

Research Article

# Designing and Content Validation of Feasibility Questionnaires from the Perspectives of Experts, Clinicians, and Patients

Authors

Firouzeh Zarghami<sup>1</sup>, Mohammad Reza Shaeiri<sup>2\*</sup>, Zahra Shahrivar<sup>3</sup>, Fatemeh Akhavan-Abiri<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. Graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. [firouzeh.zarghami@gmail.com](mailto:firouzeh.zarghami@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0009-2723-9410>

<sup>2</sup> Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. [shairigm@gmail.com](mailto:shairigm@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-2037-3475>

<sup>3</sup> Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [sharivar@sina.tums.ac.ir](mailto:sharivar@sina.tums.ac.ir), <https://orcid.org/0000-0003-1991-3072>

<sup>4</sup> Ph.D. Graduate in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. [akhavan885@gmail.com](mailto:akhavan885@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-1719-3676>

Abstract

Receive Date:

00/00/0000

Accept Date:

00/00/0000



**Introduction:** In a new culture, implementing treatment initially requires assessing and confirming the feasibility programs. Given the importance of feasibility in the expansion of psychotherapy programs, the present study aimed to develop and content validate the feasibility questionnaires from the perspectives of experts, therapist/clinician, patients (and in the case of children and adolescents, patients' parents).

**Method:** The present study followed a descriptive-survey design. After searching the literature on the concept of feasibility and developing 4 versions of the feasibility questionnaire from the perspectives of experts, therapist/clinician, patients, and patients' parents (in the case of children and adolescents), the content validity of the questionnaires was determined according to the opinions of 10 experts by calculating the content validity index (CVI) and content validity ratio (CVR) among psychologists who were at least doctoral students and had clinical experience of at least 5 years, selected based on a purposive sampling method.

**Results:** By removing unacceptable items, the content validity of the final version of the general feasibility questionnaire for experts was confirmed with 29 items by removing 9 items, the session-by-session feasibility questionnaire with 18 items by removing 4 items, the parent feasibility questionnaire with 15 items by removing 2 items, and the patients (child) feasibility questionnaire with the same 12 items without removing any items.

**Discussion and conclusion:** Despite the accessibility of similar feasibility tools, the present study attempted to present, for the first time, a coherent set of questionnaires for assessing the feasibility of therapeutic interventions, while paying attention to the greatest possible content comprehensiveness, focusing on the perspectives of different audiences such as experts, clinicians, patients, and in the case of children and adolescents, patients' parents. In addition to adaptability to therapeutic programs, these questionnaires are able to assess the feasibility with respect to other programs.

Keywords

Feasibility, Questionnaire, Experts, Clinician, Therapist, Patients, Parents

Corresponding Author's E-mail

[shairigm@gmail.com](mailto:shairigm@gmail.com)

Extracted from the first author's Ph.D. thesis on clinical psychology

## Extended Abstract

### Introduction

The first step in implementing treatment programs in a new culture is to judge their feasibility [1]. In a feasibility study, researchers employ mechanisms to improve generalizability [2]. Feasibility studies in psychotherapy seek to answer the question: "Does the treatment program work in a small sample?" [2].

In reviewing the research literature related to the concept of feasibility and the various categories that have been proposed for the underlying components of this concept, Bowen et al. [1] believe that feasibility studies identify eight general areas: acceptability, demand, implementation, practicality, adaptation, integration, extension, and limited efficacy testing. These components, among the various existing categories of the concept of feasibility, have looked at the concept of feasibility from a broader and more comprehensive angle and have proposed feasibility assessment through the passage of the aforementioned eight components.

The authors of the present study, reviewing studies in the field of feasibility of treatment protocols, did not find a comprehensive tool that considers the various components of feasibility in the evaluation to achieve an appropriate standard for feasibility assessment. Therefore, the present study aimed to develop and content validate the questionnaires in feasibility assessment that cover the feasibility components considered by Bowen et al. [1] from the perspectives of experts, clinicians, participants, and, in the case of children and adolescents, the patients' parents.

### Method

The present study followed a descriptive survey design. After searching the literature on the concept of feasibility and developing 4 versions of the feasibility questionnaire from the perspectives of experts, clinicians, patients, and patients' parents (if the patients are children or adolescents), among psychologists who were at least doctoral students and had a clinical experience of at least 5 years, based on a purposive sampling method, the content validity of the questionnaires was determined according to the viewpoint of 10 experts by calculating the Content Validity Index (CVI) and Content Validity Ratio (CVR).

The instruments used in the present study were the General Feasibility Questionnaire for Experts/Clinicians [7], the Session-by-Session Feasibility Questionnaire for Experts/Clinicians [7], the General Feasibility Questionnaire for Parents [7], and the General Feasibility Questionnaire for Children [7], which were developed and implemented while conducting a clinical trial focused on the Transdiagnostic Protocol for Children's Emotional Disorders (UP-C).

In developing the feasibility questionnaires in four general versions for experts/clinicians, session-by-session for specialists/clinicians, parents, and children, each version was adapted to its audience in terms of having the appropriate components, considering the concept of feasibility components.

### Results

Based on the the calculated CVI and CVR, "unacceptable" or "questionable" items were removed and the final version of the general feasibility questionnaire for experts/clinicians was confirmed with 29 items after 9

items were removed, the session-by-session feasibility questionnaire for experts/clinicians was confirmed with 18 items after 3 items were removed, the parent feasibility questionnaire was confirmed with 15 items after 2 items were removed, and the child feasibility questionnaire was confirmed with 12 items without any items being removed.

In the general feasibility questionnaire from the experts' perspective, items that did not obtain an acceptable index of content validity and were therefore removed were related to the following: the degree of satisfaction of the treatment program (in acceptability), the degree of negative impact of the treatment program on the cultural structure of Iran (in demand), the degree of success of the treatment program (in implementation), the ability to implement with quality based on available resources, the negative impact on the patients, the economic cost-effectiveness for patients and the degree of unnecessary components in the treatment program (in practicality), and the degree of negative impact on the country's mental health programs (in integration). In the session-by-session feasibility questionnaire for experts/clinicians, items were removed that referred to the degree of satisfaction with the treatment program (in acceptability), the degree of success of the treatment program (in implementation), and the degree of negative impact on patients (in practicality). Finally, in the general feasibility questionnaire from the parents' perspective, the items that were removed were related to the attractiveness of the treatment program for parents (in acceptability) and the extent of the negative impact of the treatment program on patients (in practicality). Conceptually, the removed items can be viewed from two perspectives; first, items that are related to the positive aspects of the treatment program, such as the degree of satisfaction, attractiveness, and success of the treatment program, its feasibility, and cost-effectiveness, and second, items that assess the negative or dismissive aspects of the treatment program, such as the degree of negative impact of the treatment program on the cultural structure of Iran (in demand), the degree of negative impact on patients, and the amount of unnecessary components in the treatment program (in practicality), and finally, the degree of negative impact on the country's mental health programs (in integration).

### Conclusion

The present study aimed to develop and content validate of feasibility questionnaires from the perspectives of experts, clinicians, participants, and in the case of children and adolescents, their parents. The findings obtained from the experts' perspective confirmed the content validity of the four versions of the feasibility questionnaire, which were developed based on the feasibility components considered by Bowen et al. (2009), while deleting some items. Although a review of the research literature related to assessing the feasibility of psychotherapy protocols found tools that are used in this field and, in addition, aim to assess the perspectives of the experts, therapists, and patients from different angles [3,5,11], no tool was found that consistently attempted to pay comprehensive attention to the dimensions of feasibility as much as possible and in some way provide the arena for comprehensive assessment of those dimensions. In cases where efforts were made to develop and present a tool aimed at more comprehensively assessing the underlying components of feasibility [12], no separation of the questionnaire audience was observed to obtain perspectives from different angles; the perspective of the expert who examines the treatment program from outside the space of its implementation, the therapist who

is directly involved in the challenges of implementing the treatment program, the participants and patients who directly receive the structure and content of this treatment program under the guidance of the therapist. However, the present study attempted to present, for the first time, a coherent set of questionnaires for assessing the feasibility of therapeutic interventions, while taking into account the greatest possible content comprehensiveness, focusing on the perspectives of various audiences such as experts, clinicians, patients, and in the case of children and adolescents, their parents.

