

بررسی اثر بخشی آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم اختلال افسردگی دانش آموزان پسر

غلامرضا رحیمی بلداجی^۱

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خمینی شهر، اصفهان، ایران

چکیده

با توجه به شیوع بالا و دوره طولانی مدت اختلالات خلقی، به نظر میرسد درمانی برای این اختلالات اثربخش است که در کوتاهترین زمان بیشترین اثربخشی را داشته باشد. لذا در پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم اختلال افسردگی دانش آموزان پسر پرداخته شده است. در این پژوهش از طرح شبه آزمایشی به صورت پیش آزمون - پس آزمون، همراه با گروه گواه استفاده شده است. جامعه آماری، دانش آموزان پسر بودند که در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ درسه دبیرستان مختلف در شهر بلداجی مشغول به تحصیل بودند، که با توجه به معیارهای ورود به پژوهش و با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند ۳۰ دانش آموز انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مقیاس افسردگی بک در هر دو گروه اجرا گردید و سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۶۰ دقیقه ای آموزش چشم انداز زمان را دریافت کردند، درحالیکه گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکردند. مجدداً مقیاس افسردگی بک در هر دو گروه اجرا گردید. نقاط برش برای مقیاس اختلال افسردگی نمره ۳۱ و بالاتر بوده است. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۲ و با روش تحلیل کوواریانس محاسبه شدند. نتایج نشان داد که آموزش چشم انداز زمان به طور معناداری باعث کاهش علائم اختلال افسردگی دانش آموزان پسر مبتلا به این اختلال گردید.

واژه های کلیدی: چشم انداز زمان، اختلال افسردگی، دانش آموزان

۱. مقدمه

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی^۱ سلامتی عبارت است از حالت رفاه کامل جسمانی، روانی واجتماعی. فقط به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). یکی از آیتم های تعریف فوق، سلامتی روانی می باشد که سلامتی در آن هم پایه سلامتی جسمانی ارزیابی گردیده است. نبود سلامتی روان در فرد او را وارد حوزه بیماری های روانی خواهد نمود، بیمار روانی کسی است که در یکی از عملکردهای او یا در کارآیی کلی وی اختلال ایجاد شده باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). از جمله اختلال های روانی که ممکن است هر انسانی به آن مبتلا گردد؛ اختلال افسردگی است. افسردگی یکی از رایج ترین انواع ناراحتی های روانی است که باعث مراجعه به روان پزشکان، روان شناسان و دیگر متخصصان بهداشت روانی می شود. از این لحاظ، افسردگی با سرما خوردگی در میان ناراحتی های جسمی قابل مقایسه است. سازمان بهداشت جهانی، میزان بروز موارد جدید اختلال افسردگی را در جهان، سالانه بالغ بر یکصد میلیون نفر تخمین زده است و احتمال افزایش آن در آینده، به خصوص در جهان سوم را، بسیار زیاد می داند. در حال حاضر ۳۵ تا ۴۰ درصد از افراد مبتلا به افسردگی به پزشک مراجعه می نمایند، افسردگی در زنان، دو برابر مردان است. (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵).

افسردگی عبارت است از احساس غم، دلسردی، یانامیدی به مدت حداقل ۲ هفته در اغلب روزها و اغلب ساعات روز، به علاوه علائم همراه (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). افسردگی یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی می باشد که عوامل مختلفی مثل سن، جنس و وضعیت اقتصادی - اجتماعی که فرد در آن حضور دارد در بروز و شیوع آن موثر هستند. این بیماری در دوره نوجوانی کمتر تشخیص داده شده و لذا تاثیرات عمیقی بر روی کارکرد تحصیلی و اجتماعی فرد مبتلا خواهد گذاشت (هالجین و ویتبورن، ۲۰۱۴). اختلال افسردگی دوره های نشانه ای را شامل می شود که در آنها، فرد معمولاً دستخوش خلق به شدت غمگین می شود. عنصر اساسی این اختلال، خلق غمگین بسیار بالاست که ملالت نامیده می شود (هالجین و ویتبورن، ۲۰۱۴). اختلال افسردگی چندین نوع اختلال را شامل می شود که از آن جمله می توان به اختلال افسردگی اساسی^۲ با دوره نشانه های حاد، ولی با محدودیت زمانی اشاره کرد (هالجین و ویتبورن، ۲۰۱۴).

