





Research Article

Feasibility of Norton Transdiagnostic Group Cognitive-Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Iranian Samples: The Viewpoint of Experts, Therapist, and Patients

Authors

Fatemeh Akhavan-Abiri¹, Mohammad Reza Shaeiri^{2*}, Hojjatollah Farahani³,
Arsia Taghva⁴

-  1. Ph.D. Graduate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. akhavan885@gmail.com
-  2. Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
-  3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. h.farahani@modares.ac.ir
-  4. Professor, Department of Psychiatry, Military Psychiatry 505 Hospital, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. ataghva@yahoo.com

Abstract

Receive Date:
21/09/2025

Accept Date:
31/01/2026



Introduction: Anxiety disorders are among the most common mental disorders for which protocols have been developed and applied in accordance with theoretical perspectives focused on these disorders. Since the first step in implementing new interventions in a context is based on judging their feasibility, the aim of the present study was to evaluate the feasibility of Norton's transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders in Iranian samples.

Method: The present study was conducted in the first step following a Delphi design and the second step within a quasi-experimental design with pre-test, post-test, follow-up phases, and waiting list. In this way, 9 experts completed a feasibility questionnaire before starting the group therapy by reading the detailed protocol summary. In addition, the protocol therapist evaluated the protocol in terms of feasibility criteria at the end of each session, and every 8 patients in the group therapy group also presented their views on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

Results: The protocol's feasibility was generally deemed appropriate by examining all feasibility categories from the viewpoints of experts, the protocol therapist, and patients participating in the treatment process. All components were obtained "relative" from the perspective of experts, therapist, and patients, considering the Content Validity Index (CVI) for the dimensions and components of feasibility.

Discussion and conclusion: Norton transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders seems feasible in Iranian samples from the perspective of experts in Iranian society, the therapist providing this protocol, and the patients undergoing the treatment period. This finding paves the way for further investigations to determine the efficacy and effectiveness of this treatment program within the framework of large-scale trials.

Keywords

Anxiety Disorders, Feasibility, Norton, Group Cognitive - Behavioral Therapy.

Corresponding Author's E-mail

shairigm@gmail.com

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

Extended Abstract

Introduction

Anxiety disorders are defined by a pattern of excessive fear and anxiety and associated behavioural disturbances [3]. Cognitive behavioural therapy (CBT) is an empirically supported psychotherapy approach [7,8]. Due to the high comorbidity among mental disorders [5] and the considerable overlap between mental disorders in symptoms and criteria, common processes have been considered [10, 11] led to the development of new treatment models that have gradually come together under the name of “transdiagnostic treatments”; treatments that, in their broadest sense, target multiple comorbid disorders simultaneously [12]. Transdiagnostic Cognitive-Behavioural Group Therapy for Anxiety Disorders (TGCBT) [14] is one of the most prominent transdiagnostic protocols [15], with numerous studies confirming its efficacy and effectiveness on diagnostically heterogeneous anxiety samples and groups with diagnoses of Generalized Anxiety Disorder (GAD), Social Anxiety Disorder (SAD), Panic Attack Disorder (PAD), agoraphobia, and specific phobia [16-26]. Since the first step in implementing therapeutic interventions in a context is based on a judgment about their feasibility [29], and given that this protocol has not been used in Iranian society so far, the present study aims to evaluate the feasibility of TGCBT in Iranian samples.

Method

In the first step, the current study was conducted following the Delphi design, and in the second step, through a quasi-experimental design with pretest - post-test. In addition to the experts in the first step, the therapist completed the feasibility criteria in each session, and the patients also presented their perspectives on the feasibility criteria of this protocol at the end of the treatment.

The statistical population in the first step included psychology experts with PhD degrees, and in the second study, in addition to the therapist implementing the protocol, included all patients with anxiety disorders in Tehran who received any of the aforementioned diagnoses during their visits to medical centres in 2023 and 2024. In addition to the therapist implementing the protocol, the

sample of experts in this study was 9 people, and the sample of patients was 8 people, which was obtained based on the purposive sampling method.

In addition to the TGCBT, the instruments included the overall protocol feasibility questionnaire for experts, the session-by-session protocol feasibility questionnaire for therapist, and the overall protocol feasibility questionnaire for patients [36]. To quantitatively assess the protocol feasibility, the calculation of the total scores and the average of each component was used. CVI was also calculated as an index of content validity evaluation for the feasibility questionnaire for experts, therapist, and the feasibility questionnaire for patients (since they are completed by more than one person).

Results

In the review of all feasibility components from the perspective of experts, therapist, and patients participating in the treatment process, the feasibility of the protocol was reported as "high". However, when examining the results of the components separately, different findings were obtained. The level of acceptability was described as moderate from the perspective of experts and high from the perspective of therapist and patients. The level of demand was high from the perspective of experts and patients and very high from the perspective of therapist. Experts and therapist described the level of implementation as high, and patients described it as moderate. Practicality was described as high by all three audiences of experts, therapist, and patients. Adaptation was assessed as high by experts and patients and very high by the therapist. Finally, after the two categories of expansion and integration, which were reported as high only from the perspective of the expert group, the overall level of feasibility was assessed as high from all three perspectives of experts, therapist, and patients (See table 1). The CVI calculation indicates that in the experts' version, the goal of just content related to one item (item 26: program implementation needs cost and organizational infrastructure) seems “irrelevant”. In the therapist and patient versions, all items were found to be "relevant" (See table 2).

Table 1. Mean Scores of each Component and the Questionnaire Totally from the Viewpoint of Experts, Therapist, and the Patients

| component | Experts | | Therapist | | Patients | |
|-------------------|---------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|
| | mean | description | mean | description | mean | description |
| Acceptability | 4.93 | moderate | 5.78 | high | 5.50 | high |
| Demand | 4.97 | moderate | 6 | very high | | |
| Implementation | 4.90 | moderate | 5.73 | high | 4.67 | moderate |
| Practicality | 5.10 | high | 5.18 | high | 5.03 | high |
| Adaptation | 5.28 | high | 6 | very high | | |
| Integration | 4.78 | moderate | | | | |
| Expansion | 4.72 | moderate | | | | |
| Total Feasibility | 4.97 | moderate | 5.61 | high | 5.05 | high |