**Funding:** This study was self-funded.

**Conflict of interest:** The authors declare no competing interests.

**Authors' contribution:**

**Firouzeh Zarghami:** Concepts, Design, Definition of intellectual content, Data acquisition

**Mohammad Reza Shaeiri:** Concept, Design, Manuscript editing, Manuscript review, Guarantor

**Zahra Shahrivar:** Data acquisition

**Fatemeh Akhavan-Abiri:** Definition of intellectual content, Literature search, Manuscript preparation

فردا ایند ویدایش نشده

# طراحی و تعیین اعتبار محتوای پرسشنامه‌های امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران و بیماران

نویسندگان

فیروزه زرغامی<sup>۱</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲\*</sup>، زهرا شهرپور<sup>۳</sup>، فاطمه اخوان‌عبیری<sup>۴</sup>

۱. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

[firouzeh.zarghami@gmail.com](mailto:firouzeh.zarghami@gmail.com), <https://orcid.org/0009-0009-2723-9410>

۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

[shairigm@gmail.com](mailto:shairigm@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-2037-3475>

۳. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

[sharivar@sina.tums.ac.ir](mailto:sharivar@sina.tums.ac.ir), <https://orcid.org/0000-0003-1991-3072>

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. [akhavan885@gmail.com](mailto:akhavan885@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-1719-3676>

چکیده

**مقدمه:** اجرای برنامه‌های درمانی در فرهنگی جدید، در ابتدا مستلزم سنجش و تأیید امکان‌پذیری آنهاست. با توجه به اهمیت امکان‌سنجی در گسترش برنامه‌های روان‌درمانی، هدف پژوهش حاضر، ساخت و اعتباریابی محتوای پرسشنامه‌هایی در سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه متخصصان، درمانگر/ بالینگر، شرکت‌کنندگان یا بیماران (و در موارد کودک و نوجوان، والدین آنها) بود.

**روش:** مطالعه حاضر، پیرو طرح توصیفی - پیمایشی بود. پس از جست‌وجو در ادبیات مفهوم امکان‌سنجی و تدوین ۴ نسخه پرسشنامه امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر/ بالینگر، بیماران و والدین بیماران (در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند)، ۶ متخصص روان‌شناسی و ۴ دانشجوی دکتری تخصصی که سابقه فعالیت بالینی به مدت حداقل ۵ سال داشتند، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند. تعیین اعتبار محتوای پرسشنامه‌ها، طبق نظر این ۱۰ متخصص با محاسبه شاخص اعتبار محتوا (CVI) و نسبت اعتبار محتوا (CVR) صورت گرفت.

**نتایج:** با حذف گویه‌های غیرقابل قبول، اعتبار محتوای نسخه نهایی پرسشنامه امکان‌سنجی کلی متخصصان با حذف ۹ گویه، با ۲۹ گویه، پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه متخصصان با حذف ۴ گویه، با ۱۸ گویه، پرسشنامه امکان‌سنجی والدین با حذف ۲ گویه، با ۱۵ گویه و پرسشنامه امکان‌سنجی کودکان بدون حذف هیچ گویه‌ای، با همان ۱۲ گویه تأیید شد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با وجود ابزارهای امکان‌سنجی مشابه، پژوهش حاضر تلاش نمود برای نخستین بار مجموعه منسجمی از پرسشنامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را ضمن عنایت به جامعیت محتوایی هرچه بیشتر، با تمرکز بر دیدگاه مخاطبان مختلفی چون متخصصان، بالینگران، بیماران و در موارد کودک و نوجوان، والدین آنها ارائه نماید. این پرسشنامه‌ها می‌توانند با توجه به برنامه‌های دیگر، شرایط امکان‌سنجی را ضمن انطباق با برنامه‌های درمانی فراهم نمایند.

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



درمانی در نمونه‌ای کوچک، کار می‌کند؟» [۲].

در مرور ادبیات پژوهشی مربوط به مفهوم امکان‌سنجی و دسته‌بندی‌های مختلفی که از مؤلفه‌های زیربنایی این مفهوم ارائه شده‌است، بوون<sup>۳</sup> و همکاران [۱] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی، هشت حوزه کلی را تعیین می‌کنند؛ مقبولیت یا پذیرش<sup>۴</sup>، تقاضا<sup>۵</sup>، اجرا<sup>۶</sup>، کاربرد<sup>۷</sup>، انطباق<sup>۸</sup>، یکپارچه‌سازی<sup>۹</sup>، گسترش<sup>۱۰</sup>؛ و آزمون با کارآمدی محدود<sup>۱۱</sup>. جدول ۱، شرح مختصر مؤلفه‌های امکان‌سنجی را که از دیدگاه بوون و همکاران [۱]، حیطة‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی است، نشان می‌دهد.

## مقدمه

اجرای برنامه‌های درمانی در فرهنگ‌های مختلف، درمانگر یا پژوهشگر را با چالش‌ها و تمایزهایی روبرو می‌کند. گام نخست در به‌کارگیری این برنامه‌ها در فرهنگی جدید، بر پایه قضاوت درباره امکان‌پذیری آن‌ها صورت می‌گیرد [۱]. توجه به چالش‌های اجرایی برنامه‌های درمانی در بافتار فرهنگی جدید و بررسی هرچه بیشترشان، زمینه را برای بومی‌سازی و به‌کارگیری برنامه مورد نظر در یک بستر فرهنگی خاص فراهم می‌کند. این مهم، از مسیر مطالعه امکان‌سنجی برنامه‌های درمانی محقق می‌شود. به‌بیانی دیگر، پژوهشگران در مطالعه امکان‌سنجی، مکانیسم‌هایی را به‌کار می‌گیرند تا تعمیم‌پذیری را بهبود بخشند؛ چه، مداخله‌ای که نتوان آن را به موقعیت‌های جهان واقعی انتقال داد، به‌صورت بحث‌برانگیزی استفاده محدودی خواهد داشت [۲].

پژوهش امکان‌سنجی، مؤلفه‌ای بحرانی در تدوین یک مداخله به‌شمار می‌رود؛ زیرا در تدوین مداخله و پژوهش، صراحتاً بر فرایند اجرا تمرکز دارد و بررسی می‌کند که آیا چنین فرایندی از اجرا، می‌تواند از طرح یک مطالعه بزرگ‌تر مانند یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی (RCT) پشتیبانی کند؟ چنین مطالعه‌ای را می‌توان پاره‌ای از یک پژوهش دانست که پیش از مطالعه اصلی اجرا می‌شود، تا بررسی کند که آیا این مطالعه را می‌توان انجام داد [۲]؟ به‌کارگیری و گسترش بیشتر مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی، هم فرصتی فراهم می‌کند تا پژوهش‌های پیامد مداخلات بهبود یابد و هم پلی بین خلأ موجود در اجرا – دانش برقرار گردد. این مطالعات، در حوزه روان‌درمانی، در جست‌وجوی پاسخ به این پرسش هستند که: «آیا برنامه

<sup>3</sup> . Bowen, D. J.

<sup>4</sup> . acceptability

<sup>5</sup> . demand

<sup>6</sup> . implementation

<sup>7</sup> . practicality

<sup>8</sup> . adaptation

<sup>9</sup> . integration

<sup>1</sup> . expansion

<sup>1</sup> . limited-efficacy testing

<sup>1</sup> . feasibility

<sup>2</sup> . Randomized Controlled Trial (RCT)

جدول ۱. حیطة‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی

ردیف	حیطه تمرکز	پرسش‌های مربوطه	نمونه پیامدهای مربوطه
۱	پذیرش	ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان، تا چه حد یک برنامه را مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌کنند؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>رضایت</li> <li>تمایل به تداوم به کارگیری</li> <li>مناسب انگاشتن<sup>۱</sup></li> </ul>
۲	تقاضا	برای این برنامه تا چه حد در یک بوم جدید تقاضا وجود دارد؟ چقدر ابعاد این برنامه، با فرهنگ بوم جدید منطبق می‌شوند؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>تناسب با فرهنگ سازمانی</li> <li>اثرات مثبت یا منفی بر سازمان</li> <li>به کارگیری واقعی</li> <li>ابراز تمایل و قصد نسبت به استفاده</li> <li>تقاضای ادراک‌شده</li> </ul>
۳	اجرا	چقدر این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد؛ با وجود بعضی محدودیت‌ها اما نه با کنترل کامل؟ چقدر در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی در جمعیت هدف اجرا می‌گردد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>میزان اجرایی بودن</li> <li>موفقیت یا شکست اجرایی بودن</li> <li>میزان و نوع منابع مورد نیاز برای اجرا</li> </ul>
۴	کاربرد	با استفاده از منابع، زمان، تعهدات و مشارکت‌های موجود که به شیوه‌ای محدود شده‌اند، چقدر می‌توان این برنامه را روی جمعیت هدف اجرا نمود؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>عوامل مؤثر بر سهولت یا دشواری اجرا</li> <li>مقرون‌به‌صرفه بودن، سرعت یا کیفیت اجرا</li> <li>اثرات مثبت یا منفی بر شرکت‌کنندگان هدف</li> <li>توان شرکت‌کنندگان در اجرای فعالیت‌های [مدنظر] مداخله</li> <li>تحلیل هزینه‌ها</li> </ul>
۵	انطباق	هنگام به کارگیری این برنامه در موقعیت تازه، چارچوب جدید یا جمعیتی متفاوت، چقدر تغییرات موردنیاز در محتوا یا روند برنامه قابل اجرا است؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>میزان پیامدهای مشابه به دست آمده در چارچوب جدید</li> <li>مقایسه پیامدهای فرایندی در به کارگیری مداخله روی دو جمعیت</li> </ul>
۶	یکپارچه‌سازی	این برنامه چقدر با سیستم موجود و زیرساخت‌های آن، هماهنگی و تناسب دارد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>تناسب ادراک‌شده با زیرساخت</li> <li>ماندگاری ادراک‌شده</li> </ul>
۷	گسترش	چقدر می‌توان این برنامه را به عنوان یک خدمت جدید در یک بوم تازه گسترش داد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>هزینه برای سازمان و پیکره سیاست‌گذاری‌ها</li> <li>اثرات مثبت یا منفی بر سازمان</li> <li>ایجاد خلل به خاطر مؤلفه گسترش</li> </ul>
۸	آزمون کارآمدی محدود	این برنامه چقدر می‌تواند نویدبخش موفقیت روی جمعیت هدف باشد؟	<ul style="list-style-type: none"> <li>اثرات موردنظر برنامه بر متغیرهای کلیدی بلاواسطه</li> <li>برآورد اندازه اثر</li> <li>حفظ تغییرات از [زمان] نخستین تغییر</li> </ul>

<sup>۱</sup> . perceived appropriateness

<sup>۲</sup> . promise of being successful

متخصصان و بالینگران، بلکه مخاطبان برنامه‌های درمانی (شرکت‌کنندگان/ بیماران - و در موارد کودک و نوجوان، حتی والدین آنها) را نیز در بر گیرد.