نوع دیگری از اختلال افسردگی، اختلال افسردگی مداوم (افسرده خویی^۳) می باشد. این نوع افسردگی، اختلال خلقی مزمن، ولی نه چندان شدید است که به موجب آن، فرد دستخوش دوره ی افسردگی اساسی نمی شود. (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). اختلال افسردگی اغلب همراه با دامنه ای از اختلالات دیگر، از جمله اختلالات شخصیت، اختلالات مصرف مواد، اختلالات اضطرابی، تشخیص داده می شود. افراد مبتلا به این اختلال در طول مدت این دوره دچار عزت نفس پایین، اختلال خواب، اختلال در اشتها، احساس ناامیدی، مشکل در تمرکز و تصمیم گیری و انرژی کم و خستگی می شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). در واقع افسردگی یک اختلال عاطفی است که سبب می شود فرد از زندگی خود لذت نبرد و همچنین دچار یک عذاب روحی گردد که این موارد بر روی روابط اجتماعی و شخصی وی اثر منفی می گذارد و در بیشتر مواقع برگشت ناپذیر است. ناکامی ها و محرومیت ها در کودکی تا انزوای اجتماعی در بزرگ سالی، در دامنه این اختلال قرار دارند. بدین معنا که تراکم رویدادهای منفی و

^۱ world health organization quality of life group.

^۲ Major depressive disorder

^۳ dysthymia

سرخوردگی ها موجب افزایش افکار بدبینانه به جهان می شود که این افکار، به کاهش فعالیت، تصویر منفی داشتن از خود و میل به خودکشی منجر می شوند، و نهایتاً زمینه افسردگی را فراهم می کنند. (عبدالله زاده، ۱۳۸۷)

نکته ای که درباره ی عوامل و افکار زمینه ساز افسردگی، دارای اهمیت است، ناآگاهانه بودن این عوامل و افکار می باشد؛ به عبارت دیگر، گاهی ممکن است در بعضی از زمینه های زندگی، حتی بدون آن که خود فرد آگاه باشد دارای افکار بیمارگونه یا تحریف شده ای باشد که مستقیماً در روند زندگی، احساس و حُلق و خوی او اثر می گذارد که شناسایی این افکار مخرب و تحریف شده (که در بسیاری مواقع، زمینه ساز افسردگی اند)، راه نجات از افسردگی می باشد. (عبدالله زاده، ۱۳۸۷).

روانشناس، فلیپ زیملاردو عقیده اش این است که شادی و موفقیت، ریشه در خصیصه ای دارد که اکثر ما به آن بی اعتنایی می ورزیم، او معتقد است چشم انداز زمان مطالعه ای است درباره اینکه هر یک از افراد چطور تجربیات جاری خود را بین حوزه های زمان (گذشته، حال و آینده) تقسیم می کنند. این کار به طور خودکار و ناخودآگاه انجام می گیرد و در میان فرهنگ ها، کشور ها، افراد، طبقات اجتماعی، و سطح های تحصیلی، متغیر است. مشکل این است که استفاده از حوزه های زمانی می تواند به شکل نامتعادل صورت بگیرد به طوریکه استفاده از یک حوزه زمانی برجسته تر از حوزه های زمانی دیگر گردد. اساس رفتار و عملکرد افراد آن تصمیمی است که قصد اتخاذ آن را دارند، بنابراین باید دید که چه عواملی تعیین کننده تصمیمات افراد هستند. (زیملاردو، ۲۰۰۵) لذا سوال اصلی این پژوهش این است که آیا آموزش چشم انداز زمان در کاهش علائم اضطرابی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است و یا نه و این تأثیر چگونه است؟

روش:

پژوهش حاضر از نوع پژوهشهای نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل می باشد که به بررسی آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم افسردگی در دانش آموزان پسر دارای اختلال افسردگی پرداخته است. علت شبه آزمایش بودن طرح، ناتوانی از تصادفی سازی دستیابی به شرکت کنندگان در گروه نمونه پژوهش است. در روش پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه کنترل دو گروه از آزمودنیها انتخاب میشوند، قبل از اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایش هر دو گروه مورد سنجش (پیش آزمون) قرار میگیرند، پس از اعمال متغیر مستقل بر گروه آزمایشی دوباره هر دو گروه مورد سنجش پس آزمون قرار میگیرند (بیفولکو، ۲۰۱۲؛ مارکوس و همکاران، ۲۰۱۱). جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دارای اختلال افسردگی که در مدارس شهر بلداجی در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ مشغول به تحصیل بودند که از بین آنها ۳۰ نفر با توجه به ملاکهای ورود به پژوهش و بر اساس روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری قرار گرفتند. ملاک های ورودی عبارتاند از: ۱- داشتن ملاکهای اختلال افسردگی بر اساس مقیاس افسردگی بک و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-۵. ۲- عدم ابتلا به سوء مصرف مواد ۳- رضایت آگاهانه از روش درمانی در فرایند پژوهش، ۴- عدم دریافت مداخله های روان درمانی دیگر به طور همزمان. ملاکهای خروجی نیز شامل موارد زیر بود: ۱- سابقه ی مشکلات و ناتوانایی های متوسط تا شدید یادگیری (جهت جلوگیری از تداخل در توانایی تکمیل درست پرسشنامه ها و شرکت در پژوهش) ۲- وجود بیماری حاد جسمی ۳- دریافت درمان های روانشناختی (حداقل یک ماه قبل از ورود به پژوهش) ۴- مصرف داروهای روانپزشکی (حداقل یک ماه قبل از ورود به پژوهش).

ابزارهای پژوهش که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند، عبارت بودند از:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالهای محور I در DSM-IV (SCID-I)؛^۴

^۴ Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID).

در ارزیابی اختلالهای اصلی روانپزشکی (براساس تعاریف و معیارهای DSM-IV-TR) SCID-I - ابزار جامع معیار شده ای است که برای استفاده در مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. (فرست و همکاران، ۱۹۹۷). اجرای این ابزار به قضاوت بالینی مصاحبه گر درباره ی پاسخهای مصاحبه شونده نیاز دارد به همین دلیل مصاحبه کننده باید در زمینه ی آسیب شناسی روانی دانش و تجربه ی کافی داشته باشد. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-I/CV) که بیشتر تشخیص های روان پزشکی را پوشش می دهد و غالباً برای استفاده در محیط های بالینی و پژوهش های بالینی طراحی شده و دیگر نسخه پژوهشی و طولانی تر آن (SCID-I/R) است که همه تشخیص ها و زیر نوع های آن ها و معیارهای شدت و سیر اختلالها را پوشش میدهد. . روایی و پایایی این ابزار در پژوهشهای مختلف قابل قبول گزارش شده است. (گروث و - مارنات، ۲۰۰۹). تران و اسمیت (۲۰۰۴) ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابها برای این مصاحبه گزارش کرده اند. نسخه فارسی این پرسشنامه را شریفی و همکاران (۱۳۸۳) تهیه و اعتباریابی کرده و روایی و پایایی مطلوبی برای آن گزارش کرده اند.

پرسشنامه افسردگی بک:

با توجه به شیوع روزافزون اختلالات روانی در تمامی گروههای سنی از جمله سالمندان، نوجوانان، جوانان و... توجه به سلامت روان افراد جامعه به ویژه اختلال افسردگی بسیار مهم است. از این رو، وجود ابزارهای غربالگری برای تشخیص به موقع افسردگی بسیار حائز اهمیت است. در نتیجه ابزاری می تواند عمل غربالگری را به درستی انجام دهد که از روایی و پایایی مناسبی برخوردار باشد.

یکی از این ابزارها نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک می باشد این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه می باشد که هر گویه دارای ۴ عبارت می باشد، هریک از این عبارتها بیان کننده حالتی در شخص است. فرد پاسخگو باید به ترتیب و با دقت فراوان هر کدام از عبارت های مطرح شده در هر گویه را بخواند و آن عبارتی که به بهترین ودقیق ترین وجه ممکن به احساس موجود در فرد اشاره می کند و یا حتی عبارتی که وضعیت فرد را به درستی توصیف می نماید انتخاب کند و داخل دایره آن علامت تیک بزند. در پاسخ گویی به عبارت ها ممکن است فرد در انتخاب بین دو یا چند گزینه مردد باشد و به عبارتی دیگر دو گزینه از عبارت های مطرح شده توصیف کننده احساس حاکم بر فرد باشند، در این گونه مواقع فرد باید عبارتی را که به احساس حاکم بر او نزدیکتر است تیک بزند. حتی اگر فرد نتوانست از بین عبارتهای موجود در یک گویه گزینه ای را انتخاب نماید باید این انتخاب را از طریق حدس و گمان انجام دهد یعنی تا می تواند گویه ای را بدون پاسخ نگذارد. در پایان پاسخ گویی، امتیاز مربوط به هر گویه با سایر امتیازات جمع خواهد شد.