Table 2. Items' CVI for each Component Item in Experts, Therapist, and the Patients' Versions of the Questionnaire

| Component | Experts | | Therapist | | Patients | |
|----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| | Average Score | Description | Average Score | Description | Average Score | Description |
| Acceptability | 0.96 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Demand | 1 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Implementation | 0.96 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Practicality | 0.98 | relevant | 0.97 | relevant | 1 | relevant |
| Adaptation | 1 | relevant | 1 | relevant | 1 | relevant |
| Integration | 1 | relevant | | | | |
| Expansion | 0.89 | relevant | | | | |

Conclusion

The present study was conducted to assess the feasibility of Norton TGCBT for anxiety disorders in Iranian samples. The findings indicated that the overall feasibility components from the perspectives of experts, therapist, and patients demonstrated the feasibility of the protocol generally. It seems that, as often in feasibility studies in psychology, these studies have been evaluated more from an outcome perspective, meaning that instead of testing the intervention process, outcome measures, or research techniques for use in the main study, they only measure the outcomes of the treatment. In the present study, although all three groups of experts, the therapist who applied the treatment, and the patients who received the treatment may have been affected by biases that could have affected the feasibility results, as a limited finding, it reveals some dimensions before implementation and some dimensions related to the implementation process. In the literature on Norton TGCBT for anxiety disorders, preliminary studies that pursued a similar goal of determining the effectiveness of this protocol were noted.

The results of the present study were consistent with them, and this protocol appears to potentially work in a small sample. This consistency is partly due to the underlying dimensions of the Norton protocol, which are based on more classical treatment strategies in cognitive behaviour therapy; that is, behavioural activation in the form of exposure therapy and cognitive restructuring.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The endorsement of the Research Ethics Committee of Shahed University (Tehran - Iran) has been obtained, bearing the identifier "IR SHAHED.REC.1402.126", alongside the formal submission of the research proposal to the Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT), which is cataloged under the reference code "76032." The paper is extracted from the Ph.D. Thesis in Clinical Psychology presented on 19.01.2025.

Funding: This study was self-funded.

Conflict of Interest: The authors declare no competing interests.

امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی: دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

نویسندگان

فاطمه اخوان‌عبیری^۱، محمدرضا شعیری^{۲*}، حجت‌اله فراهانی^۳، ارسیا تقوا^۴

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

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

۳. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

h.farahani@modares.ac.ir

۴. استاد روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران.

ataghva@yahoo.com

چکیده

مقدمه: اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی هستند که پروتکل‌هایی متناسب با دیدگاه‌های نظری و معطوف به این اختلالات تدوین شده و کاربرد یافته‌اند. از آن‌جا که گام نخست در به کارگیری مداخلات جدید در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌پذیری آن‌ها صورت می‌گیرد، هدف مطالعه حاضر امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی بوده است.

روش: مطالعه کنونی در گام نخست، پرو طرح دلفی انجام شد و گام دوم آن در قالب طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس - آزمون، مرحله پیگیری و فهرست انتظار اجرا گردید. در این مسیر، ۹ متخصص پیش از آغاز اجرای گروه درمانی، با مطالعه خلاصه مبسوط پروتکل، پرسشنامه امکان‌سنجی را تکمیل نمودند. به علاوه، درمانگر مجری پروتکل در پایان هر جلسه، آن را از نظر معیارهای امکان‌پذیری ارزیابی کرد، هم‌چنین، ۸ بیمار عضو گروه درمانی نیز در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌پذیری این پروتکل ارائه نمودند.

نتایج: در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر پروتکل و بیماران شرکت‌کننده در فرایند درمان، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل در سطح (متوسط تا بالا) گزارش شد. با در نظر گرفتن شاخص اعتبار محتوا (CVI) برای ابعاد و مؤلفه‌های امکان‌پذیری، تمامی مؤلفه‌ها از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران «مرتبط» به‌دست آمد.

بحث و نتیجه‌گیری: درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی، از نظر متخصصان جامعه ایران، درمانگر ارائه‌دهنده این پروتکل و بیماران دریافت‌کننده دوره درمانی، امکان‌پذیر به نظر می‌رسد. این یافته، زمینه را برای واری‌های بیشتر در راستای تعیین کارآمدی و اثربخشی این برنامه درمانی در چارچوب کارآزمایی‌های گسترده فراهم می‌کند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۴/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۴/۱۱/۱۱



کلیدواژه‌ها

اختلالات اضطرابی، امکان‌سنجی، امکان‌پذیری، نورتون، گروه‌درمانی شناختی - رفتاری.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

shairigm@gmail.com

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول است.

مقدمه

مرور پژوهش‌های معطوف به رویکرد فراتشخیصی در رفتاردرمانی شناختی، پروتکل یکپارچه [۱۳] و درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی [۱۴] را به‌عنوان برجسته‌ترین^۵ پروتکل‌های فراتشخیصی معرفی نموده است [۱۵]. درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی، در قالب یک پروتکل ۱۲ جلسه‌ای معطوف به دسته اختلالات اضطرابی مطرح شد که در جلسات دو ساعته و همراه با ۶-۸ بیمار در گروه، به کمک یک یا دو درمانگر برگزار می‌شود [۱۵]. پژوهش‌های متعددی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی نورتون را روی نمونه‌های اضطرابی که از نظر تشخیصی، نامتجانس هستند و گروه‌هایی با تشخیص‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۶، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۷، اختلال وحشت‌زدگی، گذرهراسی^۸ و هراس خاص^۹ تأیید نموده‌اند [۱۶ - ۲۶].

ادبیات پژوهشی، ویژگی‌های متمایزی درباره پروتکل فراتشخیصی گروهی برای اختلالات اضطرابی نورتون [۱۴] مطرح نموده است. پروتکل نورتون، تنها روی یک دسته از اختلالات روانی، اختلالات اضطرابی متمرکز است و بهبود آن‌ها را در اجرای پروتکل خویش دنبال می‌کند [۹]. رفتاردرمانی شناختی فراتشخیصی گروهی نورتون، بدو در چارچوب گروهی طراحی شده [۱۴]؛ گرچه به چارچوب فردی نیز تعمیم یافته است [۲۷]. پروتکل نورتون، متمرکز بر یک فرایند یکپارچه در آسیب‌شناسی است که علاوه بر این که بر عاطفه منفی صحنه می‌گذارد، ترس مفرط^{۱۰} را در این فرایند یکپارچه مورد توجه قرار می‌دهد و رویکردی یکپارچه به شیوه اجرای درمان دارد [۱۵]. این پروتکل، علاوه بر عاطفه منفی که مکانیسم زیربنایی مشترک در آسیب‌شناسی اختلالات هیجانی از نگاه بارلو است [۱۳]، در مدل آسیب‌شناختی خود نسبت به اختلالات اضطرابی، علاوه بر عاطفه منفی، به ترس بیش از حد^{۱۱} [۱۴]، اضطراب صفت^{۱۲}،