در میان دسته‌بندی‌های مختلفی که از مفهوم امکان‌سنجی تا زمان اجرای پژوهش حاضر مطرح شده‌بود، مؤلفه‌های مدنظر بوون و همکاران [۱]، از زاویه‌ای گسترده‌تر و جامع‌تر به مفهوم امکان‌سنجی نگریسته‌بودند و سنجش امکان‌پذیری را از گذرگاه مؤلفه‌های هشت‌گانه یادشده پیشنهاد نموده‌بودند. پس از بوون و همکاران [۱]، تیکل‌دگن [۶] نیز در حوزه مداخلات توان‌بخشی، سنجش چهار جنبه از مؤلفه‌های امکان‌سنجی را پیشنهاد داد؛ سنجش فرایند، سنجش منابع، سنجش مدیریت و سنجش علمی. پس اتمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر نیز گدکه و همکاران [۲]، به ده مؤلفه در امکان‌سنجی اشاره داشته‌اند؛ ظرفیت‌گمارش، گردآوری داده‌ها، روند طرح، اعتبار اجتماعی، عملی بودن، یکپارچه شدن با سیستم موجود، انطباق-پذیری، اجرا، اثربخشی و تعمیم‌پذیری. انحنایت به مفهوم هر یک از مؤلفه‌های اشاره‌شده از امکان‌سنجی در دسته‌بندی‌های مختلف، قرابت محتوایی مؤلفه‌ها در دسته‌بندی‌های اخیر را نسبت به مفهوم مؤلفه‌های پیشنهادشده از سوی بوون و همکاران [۱] نشان می‌دهد.

بنا به آنچه اشاره گردید، هدف پژوهش حاضر، ساخت و اعتباریابی محتوای پرسشنامه‌هایی در سنجش امکان‌پذیری بوده‌است که مؤلفه‌های امکان‌سنجی مدنظر بوون و همکاران [۱] را از دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان، و در موارد کودک و نوجوان، والدین آنها پوشش دهند.

## روش

در مطالعه حاضر، چهار نسخه پرسشنامه امکان‌سنجی از

در بررسی ادبیات، سؤالاتی که تا کنون، سنجش امکان‌پذیری را در نظر داشته‌اند، چه بر اساس الگوی بوون و همکاران [۱] و چه در قالب پرسشنامه‌های مختلف، محتوایی را در بر دارند که هدف آنها، دریافت دیدگاه متخصصان (پنل متخصصان)، درمانگر ارائه‌دهنده درمان و بیماران دریافت‌کننده برنامه درمانی بوده‌است [۱، ۳-۵]. گرچه این نوع واری، امکان‌سنجی را از سه دیدگاه، ولی در جنبه‌هایی مشترک یا متمایز فراهم می‌سازد، اما در میان ابزارهای مشاهده‌شده، ابزاری ملاحظه نگردید که به‌صورت منسجم در تلاش باشد به ابعاد امکان‌سنجی، تا حد ممکن، توجه جامعی داشته‌باشد و به‌نوعی عرصه را برای سنجش جامع آن ابعاد فراهم نماید. در مطالعه کراولی و همکاران [۳]، در سنجش امکان‌پذیری روی متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد)، ابزارهایی استفاده شد که به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌نمود. پرسشنامه و فرم‌های درجه‌بندی یادشده، مؤلفه‌های مشخص و متمایزی را که در ادبیات، ارائه شده‌اند [۱، ۲، ۶]، شامل نمی‌شدند. فیلد و همکاران [۱۱] سیاه‌های تدوین کردند که به‌نوعی، درجه‌بندی عملکرد درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل را از سوی متخصصان میسر می‌نمود. هولمان و همکاران [۵] نیز با ابزارهایی مشابه با مطالعه کراولی و همکاران [۳]، در صدد سنجش امکان‌پذیری برنامه درمانی خود از نگاه درمانگر و بیماران برآمدند. از این رو، با وجود پیشنهاد طبقه‌بندی‌های مختلف از مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی [۱، ۲، ۶]، چه در سطح طراحی و تدوین، و چه در سطح کاربرد، ابزاری یافت نشد که سنجش جامع امکان‌پذیری را با در نظر گرفتن مؤلفه‌های آن هدف قرار دهد.

بنابراین، به‌نظر می‌رسد در امکان‌سنجی توجه عمده به تنها یک مؤلفه یعنی «پذیرش» (پرسش از میزان رضایت) مرتبط بود. ضمن این که این پرسشنامه‌ها (چه نسخه‌های مربوط به متخصصان و چه مربوط به شرکت‌کنندگان) از نظر اعتبار محتوایی مورد بررسی قرار نگرفته‌بودند. بنابراین، هیچ‌یک از ابزارهای موجود در سنجش امکان‌پذیری، به جامعیت ارزیابی مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی، عنایت شایانی نداشته‌اند. از این رو، امکان‌سنجی پروتکل‌ها در رویارویی با نقصانی جدی احساس می‌شود. با توجه به ضرورت سنجش هر چه جامع‌تر ابعاد مختلف امکان‌پذیری، در زمینه طرح و یا اجرای پروتکل‌های درمانی جدید در یک فرهنگ، نیاز جدی به مجموعه‌ای هرچه جامع‌تر از پرسشنامه‌های امکان‌سنجی احساس شد که نه‌تنها

- 1 . process assessment
- 2 . resources assessment
- 3 . management assessment
- 4 . scientific assessment
- 5 . recruitment capability
- 6 . data collection procedures
- 7 . design procedures
- 8 . social validity
- 9 . practicality
- 1 . integration into existing systems
- 1 . adaptability 1
- 1 . implementation 2
- 1 . effectiveness 3
- 1 . generalizability 4

پرسشنامه، ۳ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، اجرا و کاربرد را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۱۲ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) بود.

۴ پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای والدین. این پرسشنامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد و انطباق را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۱۷ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) بود.

### روند اجرای پژوهش

در تدوین پرسشنامه‌های امکان‌سنجی، کوشش شد مؤلفه‌های مدنظر برون و همکاران [۱] هدف قرار گیرد. با توجه به جدول ۱، هفت مؤلفه از هشت مؤلفه مطرح‌شده از سوی برون و همکاران [۱] در ابتدا برای تدوین نسخه متخصصان، مد نظر قرار گرفت. مؤلفه هشتم، آزمون با کارآمدی محدود در چارچوب پرسشنامه‌ها لحاظ نشد؛ زیرا بنا به تعریف ویژه‌ای که از کارآمدی مطرح است، نمی‌توان به‌صرفه اجرای پرسشنامه، آن را ارزیابی نمود و سنجش آن به‌روش‌شناسی و طرحی ویژه خود مؤکول گردید.

در تدوین ابزار امکان‌سنجی ضمن توجه به مؤلفه‌های برون و همکاران [۱] تنها دیدگاه متخصصان به یک نوع مداخله، مبنای قرار نگرفت. چون برخی مؤلفه‌ها در عمل، بهتر می‌تواند خود را نمایان سازد، در گستره فعالیت بالینی، چه در مورد درمانگری که پروتکل را اجرا می‌کند، چه بیماری که پروتکل را دریافت می‌کند (و در صورت لزوم، والدین کودکان و نوجوانانی که درمان را دریافت می‌کنند) بهتر از یک نگاه بیرونی می‌تواند شرایط مؤلفه‌های امکان‌سنجی را مورد ارزیابی قرار دهد. بدین خاطر، چهار نسخه پرسشنامه امکان‌سنجی کلی متخصصان/ بالینگران، جلسه به جلسه درمانگر و بیماران (و یا والدین کودکان و نوجوانان) به شرح زیر آماده شد.

در تدوین پرسشنامه امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، در ارتباط با مؤلفه یا مقوله پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیرش در رفع نیازهای بیماران، میل به استفاده از برنامه برای بیماران مشابه و جذابیت آن برای بیماران طرح گردید. مرتبط با

دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان یا بیماران، والدین شرکت‌کنندگان (در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند) تدوین شد. اعتبار محتوای این پرسشنامه‌ها، بر اساس دیدگاه متخصصان مورد واریسی قرار گرفت.