همانگونه که اشاره شد این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که هر گویه از ۴ عبارت تشکیل شده است، امتیاز مربوط به هر گویه طبق نمره گذاری طیف لیکرت بین ۰ تا ۳ می باشد که به گزینه اول امتیاز صفر و گزینه آخر امتیاز ۳ تعلق می گیرد، در پایان، امتیازات مربوط به همه ی گویه ها با هم جمع می شوند و امتیاز هر فرد از این طریق به دست می آید، که مجموع امتیازات در گستره بین ۰ تا ۸۱ خواهد بود. اگر امتیاز کسب شده بین ۱ الی ۱۰ باشد فرد از نظر اختلال افسردگی، فردی طبیعی است. اگر جمع امتیازات فرد در گستره بین ۱۱ الی ۱۶ باشد فرد افسردگی کمی دارد، کسب امتیاز بین ۱۷ تا ۲۰ فرد را ملزم به مشورت با یک روانشناس و یا روانپزشک می کند. کسب امتیاز بین ۲۱ تا ۳۰ نشان دهنده ی این است که فرد به نسبت افسرده است. امتیاز بین ۳۱ الی ۴۰ نشان دهنده ی افسردگی شدید در فرد است، و سرانجام امتیاز بالای ۴۰ نشان می دهد که فرد با افسردگی بیش از حد دست و پنجه نرم می کند.

نسخه فارسی این پرسشنامه با روش Forward-Bacward تهیه گردید. سپس ۲۳۳ نفر از افراد متفاوت از نظر بازه ی سنی در منطقه ۱ شهر قم به طور تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده، شامل پرسشنامه های اطلاعات دموگرافیک، اضطراب بک به منظور بررسی روایی و پایایی آن و همچنین پرسشنامه ی GHQ-۲۸ به منظور محاسبه همبستگی آن با GHQ-۲۸ بود. برای سنجش پایایی پس از یک هفته، پرسشنامه نامه بک مجدداً در اختیار ۲۰ درصد از آزمونی ها قرار گرفت. سپس داده ها با کمک نرم افزار SPSS-۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

طبق یافته های پژوهش ضریب همبستگی درون طبقه ای ۰/۸۱ محاسبه شد. ثبات داخلی آزمون نیز از روش آلفای کرونباخ و تنصیف به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ به دست آمد. در بررسی روایی همگرا، پرسشنامه بک نیز از طریق سنجش همبستگی آن با نمره کل GHQ-۲۸ و نیز با چهار سازه آن تعیین شد که همبستگی پرسشنامه بک با کل نمره GHQ-۲۸ ۰/۸ به دست آمد. نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک جهت پژوهش در جمعیت های مختلف مردم هم از نظر جنسیت و هم از نظر بازه سنی در مناطق مختلف شهری و روستایی از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است.

افرادی که بر اساس پرسشنامه افسردگی بک و مصاحبه بالینی، دارای اختلال افسردگی تشخیص داده شدند، با توجه به معیارهای ورود و خروج از پژوهش، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش چشم انداز زمان به مدت ۸ جلسه یک ساعته قرار گرفتند. (محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است). اما گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. هر دو گروه، در ابتدا و انتهای مداخله، توسط پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و از طریق آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱. ساختار و محتوای آموزش چشم انداز زمان

جلسات	محتوای جلسات.
اول	آشنایی و جهت گیری نسبت به آینده، برقراری ارتباط عاطفی، قواعد گروه ۱. آشنایی و معرفی اعضا گروه ۲. تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان ۳. تعیین اهداف این برنامه درمانی ۴. توضیح مفصل دیدگاه های زمانی ۵. ایجاد جهت گیری نسبت به آینده
دوم	ارزیابی شخصی و گروهی ۱. مرور تکالیف ۲. آموزش افزایش احساس معنا داری ۳. کمک به دانش آموزان برای ایجاد حس خوشبینی و امیدواری نسبت به آینده ۴. جمع بندی بحث های مطرح شده در جلسه دوم
سوم	نحوه ی تمرکز بیشتر بر اهمیت زمان و معنا داری آینده ۱. ایجاد یک حس واقعی نسبت به آینده ۲. طرح ریزی و آمادگی برای آینده ۳. توجه به پیامدهای کوتاه مدت اعمال ۴. توجه به پیامدهای بلند مدت اعمال
چهارم	طرح ریزی و تقویت هدفمندی ۱. بررسی تکالیف ۲. افزایش مهارت طرح ریزی ۳. تقویت هدفمندی
پنجم	ایجاد خود آگاهی ۱. ترسیم خط زندگی ۲. ایجاد خود آگاهی از طریق فهم تداعی گذشته و حال ۳. شناسایی الگوهای تکراری دانش آموزان در گذشته
ششم	تمایز یافتگی ۱. کمک به دانش آموزان برای برجسته نمودن مسیر زندگی ۲. کمک به دانش آموزان جهت تمایز یافتگی ۳. نوشتن زندگی نامه آینده من توسط دانش آموزان
هفتم	یکپارچگی ۱. کمک به ایجاد یکپارچگی از طریق طرح ریزی آینده ۲. تقویت نگرش مثبت
هشتم	مرور جلسات و ارزشیابی و نتیجه گیری ۱. بررسی تکالیف ۲. مرور بر موضوعات جلسات گذشته ۳. گرفتن بازخورد ۴. خداحافظی