اضطراب، یکی از کلیدی‌ترین هیجان‌های منفی [۱] است که با احساساتی چون عصبی بودن، نگرانی و دل‌مشغولی نسبت به خطری احتمالی، مشخص می‌شود [۲]. اختلالات اضطرابی، با تابلوی ترس و اضطراب مفرط و آشفتگی‌های رفتاری مرتبط تعریف می‌شوند [۳]. این تابلو، چنان شدت دارد که به پریشانی معنادار یا آسیب معنادار در حیطه‌های کارکرد شخصی، خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی یا حیطه‌های مهم دیگر می‌انجامد [۴]. اختلالات اضطرابی، با نرخ شیوع ۱ در ۵/۵ نفر در جمعیت عمومی، شایع‌ترین دسته اختلالات روانی به‌دست آمده است [۱ و ۵] شروع زودرس و سیر مادام‌العمر، عدم بهبود خودبه‌خودی این اختلالات را نشان می‌دهد [۶].

در راستای درمان اختلالات اضطرابی، برنامه‌های درمانی متنوعی تدوین شدند که بسته به بنیان‌های سبب‌شناختی مورد تأیید خود و از دریچه‌ای که به اضطراب و نشانه‌شناسی‌های آن می‌پرداخته‌اند، اضطراب و برچسب‌های تشخیصی اختلالات اضطرابی را هدف قرار داده‌اند. در میان این رویکردهای درمانی مختلف، رفتاردرمانی شناختی (CBT)^۱ از رویکردهای روان‌درمانی برخوردار از پشتوانه تجربی^۲ [۷ و ۸] است. این رویکرد، در ابتدا با شناسایی تعداد فزاینده‌ای از تشخیص‌های متمایزتر روانی در ویراست‌های مختلف راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (DSM)^۳، رویکرد تشخیصی-محور^۴ در بسته‌های درمانی استقرار یافت [۹]. با این حال، به دلیل همبودی بالا میان اختلالات روانی [۵] و هم‌پوشانی قابل ملاحظه بین اختلالات روانی در نشانه‌ها و معیارها با یکدیگر، فرایندهای فراتشخیصی مشترک، به جای فرایندهای منحصر به فردی که سبب آغاز و تداوم اختلالات واحد شناخته شده بودند، مورد توجه قرار گرفتند [۱۰ و ۱۱] که به تحول مدل‌های درمانی نوینی انجامید که تحت عنوان «درمان‌های فراتشخیصی» رفته رفته گرد هم آمدند؛ درمان‌هایی که در معنای گسترده خود، به‌طور همزمان، چند اختلال همبود را هدف قرار می‌دهند [۱۲].

5. Most Prominent
6. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
7. Social Anxiety Disorder (SAD)
8. Agora Phobia
9. Specific Phobia
10. Excessive Fear
11. Excessive Dear
12. Trait Anxiety

1. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
2. Empirically Supported
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
4. Diagnosis-Specific

جدول شماره ۱. خلاصه ساختار جلسات پروتکل فراتشخیصی شناختی- رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی [۱۴]

| محتوای جلسه | اهداف | جلسه | |
|---|--|--------------------------------------|------|
| | | عنوان | نوبت |
| معارفه (درمانگر و اعضا به هم)، مرور قواعد گروه | آغاز درمان | معارفه و آموزش | ۱ |
| چرا برخی افراد مسائل مربوط به اضطراب را تجربه می‌کنند؟، مؤلفه‌های سه‌گانه اضطراب، ماریپیچ رو به پائین اضطراب | آموزش روانی | | |
| آموزش و خودپایی، بازسازی شناختی اختصاصی، مواجهه تدریجی، بازسازی شناختی فراگیر، تکلیف منزل | مرور عناصر ساختاری درمان | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی | مرور جلسه قبل و تکلیف | کار بیشتر روی اضطراب و اهمیت افکار | ۲ |
| بنیان انطباقی مؤلفه‌های اضطراب، اهمیت افکار | آموزش روانی | | |
| ارائه منطق راهبرد، آموزش افکار خودآیند | بازسازی شناختی | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها | مرور جلسه قبل و تکلیف | چالش با افکار اضطرابی | ۳ |
| آموزش خطاهای شناختی (بیش‌برآورد احتمال پیامد منفی، فاجعه‌سازی، درگیر فکری غیرسودمند شدن)، چالش با افکار خودآیند از طریق پرسش‌های جدلی ^۱ ، ارائه پاسخ‌های منطقی | بازسازی شناختی | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها | مرور جلسه قبل و تکلیف | | |
| تعیین اهداف رفتاری، استفاده از مقیاس ذهنی واحدهای پریشانی (SUD) | برنامه‌ریزی مواجهه‌ها | مواجهه | ۹-۴ |
| اجرای مواجهه، خلاصه‌سازی ^۲ مواجهه پس از پایان مواجهه | اجرای مواجهه | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها | مرور جلسه قبل و تکلیف | بازگشت به افکار | ۱۰ |
| آموزش شناختی درباره سبک اضطرابی و افکار خودآیند، مرور و کشف مجدد خطاهای فکر کردن | بازسازی شناختی در زندگی روزمره | | |
| جدل با سبک اضطرابی، بررسی شواهد خطاهای شناختی | آموزش شناختی درباره سبک اضطرابی و افکار خودآیند | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها | مرور جلسه قبل و تکلیف | تلطیف سبک‌های عاطفی منفی | ۱۱ |
| شناسایی موقعیت‌های برانگیزان گرایش‌های کلی اضطرابی و تجربه دیگر عواطف منفی | شناسایی و مشاهده مضامین بنیادین | | |
| گفتگوی جدلی و بررسی شواهد | کسب مهارت‌های چالش شناختی برای افکار خودآیند آتی | | |
| مرور محتوای آموخته‌شده و تمرین‌شده، مرور خودپایی‌ها | مرور جلسه قبل و تکلیف | پیشگیری از عود و نتیجه‌گیری از درمان | ۱۲ |
| برنامه‌ریزی فعالیت و پاداش | حفظ دستاوردها و تداوم پیشرفت | | |
| مرور مهارت‌های آموخته‌شده، بهنجارسازی تجربه عود، ایجاد امید به غلبه بیمار بر عودها به کمک مهارت‌ها | مقابله با عوامل استرس‌زا، عودها و تجربه‌های بد | | |
| بحث گسترده درباره عناصر درمان که بیشترین و کمترین سودمندی را برای بیماران داشتند؛ و درسی که هر یک از بیماران، در تجربه درمان آموختند. | نتیجه‌گیری از درمان | | |
| — | زمان‌بندی ارزیابی‌های پس از درمان (اختیاری) | | |

