emerg Ment Health. 2007;9(1):37–45. [Link]
19. Konuk E, Knipe J, Eke I, Yuksek H, Yurtsever A, Ostep S. The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. Int J Stress Manag. 2006;13(3):291. [Link]
20. Seidler GH, Wagner FE. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. Psychol Med. 2006;36(11):1515–22. [Link]
21. Azargoon H, Soleymani AA, Bolghan-Abadi M. Study of the effectiveness of biofeedback training (Biofeedback) in the treatment of veterans with post-traumatic stress disorder. Science Road Journal. 2015;3(4):74–78. [Link]
22. Donyavi V, Amiri A. A Review on Pharmacological Treatments of Nightmare in Combat-related Post-traumatic Stress Disorder. Ann Mil Health Sci Res. 2008;6(3):195–8. [Persian] [Link]
23. Neylan TC, Lenoci M, Maglione ML, Rosenlicht NZ, Leykin Y, Metzler TJ, et al. The effect of nefazodone on subjective and objective sleep quality in posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry. 2003;64(4):445–50. [Link]
24. Warner MD, Dorn MR, Peabody CA. Survey on the usefulness of trazodone in patients with PTSD with insomnia or nightmares. Pharmacopsychiatry. 2001;34(4):128–31. [Link]
25. Schulz PM, Resick PA, Huber LC, Griffin MG. The Effectiveness of cognitive processing therapy for ptsd with refugees in a community setting. Cogn Behav Pract. 2006;13(4):322–31. [Link]
26. Zimbardo P, Sword R, Sword R. The Time Cure: Overcoming PTSD with the New Psychology of Time Perspective Therapy. New Jersey: John Wiley & Sons; 2012. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]

27. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev. 1988;8(1):77–100. [Link]
28. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of beck depression inventory-II in patients with magor depressive disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8(Special Issue):82–90. [Persian] [Link]
29. Sword RM, Sword RKM, Brunskill SR, Zimbardo PG. Time Perspective Therapy: A New Time-Based Metaphor Therapy for PTSD. Journal of Loss and Trauma. 2014;19(3):197–201. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.69.7]