شاخصهای توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنیهای پژوهش در متغیر علائم اضطرابی به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول شماره ۲ ارائه شد.

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب فراگیر در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

پیش آزمون		پس آزمون		
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۲۳/۶	۶/۵۶	۲۲/۹۳	۸/۰۸	کنترل
۳۴/۶	۵/۹۰	۲۹/۳۵	۳/۴۹	آزمایش

با توجه به جدول شماره ۲ میتوان مشاهده کرد که بین میانگین نمرات متغیر نشانه های افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت وجود دارد به طوری که نمرات گروه آزمایش پس از آموزش چشم انداز زمان نسبت به گروه کنترل کاهش داشته و با بهبود همراه بوده است.

با توجه به اینکه افراد دو گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، بهمین منظور بررسی تفاوت دو گروه و بررسی تأثیر آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم اختلال افسردگی دانش آموزان پسر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. در ابتدا برای اجرای این آزمون آماری مفروضات آن لحاظ گردید که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. نتایج پیش فرضهای آزمون لوین (برابری واریانسها)، تحلیل واریانس یک بعدی (خطی بودن و انحراف از خطی بودن)، همگنی شیب رگرسیونها و نرمال بودن

اضطراب فراگیر		
P	F	نوع پیش فرض
۰/۵۶	۳/۳۹	همگنی واریانس
۰/۵۶	۰/۳۷۴	خطی بودن
۰/۳۷۳	۱/۳۰۵	انحراف از خطی بودن
۰/۶۸۴	۰/۱۶۸	همگنی شیب رگرسیون ها

نرمال بودن	۲۰۲/	۰۸۶/.
------------	------	-------

نتایج آزمون لوین نشان میدهد که چون سطح معناداری به دست آمده بزرگتر از ۰/۵ است بنابراین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر واریانس تفاوت معنی داری ندارند، بنابراین این پیش فرض جهت انجام آزمون کوواریانس رعایت شده است. همچنین، علیرغم این که سطح معناداری مقادیر F آزمون خطی بودن بیشتر از میزان ۰/۵، اما با توجه به اینکه در این پژوهش سطح معناداری آزمون انحراف از خطی بودن بیشتر از میزان خطای ۰/۵ است، میتوان نسبت به برقراری مفروضه خطی بودن اطمینان حاصل کرد. همچنین، چون سطح معناداری مقادیر F آزمون همگنی شیب رگرسیونها بیشتر از میزان خطای ۰/۵ است میتوان استنتاج کرد که مفروضه ی همگنی شیب رگرسیونها نیز برقرار است. همچنین با توجه مقدار نرمال بودن به دست آمده (برآمده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف) بالاتر از ۰/۵ است بنابراین میتوان فهمید که مفروضه ی نرمال بودن نیز برای انجام تحلیل نهایی برقرار است.

جدول شماره ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تاثیر آموزش چشم انداز زمان بر اختلال افسردگی دو گروه در مرحله پس آزمون

متغیرها	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (P)	میزان تاثیر
پیش آزمون	۱	۸۲/۶۹۸	۲/۵۸۶	۰/۱۱۹	۰/۰۸۷
عضویت گروهی	۱	۱۶۶/۵۱۷	۱۶/۱۷۰	۰/۰۰۲	۰/۳۷۵

بر اساس جدول شماره ۴ تفاوت بین میانگین های تبدیل شده پس آزمون افسردگی در گروه آزمایش و کنترل معنادار است (P < ۰/۵). لذا می توان عنوان کرد آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم اختلال افسردگی در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه تاثیر داشته است. همچنین میزان تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل با تاثیر آموزش ۰/۳۷۵ بوده است. یعنی ۳۷/۵ درصد واریانس نمرات کل باقی مانده مربوط به تاثیر آموزش چشم انداز زمان بوده است؛ یا به عبارت دیگر ۳۷/۵ درصد تفاوت های فردی مربوط به نمرات پس آزمون اضطراب فراگیر، به تفاوت دو گروه مربوط می شود.

