





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>

-  1. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. [firouzeh.zarghami@gmail.com](mailto:firouzeh.zarghami@gmail.com)
-  2. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  3. Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [sharivar@sina.tums.ac.ir](mailto:sharivar@sina.tums.ac.ir)
-  4. Ph.D. Graduated in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. [akhavan885@gmail.com](mailto:akhavan885@gmail.com)

Abstract

Receive Date:  
21/09/2025

Accept Date:  
31/01/2026



**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)

This article was extracted from the first author's Ph.D. thesis in 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

## **Ethical Considerations**


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

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


## 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

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

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

sharivar@sina.tums.ac.ir

۴. دانش‌آموخته دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. akhavan885@gmail.com 

چکیده

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

**روش:** مطالعه حاضر براساس طرح توصیفی - پیمایشی انجام شد. پس از جست‌وجو در ادبیات مفهوم امکان‌سنجی و تدوین چهار نسخه از 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 دارای حداقل ۵ سال سابقه فعالیت بالینی، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند. اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌ها براساس نظر این ۱۰ متخصص از طریق محاسبه شاخص اعتبار محتوا (CVI) و نسبت اعتبار محتوا (CVR) تعیین شد.

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

**بحث و نتیجه‌گیری:** با وجود ابزارهای مشابه برای سنجش امکان‌سنجی، پژوهش حاضر کوشید برای نخستین بار مجموعه‌ای منسجم از پرسش‌نامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را با تأکید بر جامعیت محتوایی و با تمرکز بر دیدگاه مخاطبان مختلف، از جمله متخصصان، بالینگران، بیماران و در موارد کودک و نوجوان، والدین آن‌ها ارائه دهد. این پرسش‌نامه‌ها می‌توانند با توجه به ویژگی‌های برنامه‌های درمانی مختلف، شرایط امکان‌سنجی را متناسب با هر فراهم سازند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، پرسش‌نامه، متخصصان، بالینگر، درمانگر، بیماران، والدین.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

## مقدمه

اجرای برنامه‌های درمانی در فرهنگ‌های مختلف، درمانگر یا پژوهشگر را با چالش‌ها و تمایزهایی روبرو می‌کند. گام نخست در به‌کارگیری این برنامه‌ها در یک فرهنگ جدید، بر پایه قضاوت درباره امکان‌پذیری<sup>۱</sup> آن‌ها صورت می‌گیرد [۱]. توجه به چالش‌های اجرایی برنامه‌های درمانی در بافتار فرهنگی جدید و بررسی دقیق‌تر آن‌ها، زمینه را برای بومی‌سازی و به‌کارگیری برنامه مورد نظر در یک بستر فرهنگی خاص فراهم می‌کند. این امر از طریق مطالعه امکان‌سنجی برنامه‌های درمانی محقق می‌شود. به بیان دیگر، پژوهشگران در مطالعات امکان‌سنجی مکانیسم‌هایی را به‌کار می‌گیرند تا تعمیم‌پذیری را بهبود بخشند؛ چرا که مداخله‌ای که قابلیت انتقال به موقعیت‌های جهان واقعی را نداشته باشد، عملاً کاربرد محدودی خواهد داشت [۲].

پژوهش امکان‌سنجی، مؤلفه‌ای بحرانی در تدوین یک مداخله به‌شمار می‌رود؛ زیرا در طراحی مداخله و پژوهش، به‌طور مشخص 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)<sup>۲</sup> پشتیبانی کند یا خیر؟ چنین مطالعه‌ای را می‌توان بخشی از یک پژوهش دانست که پیش از اجرای مطالعه اصلی انجام می‌شود تا امکان انجام آن را بررسی کند [۲]؛ به‌کارگیری و گسترش مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی، از یک سو فرصتی برای بهبود پژوهش‌های پیامد مداخلات فراهم می‌کند و از سوی دیگر، پلی میان خلأ موجود در اجرای دانش برقرار می‌سازد. این مطالعات، در حوزه روان‌درمانی در پی پاسخ به این پرسش هستند که: «آیا برنامه درمانی در نمونه‌ای کوچک، کار می‌کند؟» [۲].

در مرور ادبیات پژوهشی به مفهوم امکان‌سنجی و دسته‌بندی‌های مختلف مؤلفه‌های زیربنایی آن، بوون<sup>۳</sup> و همکاران [۱] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی هشت حوزه کلی را دربرمی‌گیرند؛ 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 شماره ۱، شرح مختصری از این مؤلفه‌ها را از دیدگاه بوون و همکاران [۱]، به‌عنوان حیطة‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی ارائه می‌دهد.

در بررسی ادبیات، پرسش‌هایی 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 بوده است [۱، ۳-۵]. گرچه این نوع واری، امکان‌سنجی را از سه دیدگاه و جنبه‌هایی مشترک یا متمایز فراهم می‌سازد؛ اما در میان ابزارهای مشاهده شده، 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 در میان متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد)، ابزارهایی استفاده شد که به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌کردند. 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 سیاه‌های تدوین کردند که به‌نوعی، درجه‌بندی عملکرد درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل را از سوی متخصصان میسر می‌ساخت. 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.

