

مقاله اصلی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر حل مسئله و تعلل ورزی در افراد با اختلال افسردگی پایدار

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۱۰

خلاصه

مقدمه: از جمله مشکلات شایع در افراد مبتلا به افسردگی پایدار، تعلل ورزی و ناتوانی در حل مسائل و چالش‌های روزمره است. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش تعلل ورزی و بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به افسردگی پایدار انجام شده است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح بازگشتی که یک طرح تک آزمودنی است، می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ می‌باشد. نمونه‌ای به حجم چهار نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند با طرح خط پایه چندگانه از کلینیک راد انتخاب شدند. داده‌ها در سه مرحله خط پایه، مداخله (درمان شناختی-رفتاری) و پیگیری از طریق مشاهدات مستقیم، گزارش خودآزمودنی و پرسشنامه‌های استاندارد افسردگی بک (۱۹۹۶)، تعلل ورزی مقیاس تعلل ورزی عمومی لی (۱۹۸۶) و حل مسئله توسط هینز و پترسن (۱۹۸۲) جمع‌آوری گردید. سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها، درصد داده‌های غیرهمپوش و محاسبه اندازه اثر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری باعث کاهش معنادار تعلل ورزی و بهبود قابل ملاحظه در مهارت حل مسئله در آزمودنی‌های مورد مطالعه شده است ($P \leq 0.001$). درصد داده‌های غیرهمپوش (۸۸ درصد) و اندازه اثر کوهن ($d=2/41$) برای تعلل ورزی و شاخص ($SMD=2/42$) برای حل مسئله، تأییدکننده این مسئله بوده است.

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری می‌تواند یک روش درمانی مؤثر و کارآمد برای کاهش تعلل ورزی و بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار باشد.

کلمات کلیدی: اختلال افسردگی پایدار، تعلل ورزی، حل مسئله، درمان شناختی-رفتاری

منا مدرسسی^۱

محبوبه طاهر*^۲

^۱ کارشناسی ارشد بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود،

دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد

اسلامی، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

Email: mahboobe.taher@yahoo.com

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جهان به شمار می‌رود که طیف گسترده‌ای از علائم جسمانی، روانی و رفتاری را دربرمی‌گیرد (۱). براساس آخرین آمار سازمان بهداشت جهانی، حدود ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به انواع اختلالات افسردگی مبتلا هستند (۲). مطالعات نشان می‌دهند که میزان ابتلا به افسردگی در زنان تقریباً دو برابر مردان است (۳).

یکی از انواع افسردگی که می‌تواند پیامدهای جدی برای فرد و جامعه به همراه داشته باشد، اختلال افسردگی پایدار یا مزمن است (۱). تخمین زده می‌شود که حدود ۲۰ درصد از موارد ابتلا به افسردگی، به افسردگی مزمن یا پایدار تبدیل شوند (۴). افراد مبتلا به این اختلال علاوه بر داشتن علائم اصلی افسردگی مانند غمگینی، ناامیدی و فقدان لذت، با طیف گسترده‌ای از مشکلات و نارسایی‌های شناختی، عاطفی و رفتاری نیز روبرو هستند (۵). از جمله مهم‌ترین مشکلات شناختی در این افراد، ضعف در توانایی حل مسئله و تصمیم‌گیری است (۶). همچنین الگوهای تفکر غیرمنطقی و ناکارآمد از دیگر مشکلات شناختی آنهاست که می‌تواند بر روند درمان و بهبودی آنها تأثیر منفی بگذارد (۷). در زمینه مشکلات رفتاری، تمایلات رفتاری مربوط به تعلل‌ورزی و به تعویق انداختن کارها و تکالیف از جمله چالش‌های اصلی این بیماران محسوب می‌شود (۸). این مشکلات می‌توانند موجب تشدید علائم افسردگی و کاهش کیفیت زندگی این افراد شوند (۹).

درمان شناختی - رفتاری (CBT) به عنوان یکی از کارآمدترین رویکردهای درمانی، نقش مهمی در بهبود علائم و پیامدهای نامطلوب ناشی از ابتلا به انواع اختلالات افسردگی ایفا می‌کند (۱۰، ۱۱). این شیوه درمانی با تمرکز بر شناسایی و اصلاح الگوهای تفکر ناکارآمد و رفتارهای ناسازگارانه، به افراد کمک می‌کند تا از طریق ایجاد

تغییرات مثبت در فرایندهای شناختی، عاطفی و رفتاری‌شان، به سمت بهبودی حرکت کنند (۱۲). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که CBT منجر به کاهش معنادار علائم و بهبود پیامدهای نامطلوب ناشی از ابتلا به انواع اختلالات افسردگی می‌شود (۱۳، ۱۴).

با وجود اینکه پژوهش‌های فراوانی در خصوص اثربخشی CBT بر شدت علائم افسردگی انجام شده است (۱۵، ۱۶، ۱۷)، اما شواهد اندکی درباره تأثیر این نوع مداخلات بر متغیرهایی مانند حل مسئله و تعلل‌ورزی در دسترس است. این در حالی است که این متغیرها می‌توانند به طور مستقیم بر کیفیت زندگی و بهزیستی عمومی افراد تأثیرگذار باشند.

با توجه به اهمیت حل مسئله و تعلل‌ورزی به عنوان دو متغیر روان‌شناختی تأثیرگذار بر بهزیستی و کیفیت زندگی، و همچنین با عنایت به محدودیت شواهد علمی در خصوص تأثیر CBT بر این متغیرها در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی پایدار، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر میزان حل مسئله و تعلل‌ورزی در افراد مبتلا به این اختلال انجام شد. این پژوهش می‌تواند تا حدی خلأ موجود در ادبیات پژوهشی این حوزه را پر کند و شواهد جدیدی را در اختیار متخصصان و درمانگران قرار دهد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح تک آزمودنی بازگشتی بوده است. در این طرح ابتدا اندازه-های خط پایه آزمودنی‌ها تعیین می‌شود. بدین منظور در ۵ جلسه قبل از شروع مداخله، پرسشنامه‌های حل مسئله و تعلل‌ورزی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. سپس مداخله شناختی-رفتاری مبتنی بر پروتکل‌های بک (۱۹۷۹) و مایکل فری (۲۰۰۷) به مدت ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی

شده است. نمره بالاتر در این مقیاس نشان‌دهنده سطح بالاتری از تعلل ورزی در فرد است. پایایی درونی این ابزار در محدوده مطلوبی با ضریب آلفای ۰.۸۲ تا ۰.۹۰ قرار دارد. در این مطالعه، کلیه آزمودنی‌ها پس از آگاهی از اهداف پژوهش، فرم رضایت آگاهانه را امضا نمودند. همچنین رعایت اصل رازداری در طول فرآیند پژوهش کاملاً رعایت گردید. این پژوهش توسط یک روانشناس بالینی با ۱۴ سال سابقه کاری در کلینیک روانشناسی راد شهرستان شاهرود انجام شد.