### طرح

مطالعه حاضر، پیرو طرح توصیفی - پیمایشی بوده‌است.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل متخصصان روان‌شناسی بود. نمونه پژوهش حاضر از میان دانشجویان دکتری تخصصی و دارای سابقه فعالیت بالینی به مدت حداقل ۵ سال می‌شد که ضمن شناخت بنیان‌های نظری درمان‌ها، مطابق با یکی از رویکردهای درمانی به فعالیت بالینی مشغول بوده‌اند. نمونه متخصصان در این مطالعه، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به‌دست آمد. در نهایت، حجم نمونه‌ای معادل ۱۰ نفر حاصل شد که ۶ نفر از اساتید روان‌شناسی و ۴ نفر از دانشجویان مقطع دکتری تخصصی برخوردار از دست کم ۵ سال سابقه فعالیت بالینی را در بر می‌گرفت.

### ابزارها

ابزارهای طراحی‌شده در این پژوهش در بر گیرنده پرسشنامه‌هایی برای متخصصان، درمانگر اجراکننده پروتکل، بیماران و یا والدین (در صورت کودک یا نوجوان بودن بیمار) بود.

۱ پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان. این پرسشنامه، ۷ مؤلفه امکان‌سنجی [۱] شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را در بر می‌گرفت. بنا به محتوای هر مؤلفه، عبارت‌هایی آماه شد. در مجموع، ۳۸ عبارت اولیه تنظیم گردید که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) بود.

۲ پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل برای درمانگر/ بالینگر. این پرسشنامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد و انطباق را در بر می‌گرفت. مبتنی بر محتوای هر مؤلفه، ۲۲ عبارت اولیه تنظیم شد که گزینه‌های پاسخ به آن‌ها، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) بود.

۳ پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران. این

شد که هماهنگی محتوای جلسه با ساختار فرهنگی غالب کشور را ارزیابی می‌نماید. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدین‌شده، به قابلیت اجرایی جلسه، برآورد موفقیت‌آمیز بودن اجرای آن، کفایت مدت زمان برگزاری جلسه، کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی جلسه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های جلسه با توانایی بیماران، ارتباط تکالیف‌طراحی‌شده در جلسه با محتوای هر جلسه، میزان مؤلفه‌های غیرضروری پرداخته‌شده و مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده در محتوای جلسه، میزان انعطاف محتوای جلسه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق، با گویه‌هایی تعریف شد که به انطباق اهداف و محتوای جلسه با مبانی نظری زیربنایی‌شان، و امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران و افراد با سطح فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف اشاره دارد.

در پرسشنامه‌ای که به هدف امکان‌سنجی از دیدگاه والدین تدوین شد، در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیرش در رفع نیازهای خود و فرزندشان، میل به استفاده از برنامه در صورت نیاز برای فرزند خود، و هم‌چنین برای کودکان/نوجوانان مشابه و جذابیت آن برای بیماران طرح گردید. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌هایی مطرح شد که هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی غالب کشور، تأثیرات مثبت و منفی آن با در نظر گرفتن ساختار فرهنگی خانواده خود ارزیابی می‌نماید. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدین‌شده، کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات، تناسب و کفایت کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران، ارتباط تکالیف‌طراحی‌شده در برنامه با محتوای هر جلسه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق، با گویه‌ای تعریف شد که به امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران با سطح فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی مختلف اشاره دارد.

پرسشنامه امکان‌سنجی از دیدگاه بیماران به این ترتیب طراحی شد: در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیرش در

مؤلفه تقاضا، گویه‌هایی مطرح شد که هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی غالب کشور، تأثیرات مثبت و منفی آن با در نظر گرفتن ساختار فرهنگی کشور، امکان اجرای برنامه با توجه به شرایط فرهنگی حاکم بر کشور و میزان وجود مطالبه برای اجرای آن در کشور را ارزیابی می‌نماید. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدین‌شده، به قابلیت اجرایی جلسات برنامه، برآورد موفقیت‌آمیز بودن اجرای آن، کفایت تعداد جلسات آن، مدت زمان برگزاری جلسات، تناسب و کفایت کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که میزان اجرای باکیفیت برنامه در بستر شرایط و منابع موجود، به‌صرفه بودن آن از نظر تعداد جلسات و از نظر اقتصادی برای بیماران، به‌صرفه بودن برنامه از نظر اقتصادی و هم‌چنین زمان مورد نیاز برای آموزش درمانگران، تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران، ارتباط تکالیف‌طراحی‌شده در برنامه با محتوای هر جلسه، میزان مؤلفه‌های غیرضروری پرداخته‌شده و مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده در برنامه، میزان انعطاف و میزان انسجام محتوای جلسات برنامه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق، با گویه‌هایی تعریف شد که به انطباق اهداف و محتوای برنامه با مبانی نظری زیربنایی‌شان، و امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران اشاره دارد. مؤلفه یکپارچه‌سازی با گویه‌هایی درباره تناسب زیرساخت‌های موجود برای اجرای برنامه و احتمال تداوم استفاده از برنامه در سیستم درمانی موجود تعریف شد. در نهایت، مرتبط با مؤلفه گسترش گویه‌هایی تعریف شد که نیاز برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی، تناسب برنامه با اهداف سازمانی بهداشت کشور، تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر برنامه‌های سلامت روان کشور، و امکان گسترش برنامه با توجه به شرایط فرهنگی کشور را ارزیابی می‌نماید.

در تدوین پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر/ بالینگر، در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن جلسه، تأثیرش در رفع نیازهای بیماران (و والدین، در صورتی که بیماران، کودک یا نوجوان باشند)، میل به استفاده از جلسه برای بیماران مشابه و جذابیت آن برای بیماران طرح گردید. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌ای مطرح

انتخاب کرده (به دو گزینه دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، به تعداد کل پاسخ‌هاست  $(CVI = \frac{n}{N})$ . به توصیه هیرکاس<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳)، اگر CVI به دست آمده برای هر گویه بزرگتر از ۰/۷۹ باشد، «قابل قبول» است، بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹ «سؤال برانگیز» و «نیازمند بازنگری» و زیر ۰/۷۰ «غیرقابل قبول» است و آن سؤال از پرسشنامه حذف می‌شود. شاخص CVI هر گویه در جدول‌های ۲ تا ۵، در کنار مؤلفه‌ها و عبارتهای مرتبط به آن تنظیم شده است [۹].

ب) ضرورت وجود پرسش با توجه به هدف هر مؤلفه با فرمول CVR محاسبه شد که نسبت تعداد گزینه‌های «ضروری» که هر متخصص برای هر گویه انتخاب کرده (به دو گزینه دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، به تعداد کل پاسخ‌هاست  $(CVR = \frac{Ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$ ، تعداد گزینه‌های ضروری = Ne). بررسی شاخص CVR برای هر گویه بر اساس تعداد صاحب‌نظرانی که به بررسی اعتبار پرسشنامه پرداخته‌اند، مطابق با جدول ۲ محاسبه می‌شود. بر اساس این جدول، از آنجا که تعداد صاحب‌نظران پژوهش حاضر، ۱۰ نفر بود، معیار قابل قبول بودن، نسبت ۰/۶ بود و پرسش‌هایی که CVR آن‌ها از ۰/۶ کمتر به دست آمدند، از پرسشنامه حذف شدند [۹].

رفع نیازهای خود، میل به استفاده از برنامه در صورت نیاز برای خود، و همچنین برای افرادی با مشکلات مشابه و جذابیت آن برای بیماران طرح گردید. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدین شده، کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات، و قابل فهم بودن کتاب‌های کار یا کاربرگ‌های تمرین برای بیماران اشاره دارد. برای مؤلفه کاربرد، گویه‌هایی تعریف شد که تأثیرات مثبت و منفی برنامه بر بیماران، تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیماران، و ارتباط تکالیف طراحی شده در برنامه با محتوای هر جلسه را می‌سنجد.

پس از تدوین و آماده‌سازی نسخه‌های اولیه هر پرسشنامه، برای بررسی محتوای پرسشنامه‌ها از متخصصان روان‌شناسی یاری گرفته شد. پرسشنامه‌ها، با ذکر اهداف و مؤلفه‌های مرتبط، برای ارزیابی به متخصصان ارسال شدند. در نسخه‌هایی که به متخصصان برای ارزیابی ارسال گردید، گویه‌های مرتبط با هر مؤلفه به دقت مشخص شده بود تا از نظر نحوه طراحی و تناسب پرسشنامه‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه، با توجه به نوع ارتباط گویه‌ها با مؤلفه‌ها و نیز ضرورت گویه‌ها مورد ارزیابی قرار گیرند.

پس از دریافت نظر متخصصان درباره محتوای چهار پرسشنامه و تحلیل این نظرات، شماری از گویه‌ها غیر ضروری و غیر مرتبط به دست آمدند و حذف شدند که در گزارش یافته‌ها در جدول‌های ۳ تا ۶ به تفکیک ارائه شده است.