1 . Disputing
2 . Debriefing

ارائه شده است. بوون و همکاران [۲۹] بر این باورند که مطالعات امکان‌سنجی، هشت حوزه کلی را تعیین می‌کنند: مقبولیت^۷، تقاضا^۸، پیاده‌سازی^۹، عملی بودن^{۱۰}، انطباق^{۱۱}، یکپارچه‌سازی^{۱۲}، بسط^{۱۳} و آزمون با کارآمدی محدود^{۱۴}. پرسش‌هایی که در ارتباط با مؤلفه‌های مختلف امکان‌سنجی، چه از نگاه بوون و چه در دسته‌بندی‌های متفاوت دیگر پژوهشگران، مطرح می‌کنند، دربردارنده محتوایی است که هدف پاسخ آن‌ها در مطالعات مرتبط، متخصصان (پنل متخصصان)، درمانگر ارائه‌دهنده درمان و بیماران دریافت‌کننده برنامه درمانی بوده‌اند [۲۹، ۳۱، ۳۲ و ۳۳].

با توجه به اهمیت امکان‌سنجی برنامه‌های درمانی برای اجرا در بافتار فرهنگی جدید، مطالعه حاضر در پی آن بر آمده است که در گام مقدماتی امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی، اعتبار این پروتکل درمانی را در نمونه‌های ایرانی با معیارهای امکان‌سنجی از نگاه متخصصان، درمانگر ارائه‌دهنده پروتکل و بیمارانی که این درمان را دریافت نموده‌اند، مورد مطالعه قرار دهد. از این رو، هدف این پژوهش، امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی است.

روش

مطالعه حاضر، در دو گام عمده طراحی و اجرا شده است. در گام نخست، امکان‌سنجی پروتکل از دیدگاه متخصصان صورت گرفت. پس از دریافت نظر متخصصان منبسی بر برخورداری پروتکل از ملاک‌های مناسب امکان‌سنجی، در گام دوم، درمانگر ارائه‌دهنده جلسات پروتکل، به صورت جلسه به جلسه در انتهای جلسات درمان، نظر خود را درباره امکان‌سنجی پروتکل ثبت نمود و در انتهای دوره درمانی نیز سنجش از نگاه بیمارانی که دوره درمانی را به‌تمام رسانده بودند، انجام شد.

روان‌رنجورخویی^۱ [۱۷]، حساسیت اضطرابی^۲، نیاز بالا به کنترل^۳ و عدم تحمل ابهام^۴ [۱۵] توجه دارد. نورتون، مؤلفه بنیادینی که درمان خود را بر آن جهت بخشیده، اجتناب رفتاری می‌داند و بر همین اساس، بر مواجهه^۵، به شکل سنتی خود پایبند است و هدف تنظیم هیجان را در کنار مواجهه، با کمک بازسازی شناختی دنبال می‌کند [۱۵]. پروتکل فراتشخیصی نورتون، عمدتاً بر پایه دو مؤلفه درمانی سنتی در رفتار درمانی - شناختی، مواجهه و بازسازی شناختی استوار است و همین ساده‌تر بودن مدل درمانی، آموزش و اجرای درمان برای درمانگر را تسهیل می‌کند. این امر، خود با سهولت درمانگر در به اشتراک گذاشتن مفهوم-پردازی مورد به بیمار و درک بهتر و آسان‌تر برای بیمار نیز همراه است. سادگی مدل درمانی، امکان تعمیم کاربست درمان را برای افرادی که دچار نقصان‌های شناختی مشکلات توجه، نقصان‌های حافظه و یا هوشبهر پائین هستند، فراهم می‌نماید [۱۵] گروه تحقیقاتی نورتون، در توجه به عدم تجانس تشخیصی بیماران در گروه‌درمانی پروتکل فراتشخیصی خویش، مطرح نموده‌اند زمانی که امکان تشکیل گروه‌های متجانس تشخیصی وجود ندارد، اجرای پروتکل فراتشخیصی در گروه‌های نامتجانس اضطرابی، ارجحیت دارد [۲۸].

جدول شماره ۱، خلاصه ساختار جلسات پروتکل فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی را در ابعاد مختلف ساختاری، محتوایی، بهره‌وری بیماران و پژوهش‌ها نشان می‌دهد.

گام نخست، در به‌کارگیری مداخلات درمانی در یک بوم، بر پایه قضاوت درباره امکان‌سنجی^۶ آن‌ها صورت می‌گیرد [۲۹]. هدف مطالعات امکان‌سنجی معمولاً این است که درباره نحوه کار کردن یک مداخله، درک مناسبی را برای پژوهشگران فراهم کنند تا زمینه اجرای یک کارآزمایی بالینی، ممکن گردد [۳۰].

در مرور ادبیات پژوهشی مربوط به مفهوم امکان‌سنجی، دسته‌بندی‌های مختلفی از مؤلفه‌های زیربنایی این مفهوم

7. Acceptability
8. Demand
9. Implementation
10. Practicality
11. Adaptation
12. Integration
13. Expansion
14. Limited-Efficacy Testing

1. Neuroticism
2. Anxiety Sensitivity
3. Heightened Need for control
4. Intolerance of Uncertainty (IU)
5. Exposure
6. Feasibility

طرح

مطالعه کنونی در گام نخست، پیرو طرح دلفی^۱ بود. گام دوم این مطالعه در دل طرح شبه‌آزمایشی^۲ با پیش‌آزمون - پس‌آزمون، مرحله پیگیری و فهرست انتظار اجرا شد^۳ و در این مسیر، درمانگر در هر جلسه معیارهای امکان‌سنجی را تکمیل می‌کرد و بیمار نیز در انتهای درمان، دیدگاه خود را در مورد معیارهای امکان‌سنجی این پروتکل ارائه نمود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری، در گام نخست دربرگیرنده متخصصان روان‌شناسی با مدرک دکتری تخصصی بود که ضمن شناخت بنیان‌های نظری الگوهای درمان شناختی - رفتاری و فراتشخیصی، مطابق با این رویکرد درمانی در اختلالات روانی فعالیت بالینی داشتند. نمونه متخصصان در این مطالعه، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس به دست آمد. پس از پیگیری عدم دریافت پاسخ کامل از ۱۵ متخصصان دعوت‌شده و کنار گذاشتن پاسخ‌های ناقص، نهایتاً نظر ۹ متخصص نسبت به مشخصه‌های امکان‌سنجی پروتکل درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی [۱۴] مورد تحلیل قرار گرفت.