روش آماری

در این پژوهش ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها با استفاده از آمار توصیفی بررسی گردید. سپس برای ارزیابی اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر متغیرهای حل مسئله و تعلل ورزی از روش‌های آماری تحلیل دیداری نمودارها، محاسبه درصد تمامی داده‌های غیر همپوش و اندازه اثر استفاده شد. تحلیل دیداری نمودارها به منظور بررسی میزان تاثیر مداخله بر هر یک از آزمودنی‌ها در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام گرفت. درصد داده‌های غیرهمپوش نیز برای نشان دادن میزان اثربخشی کلی مداخله محاسبه شد. در نهایت اندازه اثر مداخله بر روی متغیرهای حل مسئله و تعلل ورزی تخمین زده شد.

نتایج

درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی افراد با اختلال افسرده خویی اثر بخش است.
برای بررسی این فرضیه در شکل‌های ۱ تا ۴ داده‌های تک تک مراجعه کنندگان در میزان تعلل ورزی در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده اند. همچنین شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر مراجعه کننده و سپس برای کل گروه گزارش شده است.

برای هر آزمودنی اجرا گردید. در مرحله بعدی که مرحله پیگیری نامیده می‌شود، آموزش‌ها و مداخلات متوقف شده و آزمودنی‌ها در چندین جلسه به فاصله یک روز در میان، پرسشنامه‌های حل مسئله و تعلل ورزی را مجدداً تکمیل نمودند. در نهایت با مقایسه نتایج سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری، اثربخشی مداخله ارزیابی گردید. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی دختران ۳۴ تا ۳۸ ساله مبتلا به اختلال افسردگی پایدار در شهرستان شاهرود در سال ۱۴۰۲ می‌باشد. نمونه مورد بررسی شامل ۴ نفر از این جامعه است که به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی راد در شاهرود انتخاب شده‌اند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش عبارت بودند از: دختر بودن و داشتن حداقل مدرک کارشناسی. همچنین ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و مصرف همزمان داروهای روانپزشکی بودند.

پرسشنامه حل مسئله هینر و پترسون (۱۹۸۲)

این ابزار ۳۵ سوال دارد و شامل ۳ زیرمقیاس اعتماد به حل مسائل با ۱۱ سوال، سبک گرایشی-اجتنابی با ۱۶ سوال و کنترل شخصی با ۵ سوال می‌باشد. سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" نمره‌گذاری می‌شوند. نمره پایین در زیرمقیاس اعتماد به حل مسائل، نشان‌دهنده اعتماد کم فرد به توانایی‌های خود در حل مسئله است. همچنین نمره بالا در زیرمقیاس سبک گرایشی-اجتنابی بیانگر تمایل بیشتر فرد به اجتناب از فعالیت‌های مربوط به حل مسئله است. همسانی درونی این پرسشنامه در محدوده قابل قبولی با ضریب آلفای ۰.۷۲ تا ۰.۹۰ قرار دارد.

مقیاس تعلل ورزی عمومی لی (۱۹۸۶)

این مقیاس خودسنجی ۲۰ سوالی با پاسخ‌های لیکرت ۵ درجه‌ای از "هرگز" تا "اغلب اوقات" برای ارزیابی میزان تعلل ورزی یا اهمال کاری افراد در امور مختلف طراحی

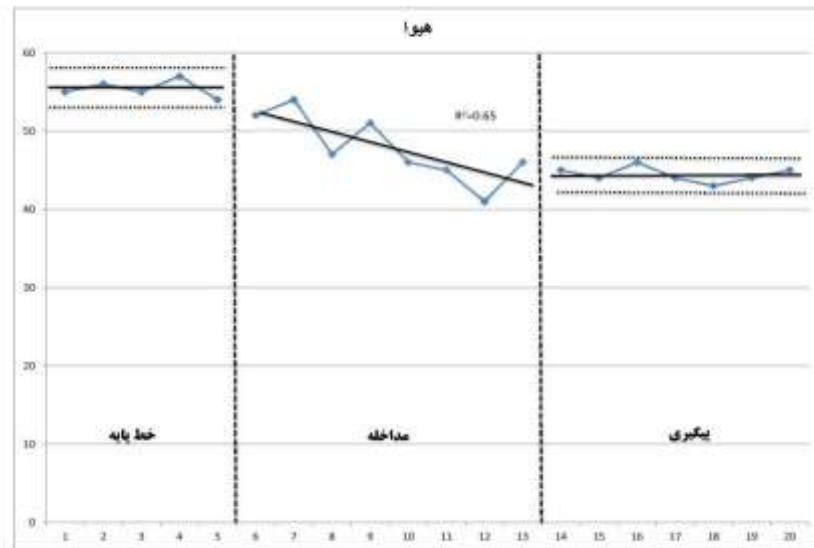
تحلیل دیداری (بررسی ثبات و روند داده ها)

مراجعه کننده اول (هیوا)

برای بررسی ثبات و روند داده ها، در شکل ۴-۱، خط

میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و R2 برای

مراجعه کننده نفر اول در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.



شکل ۱. بررسی ثبات و روند داده ها برای مراجعه کننده اول (هیوا)

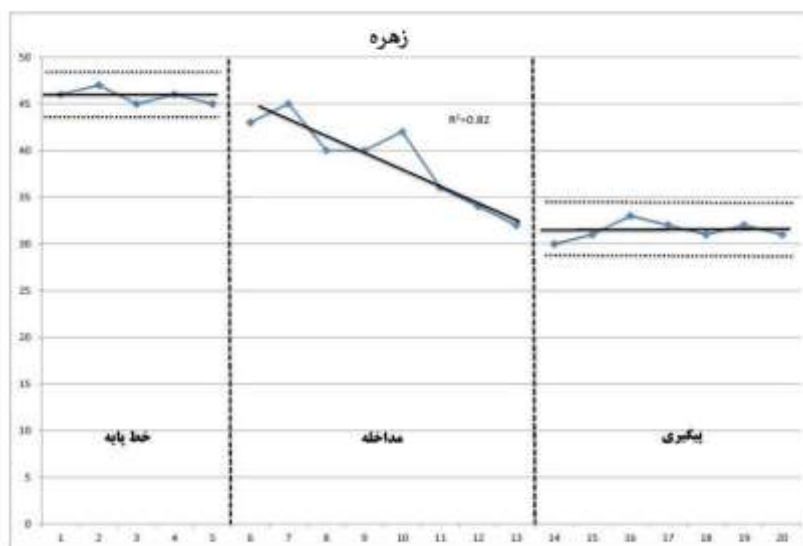
با توجه به شکل ۱، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده اول (هیوا) ۰/۰۸ یا ۸ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۸۵ و آماره **d** کوهن نیز ۳/۱۸ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر اول (هیوا) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده دوم (زهره)

برای بررسی ثبات و روند داده ها، در شکل ۲، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و R2 برای مراجعه کننده نفر دوم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

با توجه به شکل ۱، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای هیوا نشان می دهد که ۱۰۰ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۱ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۶۵ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات تعلل ورزی در طول زمان می باشد.