- 6 . Implementation
- 7 . Practicality
- 8 . Adaptation
- 9 . Integration
- 10 . Expansion
- 11 . Limited-Efficacy Testing

- 1 . Feasibility
- 2 . Randomized Controlled Trial (RCT)
- 3 . Bowen, D. J.
- 4 . Acceptability
- 5 . Demand

جدول ۱. حیطة‌های کلیدی مورد تمرکز مطالعات امکان‌سنجی

ردیف	حیطة تمرکز	پرسش‌های مربوطه	نمونه پیامدهای مربوطه
۱	پذیرش	رائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان، تا چه حد یک برنامه را مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌کنند؟	رضایت تمایل به تداوم به‌کارگیری مناسب انگاشتن <sup>۱</sup>
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؟	تناسب با فرهنگ سازمانی اثرات مثبت یا منفی بر سازمان به‌کارگیری واقعی ابراز تمایل و قصد نسبت به استفاده تقاضای ادراک‌شده
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؟	میزان اجرایی بودن موفقیت یا شکست اجرایی بودن میزان و نوع منابع مورد نیاز برای اجرا
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؟	عوامل مؤثر بر سهولت یا دشواری اجرا مقرون‌به‌صرفه‌بودن، سرعت یا کیفیت اجرا اثرات مثبت یا منفی بر شرکت‌کنندگان هدف توان شرکت‌کنندگان در اجرای فعالیت‌های [مدنظر] مداخله تحلیل هزینه‌ها
۵	انطباق	هنگام به‌کارگیری این برنامه در موقعیت تازه، چارچوب جدید یا جمعیتی متفاوت، چقدر تغییرات موردنیاز در محتوا یا روند برنامه قابل اجرا است؟	میزان پیامدهای مشابه به‌دست‌آمده در چارچوب جدید مقایسه پیامدهای فرایندی در به‌کارگیری مداخله روی دو جمعیت
۶	یکپارچه‌سازی	این برنامه چقدر با سیستم موجود و زیرساخت‌های آن، هماهنگی و تناسب دارد؟	تناسب ادراک‌شده با زیرساخت ماندگاری ادراک‌شده
۷	گسترش	چقدر می‌توان این برنامه را به عنوان یک خدمت جدید در یک بوم تازه گسترش داد؟	هزینه برای سازمان و پیکره سیاست‌گذاری‌ها اثرات مثبت یا منفی بر سازمان ایجاد خلل به خاطر مؤلفه گسترش
۸	آزمون کارآمدی محدود	این برنامه چقدر می‌تواند نویدبخش موفقیت <sup>۲</sup> روی جمعیت هدف باشد؟	اثرات مورد نظر برنامه بر متغیرهای کلیدی بلاواسطه برآورد اندازه اثر حفظ تغییرات از [زمان] نخستین تغییر

1 . Perceived Appropriateness  
2 . Promise of Being Successful

موجود<sup>۱۰</sup>، انطباق‌پذیری<sup>۱۱</sup>، اجرا<sup>۱۲</sup>، اثربخشی<sup>۱۳</sup> و تعمیم‌پذیری<sup>۱۴</sup>. عنایت 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 بوده است 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 دیدگاه متخصصان، بالینگران، شرکت‌کنندگان یا بیماران و 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 بوده است.

### 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 است 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.

بنابراین، به نظر می‌رسد در امکان‌سنجی توجه عمده به تنها یک مؤلفه، یعنی «پذیرش» (پرسش از میزان رضایت معطوف بوده است. افزون بر این، این پرسش‌نامه‌ها (چه نسخه‌های مربوط به متخصصان و چه مربوط به شرکت‌کنندگان) از نظر اعتبار محتوایی مورد بررسی قرار نگرفته بودند. در نتیجه، هیچ‌یک از ابزارهای موجود در سنجش امکان‌پذیری، به جامعیت ارزیابی مؤلفه‌های زیربنایی امکان‌سنجی، توجه کافی نداشته‌اند. از این رو، امکان‌سنجی پروتکل‌ها در این حوزه با نوعی خلأ جدی روبه‌رو به نظر می‌رسد.