### تحلیل آماری

اعتبار محتوای پرسشنامه‌های طراحی شده با استفاده از فرمول‌های شاخص اعتبار محتوا (CVI)<sup>۱</sup> و نسبت اعتبار محتوا (CVR)<sup>۲</sup> بررسی شد [۹]. برای بررسی پرسشنامه‌های امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر، بیماران و والدین از آمار توصیفی (میانگین پاسخ‌ها به پرسشنامه‌های امکان‌سنجی) استفاده شد. بررسی محتوایی نسخه‌های چهارگانه پرسشنامه‌های امکان‌سنجی به صورت زیر انجام پذیرفت [۹]:

الف) نحوه طراحی و تناسب گویه‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه با فرمول CVI محاسبه شد که نسبت تعداد گزینه‌های «مرتبط» و «مرتبط اما نیاز به بازبینی» که هر متخصص برای هر گویه

۱ . Content Validity Index (CVI)

۲ . Content Validity Ratio (CVR)

۳ . Hyrkäs, K.

جدول ۲. مقادیر قابل قبول CVR با توجه به تعداد شرکت‌کنندگان (اقتباس از لاوشه [۱۲])

تعداد صاحب‌نظران	CVR قابل قبول	تعداد صاحب‌نظران	CVR قابل قبول
۵	۰/۹	۱۰	۰/۶
۶	۰/۹	۱۱	۰/۵
۷	۰/۹	۱۲	۰/۵
۸	۰/۸	۱۳	۰/۴
۹	۰/۷	۱۴	۰/۴

می‌کند که کدام گویه‌ها نامزد حذف بودند، و کدام یک می‌توانستند باقی بمانند. جدول‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ در بر گیرنده یافته‌های CVI و CVR مرتبط با هر گویه از چهار پرسشنامه امکان‌سنجی، بر اساس نظر متخصصان بوده‌است.

### نتایج

در این قسمت، گویه‌های پرسشنامه در وضعیت اولیه ارائه می‌گردد. در برابر هر گویه، شرایط CVI و CVR آن‌ها نیز تنظیم شده‌است. نتایج، مقابل هر گویه در ادامه مشخص

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هر یک از گزینه‌های مربوط به سؤالات پرسشنامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای

### متخصصان به همراه CVI و CVR

نتایج							ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					
CVR	غیر ضروری	مفید اما غیر ضروری	ضروری	CVI	غیر مرتبط	نیاز به بازبینی جدی		
۰/۴**	۳	۷	۱	۰	۱۰	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه	۱	پذیرش
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	۲	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	تأثیر بر رفع نیازهای والدین بیماران ایرانی	۳	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار اختلال «.....»	۴	
۰/۶	۳	۷	۱	۰	۱۰	جذابیت برای بیماران ایرانی	۵	
۰/۶	۴	۶	۰/۹	۱	۹	هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	۶	تقاضا
۰/۶	۶	۴	۰/۸	۲	۸	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۷	
-۰/۶**	۸	۲	۰/۸	۲	۸	تأثیر منفی برنامه در ساختار فرهنگی ایران	۸	
۰/۶	۲	۸	۱	۰	۱۰	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	۹	

۱۰	۱۰	۰	۱	۸	۲	۰/۶	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	
۱۱	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	قابلیت اجرایی برنامه	اجرا
۱۲	۱۰	۰	۱	۵	۵	۰/۰۰	موفقیت آمیز بودن برنامه در اجرا	
۱۳	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۶	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف	
۱۴	۱۰	۰	۰/۹	۹	۱	۰/۸	کفایت مدت زمان تعریف شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	
۱۵	۹	۱	۱	۹	۱	۰/۸	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا	
۱۶	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین های ارائه شده برای اجرا	
۱۷	۱۰	۰	۱	۷	۳	۰/۴۰۰	قابلیت اجرا با کیفیت مورد نظر	کاربرد
۱۸	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	مقرون به صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	
۱۹	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	مقرون به صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	
۲۰	۱۰	۰	۱	۷	۳	۰/۶	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	
۲۱	۷	۳	۰/۷*	۶	۴	۰/۳۰۰	تأثیرات منفی برنامه بر بیماران ایرانی	
۲۲	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	توانایی روان شناختی بیماران ایرانی	
۲۳	۵	۵	۰/۵**	۲	۸	۰/۶**	مقرون به صرفه بودن اقتصادی برای بیماران ایرانی	
۲۴	۹	۱	۰/۹	۸	۲	۰/۶	مقرون به صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	
۲۵	۱۰	۰	۱	۹	۱	۰/۸	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	
۲۶	۸	۲	۰/۸	۶	۴	۰/۳۰۰	تعداد مؤلفه های غیر ضروری	
۲۷	۱۰	۰	۱	۷	۳	۰/۶	تعداد مؤلفه های مهم پرداخته نشده	
۲۸	۸	۲	۰/۸	۷	۳	۰/۶	امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	
۲۹	۱۰	۰	۱۰	۰	۰	۱	انسجام محتوای جلسات	انطباق
۳۰	۱۰	۰	۱	۱۰	۰	۱	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	
۳۱	۱۰	۰	۱	۴	۶	۰/۶	امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	
۳۲	۷	۳	۰/۷*	۵	۵	۰/۰۰	تناسب زیرساخت های موجود با برنامه	یکپارچه سازی
۳۳	۸	۲	۰/۸	۸	۲	۰/۶	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	
۳۴	۷	۳	۰/۸	۵	۵	۰/۸	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی	گسترش
۳۵	۸	۲	۰/۸	۸	۲	۰/۶	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	
۳۶	۹	۱	۰/۹	۵	۵	۰/۶	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه های سلامت روان ایران	
۳۷	۶	۴	۰/۶**	۲	۸	۰/۶**	میزان تأثیر منفی برنامه روی برنامه های سلامت روان ایران	
۳۸	۷	۳	۰/۸	۷	۳	۰/۶	امکان گسترش برنامه در کشور	

\* به معنای سؤال برانگیز است.  
\*\* به معنای غیر قابل قبول است.

جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به سؤالات پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل

برای درمانگر/ بالینگر به همراه CVI و CVR

نتایج						گویه‌ها	ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					
CVR	غیر ضروری	مفید اما غیر ضروری	CVI	غیر مرتبط	نیاز به بازبینی جدی مرتبط اما نیاز به			
۰/۲**	۴	۶	۱	۰	۱۰	میزان رضایت‌بخش بودن جلسه	۱	پذیرش
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار	۲	
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز والدین بیمار	۳	
۰/۶	۲	۸	۱	۰	۱۰	تمایل به استفاده از محتوای جلسه برای بیماران با مشکلات مشابه	۴	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	جذابیت جلسه برای بیماران مشکلات مشابه	۵	
۰/۶	۳	۷	۱	۰	۱۰	هماهنگی با سبب‌خاستار فرهنگی غالب ایران	۶	تقاضا
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	قابلیت اجرایی جلسه	۷	اجرا
۰/۴**	۳	۷	۰/۸	۲	۸	موفقیت‌آمیز بودن اجرای جلسه	۸	
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای جلسه در اجرای اهداف	۹	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران/ راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	۱۰	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	۱۱	
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۱۲	کاربرد
۰**	۵	۵	۰/۶**	۴	۶	تأثیرات منفی برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	۱۳	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	۱۴	
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	۱۵	
۰**	۵	۵	۰/۶**	۴	۶	تعداد مؤلفه‌های غیر ضروری	۱۶	
۰/۶	۳	۷	۰/۹	۱	۹	انعطاف محتوای جلسه	۱۷	انطباق
۰/۶	۳	۷	۰/۸	۲	۸	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده	۱۸	
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	انسجام محتوای جلسه	۱۹	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه	۲۰	
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	۲۱	
۱	۰	۱۰	۰/۸	۰	۱۰	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۲۲	

\* به معنای غیر قابل قبول است.

\*\* به معنای سؤال برانگیز است.

جدول ۵. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به سؤالات پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران به همراه CVI و CVR

نتایج						گونه‌ها	ردیف	مؤلفه امکان- سنجی
نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه					
CVR	غیر ضروری	مفید اما غیر ضروری	ضروری	CVI	غیر مرتبط			
۰/۸	۱		۹	۱	۰	۱۰	میزان رضایت کلی از برنامه	پذیرش
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستان یا مشکلات مشابه	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌ای مشابه در صورت نیاز	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	جذابیت برنامه برای بیماران	
۰/۶	۲		۸	۰/۸	۲	۸	کفایت تعداد جلسات برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	اجرا
۰/۶	۲		۸	۰/۸	۲	۸	کفایت مدت‌زمان در هر جلسه، برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	
۱	۰		۱۰	۰/۹	۱	۹	قابل فهم و آسان بودن محتوای تمرین‌های جلسات (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران)	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	میزان تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	کاربرد
۰/۸	۱		۹	۰/۹	۱	۹	میزان تأثیر منفی برنامه بر بیمار	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	
۱	۰		۱۰	۱	۰	۱۰	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده در هر جلسه	

\* به معنای غیر قابل قبول است.