نتیجه گیری:

جدول شماره ۲ نتایج میانگین و انحراف استاندارد مربوط به اختلال افسردگی در دو مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد که بین میانگین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایش تفاوت وجود دارد، این در حالی است که بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه کنترل اختلاف زیادی وجود ندارد، اما این تفاوت در گروه آزمایش معنادار است و نشان دهنده ی این می باشد که آموزش چشم انداز زمان توانسته است بر روی دانش آموزانی که اختلال افسردگی داشته اند تاثیر مثبتی بگذارد.

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول ۴ و تحلیل کوواریانس عضویت گروهی آموزش چشم انداز زمان بر اختلال افسردگی می توان گفت، آموزش چشم انداز زمان بر کاهش علائم اختلال افسردگی مؤثر است.

لازم به ذکر است که بین نتایج حاصل از این پژوهش با یافته هایی که توسط محققین دیگر در این زمینه کسب شده بود همسو بوده است. از جمله این پژوهش ها و محققینی که در این زمینه ها فعالیت نموده اند می توان به نجفی (۱۳۹۳)، شجاعی (۱۳۹۴)، عاشوری (۱۳۹۴)، مرادی (۱۳۹۵)، کارتر و وایت (۲۰۱۵) اشاره نمود.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که تأثیر آموزش چشم انداز زمان بر روی اختلال افسردگی به صورت فعالیتی درمانی تأثیری دیرپا تر دارد، یعنی اینکه دانش آموزان مبتلا به اختلال افسردگی نسبت به دانش آموزان مبتلا به سایر اختلالات روانی نسبت به آموزش چشم انداز زمان از خود مقداری مقاومت نشان می دهند و این موضوع می تواند به این صورت بازگو گردد، دانش آموزانی که از اختلال افسردگی رنج می برند برای کاهش علائم مربوط به اختلال افسردگی مدت زمان بیشتری لازم دارند و آموزش چشم انداز زمان و ارائه دیدگاه های زمانی به صورت صحیح به دانش آموزان در روند بهبودی و همچنین کاهش علائم اختلال افسردگی در آنها بسیار تأثیرگذار است.

افسردگی به دنبال یک اتفاق یا مجموعه ای از اتفاقات رخ می دهد که در گذر زمان بر روی هم جمع می شوند و برای فرد در حوزه های متفاوت مشکلاتی ایجاد می کنند، بعضی عنوان می کنند که افسردگی می تواند جنبه ارثی داشته باشد یعنی افرادی مبتلا می شوند که احتمالاً یکی از اعضای خانواده ی آنها به این اختلال مبتلا باشد. اما بعضی دیگر از محققین این موضوع را رد می کنند و معتقدند جمع شدن مشکلات در گذر زمان است که نهایتاً فرد را مبتلا به این اختلال می کند. معمولاً افسردگی با عواملی مانند کم رویی، آسیب پذیری، پرخاشگری، خشونت، بی ثباتی هیجانی، حساسیت، پرخاشگری و خشونت، حساسیت، زودرنجی همراه است. موارد بازگوشده معمولاً در فرد مبتلا به افسردگی وجود دارد. ولی اگر فردی وظیفه شناس باشد، منظم و کمال گرا به شمار می رود. به عقیده موس^۵ (۱۹۶۶) افرادی که نظم کمتری در روند زندگی خود دارند، به خاطر همین نظم کمتر دچار اختلال افسردگی می شوند. چرا که وظیفه شناس بودن نشانه قوی تر بودن قسمت من^۶ شخصیت فرد است. قسمت من شخصیت انسان باواقعیات سر و کار دارد و به دنبال خیال پردازی و یا بازگشت به گذشته نیست (لطیفی، ۱۳۹۵).