با توجه به ضرورت سنجش هر چه جامع‌تر ابعاد مختلف امکان‌پذیری در طراحی و یا اجرای پروتکل‌های درمانی جدید در یک فرهنگ، نیاز جدی به مجموعه‌ای جامع‌تر از پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی احساس شد که نه تنها 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 شده بود، مؤلفه‌های مدنظر بوون و همکاران [۱]، از زاویه‌ای گسترده‌تر و جامع‌تر به مفهوم امکان‌سنجی نگریسته بودند و سنجش امکان‌پذیری را از گذرگاه مؤلفه‌های هشت‌گانه یادشده پیشنهاد کرده بودند. پس از بوون و همکاران [۱]، تیکل‌دگن [۶] نیز در حوزه مداخلات توان‌بخشی، سنجش چهار جنبه از مؤلفه‌های امکان‌سنجی را پیشنهاد داد: سنجش فرایند<sup>۱</sup>، سنجش منابع<sup>۲</sup>، سنجش مدیریت<sup>۳</sup> و سنجش علمی<sup>۴</sup>. پس اتمام مراحل اجرایی پژوهش حاضر نیز گدکه و همکاران [۲]، به ده مؤلفه در امکان‌سنجی اشاره داشته‌اند: ظرفیت گمارش<sup>۵</sup>، گردآوری داده‌ها<sup>۶</sup>، روند طرح<sup>۷</sup>، اعتبار اجتماعی<sup>۸</sup>، عملی بودن<sup>۹</sup>، یکپارچه شدن با سیستم

- 1 . Process Assessment
- 2 . Resources Assessment
- 3 . Management Assessment
- 4 . Scientific Assessment
- 5 . Recruitment Capability
- 6 . Data Collection Procedures
- 7 . Design Procedures
- 8 . Social Vvalidity
- 9 . Practicality

- 10 . Integration into Existing Systems
- 11 . Adaptability
- 12 . Implementation
- 13 . Effectiveness
- 14 . Generalizability

## ابزارها

ابزارهای طراحی شده 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، اجراء، 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 (خیلی‌زیاد) بود.

**۲. پرسشنامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل برای درمانگر / بالینگر.** این پرسش‌نامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجراء، 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 (خیلی‌زیاد) بود.

**۳. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران.** این پرسش‌نامه، ۳ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، اجراء 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 (خیلی‌زیاد) بود.

**۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای والدین.** این پرسش‌نامه، ۵ مؤلفه امکان‌سنجی شامل پذیرش، تقاضا، اجراء، 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 (خیلی‌زیاد) بود.

## روند اجرای پژوهش

در تدوین پرسش‌نامه‌های امکان‌سنجی، کوشش شد مؤلفه‌های مدنظر بوون و همکاران [۱] هدف قرار گیرد. با توجه به جدول ۱، هفت مؤلفه از هشت مؤلفه مطرح شده از سوی بوون 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 به روش‌شناسی و طراحی ویژه خود مؤکول گردید.

در تدوین ابزار امکان‌سنجی ضمن توجه به مؤلفه‌های بوون و همکاران [۱] تنها دیدگاه متخصصان به یک نوع مداخله، مبنا 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، تأثیر در رفع نیازهای بیماران، میل به استفاده از برنامه برای بیماران مشابه و جذابیت آن برای بیماران را مورد پرسش قرار می‌داد. 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 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 اجراء، گویه‌های تدوین شده به قابلیت اجرایی جلسات برنامه، برآورد موفقیت‌آمیز بودن اجرای آن، کفایت تعداد جلسات، مدت زمان برگزاری جلسات و مناسبیت 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 تکالیف طراحی شده در برنامه با

در پرسش‌نامه‌ای که با هدف امکان‌سنجی از دیدگاه والدین تدوین شد، در ارتباط با مؤلفه پذیرش، گویه‌هایی تعریف شدند که از میزان رضایت‌بخش بودن برنامه، تأثیر آن 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 مورد پرسش قرار می‌داد. 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 تدوین شده به کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات، مناسبت 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 و ارتباط تکالیف طراحی شده در برنامه با محتوای هر جلسه را می‌سنجد. مؤلفه انطباق نیز با گویه‌ای تعریف شد که به امکان اجرای آن روی طیف گسترده بیماران با سطوح 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 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 را بررسی کرد. در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین شده به کفایت تعداد جلسات برنامه، مدت زمان برگزاری جلسات و قابل‌فهم 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 همراه با ذکر اهداف و مؤلفه‌های مرتبط، برای ارزیابی به متخصصان

محتوای هر جلسه، میزان مؤلفه‌های غیرضروری پرداخته‌شده و مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده 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 زیربنایی آن‌ها و امکان اجرای آن بر طیف گسترده بیماران اشاره دارد. مؤلفه یکپارچه‌سازی نیز 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 را بررسی می‌کرد. مرتبط با مؤلفه تقاضا، گویه‌ای مطرح شد که هماهنگی محتوای جلسه با ساختار فرهنگی غالب کشور را ارزیابی می‌نماید.

در حوزه مؤلفه اجرا، گویه‌های تدوین شده، 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 تکالیف طراحی شده 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.

دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، به تعداد کل پاسخ‌هاست  

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$
 (تعداد گزینه‌های ضروری =  $N_e$ ). 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].