شکل ۲. بررسی ثبات و روند داده‌ها برای مراجعه کننده دوم (زهرة)

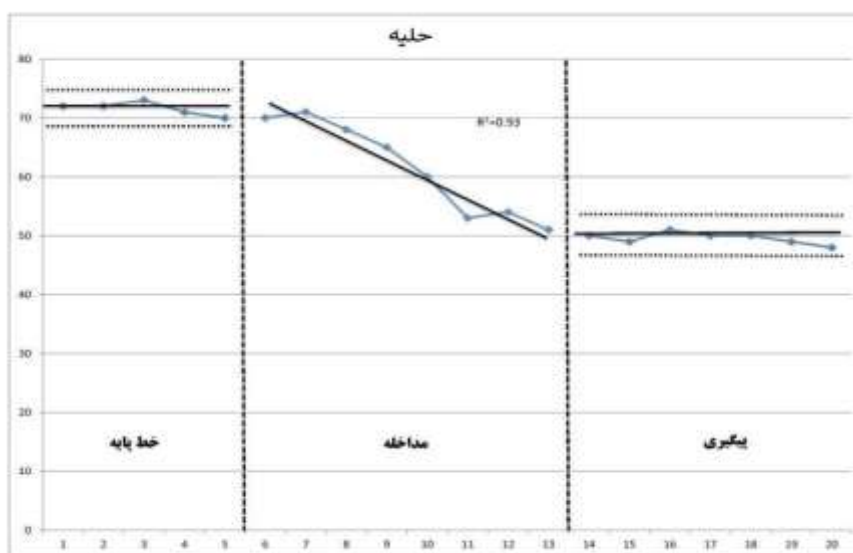
با توجه به شکل ۲، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده دوم (زهرة) $0/08$ یا 8 درصد و مقدار **PAND** نیز $0/92$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/85$ و آماره **d** کوهن نیز $3/18$ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر دوم (زهرة) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده سوم (حلیه)

برای بررسی ثبات و روند داده ها، در شکل ۳، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و **R2** برای مراجعه کننده نفر سوم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

با توجه به شکل ۲، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای زهره نشان می دهد که 100 درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز 100 درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۲ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با $0/82$ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات تعلل ورزی در طول زمان می باشد.



شکل ۳. بررسی ثبات و روند داده‌ها برای مراجعه کننده سوم (حلیه)

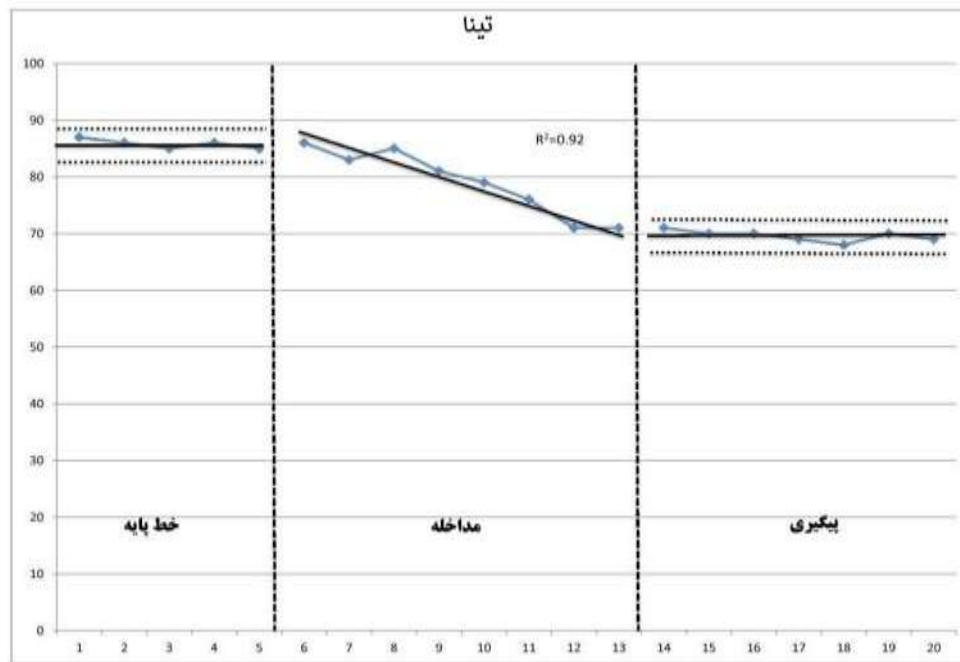
با توجه به شکل ۳، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده سوم (حلیه) $0/15$ یا 15 درصد و مقدار **PAND** نیز $0/85$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/69$ و آماره **d** کوهن نیز $1/92$ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر سوم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده چهارم (تینا)

برای بررسی ثبات و روند داده ها، در شکل ۴، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و **R2** برای مراجعه کننده نفر چهارم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

با توجه به شکل ۳، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای حلیه نشان می دهد که 100 درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز 100 درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۳ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با $0/93$ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات تعلل ورزی در طول زمان می باشد.



شکل ۴. بررسی ثبات و روند داده‌ها برای مراجعه کننده چهارم (تینا)

می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر چهارم (تینا) تأثیر مثبت داشته است. در شکل ۴-۵ نیز نتایج تحلیل دیداری کاهش تعلل ورزی مراجعه کنندگان در روش درمان شناختی - رفتاری، جهت مقایسه و محاسبه اندازه اثر کل نشان داده شده است.

اندازه اثر روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش تعلل ورزی مراجعه کنندگان

برای بررسی اندازه اثر روش درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی کل مراجعه کنندگان، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش **PAND** استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره **d** کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت.

با توجه به شکل ۵، تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی مراجعه کنندگان ۵۲ مشاهده می‌باشد. تعداد کل مداخلات ۳۲ مداخله و تعداد مشاهده‌ها در

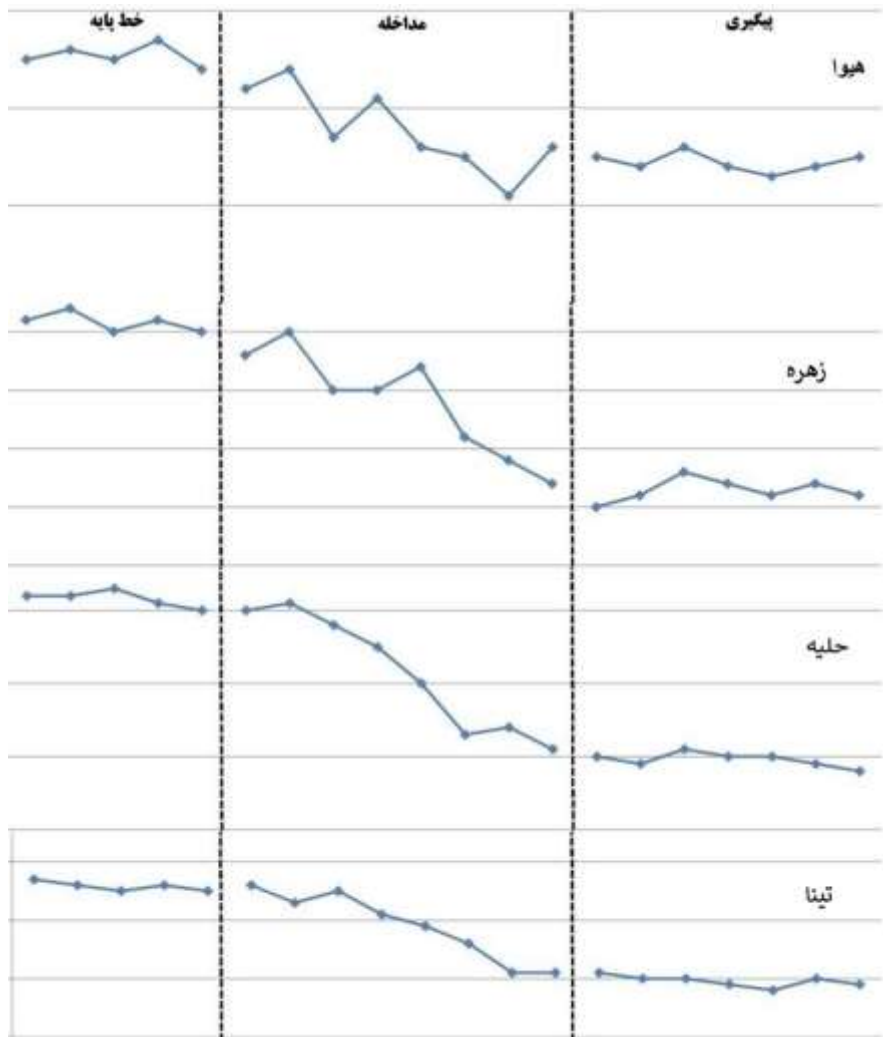
با توجه به شکل ۴، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای تینا نشان می‌دهد که ۱۰۰ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. با توجه به این یافته می‌توان گفت که داده‌ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۴ نشان می‌دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۹۲ می‌باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات تعلل ورزی در طول زمان می‌باشد.