مطالعه دوم، علاوه بر درمانگر اجراکننده پروتکل، دربردارنده تمامی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال حمله وحشت‌زدگی، اختلال گذرهراسی و اختلال هراس اختصاصی شهر تهران بود که در سال ۱۴۰۲ طی مراجعه به مراکز درمانی، هریک از تشخیص‌های یادشده را دریافت نمودند. انتخاب شرکت‌کنندگان، مبتنی بر روش نمونه‌گیری هدفمند [۳۴] از بین تمامی بیمارانی صورت گرفت که در سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ به درمانگاه بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش جمهوری اسلامی، مجموعه مراکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی، مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز مشاوره دانشگاه شاهد و مرکز مشاوره دانشگاه صنعتی شریف مراجعه داشتند.

تشخیص اختلالات اضطرابی (اضطراب فراگیر، اضطراب

اجتماعی، حمله وحشت‌زدگی، گذرهراسی و هراس اختصاصی) را دریافت نمودند، واجد معیارهای ورود بودند و برای مشارکت در این پژوهش با رضایت آگاهانه، داوطلب شده بودند. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، اخذ مصاحبه توسط روان‌شناس و روان‌پزشک، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، تعداد ۸ نفر (۴ نفر با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، ۳ نفر با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و ۱ نفر با همبود دو اختلال اضطراب اجتماعی و فراگیر) انتخاب شدند. سپس شرکت‌کنندگان، دوره درمانی فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی را در محل شعب یک (ولنجک) و دو (بلوار کشاورز) مجموعه مراکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی به صورت حضوری دریافت نمودند.

ابزارها

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۳۶] برای بررسی هفت مؤلفه امکان‌سنجی [۲۹] تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۳۶] شامل ۲۹ گویه است. با توجه به این که یکی از گویه‌ها در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین طراحی شده بود، در پژوهش حاضر نسخه ۲۸ گویه‌ای پرسش‌نامه به کار گرفته شد. این نسخه مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا، اجرا، کاربرد، انطباق، یکپارچه‌سازی و گسترش را مورد سنجش قرار می‌دهد.

گزینه‌های پاسخ در مقیاس شش نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶] و نشان می‌دهند که هر معیار تا چه اندازه با برنامه درمانی مورد نظر مرتبط است.

پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای متخصصان / بالینگران

این پرسش‌نامه توسط ضرغامی [۳۶] برای بررسی پنج مؤلفه امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، در نسخه اولیه خود [۳۶]، ۱۸ گویه دارد. با توجه به این که یک گویه در موارد کار با بیماران کودک و نوجوان (پروتکل‌های کودک / نوجوان)، برای در نظر گرفتن رفع نیاز والدین طراحی شده بود، در پژوهش حاضر نسخه ۱۷ گویه‌ای پرسش‌نامه به کار گرفته شد که مؤلفه‌های پذیرش، تقاضا،

1. Delphi
2. Quasi-Experimental

۳. طرح کامل این کارآزمایی، در قالب مطالعه‌ای مستقل، در دست انتشار قرار دارد [۳۵].

الکترونیک، برای مطالعه دو نسخه خلاصه مبسوط و چکیده پروتکل فراتشخیصی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی، و اعلام نظر خود درباره این پروتکل، با پاسخ به پرسش‌نامه امکان‌سنجی نسخه متخصصان و دریافت پاسخ نهایی از ۹ نفر از اساتید محترم؛

۲. اجرای پرسش‌نامه امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل برای درمانگر در انتهای هر جلسه درباره مؤلفه‌های امکان‌سنجی پروتکل توسط درمانگر تکمیل و وارد فرایند تحلیل شد؛

۳. تکمیل پرسش‌نامه امکان‌سنجی پروتکل برای بیماران؛ پس از پایان یافتن دوره درمانی به بیماران ارائه و پاسخ‌های آن‌ها در انتهای جلسه پایانی (جلسه دوازدهم) دریافت شد.

تحلیل آماری

برای ارزیابی کمی اعتبار محتوای جلسات پروتکل درمانی طبق نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده در جلسات درمان از محاسبه مجموع نمرات و میانگین هر مقوله، بهره برده می‌شود. معیار مورد نظر برای امکان‌پذیر بودن هر مقوله مورد واریسی، مقیاس میانگین و بالاتر بوده‌است. CVI نیز، به‌عنوان شاخص ارزیابی اعتبار محتوا [۳۷ - ۴۰] در مورد پرسش‌نامه امکان‌سنجی برای متخصصان/ بالینگران و پرسش‌نامه امکان‌سنجی برای بیماران (به‌جهت این که توسط بیش از یک نفر تکمیل می‌شوند) بنا به فرمول زیر محاسبه شد [۳۷].

$$CVI = \frac{n}{N}$$

در فرمول یادشده، n تعداد گزینه‌های «مرتبط» و «مرتبط اما نیاز به بازبینی» که هر متخصص برای هر گویه انتخاب کرده (به دو گزینه دیگر امتیازی تعلق نمی‌گیرد)، و N تعداد کل پاسخ‌هاست. مقدار حداقل قابل قبول برای CVI برای پذیرش محتوای مورد اشاره در گویه‌ها، به توصیه هیرکاس^۵ و همکاران [۴۱]، ۰/۷۹ در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای سؤال‌برانگیز بودن^۶ محتوای مورد اشاره و نیاز به بازنگری و اصلاح، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل قبول^۷ بودن

اجرا، کاربرد، انطباق را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس شش نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶].

پرسش‌نامه امکان‌سنجی کلی پروتکل برای بیماران

این پرسش‌نامه توسط زرغامی [۳۶] برای بررسی سه مؤلفه پذیرش، اجرا و کاربرد در امکان‌سنجی تدوین شده است. این ابزار، ۱۲ گویه دارد و مؤلفه‌های پذیرش، اجرا، کاربرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. گزینه‌های پاسخ، در مقیاس ۶ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً) تا ۶ (خیلی‌زیاد) لیکرت تنظیم شده‌اند [۳۶].

درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی

این پروتکل، در پی مطالعات گروه دکتر پیتربی. نورتون در دانشگاه هیوستون در قالب یک برنامه درمانی ۱۲ جلسه‌ای معطوف به دسته اختلالات اضطرابی تدوین و منتشر شد [۱۴]. جدول ۱، خلاصه ساختار جلسات پروتکل را نشان می‌دهد. پژوهش‌های متعددی اثربخشی پروتکل فراتشخیصی نورتون را روی نمونه‌های اضطرابی که از نظر تشخیصی، نامتجانس هستند و گروه‌هایی با تشخیص‌های اختلال اضطراب فراگیر (GAD)^۱، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^۲، اختلال وحشت‌زدگی، گذرهراسی^۳ و هراس خاص^۴ تأیید نموده‌اند [۱۶ - ۲۶]. این پروتکل، در توافقی با مکاتبه با دکتر نورتون و ارتباط با تیم همکار ایشان، دریافت و فرایند ترجمه کتابچه راهنمای آن توسط پژوهشگران مطالعه حاضر انجام شد.

روند اجرای پژوهش

۱. در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان:

ارسال دعوت‌نامه به ۱۵ نفر از اساتید محترم روان‌شناسی که نسبت به رفتاردرمانی شناختی و رویکرد فراتشخیصی از شناخت و مهارت لازم برخوردار بودند، از طریق پست

1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
2. Social Anxiety Disorder (SAD)
3. Agoraphobia
4. Specific Phobia

* به‌رغم انتشار رسمی کتابچه راهنمای «درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری برای اختلالات اضطرابی» در سال ۲۰۱۲م، نورتون مطالعات مربوط به تأثیر این پروتکل را پس از کار روی رساله دکتری خود با دکتر هوپ آغاز کرده بود و از حدود ۱۰ سال پیش از انتشار کتابچه راهنما، نتایج این مطالعات در دسترس قرار دارند.

5. Hyrkäs, K.
6. Questionable
7. Unacceptable

آن ویژگی خواهد بود.

روان‌شناسی تربیتی بودند که دست کم پنج سال فعالیت بالینی در رویکرد رفتار درمانی - شناختی و مدل‌های درمانی زیر مجموعه آن را داشته‌اند. به علاوه، ۵ تن از آن‌ها علاوه بر فعالیت مستمر بالینی، در تدریس سرفصل‌های مرتبط روان‌درمانی دست داشته‌اند. جدول شماره ۲، شاخص اعتبار محتوا (CVI)، شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان نشان می‌دهد.

یافته‌ها

گام نخست: امکان‌سنجی پروتکل از نگاه متخصصان

در راستای امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، از ۹ نفر از اساتید محترم پاسخ دریافت شد. از این ۹ متخصص (۶ زن و ۳ مرد)، ۸ نفر روان‌شناس بالینی و یک نفر

جدول شماره ۲. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و

امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۹)

| شاخص‌های توصیفی | | | | | | CVI | | | گویه |
|-----------------|--------|--------|-------|------------------|---------|-------|------|---------------|---|
| کشدگی | چولگی | بیشینه | کمینه | انحراف استاندارد | میانگین | توصیف | CVI | تعداد پاسخ‌ها | ردیف توصیف کلی هر گویه |
| ۱/۱۳ | ۰/۱۸ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۵/۱۱ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱ تأثیر بر رفع نیاز بیماران ایرانی |
| -۰/۵۵ | -۰/۵۵ | ۶ | ۳ | ۱/۰۵ | ۴/۸۹ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | ۲ تمایل متخصص به استفاده روی بیماران اضطرابی |
| -۰/۰۴ | ۰/۲۵ | ۶ | ۴ | ۰/۶۷ | ۴/۷۸ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۳ جذابیت برای بیماران ایرانی |
| -۱/۵۷ | -۰/۰۰۴ | ۵/۶۷ | ۴ | ۰/۶۴ | ۴/۹۳ | پذیرش | | | |
| -۰/۲۹ | ۰ | ۶ | ۴ | ۰/۷۱ | ۵ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۴ هماهنگی با فرهنگ غالب ایران |
| ۴/۰۰ | ۰ | ۶ | ۴ | ۰/۵۰ | ۵ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۵ تأثیر مثبت برنامه در ساختار فرهنگی ایران |
| ۱/۱۳ | ۰/۰۲ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۵/۱۱ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۶ امکان اجرا در شرایط فرهنگی ایران |
| -۰/۰۴ | ۰/۲۵ | ۶ | ۴ | ۰/۶۷ | ۴/۷۸ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۷ وجود مطالبه برای اجرا در ایران |
| -۱/۸۲ | ۰/۲۳ | ۵/۵۰ | ۴/۵۰ | ۰/۴۰ | ۴/۹۷ | تقاضا | | | |
| ۹/۰۰ | ۳/۰۰ | ۶ | ۵ | ۰/۳۳ | ۵/۱۱ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۸ قابلیت اجرایی برنامه |
| ۲/۳۴ | -۱/۰۰ | ۶ | ۲ | ۱/۱۱ | ۴/۳۸ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | ۹ کفایت ۱۲ جلسه برای اجرای اهداف |
| -۱/۰۴ | ۰/۲۲ | ۶ | ۴ | ۰/۷۸ | ۴/۸۹ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | ۱۰ دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۹۰' تا ۱۲۰' |
| -۰/۲۹ | ۰ | ۶ | ۴ | ۰/۷۱ | ۵ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۱ مناسبیت و کفایت راهنمای درمانی تهیه‌شده برای اجرا |
| ۱/۱۳ | ۰/۰۲ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۵/۱۱ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۲ مناسبیت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه‌شده برای اجرا |
| ۰/۵۲ | -۰/۱۹ | ۵/۶۰ | ۴/۲۰ | ۰/۴۱ | ۴/۹۰ | اجرا | | | |
| -۰/۲۹ | -۰/۶۱ | ۶ | ۴ | ۰/۷۱ | ۵/۳۳ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۳ مقرون‌به‌صرفه بودن تعداد جلسات برای بیماران ایرانی |
| -۰/۲۹ | -۰/۶۱ | ۶ | ۴ | ۰/۷۱ | ۵/۳۳ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۴ مقرون‌به‌صرفه بودن زمانی در آموزش به درمانگران ایرانی |
| -۰/۰۴ | ۰/۲۵ | ۶ | ۴ | ۰/۶۷ | ۴/۷۸ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۵ تأثیرات مثبت برنامه بر بیماران ایرانی |
| ۱/۱۳ | -۰/۰۲ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۴/۸۹ | مرتبط | ۱ | ۹ | ۱۶ توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی |

ادامه جدول شماره ۲. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه متخصصان (n=۹)

| شاخص‌های توصیفی | | | | | | CVI | | | گویه |
|-----------------------|-------|--------|-------|------------------|---------|---------|------|---------------|--|
| کشیدگی | چولگی | بیشینه | کمینه | انحراف استاندارد | میانگین | توصیف | CVI | تعداد پاسخ‌ها | توصیف کلی هر گویه |
| -۲/۵۷ | ۰/۲۷ | ۶ | ۵ | ۰/۵۳ | ۵/۴۴ | مرتبط | ۱ | ۹ | مقرون به صرفه بودن اقتصادی آموزش به درمانگران ایرانی |
| -۱/۷۱ | -۰/۸۶ | ۶ | ۵ | ۰/۵۰ | ۵/۶۷ | مرتبط | ۱ | ۹ | ارتباط تکالیف هر جلسه با محتوای آن جلسه |
| ۰/۱۴ | ۰/۲۱ | ۶ | ۳ | ۰/۸۸ | ۴/۴۴ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته نشده* |
| ۰/۱۴ | -۰/۲۱ | ۶ | ۳ | ۰/۸۸ | ۴/۵۶ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | امکان محتوای جلسات در ایجاد انعطاف در درمان |
| -۲/۵۷ | ۰/۲۷ | ۶ | ۵ | ۰/۵۳ | ۵/۴۴ | مرتبط | ۱ | ۹ | انسجام محتوای جلسات |
| کاربرد | | | | | | | | | |
| -۰/۷۷ | -۰/۵۲ | ۵/۵۶ | ۴/۴۴ | ۰/۴۰ | ۵/۱۰ | | | | |
| ۰/۱۹ | -۱/۰۱ | ۶ | ۴ | ۰/۷۳ | ۵/۴۴ | مرتبط | ۱ | ۹ | انطباق اهداف و محتوا با رویکرد زیربنایی |
| ۱/۱۳ | ۰/۰۲ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۵/۱۱ | مرتبط | ۱ | ۹ | امکان اجرای محتوا روی بیماران سطوح اجتماعی/ اقتصادی متفاوت |
| انطباق | | | | | | | | | |
| -۱/۱۷ | -۰/۱۸ | ۶ | ۴/۵۰ | ۰/۵۷ | ۵/۲۸ | | | | |
| -۱/۲۸ | ۰/۵۰ | ۶ | ۴ | ۰/۸۳ | ۴/۷۸ | مرتبط | ۱ | ۹ | احتمال تداوم برنامه در سیستم درمانی موجود |
| یکپارچه‌سازی | | | | | | | | | |
| -۰/۷۸ | ۰/۱۳ | ۶ | ۲ | ۱/۳۶ | ۴/۱۱ | نامرتبط | ۰/۶۷ | ۶ | نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی* |
| ۱/۱۹ | -۰/۰۷ | ۶ | ۴ | ۰/۶۰ | ۵/۱۳ | مرتبط | ۱ | ۹ | تناسب برنامه با اهداف سازمانی |
| -۱/۰۴ | ۰/۲۲ | ۶ | ۴ | ۰/۷۸ | ۴/۸۹ | مرتبط | ۱ | ۹ | میزان تأثیر مثبت برنامه روی برنامه‌های سلامت روان ایران |
| -۰/۳۶ | -۰/۰۵ | ۵/۶۷ | ۳/۷۱ | ۰/۶۱ | ۴/۷۵ | مرتبط | ۰/۸۹ | ۸ | امکان گسترش برنامه در کشور |
| گسترش | | | | | | | | | |
| -۰/۷۷ | -۰/۰۱ | ۵/۶۷ | ۳/۷۱ | ۰/۶۴ | ۴/۷۲ | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | |
| -۱/۶۰ | ۰/۳۴ | ۵/۵۶ | ۴/۴۹ | ۰/۴۲ | ۴/۹۷ | | | | |

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده است.

قبول و غیرمرتبط بودن گویه است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر متخصصان، هدف فقط محتوای مرتبط با یک مورد (گویه ۲۵: نیاز اجرای برنامه به هزینه و زیرساخت سازمانی) نامرتبط به نظر می‌رسد.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی ۹

نتایج مندرج در جدول شماره ۲، شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه را بر اساس نظر متخصصان نشان می‌دهد. با استناد به توصیه هیرکاس و همکاران [۴۱]، مقدار CVI قابل قبول، ۰/۷۹ (مرتبط بودن محتوای گویه) در نظر گرفته شده است (۰/۷۹ و بالاتر). نمره‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به معنای نیاز گویه به بازبینی، و نمره کمتر از ۰/۷۰ به معنای غیرقابل-

میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل در نظر گرفته شده است.

گام دوم

۱. امکان‌سنجی جلسه به جلسه پروتکل از نگاه درمانگر

متخصص شرکت‌کننده در این بخش از پژوهش «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) و «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان، ۴/۹۷ و انحراف استاندارد آن، ۰/۴۲ به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۲، نمرات

جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۱۲ جلسات)

| ردیف | توصیف کلی گویه | CVI | | | شاخص‌های توصیفی | | | | | |
|--------------|---|---------------|-----|-------|-----------------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| | | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین ۱۲ جلسه | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشیدگی |
| ۱ | میزان کمک محتوای جلسه به رفع نیاز بیمار | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۹۲ | ۰/۲۹ | ۵ | ۶ | -۳/۴۶ | ۱۲ |
| ۲ | تمایل به استفاده از محتوای جلسه برای بیماران اختلالات اضطرابی | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| ۳ | جذابیت جلسه برای بیماران اختلالات اضطرابی | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۴۲ | ۰/۵۱ | ۵ | ۶ | ۰/۳۹ | -۲/۲۶ |
| پذیرش | | | | | ۵/۷۸ | ۰/۲۲ | ۵/۳۳ | ۵/۷۸ | -۰/۴۴ | -۰/۳۴ |
| ۴ | هماهنگی با ساختار فرهنگی غالب ایران | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| تقاضا | | | | | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| ۵ | قابلیت اجرایی برنامه جلسه | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| ۶ | دستیابی درمانگر به اهداف جلسه طی ۹۰' تا ۱۲۰' | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۸۳ | ۰/۳۹ | ۵ | ۶ | -۲/۰۶ | ۲/۶۴ |
| ۷ | مناسبت و کفایت راهنمای درمانی تهیه شده برای اجرا | | | | ۵/۷۵ | ۰/۲۹ | ۵ | ۶ | -۱/۶۰ | ۳/۷۰ |
| ۸ | مناسبت و کفایت تکالیف و تمرین‌های ارائه شده برای اجرا | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۳ | ۰/۶۵ | ۴ | ۶ | -۰/۴۴ | -۰/۳۴ |
| اجرا | | | | | ۵/۷۳ | ۰/۲۸ | ۵ | ۵/۷۲ | -۱/۴۸ | ۳/۷۴ |
| ۹ | تأثیرات مثبت برنامه جلسه بر بیماران ایرانی | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۶۷ | ۰/۴۹ | ۵ | ۶ | -۰/۸۱ | -۱/۶۵ |
| ۱۰ | تناسب توانایی روان‌شناختی بیماران ایرانی برای درک محتوای جلسه و انجام فعالیت‌های مداخله‌ای آن | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۵۰ | ۰/۵۲ | ۵ | ۶ | ۰ | -۲/۴۴ |
| ۱۱ | ارتباط تکالیف جلسه با محتوای آن جلسه | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۹۲ | ۰/۲۹ | ۵ | ۶ | -۳/۴۶ | ۱۲ |