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

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

#### یافته‌ها

در این قسمت، گویه‌های پرسش‌نامه در وضعیت اولیه ارائه می‌گردد. در برابر هر گویه، شرایط CVI و CVR آن‌ها نیز تنظیم شده است. نتایج، مقابل هر گویه در ادامه مشخص می‌کند که کدام گویه‌ها نامزد حذف بودند و کدام یک می‌توانستند باقی بمانند. جدول‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ در برگزیده یافته‌های CVI و CVR مرتبط با هر گویه از چهار پرسش‌نامه امکان‌سنجی بر اساس نظر متخصصان بوده‌است.

ارسال شدند. در نسخه‌هایی که به متخصصان برای ارزیابی ارسال گردید، گویه‌های مرتبط با هر مؤلفه به‌دقت مشخص شده بود تا از نظر نحوه طراحی، تناسب پرسش‌نامه‌ها با مفاهیم مطرح‌شده درباره هر مؤلفه، 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 غیرضروری یا غیرمرتبط تشخیص داده شدند و حذف گردیدند که در گزارش یافته‌ها در جدول شماره ۳ تا ۶ به تفکیک ارائه شده است.

#### تحلیل آماری

اعتبار محتوای پرسش‌نامه‌های طراحی‌شده 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 به‌صورت زیر انجام پذیرفت [۹]:

**الف.** نحوه طراحی و تناسب گویه‌ها با مفاهیم مطرح‌شده 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 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 به‌دست 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

1. Content Validity Index (CVI)
2. Content Validity Ratio (CVR)
3. Hyrkäs, K.

جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۰/۴**	۳		۷	۱		۰	۱۰		میزان رضایت‌بخش بودن برنامه	پذیرش
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰		تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		تأثیر بر رفع نیازهای والدین بیماران ایرانی	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار اختلال «.....»	
۰/۱۶	۳		۷	۱		۰	۱۰		جذابیت برای بیماران ایرانی	
۰/۱۶	۴		۶	۰/۹		۱	۹		هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	تقاضا
۰/۱۶	۶		۴	۰/۸		۲	۸		تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	
-۰/۱۶**	۸		۲	۰/۸		۲	۸		تأثیر منفی برنامه در ساختار فرهنگی ایران	
۰/۱۶	۲		۸	۱		۰	۱۰		امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	
۰/۱۶	۲		۸	۱		۰	۱۰		وجود مطالبه برای اجرا در ایران	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		قابلیت اجرایی برنامه	اجرا
۰/۱۶	۱		۹	۱		۰	۱۰		کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف	
۰/۱۶	۱		۹	۱		۰	۱۰		کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	
۰/۸	۱		۹	۰/۹		۰	۱۰		کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	

ادامه جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۰/۸	۱		۹	۱		۱		۹	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	اجرا
۰/۸	۱		۹	۱		۰		۱۰	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	
۰/۴**	۳		۷	۱		۰		۱۰	قابلیت اجرا با کیفیت مورد نظر	
۱	۰		۱۰	۱		۰		۱۰	مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	
۰/۸	۱		۹	۱		۰		۱۰	مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	
۰/۱۶	۳		۷	۱		۰		۱۰	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	
۰/۲**	۴		۶	۰/۷*		۳		۷	تأثیرات منفی برنامه بر بیماران ایرانی	
۰/۸	۱		۹	۱		۰		۱۰	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	کاربرد
-۰/۶**	۸		۲	۰/۵**		۵		۵	مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی برای بیماران ایرانی	
۰/۱۶	۲		۸	۰/۹		۱		۹	مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	
۰/۸	۱		۹	۱		۰		۱۰	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	
۰/۲**	۴		۶	۰/۸		۲		۸	تعداد مؤلفه‌های غیر ضروری	
۰/۱۶	۳		۷	۱		۰		۱۰	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده	

ادامه جدول ۳. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان/بالینگران به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۰/۱۶	۳		۷	۰/۸		۲	۸	مکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	۲۸	کاربرد
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	انسجام محتوای جلسات	۲۹	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	۳۰	انطباق
۰/۱۶	۶		۴	۱		۰	۱۰	مکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	۳۱	
۰/۰۰	۵		۵	۰/۷*		۳	۷	تناسب زیرساخت‌های موجود با برنامه	۳۲	یکپارچه‌سازی
۰/۱۶	۲		۸	۰/۸		۲	۸	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	۳۳	
۰/۱۸	۵		۵	۰/۸		۳	۷	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی	۳۴	گسترش
۰/۱۶	۲		۸	۰/۸		۲	۸	تناسب برنامه با اهداف سازمانی	۳۵	
۰/۱۶	۵		۵	۰/۹		۱	۹	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	۳۶	
۰/۱۶	۵		۵	۰/۹		۱	۹	میزان تأثیر منفی برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران	۳۷	
۰/۱۶	۳		۷	۰/۸		۳	۷	مکان گسترش برنامه در کشور	۳۸	

\* به معنای سؤال برانگیز است.

\*\* به معنای غیرقابل قبول است.

جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل برای درمانگر / بالینگر به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۰/۳**	۴		۶	۱		۰	۱۰	۱	میزان رضایت‌بخش بودن جلسه	پذیرش
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۲	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار	
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰	۳	میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز والدین بیمار	
۰/۶	۲		۸	۱		۰	۱۰	۴	تمایل به استفاده از محتوی جلسه برای بیماران با مشکلات مشابه	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۵	جذابیت جلسه برای بیماران مشکلات مشابه	
۰/۶	۳		۷	۱		۰	۱۰	۶	هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران	تقاضا
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۷	قابلیت اجرایی جلسه	اجرا
۰/۴**	۳		۷	۰/۸		۲	۸	۸	موفقیت‌آمیز بودن اجرای جلسه	
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰	۹	کفایت مدت‌زمان تعریف‌شده برای جلسه در اجرای اهداف	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۱۰	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران/ راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۱۱	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا	

ادامه جدول ۴. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسش‌نامه  
امکان‌سنجی جلسه‌به‌جلسه پروتکل برای درمانگر/ بالینگر به همراه CVI و CVR

نتایج							ردیف	گویه‌ها	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				مرتبط اما نیاز به بازبینی
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰		تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	کاربرد
۰**	۵		۵	۰/۶**		۴	۶		تأثیرات منفی برنامه جلسه بر بیماران ایرانی	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن	
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰		ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه	
۰**	۵		۵	۰/۶**		۴	۶		تعداد مؤلفه‌های غیر ضروری	
۰/۶	۳		۷	۰/۹		۱	۹		انعطاف محتوای جلسه	
۰/۶	۳		۷	۰/۸		۲	۸		تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده	
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰		انسجام محتوای جلسه	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		انطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰		قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی	
۱	۰		۱۰	۰/۸		۰	۱۰		امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	

\* 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								ردیف	گونه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
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 دوستی با 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	قابل‌فهم 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 آموخته‌شده در هر جلسه		

\* به معنای غیرقابل قبول است.

\*\* به معنای سؤال برانگیز است.

جدول ۶. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای والدین به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۱	۰		۱۰	۱	۰		۱۰	۱	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد	پذیرش
۱	۰		۱۰	۱	۰		۱۰	۲	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان	
۰/۸	۱		۹	۱	۰		۱۰	۳	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد	
۰/۶	۳		۷	۱	۰		۱۰	۴	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست	
۰/۸	۱		۹	۱	۰		۱۰	۵	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز	
۰/۸	۱		۹	۱	۰		۱۰	۶	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد	
۰/۴**	۳		۷	۱	۰		۱۰	۷	میزان جذابیت برنامه برای والد	
۰/۶	۲		۸	۱	۰		۱۰	۸	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار	تقاضا
۱	۰		۱۰	۱	۰		۱۰	۹	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه	اجرا
۰/۸	۱		۹	۱	۰		۱۰	۱۰	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه	

ادامه جدول ۶. فراوانی پاسخ‌های متخصصان به هریک از گزینه‌های مربوط به پرسش‌های پرسشنامه امکان‌سنجی پروتکل برای والدین به همراه CVI و CVR

نتایج								ردیف	گویه‌ها	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	مرتبط اما نیاز به بازبینی			
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰	۱۱	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/ نوجوان) در اجرای برنامه	اجرا
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۱۲	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه	
۰/۶	۲		۸	۱			۱۰	۱۳	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	
۰/۴**	۷		۳	۰/۶**		۴	۶	۱۴	میزان تأثیر منفی برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	کاربرد
۰/۸	۱		۹	۱		۰	۱۰	۱۵	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۱۶	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه	
۱	۰		۱۰	۱		۰	۱۰	۱۷	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی مختلف	انطباق

\* به معنای غیرقابل قبول است.

\*\* به معنای سؤال برانگیز است.

کیفیت بر اساس منابع موجود، تأثیر منفی بر بیماران، مقرون به صرفگی اقتصادی برای بیماران و میزان مؤلفه‌های غیر ضروری 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 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.

به لحاظ مفهومی، می‌توان گویه‌های حذف‌شده را از دو منظر نگریست: نخست، گویه‌هایی که به ابعاد مثبت برنامه درمانی مانند میزان رضایت‌بخش، جذاب و موفق بودن برنامه درمانی، قابلیت اجرا و مقرون به صرفگی آن مربوط بودند؛ دوم، گویه‌هایی که جنبه‌های منفی یا سلبی برنامه درمانی را، مانند میزان تأثیر منفی برنامه درمانی در ساختار فرهنگی ایران (در تقاضا)، میزان تأثیر منفی بر بیماران و میزان مؤلفه‌های غیر ضروری در برنامه درمانی (در کاربرد)، و در نهایت، میزان تأثیر منفی روی برنامه‌های سلامت روان کشور (در یکپارچه‌سازی) ارزیابی می‌کردند.