\*\* به معنای سؤال برانگیز است.

جدول ۶. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به سؤالات پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای والدین به

همراه CVI و CVR

نتایج						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه			نحوه طراحی و تناسب پرسش‌ها با مفاهیم مطرح شده درباره هر مؤلفه				
مربوط	مربوط اما نیاز به بازبینی جدی	غیرمربوط	مربوط	غیرمربوط	مربوط		
CVR	مفید اما غیر ضروری	غیر ضروری	ضروری	CVI	غیرمربوط	نیاز به بازبینی جدی	مربوط اما نیاز به بازبینی جدی
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد	۱
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان	۲
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد	۳
۰/۶	۳	۷	۱	۰	۱۰	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست	۴
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	۵
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد	۶
۰/۴**	۳	۷	۱	۰	۱۰	میزان جذابیت برنامه برای والد	۷
۰/۶	۲	۸	۱	۰	۱۰	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار	۸
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه	۹
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه	۱۰
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/نوجوان) در اجرای برنامه	۱۱
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه	۱۲
۰/۶	۲	۸	۱	۰	۱۰	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/نوجوان) از نظر والد	۱۳
۰/۴**	۷	۳	۰/۶**	۴	۶	میزان تأثیر منفی برنامه روی بیمار (کودک/نوجوان) از نظر والد	۱۴
۰/۸	۱	۹	۱	۰	۱۰	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/نوجوان) از نظر والد	۱۵
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	ارتباط تکالیف طراحی‌شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه	۱۶
۱	۰	۱۰	۱	۰	۱۰	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/اجتماعی/اقتصادی مختلف	۱۷

\* به معنای غیرقابل قبول است.

\*\* به معنای سؤال برانگیز است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول‌های ۳ تا ۶، گزینه‌هایی که «غیرقابل قبول» یا «سؤال برانگیز» بودند، حذف شدند. بنابراین نسخه نهایی پرسشنامه امکان‌سنجی کلی متخصصان با حذف ۹ گزینه، با ۲۹ گزینه، پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه درمانگر/بالیانگر با حذف ۴ گزینه، با ۱۸ گزینه، پرسشنامه امکان‌سنجی والدین با حذف ۲ گزینه، با

۱۲

۱۵ گویه و پرسشنامه امکان‌سنجی کودکان بدون حذف

### بحث و نتیجه گیری.

پژوهش حاضر، با هدف ساخت و اعتباریابی محتوای پرسشنامه‌های امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان (بیماران)، و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها در سنجش امکان‌پذیری طراحی شد. یافته‌های به‌دست‌آمده از دیدگاه متخصصان، اعتبار محتوای نسخه‌های چهارگانه پرسشنامه امکان‌سنجی را که بر اساس مؤلفه‌های امکان‌سنجی مدنظر بوون و همکاران [۱] را تدوین شده‌بود، ضمن اعمال حذف شماری از گویه‌ها، تأیید نمودند. نکته مهمی که لازم است خوانندگان در نظر داشته‌باشند، این است که در تدوین نسخه‌های مختلف پرسشنامه امکان‌سنجی، بخشی از مؤلفه‌های هشت‌گانه امکان‌سنجی مدنظر قرار گرفت که از نظر مفهومی، متناسب با مخاطبان خود، قابلیت واریاسی داشت. به‌همین جهت، شمار مقوله‌ها یا مؤلفه‌ها و گویه‌ها در نسخه‌های مختلف پرسشنامه با یکدیگر متفاوت است. بنابراین، هر هفت مؤلفه بوون و همکاران [۱] تنها در نسخه متخصصان مشاهده می‌شود. شایان ذکر است مؤلفه هشتم، آزمون با کارآمدی محدود در چارچوب پرسشنامه گام اول ارائه نشد و بنا به تعریف ویژه‌ای که از کارآمدی مطرح است، نمی‌توان به‌صرف اجرای پرسشنامه، آن را ارزیابی نمود و سنجش آن به روش‌شناسی و طرحی ویژه خود مؤکول گردید.

در پرسشنامه کلی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، گویه‌هایی شاخص قابل‌قبولی در اعتبار محتوا کسب نکردند و در نتیجه حذف شدند که با موارد زیر ارتباط می‌یافتند: میزان رضایت‌بخش بودن برنامه درمانی (در پذیرش با ۵ گویه)، میزان تأثیر منفی برنامه درمانی در ساختار فرهنگی ایران (در تقاضا با ۵ گویه)، میزان موفقیت‌آمیز بودن برنامه درمانی (در اجرا با ۶ گویه)، قابلیت اجرای با کیفیت بر اساس منابع موجود، تأثیر منفی بر بیماران، مقرون‌به‌صرفگی اقتصادی برای بیماران و میزان مؤلفه‌های غیرضروری در برنامه درمانی (در کاربرد با ۱۳ گویه) و میزان تأثیر منفی روی برنامه‌های سلامت روان کشور (در یکپارچه‌سازی با ۲ گویه). در پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه متخصصان/ بالینگران، گویه‌هایی حذف شدند که به میزان رضایت‌بخش بودن برنامه درمانی (در پذیرش با ۵ گویه)، میزان موفقیت‌آمیز بودن برنامه درمانی (در اجرا با ۵ گویه)، و میزان تأثیر منفی بر بیماران (در کاربرد با ۷ گویه) اشاره داشتند. در نهایت، در پرسشنامه کلی امکان‌سنجی از

هیچ گویه‌ای، با همان ۱۲ گویه باقی‌ماند.

دیدگاه والدین، گویه‌های حذف‌شده به جذابیت برنامه درمانی برای والدین (در پذیرش با ۷ گویه) و میزان تأثیر منفی برنامه درمانی بر بیماران (در کاربرد با ۴ گویه) مربوط بودند. به‌لحاظ مفهومی، می‌توان گویه‌های حذف‌شده را از دو منظر نگریت؛ نخست، گویه‌هایی که به ابعاد مثبت برنامه درمانی مانند میزان رضایت‌بخش، جذاب و موفق بودن برنامه درمانی، قابلیت اجرا و مقرون‌به‌صرفگی آن مربوطند، مورد سنجش قرار می‌دهند و دوم، گویه‌هایی که جنبه‌های منفی یا سلبی برنامه درمانی را، مثل میزان تأثیر منفی برنامه درمانی در ساختار فرهنگی ایران (در تقاضا)، میزان تأثیر منفی بر بیماران و میزان مؤلفه‌های غیرضروری در برنامه درمانی (در کاربرد)، و در نهایت، میزان تأثیر منفی روی برنامه‌های سلامت روان کشور (در یکپارچه‌سازی) ارزیابی داشتند. علاوه بر جهت‌گیری یادشده در گویه‌های حذف‌شده، ممکن است، در مواردی، فهم دشوار محتوای آن‌ها، داوری نسبت به قدرت ارزیابی آن‌ها را در نظر متخصصان مشکوک جلوه داده‌باشد. قرابت معنایی برخی گویه‌های حذف‌شده با گویه‌های دیگر نیز ممکن است از جنبه دیگری حذف آن‌ها را موجب شده‌باشد. به‌علاوه ممکن است متخصصان، از این جنبه به حذف یک گویه نظر داده‌باشند که اطلاعات مهمی را نمی‌سنجد و حذف آن، اطلاعات مهمی را از دیده پژوهشگر فرو نمی‌گذارد.

با توجه به این که این یافته‌ها بر اساس دیدگاه متخصصان (کارشناسان) صورت گرفته‌است، ارائه تبیین‌های احتمالی، در دو مسیر پیش رو قرار می‌گیرد؛ نخست، مناسبت کلی محتوای گویه برای سنجش امکان‌پذیری در مؤلفه خاص خود، و دوم، توجه به این مناسبت در بستری که به مخاطب پرسشنامه (متخصص، درمانگر، بیمار یا والد) نیز توجه می‌کند. از مسیر نخست، ممکن است متخصصان پرسش از میزان رضایت‌بخش، جذاب، موفق، قابل‌اجرا و مقرون‌به‌صرفه بودن برنامه درمانی از این جهت محتوای ضروری یا روشنی ندانسته‌اند که اعتبار و حتی پایایی مشکوکی داشته‌باشند و در به‌کارگیری آینده این پرسشنامه‌ها برای دستیابی به پاسخ از نگاهی غیرکارشناسانه (بیمار و والد) تغییرپذیری زیادی داشته‌باشد. این تغییرپذیری در پاسخ‌دهی، ممکن است تاحدی متأثر از گستردگی مفهومی محتوای گویه‌ها، تأثیرپذیری پاسخ‌دهی آن‌ها از عوامل مختلف درونی و بیرونی، مثل انتظار از درمان و پیامدهای آن، تعریف‌های متفاوتی که افراد از

به‌کارگیری ابزارهایی مشابه با مطالعهٔ کراولی و همکاران، در صدد سنجش امکان‌پذیری برنامهٔ درمانی خود از نگاه درمانگر و بیماران برآمدند. از این رو، با وجود پیشنهاد طبقه‌بندی‌های مختلف از مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی [۱، ۲، ۶]، چه در سطح طراحی و تدوین، و چه در سطح کاربرد، ابزاری یافت نشد که سنجش جامع امکان‌پذیری را با در نظر گرفتن مؤلفه‌های آن هدف قرار دهد.