با توجه به شکل ۴، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده چهارم (تینا) ۰/۱۵ یا ۱۵ درصد و مقدار **PAND** نیز ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۶۹ و آماره **d** کوهن نیز ۱/۹۲ می‌باشد که جزء اندازه‌های بالا محسوب

مشاهده می باشد. با توجه به این مقادیر درصد مشاهدات همپوش ۱۲ درصد می باشد. شاخص **PAND** نیز از کسر مقدار همپوشی از عدد یک به دست می آید و مقدار آن ۰/۸۸ می باشد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۷۷ و اندازه اثر **d** کوهن ۲/۴۱ می باشد که جز اندازه های اثر بالا می باشد. بنابراین می توان گفت که به طور کلی درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کنندگان تأثیر مثبت داشته و موجب کاهش تعلل ورزی آنان شده است.

مرحله خط پایه ۲۰ عدد می باشد. مراجعه کننده اول (هیوا)، ۱ مشاهده همپوش در مرحله مداخله با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۵۴ دارد. مراجعه کننده دوم (زهره)، ۱ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۴۵ دارد. مراجعه کننده سوم (حلیه)، ۲ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۷۰ دارد و مراجعه کننده چهارم (تینا) ۲ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۸۵ دارد با توجه به این موارد، مجموع کل مشاهدات همپوش ۶



شکل ۳. نتایج تحلیل دیداری کاهش تعلل ورزی مراجعه کنندگان در روش درمان شناختی - رفتاری

تعلیل آماری و پیگیری در جدول ۱ گزارش شده اند. همچنین از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده (**SMD**) برای بررسی تاثیر روش درمان شناختی - رفتاری بر تعلل

در بخش تحلیل آماری، شاخص های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۴ مراجعه کننده در سه مرحله پایه،

که در این فرمول، **Mt** میانگین مداخله، **Mb** میانگین خط پایه و **Sb** انحراف استاندارد خط پایه می باشند. مقادیر ۰/۲۰ نشانگر اثر اندک، ۰/۵۰ اثر متوسط و بیشتر از ۰/۸۰ اثر بالا می باشند.

ورزی مراجعه کنندگان استفاده شده است. این شاخص بهترین روش کمی محاسبه اندازه اثر در تحقیقات آزمایشی تک موردی می باشد. شاخص **SMD** از طریق فرمول زیر محاسبه می شود:

$$SMD = (Mt - Mb) / Sb$$

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد مراجعه کنندگان و کل گروه سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی ها	خط پایه میانگین	انحراف استاندارد	مداخله میانگین	انحراف استاندارد	پیگیری میانگین	انحراف استاندارد
هیوا	۵۵/۴۰	۱/۱۴	۴۷/۷۵	۴/۲۷	۴۴/۴۳	۰/۹۸
زهره	۴۵/۸۰	۰/۸۴	۳۹	۴/۵۷	۳۱/۴۳	۰/۹۸
حلیه	۷۱/۶۰	۱/۱۴	۶۱/۵۰	۸/۰۹	۴۹/۵۷	۰/۹۸
تینا	۸۵/۸۰	۰/۸۴	۷۹	۵/۸۸	۶۹/۵۷	۰/۹۸
کل	۶۴/۶۵	۱۷/۶۷	۵۶/۸۱	۱۷/۴۵	۴۸/۷۵	۱۵/۸۴

تعلل ورزی مراجعه کننده نفر سوم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۱ میانگین تینا از مرحله خط پایه ۸۵/۸۰ تا مرحله مداخله ۷۹ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۶۹/۵۷ نیز ادامه داشته است. همچنین برای حلیه اندازه اثر **SMD** ۸/۱۳- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر چهارم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

شاخص **SMD** برای کل گروه نیز ۰/۴۴- بدست آمد که نشان می دهد روش درمان شناختی - رفتاری بر کاهش تعلل ورزی کل مراجعه کنندگان تأثیر مثبت داشته است. با توجه به این یافته ها، فرضیه اول پژوهش تایید می شود و می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی در افراد با اختلال افسرده خویی اثر بخش است و باعث کاهش میزان تعلل ورزی آنان می شود.

درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله در افراد با اختلال افسرده خویی اثر بخش است.

برای بررسی این فرضیه در شکل های ۶ تا ۹ داده های تک تک مراجعه کنندگان در میزان حل مسئله در سه مرحله

با توجه به جدول ۱ میانگین هیوا از مرحله خط پایه ۵۵/۴۰ تا مرحله مداخله ۴۷/۷۵ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۴۴/۴۳ نیز ادامه داشته است. همچنین برای هیوا اندازه اثر **SMD** ۶/۷۱- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر اول (هیوا) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۱ میانگین زهره از مرحله خط پایه ۴۵/۸۰ تا مرحله مداخله ۳۹ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۳۱/۴۳ نیز ادامه داشته است. همچنین برای زهره اندازه اثر **SMD** ۸/۱۳- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر تعلل ورزی مراجعه کننده نفر دوم (زهره) تأثیر مثبت داشته است.

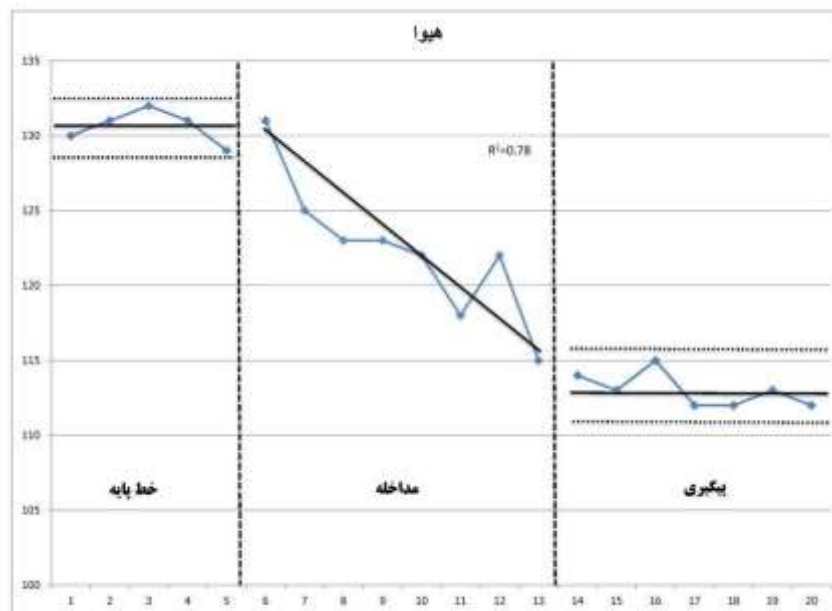
با توجه به جدول ۱ میانگین حلیه از مرحله خط پایه ۷۱/۶۰ تا مرحله مداخله ۶۱/۵۰ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۴۹/۵۷ نیز ادامه داشته است. همچنین برای حلیه اندازه اثر **SMD** ۸/۸۶- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر

خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده اند. همچنین شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر مراجعه کننده و سپس برای کل گروه گزارش شده است.