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 با تردید مواجه کرده باشد. قرابت معنایی برخی گویه‌های حذف‌شده با گویه‌های دیگر نیز ممکن است از جنبه دیگری موجب حذف آن‌ها را شده باشد. افزون بر این، ممکن است متخصصان از این جهت به حذف یک گویه رأی داده باشند که اطلاعات مهمی را نمی‌سنجد و حذف آن خللی در جامعیت داده‌های پژوهش ایجاد نمی‌کند.

با توجه به این که این یافته‌ها بر اساس دیدگاه متخصصان (کارشناسان) صورت گرفته است، ارائه تبیین‌های احتمالی در دو مسیر قابل بررسی است: نخست، مناسب کلی محتوای گویه برای سنجش امکان‌پذیری در

بر اساس نتایج مندرج در جدول شماره ۳ تا ۶، گویه‌هایی که «غیرقابل قبول» یا «سؤال برانگیز» بودند، حذف شدند؛ بنابراین نسخه نهایی پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی متخصصان با حذف ۹ گویه، با ۲۹ گویه، پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر 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 باقی ماند.

## بحث

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 طراحی شد. یافته‌های به دست آمده از دیدگاه متخصصان، اعتبار محتوای نسخه‌های چهارگانه پرسش‌نامه امکان‌سنجی را که بر اساس مؤلفه‌های امکان‌سنجی مدنظر بوون و همکاران [۱] تدوین شده بودند، ضمن اعمال حذف شماری از گویه‌ها، تأیید نمودند.

نکته مهمی که لازم است خوانندگان در نظر داشته باشند، 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 واری واری داشت. به همین 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 به صرف 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. تیم گویه‌ها با موارد زیر ارتباط داشتند: 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

ملاحظه نگردید که به‌صورت منسجم در تلاش باشد به ابعاد امکان‌سنجی، تا حد ممکن، توجه جامعی داشته باشد و به نوعی عرصه را برای سنجش جامع آن ابعاد فراهم نماید.

در مطالعهٔ کراولی و همکاران [۳]، اجرای ابزارهایی در سنجش امکان‌پذیری در میان متخصصان، درمانگر و بیماران (کودک و والد) گزارش شد که هر کدام به‌صورت محدود، جنبه‌ای چون رضایت را از نگاه بیمار درجه‌بندی می‌کردند. این سنجش برای متخصصان در قالب درجه‌بندی یک فرم راهنمای نشست تخصصی فراهم شده بود 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 به نوعی، 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 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؛ از جمله زاویهٔ دیدِ تخصصی که خارج از فضای اجرای برنامهٔ درمانی، آن را بررسی می‌کند، درمانگری که در ارتباط مستقیم با چالش‌های اجرای برنامهٔ 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 به کار گرفت. شلانی و همکاران [۱۲]، در طراحی یک مقیاس امکان‌سنجی، به کمک ابزار

مؤلفهٔ خاص خود؛ و دوم، توجه به این مناسبت در بستری که مخاطب پرسش‌نامه (متخصص، درمانگر، بیمار یا والد) نیز در نظر گرفته می‌شود.

از منظر نخست، ممکن است متخصصان پرسش از میزان رضایت‌بخش، جذاب، موفق، قابل‌اجرا و مقرون‌به‌صرفه بودن برنامهٔ درمانی را از این جهت ضروری یا روشنی ندانسته باشند که اعتبار و حتی پایایی مشکوکی داشته باشند و در به‌کارگیری آیندهٔ این پرسش‌نامه‌ها برای دستیابی به پاسخ از نگاهی غیرکارشناسانه (بیمار و والد) تغییرپذیری زیادی داشته باشد. این تغییرپذیری در پاسخ‌دهی، ممکن است تا حدی 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 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 شده باشد. 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 بوده است، 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 داده باشد.

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

متخصصان، از دیگر وجوه متمایز این مجموعه پرسش‌نامه‌ها با تنها ابزار موجود در ایران، یعنی 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 و 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 نموده است. بخش محدودی نیز که به این مهم اشاره داشته به سنجش تنها جنبه‌ای از یک مؤلفه امکان‌سنجی (رضایت در مؤلفه پذیرش) پرداخته است [۳، ۵].

پژوهش حاضر گرچه تلاش نمود برای نخستین بار مجموعه منسجی از پرسش‌نامه‌های سنجش امکان‌پذیری مداخلات درمانی را، ضمن عنایت به جامعیت محتوایی هرچه بیشتر و 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 بوده است.

اعتبار محتوایی این مجموعه پرسش‌نامه‌ها، صرفاً از نظر متخصصان بررسی شده است. بررسی‌های بیشتر بر 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 برای مخاطبانی چون بالینگران و بیماران راهگشا باشد.