در مواردی نیز که تلاش در جهت تدوین و ارائهٔ ابزاری معطوف به سنجش جامع‌تر مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌پذیری ملاحظه گردید [۱۲]، تفکیک مخاطبان پرسشنامه برای دریافت دیدگاه، از زوایای مختلف، مشاهده نشد؛ زاویهٔ دید یک متخصص که خارج از فضای اجرای برنامهٔ درمانی، آن را مورد بررسی قرار می‌دهد، درمانگری که در ارتباط مستقیم با چالش‌های اجرای آن برنامهٔ درمانی قرار دارد، شرکت‌کنندگان و بیمارانی که مستقیماً ساختار و محتوای این برنامهٔ درمانی را تحت هدایت درمانگر دریافت می‌کنند. در نگاهی سطحی، شاید بتوان ابزارهای این‌چنین را برای سنجش دیدگاه هر یک از گروه‌های متخصصان، درمانگران و بیماران به‌کار گرفت. شلانی و همکاران [۱۲]، در طراحی یک مقیاس امکان‌سنجی، به کمک ابزار پیشنهادشدهٔ خود، سنجش را هم از دیدگاه متخصصان و هم از دیدگاه درمانگر یا بالینگر مجاز شمرده‌اند. در این مطالعه، مقیاس امکان‌سنجی با ۵۰ گویه تدوین و ارائه شد که ضمن مرور ادبیات پژوهشی موجود و تلفیق مؤلفه‌هایی که پژوهشگران در دسته‌بندی‌های مختلف خود اشاره داشته‌اند، شش مؤلفهٔ امکان‌سنجی را در بر می‌گیرد؛ مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، سازگاری، منابع و قابلیت اجرا، و تعمیم‌پذیری. در مقالهٔ یادشده [۱۲]، تبیین مشخصی دربارهٔ انتخاب مؤلفه‌های یادشده برای سنجش امکان‌پذیری ارائه نشد و در نظر گرفتن این مؤلفه‌ها، به برآیند مؤلفه‌های اشاره‌شده در مطالعات مختلف نسبت داده شده‌است. به‌علاوه، با وجود اشاره به این شش مؤلفه، نه در متن مقاله و نه در ساختار پرسشنامهٔ پیوسته‌شده، اشاره صریح و مستقیمی به گویه‌های مربوط به هر مؤلفه نشده‌است. از این رو، صرف‌نظر از این که پرسشنامه‌های ارائه‌شده در پژوهش حاضر، در تقدم زمانی

رضایت‌بخش یا مقرون‌به‌صرفه بودن یک برنامهٔ درمانی دارند، یا عوامل موقعیتی چون خستگی و بی‌دقتی قرار می‌گیرد. در غیرضروری بودن یا ابهام گویه‌هایی که به جنبه‌های منفی برنامهٔ درمانی مانند میزان مؤلفه‌های غیرضروری در این برنامه و تأثیر منفی آن بر بیمار، ساختار فرهنگی کشور و برنامه‌های سلامت روان اشاره داشتند و حذف شدند، ممکن است نظر نامساعد متخصصان، به‌دلیل سوگیری ضمنی ایجادشده از محتوای گویه در ذهن مخاطب جلب این گویه‌ها شده‌باشد. لازم است در نظر داشت طرح پرسش از مؤلفه‌هایی غیرضروری یا تأثیرات منفی یک برنامهٔ درمانی برای مخاطبان غیرکارشناس (بیمار و والد) پرسشنامهٔ امکان‌سنجی، با چه تلویحاتی در ذهن مخاطب همراه است، یا ممکن است چه تجاربی از برنامهٔ درمانی را به ماهیت آن برنامه نسبت دهد در حالی که این تجارب، به آسیب‌شناسی بیمار، کیفیت مدیریت فرایند درمان از سوی درمانگر یا هر عامل دیگری مربوط بوده‌است، به‌جز ساختار و محتوای برنامهٔ درمانی. توجه به چنین احتمالات و پیامدهایی، ممکن است نظر متخصصان را نسبت به ضرورت حفظ یک گویه در پرسشنامه تحت تأثیر قرار داده‌باشد.

گرچه در مرور ادبیات پژوهشی مرتبط با سنجش امکان‌پذیری پروتکل‌های روان‌درمانی، ابزارهایی ملاحظه گردید که در این زمینه کاربرد دارند و افزون بر این، در نظر دارند دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران را از زوایای مختلف مورد سنجش قرار دهند [۳، ۵، ۱۱]، اما ابزاری ملاحظه نگردید که به‌صورت منسجم در تلاش باشد به ابعاد امکان‌سنجی، تا حد ممکن، توجه جامعی داشته‌باشد و به‌نوعی عرصه را برای سنجش جامع آن ابعاد فراهم نماید. در مطالعهٔ کراولی و همکاران [۳]، اجرای ابزارهایی در سنجش امکان‌پذیری روی متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد) گزارش گردید که هر کدام به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌نمود. این سنجش برای متخصصان در قالب درجه‌بندی یک فرم راهنمای نشست تخصصی متخصصان فراهم شده‌بود و برای درمانگر، فرم‌هایی برای ثبت بازخورد از اجرای یک جلسهٔ درمانی را در بر داشت. پرسشنامه و فرم‌های درجه‌بندی یادشده، صراحتاً ابعاد و مؤلفه‌های مشخص و متمایزی را که در ادبیات، ارائه شده‌اند [۱، ۲، ۶]، شامل نمی‌شدند. فیلد و همکاران [۱۱] در سنجش امکان‌پذیری پروتکل مدنظر خود از متخصصان، سیاهه‌ای تدوین کردند که به‌نوعی، درجه‌بندی عملکرد درمانگر ارائه‌دهندهٔ پروتکل را از نظر توجه به مؤلفه‌های مهم آن پروتکل درمانی را از سوی متخصصان میسر می‌نمود. هولمان و همکاران [۵] نیز با

1. acceptability and suitability

2. adaptation and demand

3. integrity

4. adaptability

5. resources and implementation

6. generalizability

بیماران راهگشا باشد. به علاوه، مجموعه پرسشنامه‌های تدوین و ارائه‌شده پژوهش حاضر، به‌رغم تلاش برای جامعیت در سنجش، در صورت دستیابی به نتایجی که امکان‌پذیری برنامه درمانی مدنظر را مورد تردید اعلام می‌دارد، چارچوب منسجمی برای طرح پیشنهادی بهبود ابعاد مختلف برنامه درمانی ترتیب نداده‌است. چنین تلاشی می‌تواند از تعریف بخش‌هایی در پرسشنامه برای نوشتار پیشنهادی تکمیلی، تا تنظیم مقیاس‌واره‌ای که از قبل، برخی جنبه‌های پیشنهادی را در ابعاد مختلف امکان‌پذیری برنامه مدنظر، تعریف نموده‌باشد، در راستای تأمین این مهم تلقی شود.

**حامی مالی:** این پژوهش بدون دریافت حمایت مالی از هیچ مؤسسه یا سازمانی انجام شد.

#### منابع

1. Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, ... & Fernandez M. How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 2009; 36(5), 452-457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
2. Gadke DL, Kratochwill TR, & Gettinger M. Incorporating feasibility protocols in intervention research. *Journal of School Psychology*, 2021; 84, 1-18. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.11.004>
3. Crawley SA, Kendall PC, Benjamin, CL, Brodman DM, Wei C, Beidas RS, ... & Mauro C. Brief cognitive-behavioral therapy for anxious youth: Feasibility and initial outcomes. *Cognitive and behavioral practice*, 2013; 20(2), 123-133. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.07.003>
4. Ong JC, Dawson SC, Mundt JM, & Moore C. Developing a cognitive behavioral therapy for hypersomnia using telehealth: a feasibility study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2020; 16(12), 2047-2062. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8750>
5. Hollmann K, Allgaier K, Hohnacker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, ... & Conzelmann A. Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 2021; 128(9), 1445-1459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.989550>

نسبت به مطالعه شلانی و همکاران [۱۲] تدوین شدند و فرایند اجرایی آن پیش از مطالعه یادشده به سرانجام رسید، با توجه به تعریفی که از هر مؤلفه امکان‌سنجی ارائه شده‌است، در پژوهش حاضر تلاش شد، مؤلفه‌ها تا حد امکان به تفکیک و به تصریح، در قالب گویه‌هایی متمایز، امکان سنجش امکان‌پذیری را فراهم نماید. چرا که در مرور ادبیات امکان‌سنجی و بررسی مؤلفه‌های مختلفی که از این مفهوم ارائه شده‌بود، نویسندگان پژوهش حاضر، هم‌پوشانی مفهومی این مؤلفه‌ها را برداشت نمودند؛ چیزی که در تلفیق مؤلفه‌های دسته‌بندی‌های مختلف با هم یا تفکیک آن‌ها از یکدیگر، سهولت و سادگی طرح گویه‌های پیشنهادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به‌علاوه، ارائه نسخه‌های متفاوت، متناسب با مخاطبانی که هر نسخه را تکمیل می‌کنند، و در نظر گرفتن تفاوت‌های محتوایی در ارائه شمار محدودتری از مؤلفه‌ها در نسخه‌های بیماران و والدین و حتی نسخه جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر نسبت به نسخه کلی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، از دیگر وجوه متمایز این مجموعه پرسشنامه با تنها ابزار موجود در ایران، مقیاس امکان‌سنجی ارائه‌شده در مطالعه شلانی و همکاران [۱۲] به‌شمار می‌رود.