خط پایه، مداخله و پیگیری نمایش داده شده اند. همچنین شاخص PAND، ضریب فای و d کوهن برای هر مراجعه کننده و سپس برای کل گروه گزارش شده است.

تحلیل دیداری (بررسی ثبات و روند داده ها)

مراجعه کننده اول (هیوا)



شکل ۴. بررسی ثبات و روند داده ها برای مراجعه کننده اول (هیوا)

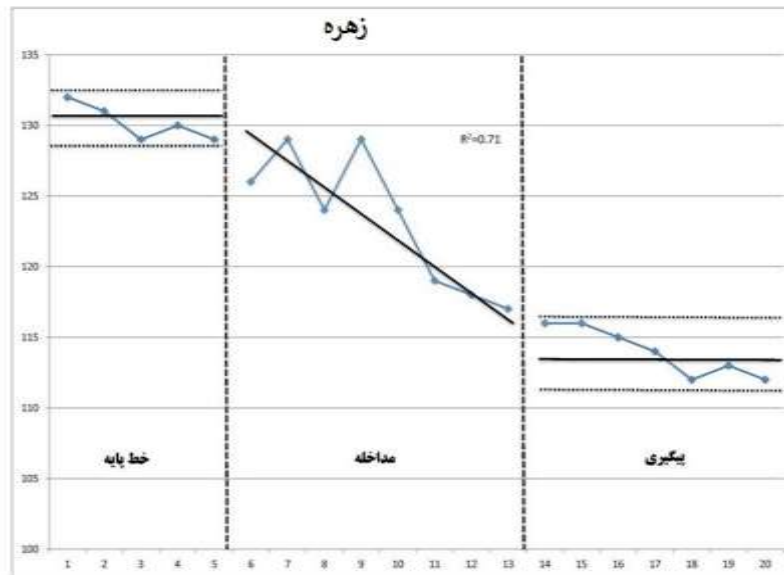
با توجه به شکل ۶، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده اول (هیوا) ۰/۰۸ یا ۸ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۸۵ و آماره d کوهن نیز ۳/۱۸ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر اول (هیوا) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده دوم (زهره)

با توجه به شکل ۶، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده اول (هیوا) ۰/۰۸ یا ۸ درصد و مقدار PAND نیز ۰/۹۲ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۸۵ و آماره d کوهن نیز ۳/۱۸ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر اول (هیوا) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به شکل ۶، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای هیوا نشان می دهد که ۱۰۰ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۶ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۷۸ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات حل مسئله در طول زمان می باشد.



شکل ۷. بررسی ثبات و روند داده‌ها برای مراجعه کننده دوم (زهرة)

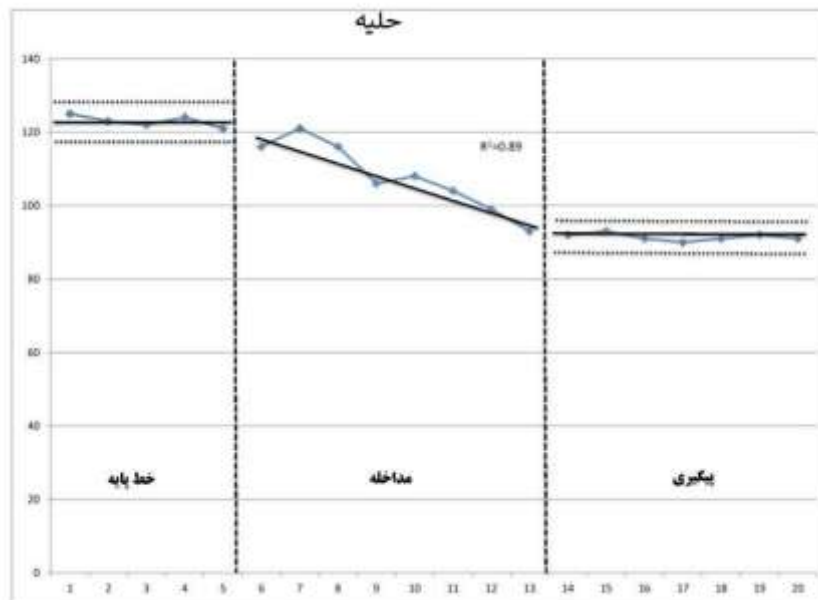
با توجه به شکل ۷، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده دوم (زهرة) ۰/۱۵ یا ۱۵ درصد و مقدار **PAND** نیز ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۶۹ و آماره **d** کوهن نیز ۱/۹۲ می باشد که جزء اندازه‌های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر دوم (زهرة) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده سوم (حلیه)

برای بررسی ثبات و روند داده‌ها، در شکل ۸، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و **R2** برای مراجعه کننده نفر سوم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

با توجه به شکل ۷، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای زهرة نشان می دهد که ۱۰۰ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده‌ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده‌های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۷ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۷۱ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات حل مسئله در طول زمان می باشد.



شکل ۸. بررسی ثبات و روند داده ها برای مراجعه کننده سوم (حلیه)

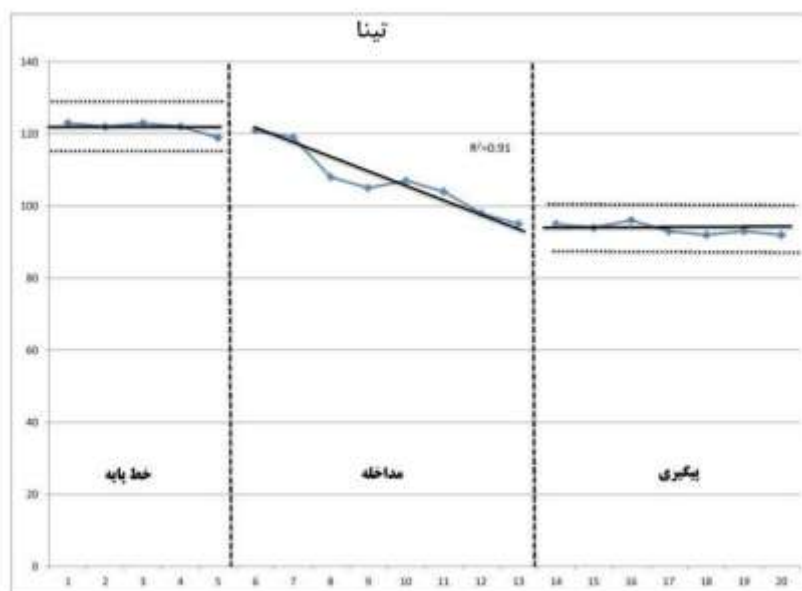
با توجه به شکل ۸، مقدار همپوشی برای مراجعه کننده سوم (حلیه) $0/08$ یا 8 درصد و مقدار **PAND** نیز $0/92$ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/85$ و آماره **d** کوهن نیز $3/18$ می باشد که جزء اندازه های بالا محسوب می شود. با توجه به این یافته می توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر سوم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

مراجعه کننده چهارم (تینا)

برای بررسی ثبات و روند داده ها، در شکل ۹، خط میانگین، محفظه ثبات و خط روند (رگرسیون) و **R2** برای مراجعه کننده نفر چهارم در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری نشان داده شده است.