در هر حال آموزش چشم انداز زمان می تواند به عنوان یک روش درمانی موفق در بسیاری از حوزه های روان درمانی به کار گرفته شده و مورد استفاده قرار بگیرد. البته می توان گفت روش های درمانی زیادی وجود دارد که کماکان مورد استفاده قرار می گیرند و پاسخ های خوبی را از خود به جای می گذارند. چشم انداز زمان نیز به عنوان یک نظریه جدید و روشی که هنوز به طور کامل شناخته شده نیست، در پژوهش های متفاوتی به کار رفته است (مدادی، ۱۳۹۳).

در مقایسه با دوره های زندگی، مطالعه چشم انداز زمان در نوجوانان به سه دلیل از اهمیت خاصی برخوردار است: اول، چشم انداز زمان در شکل دهی هویت که به لحاظ تحولی عمده ترین تکلیف دوره نوجوانی است نقش اساسی دارد (آدلانو^۷ و سیگنر^۸، ۱۹۹۹). دوم، در این دوره نوجوانان تصمیم های مهمی درباره تکالیف رشدی در حوزه های آموزشی، شغلی و خانوادگی می

^۵. Mouse

^۶. Ego

^۷ Adlano

^۸ Signer

گیرند که زندگی آنان در دوره بزرگسالی را تحت تاثیر قرار می دهد، این تصمیم ها خود، تحت تاثیر چشم انداز زمان قرار دارند. (وورلوملو^۹، ۲۰۰۷). سوم، مطالعات انجام شده نشان داده اند چشم انداز زمان پیش بینی کننده شایسته ای برای رفتارهای پرخطر جنسی (لاگی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۲) بزهکاری (همان)، مصرف مواد مخدر (همان) و قماربازی بیمارگون (انگل^{۱۱}، ۲۰۰۲) در دوره نوجوانی است. از میان تصمیماتی که در قلب هر فرد گرفته می شود، تصمیمات ناخودآگاه بسیاری هستند که از حس روانشناختی ذهنی مرتبط با زمان نشئت می گیرند. این قضیه از جریان روزانه تجربیات شخصی هر فرد، که به طور خودکار از طریق لنز چشم انداز خود، آن را مشاهده می کند به وجود می آید. و بسته به اینکه فرد در آن لحظه چه لنزی را زده باشد، اعمال و انتظارات فرد از آنها بسیار متفاوت خواهد بود (لاگی و همکاران، ۲۰۱۲).

۱. افراد با دید مثبت به گذشته بر "روزهای خوب گذشته" متمرکز می شوند. ممکن است این افراد آلبوم ها را نگهداری کنند، عکس ها را جمع آوری کنند و به دنبال جشن گرفتن تعطیلات مرسوم باشند.

۲. افراد با دید منفی به گذشته بر تمام چیزهای اشتباه گذشته تمرکز می کنند: "مهم نیست چکار می کنم، زندگی من هیچگاه تغییر نخواهد کرد.

۳. افراد لذت جو که در حال زندگی می کنند به دنبال لذت، چیز تازه، و احساس هستند و از درد دوری می کنند.

۴. افراد جبرگرا که در حال زندگی می کنند حس می کنند که تصمیمات قابل بحث هستند زیرا سرنوشت از پیش تعیین شده نقش راهنما در زندگی را ایفا می کند: "آنچه بخواهد بشود، می شود"

۵. افراد آینده محور که برای آینده برنامه ریزی می کنند و اطمینان دارند تصمیماتشان عملی خواهد شد.

در تبیین این یافته ها می توان گفت که ابعاد گوناگونی از چشم انداز زمان وجود دارد که از طریق تأثیرگذاری بر روی حرمت خود، شایستگی فرد، استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، معنویت، اعتقاد به آخرت و دنیای دیگر، لذت طلبی، مهارگری، با شاخص های سلامت مرتبط می شوند. بنابراین می توان گفت؛ عدم اتخاذ ابعاد مناسبی از چشم انداز زمان در برابر رویدادهای زندگی، باعث به وجود آمدن فشار روانی در دانش آموز شده، که ممکن است نهایتاً منجر به افسردگی گردد (تقی لو، ۱۳۹۵).