به‌علاوه، مجموعه پرسش‌نامه‌های تدوین و ارائه شده پژوهش حاضر، علی‌رغم تلاش برای جامعیت در سنجش، در صورت دستیابی به نتایجی که امکان‌پذیری برنامه درمانی مدنظر را مورد تردید قرار دهد، چارچوب منسجمی برای طرح پیشنهادی بهبود ابعاد مختلف برنامه درمانی فراهم نکرده است. چنین تلاشی می‌تواند از تعریف بخش‌هایی در پرسش‌نامه برای ثبت پیشنهادی تکمیلی، تا تنظیم مقیاس‌واره‌ای که از قبل تعریف شده است و نیز برخی پیشنهادها که در ابعاد مختلف امکان‌پذیری برنامه مدنظر است، در راستای تأمین این هدف تلقی شود.

پیشنهادی 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 مؤلفه امکان‌سنجی را در بر می‌گیرد: مقبولیت و تناسب<sup>۱</sup>، کاربردپذیری و تقاضا<sup>۲</sup>، یکپارچگی<sup>۳</sup>، سازگاری<sup>۴</sup>، منابع و قابلیت اجرا<sup>۵</sup>، و تعمیم‌پذیری<sup>۶</sup>.

در مقاله یادشده [۱۲]، تبیین مشخصی درباره انتخاب مؤلفه‌های یادشده برای سنجش امکان‌پذیری ارائه نشد و در نظر گرفتن این مؤلفه‌ها به برآیند مؤلفه‌های اشاره‌شده در مطالعات مختلف نسبت داده شده است. به‌علاوه، با وجود اشاره به این شش مؤلفه، نه در متن مقاله و نه در ساختار پرسش‌نامه پیوست‌شده، اشاره صریح و مستقیمی به گویه‌های مربوط به هر مؤلفه نشده است.

از این رو، صرف‌نظر از این که پرسش‌نامه‌های ارائه شده در پژوهش حاضر در تقدم زمانی نسبت به مطالعه شلانی و همکاران [۱۲] تدوین شدند و فرایند اجرایی آن پیش از مطالعه یادشده به سرانجام رسید، در پژوهش حاضر تلاش شد با توجه به تعریفی که از هر مؤلفه امکان‌سنجی ارائه شده است، این مؤلفه‌ها تا حد امکان به‌صورت تفکیک شده و تصریح شده، در قالب گویه‌هایی متمایز، سنجش امکان‌پذیری را فراهم سازند. چرا که در مرور ادبیات امکان‌سنجی و بررسی مؤلفه‌های مختلف ارائه، نویسندگان پژوهش حاضر، هم‌پوشانی مفهومی این مؤلفه‌ها را مشاهده کردند؛ امری که در تلفیق تفکیک آن‌ها، سهولت و سادگی طرح گویه‌های پیشنهادی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افزون بر این، ارائه نسخه‌های متفاوت متناسب با مخاطبانی که هر نسخه را تکمیل می‌کنند، و در نظر گرفتن تفاوت‌های محتوایی از طریق 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

- 1 . Acceptability and Suitability
- 2 . Adaptation and Demand
- 3 . Integrity
- 4 . Adaptability
- 5 . Resources and Implementation
- 6 . Generalizability

منابع

- 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]. Shahed University, 2019.  
<https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> [In Persian]
- 8- Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Barlow DH. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. Zarghami F, Translator. Tehran: Arjmand; 2019.  
<https://www.arjmandpub.com/book/1621/> [In Persian]
- 9- Hajizadeh E, Asghari M. Statistical Methods and Analyses in Health and Biosciences: A Research Methodological Approach. Tehran: Jahade Daneshgahi Publications; 2018.  
<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.  
<https://doi.org/10.48308/apsy.2021.224241.1190> [In Persian]
- 1- Bowen DJ, Kreuter M, Spring B, Cofta-Woerpel L, Linnan L, Weiner D, et al. 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, et al. 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, Hohnecker CS, Lautenbacher H, Bizu V, Nickola M, et al. 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>
- 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>

پیوست ۱. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی برای متخصصان

مؤلفه امکان‌سنجی	ردیف	گویه‌ها	گزینه‌های پاسخ					
			۱	۲	۳	۴	۵	۶
پذیرش	۱	تأثیر بر رفع نیازهای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲	تأثیر بر رفع نیازهای والدین بیماران ایرانی*	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۳	تمایل متخصص به استفاده روی بیماران دچار اختلال «.....»	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۴	جذابیت برای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
تقاضا	۵	هماهنگی با فرهنگ غالب ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۶	تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۷	امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۸	وجود مطالبه برای اجرا در ایران	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
اجرا	۹	قابلیت اجرایی برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۰	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۱	کفایت مدت‌زمان تعریف شده برای هر جلسه برای اجرای اهداف	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۲	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
کاربرد	۱۳	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه شده برای اجرا	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۴	مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۵	مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۶	تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
انطباق	۱۷	توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۸	مقرون‌به‌صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۱۹	ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۰	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
یکپارچه‌سازی	۲۱	امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در برنامه	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۲	انسجام محتوای جلسات	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۳	انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۴	امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت	اصلاً	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
	۲۵	احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود	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.