با توجه به شکل ۸، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای حلیه نشان می دهد که 100 درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند. با توجه به این یافته می توان گفت که داده ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز 100 درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته اند و می توان نتیجه گرفت که داده های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۸ نشان می دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با $0/89$ می باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش بینی تغییرات تعلل ورزی در طول زمان می باشد.



شکل ۵. بررسی ثبات و روند داده‌ها برای مراجعه‌کننده چهارم (تینا)

کوهن نیز ۱/۹۲ می‌باشد که جزء اندازه‌های بالا محسوب می‌شود. با توجه به این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه‌کننده نفر چهارم (تینا) تأثیر مثبت داشته است. در شکل ۱۰ نیز نتایج تحلیل دیداری حل مسئله مراجعه‌کنندگان در روش درمان شناختی - رفتاری، جهت مقایسه و محاسبه اندازه اثر کل نشان داده شده است.

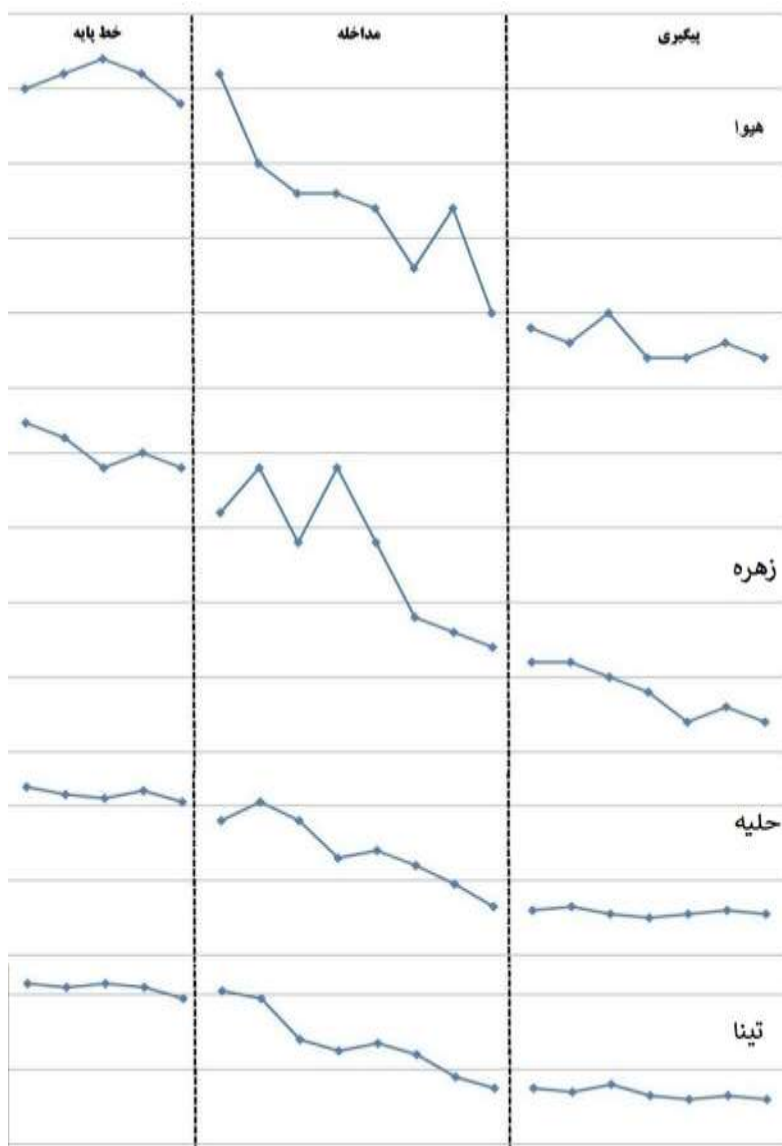
اندازه اثر روش درمان شناختی - رفتاری در حل مسئله مراجعه‌کنندگان

برای بررسی اندازه اثر روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله کل مراجعه‌کنندگان، از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش **PAND** استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره **d** کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت.

با توجه به شکل ۹، بررسی ثبات در مرحله خط پایه برای تینا نشان می‌دهد که ۱۰۰ درصد نقاط داده داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند. با توجه به این یافته می‌توان گفت که داده‌ها در این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند. در مرحله پیگیری نیز ۱۰۰ درصد نقاط داده در داخل محفظه ثبات قرار گرفته‌اند و می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های این مرحله از ثبات بالایی برخوردارند.

بررسی روند تغییرات در شکل ۹ نشان می‌دهد که در مرحله مداخله روند تغییرات کاهشی و ضریب تعیین برابر با ۰/۹۱ می‌باشد که نشانگر وجود ثبات در روند تغییرات و توانایی بالای خط رگرسیون در پیش‌بینی تغییرات حل مسئله در طول زمان می‌باشد.

با توجه به شکل ۹، مقدار همپوشی برای مراجعه‌کننده چهارم (تینا) ۰/۱۵ یا ۱۵ درصد و مقدار **PAND** نیز ۰/۸۵ به دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۰/۶۹ و آماره **d**



شکل ۱۰. نتایج تحلیل دیداری حل مسئله مراجعه کنندگان در روش درمان شناختی- رفتاری

(تینا) ۲ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۱۹ دارد با توجه به این موارد، مجموع کل مشاهدات همپوش ۶ مشاهده می باشد. با توجه به این مقادیر درصد مشاهدات همپوش ۱۲ درصد می باشد. شاخص **PAND** نیز از کسر مقدار همپوشی از عدد یک به دست می آید و مقدار آن $0/88$ می باشد. ضریب فای متناظر با این مقدار $0/77$ و اندازه اثر **d** کوهن $2/41$ می باشد که جز اندازه های اثر بالا می باشد. بنابراین می توان گفت که به طور کلی درمان شناختی- رفتاری بر حل مسئله مراجعه کنندگان تأثیر

با توجه به شکل ۱۰، تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی مراجعه کنندگان ۵۲ مشاهده می باشد. تعداد کل مداخلات ۳۲ مداخله و تعداد مشاهده ها در مرحله خط پایه ۲۰ عدد می باشد. مراجعه کننده اول (هیوا)، ۱ مشاهده همپوش در مرحله مداخله با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۲۹ دارد. مراجعه کننده دوم (زهره)، ۲ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۲۹ دارد. مراجعه کننده سوم (حلیه)، ۱ مشاهده همپوش با پایین ترین عدد مرحله پایه یعنی ۱۲۱ دارد و مراجعه کننده چهارم

مداخله و پیگیری در جدول ۴-۲ گزارش شده اند. همچنین از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استاندارد شده (SMD) برای بررسی تاثیر روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کنندگان استفاده شده است.