چشم انداز زمان از طریق اتخاذ ابعاد مناسب و صحیح در زندگی دانش آموز، باعث تقویت عزت نفس فرد شده، همچنین نحوه ی مقابله دانش آموز با تجربه های زندگی، بالاخص تجربه های منفی را تقویت می کند. بر این اساس چشم انداز زمان همیشه به عنوان یک مکانیزم می تواند به بهزیستی روانی کمک نماید، بنابراین دانش آموزانی که از بهزیستی روانی بالاتری برخوردار می باشند توانایی بیشتری برای سازگاری با مشکلات دارند. از طرفی دیگر می توان عنوان نمود دانش آموزانی که از منظر چشم انداز زمان دارای بهترین ابعاد چشم انداز زمان هستند، قدرت بیشتری برای مقابله با مشکلات و استرس های زندگی دارند، به همین دلیل کمتر در معرض ناامیدی و نگرانی مفرط قرار می گیرند و در نتیجه اختلال افسردگی که رابطه مستقیم با ناامیدی و بالاخص نگرانی مفرط دارد کمتر این افراد را مبتلا می کند. (هاشمی، ۱۳۹۰).

^۹ Worlomelo

^{۱۰} Luy

^{۱۱} Angle

سپاسگزاری:

در پایان از تمامی همکاران و همچنین تمامی دانش آموزان و همچنین از پرسنل محترم مدارس متوسطه پسرانه شهر بلداجی به جهت همکاری در این پژوهش تشکر میگردد.

منابع و مراجع:

- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. (۱۳۹۴). خلاصه روانپزشکی بالینی جلد ۱ و ۲، (فرزین رضاعی و حسن رفیعی). تهران: ارجمند. (۲۰۱۵).
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-۵ جلد اول. تهران: ساوالان.
- هالجین، ریچاردپی و ویتبورن، سوزان کراس. (۱۳۹۶). آسیب شناسی روانی جلد ۱ و ۲، (یحیی سیدمحمدی). تهران: روان. (۲۰۱۴).
- جلیلی، احمد. (۱۳۶۲). افسردگی. تهران: انتشارات تهران.
- زیمباردو، اف و بویدجی. (۱۳۹۴). پارادوکس زمان، روانشناسی نوین زمان که زندگیتان را تغییر خواهد داد، (شاهرخ شاه پرویزی و طلوع ملباشی). تهران: مولوی. (۲۰۰۱).
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۶(۲-۱)، ۱۰-۲۲.
- دایسون استغان، کیت و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مختصات روانشناسی پرسشنامه افسردگی بک-۲. فصل نامه پژوهش، دوره هشتم، ۶۴-۳۳.
- داودی، احمد. (۱۳۸۶). مقابله با افسردگی و شیوه های درمان آن. مجله نگاه، شماره ۶۹، ۲۸-۵۶.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (۱۹۹۹). *Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric*. Journal of Personality and Social Psychology, ۷۷, ۱۲۷۱-۱۲۸۸.

Zimbardo, P. G. (۲۰۰۵). *Expanding the present through hypnosis*. Journal of Applied Social Psychology, ۱, ۳۰۵-۳۲۳.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. (۲۰۰). *Time Orientation*. The Encyclopedia Of Psychological Assessment, ۲, ۱۰۳۱-۷۰۳۵.

Bitz, J. W., Stiv larscy, R. T., T. (۲۰۱۱). *Validating a brief measure of the Zimbardo Time Perspective Inventory*. Time and Society, ۲۲, ۳۹۱-۴۰۹.

Apostolidis, T., Fieulaine, N., & Soule, F. (۲۰۰۶). *Future time perspective as a predictor of cannabis use*: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, ۳۱, ۲۳۳۹-۲۳۴۳. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.addbeh.۲۰۰۶.۰۳.۰۰۸

Hunson, A. (۲۰۰۶). *Adolescent development from an agnatic perspective*. In F Perjures and T. Urban (Eds). *Self- efficacy beliefs of Adolescent*. ۵, ۱۴۳- ۱۴۶. Greenwich: Information age publishing.

Boniwell, I., & Zimbardo, P. (۲۰۰۴). *Balancing time perspective in pursuit of optimal functioning*. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. ۱۶۵-۱۷۹). Hoboken: Wiley

Boyd, J.N., & Zimbardo, P.G. (۲۰۰۵). *Time perspective, health and risk taking, understanding behavior in the context of time: theory, research and application*. In Starthman, A., & Joreman, J., & Mahwah, N.J: Lawrence Erlbaum associates inc, ۸۵-۱۰۷.

Adlaba, L. L. Signer, D. M. (۱۹۹۹). *Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity*. *American Psychologist*, ۵۴, ۱۶۵-۱۸۱.

Angel, P. G. (۲۰۰۲). *Testing Zimbardo's Stanford Time Perspective Inventory (STPI) – short form: An Italian study*. *Time & Society*, ۱۲, ۳۳۳-۳۴۷.