ادامه پیوست ۱. پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی برای متخصصان

گزینه‌های پاسخ						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲۶	نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲۷	تناسب برنامه با اهداف سازمانی
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲۸	میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲۹	امکان گسترش برنامه در کشور

پیوست ۲. پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر / بالینگر

گزینه‌های پاسخ						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
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 محتوی 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 مدت زمان تعریف شده برای جلسه در اجرای اهداف
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۸	مناسبت و کفایت کتاب کار بیماران / راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۹	مناسبت و کفایت کتاب کار والدین / تکالیف و تمرین‌های ارائه شده 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	نعطاف محتوای جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۴	تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۵	نسجام محتوای جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۶	نطباق 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						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱	میزان رضایت کلی از برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲	کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۳	میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۴	تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌ای مشابه در صورت نیاز
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۵	جذابیت برنامه برای بیماران
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۶	کفایت تعداد جلسات برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۷	کفایت مدت‌زمان در هر جلسه، برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۸	قابل‌فهم و آسان بودن محتوای تمرین‌های جلسات (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران)
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۹	میزان تأثیر مثبت برنامه بر بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۰	میزان تأثیر منفی برنامه بر بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۱	میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۲	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده در هر جلسه

پیوست ۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین

گزینه‌های پاسخ						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱	میزان رضایت‌بخش بودن برنامه برای والد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۲	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای کودک/نوجوان‌تان
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۳	تأثیر محتوای این درمان در رفع نیازهای والد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۴	تمایل والد برای پیشنهاد شرکت در این برنامه به فرزند یک دوست
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۵	تمایل والد برای استفاده مجدد از این برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۶	میزان جذابیت این برنامه درمانی برای کودک/نوجوانان از نظر والد

ادامه پیوست ۴. پرسش‌نامه امکان‌سنجی والدین

گزینه‌های پاسخ						ردیف	مؤلفه امکان‌سنجی
۶	۵	۴	۳	۲	۱		
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۷	میزان هماهنگی برنامه با ساختار فرهنگی خانواده بیمار
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۸	کفایت تعداد جلسات برای اجرای اهداف برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۹	کفایت مدت‌زمان هر جلسه برای اجرای اهداف جلسات برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۰	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای بیمار (کودک/ نوجوان) در اجرای برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۱	کفایت و تناسب محتوای تمرین‌ها (کاربرگ‌ها / کتاب کار بیماران) برای والدین در اجرای برنامه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۲	میزان تأثیر مثبت برنامه روی بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۳	مطابقت فعالیت‌های مداخله‌ای برنامه با توانایی‌های بیمار (کودک/ نوجوان) از نظر والد
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۴	ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با آموزش‌های آن جلسه
خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	اصلاً	۱۵	قابلیت اجرای برنامه برای خانواده‌هایی با سطح فرهنگی/ اجتماعی/ اقتصادی مختلف

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
		گویه‌ها	گویه‌ها
پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر متخصصان	پذیرش	۴-۳-۲-۱	۳-۲-۱
	تقاضا	۸-۷-۶-۵	۷-۶-۵-۴
	اجرا	۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۲-۱۱-۱۰-۹-۸
	کاربرد	۲۲-۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴	۲۱-۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶-۱۵-۱۴-۱۳
	انطباق	۲۴-۲۳	۲۲-۲۳
	یکپارچه‌سازی	۲۵	۲۴
	گسترش	۲۹-۲۸-۲۷-۲۶	۲۸-۲۷-۲۶-۲۵
پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه درمانگر/ بالینگر	پذیرش	۴-۳-۲-۱	۳-۲-۱
	تقاضا	۵	۴
	اجرا	۹-۸-۷-۶	۸-۷-۶-۵
	کاربرد	۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۴-۱۳-۱۲-۱۱-۱۰-۹
	انطباق	۱۸-۱۷-۱۶	۱۷-۱۶-۱۵

ادامه پیوست ۵. راهنمای نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌های چهارگانه امکان‌سنجی

نسخه مناسب برای پروتکل‌های بزرگسالان	نسخه مناسب برای پروتکل‌های کودک و نوجوان (همراه با گویه مربوط به رفع نیاز والد)	خرده‌مقیاس	نسخه
گویه‌ها	گویه‌ها		
۵-۴-۳-۲-۱	۵-۴-۳-۲-۱	پذیرش	پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر بیماران
۸-۷-۶	۸-۷-۶	اجرا	
۱۲-۱۱-۱۰-۹	۱۲-۱۱-۱۰-۹	کاربرد	
_____	۶-۵-۴-۳-۲-۱	پذیرش	پرسش‌نامه امکان‌سنجی از منظر والدین
_____	۷	تقاضا	
_____	۱۱-۱۰-۹-۸	اجرا	
_____	۱۴-۱۳-۱۲	کاربرد	
_____	۱۵	انطباق	