مثبت داشته و موجب بهبود مهارت های حل مسئله آنان شده است.

تحلیل آماری

در بخش تحلیل آماری، شاخص های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۴ مراجعه کننده در سه مرحله پایه،

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مراجعه کنندگان و کل گروه سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی ها	خط پایه	مداخله	پیگیری	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
	میانگین	میانگین	میانگین	ن	ن	ن
هیوا	۱۳۰/۶۰	۱۳۸/۳۸	۱۱۳	۱/۱۵	۴/۷۲	۱۲۲
زهره	۱۳۰/۲۰	۱۲۳/۲۵	۱۱۴	۱/۷۳	۴/۷۷	۱۲۳
حلیه	۱۲۳	۱۰۷/۸۸	۹۱/۴۳	۰/۹۸	۹/۴۳	۱۰۷
تینا	۱۲۱/۸۰	۱۰۷/۱۳	۹۳/۵۷	۱/۵۱	۹/۰۹	۱۰۷
کل	۱۲۶/۴۰	۱۱۵/۱۶	۱۰۳	۱۲/۱۶	۸/۸۵	۱۱۵

تا مرحله پیگیری ۹۱/۴۳ نیز ادامه داشته است. همچنین برای حلیه اندازه اثر SMD ۹/۵۷- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر سوم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۲ میانگین تینا از مرحله خط پایه ۱۲۱/۸۰ تا مرحله مداخله ۱۰۷/۱۳ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۹۳/۵۷ نیز ادامه داشته است. همچنین برای حلیه اندازه اثر SMD ۸/۹۳- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر چهارم (حلیه) تأثیر مثبت داشته است.

شاخص SMD برای کل گروه نیز ۲/۴۲- بدست آمد که نشان می دهد روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله کل مراجعه کنندگان تأثیر مثبت داشته است. با توجه

با توجه به جدول ۲ میانگین هیوا از مرحله خط پایه ۱۳۰/۶۰ تا مرحله مداخله ۱۳۸/۳۸ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۱۱۳ نیز ادامه داشته است. همچنین برای هیوا اندازه اثر SMD ۷/۲۱- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر اول (هیوا) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۲ میانگین زهره از مرحله خط پایه ۱۳۰/۲۰ تا مرحله مداخله ۱۲۳/۲۵ کاهش داشته است و این کاهش تا مرحله پیگیری ۱۱۴ نیز ادامه داشته است. همچنین برای زهره اندازه اثر SMD ۵/۳۳- می باشد. این عدد نشان می دهد که روش درمان شناختی - رفتاری بر حل مسئله مراجعه کننده نفر دوم (زهره) تأثیر مثبت داشته است.

با توجه به جدول ۲ میانگین حلیه از مرحله خط پایه ۱۲۳ تا مرحله مداخله ۱۰۷/۸۸ کاهش داشته است و این کاهش

برنامه ریزی فعالیت‌های لذت بخش و پاداش دهنده، افراد را به انجام این فعالیت‌ها ترغیب می‌کند. در نتیجه، سطح انگیزش و احساس رضایت در آنها افزایش می‌یابد که این امر به کاهش تعلل ورزشی و افزایش میزان فعالیت منجر می‌شود. گزارش‌های آزمودنی‌ها حاکی از آن بود که آنها پس از دریافت این درمان، نسبت به انجام تکالیف و وظایف روزانه خود در حوزه‌های مختلف زندگی مانند کار، منزل و روابط اجتماعی، انگیزه و تعهد بیشتری پیدا کرده‌اند.

دیگر یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری، مهارت حل مسئله را در افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار به میزان قابل توجهی بهبود بخشیده است (۲۰). تحلیل داده‌ها و شاخص‌های آماری مانند درصد داده‌های غیرهمپوش (۸۸ درصد) و اندازه اثر (SMD = ۲,۴۲)، حاکی از تأثیر مثبت این روش درمانی بر بهبود حل مسئله بوده است.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات قبلی، از جمله پژوهش‌های ویتاساری و همکاران (۱۸)، نزو (۲۰)، کایچرس و همکاران (۲۱) همخوانی دارد. در این مطالعات، درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روش موثر برای بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی مختلف معرفی شده است.

تکنیک حل مسئله، یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان شناختی-رفتاری است که در این پژوهش به کار گرفته شده است. این تکنیک شامل مراحل همچون تعریف دقیق مسئله، بارش فکری برای یافتن راه‌حل‌ها، ارزیابی معایب و مزایای هر راه‌حل، انتخاب بهترین گزینه‌ها و در نهایت اجرای راه‌حل‌های منتخب است. آموزش این تکنیک به آزمودنی‌ها کمک کرد تا در برخورد با مسائل و چالش‌های زندگی، به جای احساس ناامیدی و ناتوانی، از تفکر خلاق و منعطف‌تری برخوردار شوند و با استفاده از راه‌حل‌های متنوع، مشکلات خود را حل کنند.

به این یافته‌ها، فرضیه دوم پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری بر بهبود مهارت‌های حل مسئله در افراد با اختلال افسرده‌خویی اثر بخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش تعلل ورزشی و بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار پرداخته است. با توجه به شیوع بالای این اختلال و عوارض جدی ناشی از آن بر کیفیت زندگی افراد، یافتن روش‌های درمانی کارآمد برای کنترل علائم و بهبود عملکرد این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری توانسته است به میزان قابل توجهی تعلل ورزشی را در افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار کاهش دهد (۱۸). تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از طریق مشاهدات و گزارش‌های خودآزمودنی‌ها نشان داد که پس از دریافت این درمان، آزمودنی‌ها در انجام فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و حضور به موقع در قرارها و جلسات درمانی، پیشرفت چشمگیری داشته‌اند. محاسبه شاخص‌های آماری نظیر درصد داده‌های غیرهمپوش (۸۸ درصد) و اندازه اثر کوهن (d = ۲,۴۱) که جزو اندازه‌های اثر بالا محسوب می‌شود، حاکی از تأثیر بالای این روش درمانی بر کاهش تعلل ورزشی است.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین همچون پژوهش‌های ویتاساری و همکاران (۱۸)، راش، بلانچارد، رایت و جونز (۱۹)، همسو می‌باشد. در این مطالعات نیز، درمان شناختی-رفتاری به عنوان یک روش موثر برای کاهش تعلل ورزشی در افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی مختلف، از جمله افسردگی، معرفی شده است.

یکی از تکنیک‌های کلیدی به کار گرفته شده در این پژوهش، فعال‌سازی رفتاری بوده است. این تکنیک از طریق

در مطالعات آینده، می توان به نتایج قابل اعتمادتر و قابل تعمیم تری دست یافت.