علاوه بر وجوه متمایز مجموعه پرسشنامه‌های ارائه‌شده در پژوهش حاضر نسبت به ابزار مشابه موجود در ایران، مطالعات غیرایرانی، اغلب در قالب تمرکز سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه متخصصان و درمانگر، البته با به‌کارگیری ابزارها و فرم‌های درجه‌بندی محدود متمرکز بوده‌اند. با این حال، پیکره اصلی مطالعات، سنجش امکان‌پذیری از دیدگاه بیماران را گزارش نموده‌است. بخش محدودی نیز که به این مهم اشاره داشته، به سنجش تنها جنبه‌ای از یک مؤلفه امکان‌سنجی (رضایت در مؤلفه پذیرش) پرداخته‌است [۳، ۵].

پژوهش حاضر گرچه تلاش نمود برای نخستین بار مجموعه منسجمی از پرسشنامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را ضمن عنایت به جامعیت محتوایی هرچه بیشتر، با تمرکز بر دیدگاه مخاطبان مختلفی چون متخصصان، بالینگران، بیماران و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها ارائه نماید، اما مشابه با پژوهش‌های دیگر، دستخوش محدودیت‌هایی نیز بوده‌است. اعتبار محتوایی این مجموعه پرسشنامه‌ها، از نظر متخصصان صورت گرفته‌است. بررسی‌های بیشتر روی نمونه‌های مخاطبان هدف که قاعدتاً در متن کارآزمایی‌های بالینی اجرا می‌شوند، می‌تواند در راستای دستیابی به اطلاعات بیشتری در فرایند اجرای مقدماتی این پرسشنامه‌ها روی مخاطبانی چون بالینگران و

6. Tickle-Degnen L. Nuts and bolts of conducting feasibility studies. *The American Journal of Occupational Therapy*, 2013; 67(2), 171-176. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.006270>
7. Zarghami, Firouzeh. Efficacy and feasibility of the Unified Protocol of emotional disorders (UP) in 8-11 years old Iranian children with anxiety disorders and comorbid depressive symptoms. Ph.D. Thesis in Clinical Psychology, Shahed University, 2019. [in Persian] <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d>
8. Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Barlow DH. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. Zarghami F, Translator. 2019; Tehran: Arjmand. [in Persian] <https://www.arjmandpub.com/book/1621/>
9. Hajizadeh E, Asghari M. *Statistical Methods and Analyses in Health and Biosciences: A Research Methodological Approach*. 2018; Tehran: Jahade
10. Daneshgahi Publications. <http://iranketab.ir/auth/refresh?r=/book/165890-statistical-methods-and-analyses-in-biological-and-health-sciences>
10. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel psychology*, 1975; 28, 563–575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
11. Field TA, Miller R, Beeson ET, Jones LK. Treatment fidelity in neuroscience-informed cognitive-behavior therapy: a feasibility study. *Journal of Mental Health Counseling*. 2019, 41(4):359-76. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.06>
12. Shalani B, AzadFallah P, Farahani H. Developing a Scale for Assessing Feasibility of Psychoeducational and Psychotherapy Protocols: A Guide for Researchers. *Applied Psychology*, 2023; 68 (40): 17-37. [in Persian] <https://doi.org/10.48308/apsy.2021.224241.1190>

۱۳.

زودآبند ویرایش نشده

پیوست ۱: پرسشنامه امکان‌سنجی کلی برای متخصصان

ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی	گزینه‌های پاسخ					
		۱	۲	۳	۴	۵	۶
پذیرش	۱	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۳	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۴	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
تقاضا	۵	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۶	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۷	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۸	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
اجرا	۹	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۰	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۱	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۲	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
کاربرد	۱۳	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۴	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۵	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۶	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
انتطابق	۱۷	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۸	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۹	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۰	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
یکپارچه‌سازی	۲۱	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۲	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۳	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۴	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
گسترش	۲۵	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۶	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۷	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۸	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۲۹	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد	

\* این گویه، در صورتی قابل استفاده خواهد بود که پروتکل درمانی مدنظر، مربوط به درمان کودکان و نوجوانان است. در غیر این صورت، از پرسشنامه ارسالی برای متخصصان حذف شود.

## پیوست ۲: پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه درمانگر/ بالینگر

گزینه‌های پاسخ						ردیف	مؤلفه امکان-سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز والدین بیمار*
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۳	تمایل به استفاده از محتوای جلسه برای بیماران با مشکلات مشابه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۴	جذابیت جلسه برای بیماران مشکلات مشابه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۵	هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۶	قابلیت اجرایی جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۷	کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای جلسه در اجرای اهداف
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۸	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران/ راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۹	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۰	تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۱	تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۲	ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۳	انعطاف محتوای جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۴	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۵	انسجام محتوای جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۶	انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۷	قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۸	امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی متفاوت

\* این گویه، در صورتی قابل استفاده خواهد بود که پروتکل درمانی مدنظر، مربوط به درمان کودکان و نوجوانان است. در غیر این صورت، از پرسشنامه حذف شود.

## پیوست ۳: پرسشنامه امکان‌سنجی بیماران

گزینه‌های پاسخ						گویه‌ها	ردیف	مؤلفه امکان-سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱			
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان رضایت کلی از برنامه	۱	پذیرش
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار	۲	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه	۳	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	۴	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	جذابیت برنامه برای بیماران	۵	اجرا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت تعداد جلسات برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه	۶	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت مدت‌زمان در هر جلسه، برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه	۷	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	قابل فهم و آسان بودن محتوای تمرین‌های جلسات (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران)	۸	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان تأثیر مثبت برنامه بر بیمار	۹	کاربرد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان تأثیر منفی برنامه بر بیمار	۱۰	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار	۱۱	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته‌شده در هر جلسه	۱۲	

## پیوست ۴: پرسشنامه امکان‌سنجی والدین

گزینه‌های پاسخ						گویه‌ها	ردیف	مؤلفه امکان-سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱			
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد	۱	پذیرش
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان	۲	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد	۳	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست	۴	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	۵	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد	۶	تقاضا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار	۷	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه	۸	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه	۹	اجرا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/نوجوان) در اجرای برنامه	۱۰	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه	۱۱	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/نوجوان) از نظر والد	۱۲	کاربرد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/نوجوان) از نظر والد	۱۳	
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه	۱۴	

خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی مختلف	۱۵	انطباق
-----------	------	-------	----	---------	-------	---	----	--------

## پیوست ۵: راهنمای نمره‌گذاری پرسشنامه‌های چهارگانه امکان‌سنجی

نسخه	خرده‌مقیاس	نسخه مناسب برای پروتکل‌های کودک و نوجوان (همراه با گویه مربوط به رفع نیاز والد)	نسخه مناسب برای پروتکل‌های بزرگسالان
نسخه	خرده‌مقیاس	گویه‌ها	گویه‌ها
پرسشنامه امکان‌سنجی از منظر متخصصان	پذیرش	۱-۲-۳-۴	۱-۲-۳
	تقاضا	۵-۶-۷-۸	۴-۵-۶-۷
	اجرا	۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳	۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲
	کاربرد	۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲	۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱
	انطباق	۲۳-۲۴	۲۲-۲۳
	یکپارچه‌سازی	۲۵	۲۴
پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر	گسترش	۲۶-۲۷-۲۸-۲۹	۲۵-۲۶-۲۷-۲۸
	پذیرش	۱-۲-۳-۴	۱-۲-۳
	تقاضا	۵	۴
	اجرا	۶-۷-۸-۹	۵-۶-۷-۸
	کاربرد	۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵	۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴
پرسشنامه امکان‌سنجی از منظر بیماران	انطباق	۱۶-۱۷-۱۸	۱۵-۱۶-۱۷
	پذیرش	۵-۱-۲-۳-۴	۱-۲-۳-۴-۵
	اجرا	۶-۷-۸	۶-۷-۸
	کاربرد	۹-۱۰-۱۱-۱۲	۹-۱۰-۱۱-۱۲
پرسشنامه امکان‌سنجی از منظر والدین	پذیرش	۱-۲-۳-۴-۵-۶	_____
	تقاضا	۷	_____
	اجرا	۸-۹-۱۰-۱۱	_____
	کاربرد	۱۲-۱۳-۱۴	_____
	انطباق	۱۵	_____