نتیجه گیری

در پایان می توان گفت این پژوهش گامی مهم در جهت درک بهتر و ارائه راهکارهای عملی برای کمک به افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار محسوب می شود. امید است که نتایج آن مورد توجه متخصصان حوزه سلامت روان قرار گیرد و به توسعه و بهبود روش های درمانی برای این گروه از بیماران کمک کند. با توجه به یافته های این مطالعه، درمان شناختی-رفتاری می تواند به عنوان یک گزینه درمانی مناسب برای کاهش تعلل ورزی و بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به افسردگی پایدار پیشنهاد شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.087 مصوب گردید. نویسنده از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

بر اساس گزارش های آزمودنی ها، آنها پس از کسب این مهارت، دیگر در برابر مسائل احساس درماندگی نمی کردند و توانستند به طور قابل توجهی در حل مشکلات پیشین خود موفق تر عمل کنند. این امر، باعث افزایش اعتماد به نفس و احساس تسلط بر شرایط در آنها شد که خود می تواند به بهبود علائم افسردگی نیز کمک کند (۲۰).

در واقع، یافته های این پژوهش نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری می تواند یک روش درمانی موثر برای کاهش تعلل ورزی و بهبود مهارت حل مسئله در افراد مبتلا به اختلال افسردگی پایدار باشد. با توجه به پیامدهای مخرب این اختلال بر کیفیت زندگی افراد (نزو و همکاران، ۲۰۱۰)، اجرای این روش درمانی می تواند منافع قابل توجهی را برای بیماران به ارمغان آورد.

یکی از نقاط قوت این مطالعه، استفاده از روش تحقیق آزمایشی با طرح خط پایه چندگانه است که اجازه می دهد اثربخشی مداخله درمانی به صورت دقیق و قابل اعتماد مورد ارزیابی قرار گیرد. همچنین، به کارگیری شاخص های آماری معتبر نظیر درصد داده های غیرهمپوش و اندازه اثر، به افزایش روایی و قابلیت تعمیم نتایج کمک می کند (۲۲).

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به حجم نمونه محدود و عدم امکان تعمیم یافته ها به جامعه بزرگتر اشاره کرد. همچنین، محدودیت های زمانی و مالی باعث شده است که امکان پیگیری طولانی مدت آزمودنی ها فراهم نشود. با این حال، در صورت رفع این محدودیت ها

References

1. American Psychiatric Association DS, American Psychiatric Association DS. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, DC: American psychiatric association; 2013 May 22.
2. Liu Q, He H, Yang J, Feng X, Zhao F, Lyu J. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*. 2020 Jul 1;126:134-40.
3. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA psychiatry*. 2013 Oct 1;70(10):1100-6.
4. Young AS, Klap R, Shoai R, Wells KB. Persistent depression and anxiety in the United States: prevalence and quality of care. *Psychiatric Services*. 2008 Dec;59(12):1391-8.
5. Brockmeyer T, Kulesa D, Hautzinger M, Bents H, Backenstrass M. Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *Journal of affective disorders*. 2015 Apr 1;175:418-23.
6. Rupprechter S, Stankevicius A, Huys QJ, Steele JD, Seriès P. Major depression impairs the use of reward values for decision-making. *Scientific reports*. 2018 Sep 14;8(1):13798.
7. Matthews JD. Cognitive behavioral therapy approach for suicidal thinking and behaviors in depression. *Mental Disorders-Theoretical Empirical Perspectives*. 2013 Jan 16:24-43.
8. Flett AL, Haghbin M, Pychyl TA. Procrastination and depression from a cognitive perspective: An exploration of the associations among procrastinatory automatic thoughts, rumination, and mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2016 Sep;34:169-86.
9. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Archives of internal medicine*. 2007 Jan 8;167(1):60-7.
10. Furukawa TA, Efthimiou O, Weitz ES, Cipriani A, Keller MB, Kocsis JH, Klein DN, Michalak J, Salanti G, Cuijpers P, Schramm E. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018 May 30;87(3):140-53.
11. McPherson S, Senra H. Psychological treatments for persistent depression: A systematic review and meta-analysis of quality of life and functioning outcomes. *Psychotherapy*. 2022 Sep;59(3):447.
12. Matthews JD. Cognitive behavioral therapy approach for suicidal thinking and behaviors in depression. *Mental Disorders-Theoretical Empirical Perspectives*. 2013 Jan 16:24-43.
13. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008 Dec;76(6):909.

14. Cuijpers P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*. 2017 Feb;58(1):7.
15. Watkins KE, Hunter SB, Hepner KA, Paddock SM, de la Cruz E, Zhou AJ, Gilmore J. An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment. *Archives of general psychiatry*. 2011 Jun 6;68(6):577-84.
16. Furukawa TA, Efthimiou O, Weitz ES, Cipriani A, Keller MB, Kocsis JH, Klein DN, Michalak J, Salanti G, Cuijpers P, Schramm E. Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy, drug, or their combination for persistent depressive disorder: personalizing the treatment choice using individual participant data network meta-regression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018 May 30;87(3):140-53.
17. McPherson S, Senra H. Psychological treatments for persistent depression: A systematic review and meta-analysis of quality of life and functioning outcomes. *Psychotherapy*. 2022 Sep;59(3):447.
18. Yousefy A, Baratali M. Women, employment and higher education schoolings. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011 Jan 1;15:3861-9.
19. Dillard, A. J., Ferrer, R. A., Ubel, P. A., & Fagerlin, A. (2012). Risk perception measures' associations with behavior intentions, affect, and cognition following colon cancer screening messages. *Health psychology, 31*(1), 106.
20. Nezu AM. Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior therapy*. 2004 Dec 1;35(1):1-33.
21. Cuijpers P, Van Straten A, Andersson G, Van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2008 Dec;76(6):909.
22. Kazdin AE. *Research design in clinical psychology*. Cambridge University Press; 2021 Aug 5.

*Original Article***The effectiveness of cognitive behavioral therapy on problem solving and procrastination in people with persistent depressive disorder**

Received: 26/04/2024 - Accepted: 31/08/2024

Mona Modaresi¹
Mona Modaresi^{2*}¹ *MSC Clinical Student, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.*² *Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. (Corresponding Author)*

Email: mahboobe.taher@yahoo.com

Abstract**Introduction:** Procrastination and inability to solve everyday problems and challenges are among the common problems in people suffering from major depression. This study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing procrastination and improving problem-solving skills in people with major depression.**Methods:** The present study used an experimental type of regression design, which is a single-subject design. The statistical population includes all people suffering from depressive mood disorder in Shahrood city in 1402. A sample of four people was selected from Rad Clinic by purposive sampling method with multiple baseline design. The data were collected in three stages: baseline, intervention (cognitive-behavioral therapy) and follow-up through direct observations, self-examination reports and standard depression questionnaires by Beck (1996), procrastination of the general procrastination scale of Lee (1986) and problem solving by Hepner and Petersen. (1982) was collected. Then, the data were analyzed using visual analysis of graphs, the percentage of non-overlapping data, and calculating the effect size.**Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduced procrastination and significantly improved problem-solving skills in the studied subjects ($P \geq 0.001$). The percentage of non-overlapping data (88%) and Cohen's effect size ($d=2.41$) for procrastination and the index ($SMD=2.42$) for problem solving have confirmed this issue.**Conclusion:** It can be concluded that cognitive-behavioral therapy can be an effective and efficient treatment method to reduce procrastination and improve problem-solving skills in people with major depressive disorder.**Keywords:** Major Depressive Disorder, Procrastination, Problem Solving, Cognitive-Behavioral Therapy