ادامه جدول شماره ۳. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی جلسه به جلسه از دیدگاه درمانگر (n=۱۲ جلسات)

| ردیف | توصیف کلی گویه | CVI | | | شاخص‌های توصیفی | | | | | |
|-----------------------|---|---------------|------|-------|-----------------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| | | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین ۱۲ جلسه | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشیدگی |
| ۱۲ | نعطاف محتوای جلسه | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۹۲ | ۰/۲۹ | ۵ | ۶ | -۳/۴۶ | ۱۲ |
| ۱۳ | تعداد مؤلفه‌های مهم پرداخته‌نشده* | ۱۰ | ۰/۸۳ | مرتبط | ۳ | ۰/۷۴ | ۲ | ۲ | ۰ | -۰/۸۶ |
| ۱۴ | نسجام محتوای جلسه | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۵/۰۸ | ۰/۶۷ | ۴ | ۶ | -۰/۰۹ | -۰/۱۹ |
| کاربرد | | | | | | | | | | |
| ۱۵ | نطباق اهداف و محتوای جلسه با رویکرد زیربنایی برنامه | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| ۱۶ | قابلیت اجرای محتوای جلسه روی طیف وسیع بیماران ایرانی | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| ۱۷ | امکان اجرای محتوای جلسه برای بیماران با سطح فرهنگی/اجتماعی/اقتصادی متفاوت | ۱۲ | ۱ | مرتبط | ۶ | ۰ | ۶ | ۶ | - | - |
| انطباق | | | | | | | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | | |
| | | | | | ۵/۶۱ | ۰/۱۵ | ۵/۸۱ | ۵/۶۰ | ۰/۰۸ | -۰/۷۰ |

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد و در محاسبه نمره کل در ردیف پایانی این معکوس‌سازی لحاظ شده است.

گویه‌های پرسش‌نامه امکان‌سنجی متخصصان [۳۶]. میانگین ۵ به بالا، بیانگر امکان‌پذیری «زیاد» است.

۲. امکان‌سنجی پروتکل از نگاه بیماران دریافت‌کننده درمان

اعضای گروه درمانی، شامل ۸ بیمار (۵ زن و ۳ مرد) بوده است که از آن‌ها چهار نفر، تشخیص اولیه اختلال اضطراب اجتماعی، ۳ نفر، تشخیص اولیه اختلال اضطراب فراگیر و یک نفر، همبود دو تشخیص اختلالات اضطراب اجتماعی و فراگیر را دریافت نمودند. دامنه سنی بیماران بین ۲۱ تا ۴۲ سال و میزان تحصیلات آن‌ها، کارشناسی (۳ نفر) و کارشناسی ارشد (۵ نفر) بوده است. از بین کل بیماران، شش نفر سابقه دریافت دارو درمانی داشتند که از این شش نفر، سه نفر، در طول دوره درمانی نیز تحت دارودرمانی (رژیم دارویی ثابت در طول دوره) قرار داشتند.

نتایج مندرج در جدول شماره ۳، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره گروه درمانی از دیدگاه درمانگر نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر درمانگر، همه گویه‌ها مرتبط تلقی می‌شود. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین تمامی گویه‌ها، مقوله‌ها و هم‌چنین کل پرسش‌نامه، بنا به پاسخ‌دهی درمانگر، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) و «خیلی زیاد» (۶) به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر را در ۱۲ جلسه، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی درمانگر، ۵/۶۱ و انحراف استاندارد آن، ۰/۱۵ به‌دست آمده است. با توجه به نتایج جدول ۳، نمرات میانگین مقوله‌ها، با در نظر گرفتن تعداد گویه‌های هر مقوله در میانگین کل به‌دست آمده است. با تکیه بر توصیف کیفی میانگین نظرات درمانگر، بنا به نمره‌گذاری

جدول ۴. شاخص اعتبار محتوا (CVI) و شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و امکان‌سنجی کلی از دیدگاه بیماران (n=۸)

| ردیف | گویه | CVI | | | شاخص‌های توصیفی | | | | | |
|-----------------------|---|---------------|-----|-------|-----------------|------------------|-------|--------|-------|--------|
| | | تعداد پاسخ‌ها | CVI | توصیف | میانگین | انحراف استاندارد | کمینه | بیشینه | چولگی | کشیدگی |
| ۱ | میزان رضایت کلی از برنامه | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۶۳ | ۰/۵۲ | ۵ | ۶ | -۰/۶۴ | -۲/۲۴ |
| ۲ | کمک‌کننده بودن برنامه در رفع نیازهای بیمار | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵ | ۰/۵۳ | ۴ | ۶ | ۰ | ۳/۵۰ |
| ۳ | میزان تمایل برای معرفی برنامه به دوستی با مشکلات مشابه | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۲۵ | ۰/۷۱ | ۴ | ۶ | -۰/۴۰ | -۰/۲۳ |
| ۴ | تمایل به استفاده مجدد از برنامه یا برنامه‌های مشابه در صورت نیاز | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۳۸ | ۰/۷۴ | ۴ | ۶ | -۰/۸۲ | -۰/۱۵ |
| ۵ | جذابیت برنامه برای بیماران | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۲۵ | ۰/۷۱ | ۴ | ۶ | -۰/۴۰ | -۰/۲۳ |
| پذیرش | | | | | | | | | | |
| ۶ | کفایت ۱۲ جلسه، برای یادگیری و تمرین همه مهارت‌های برنامه | ۸ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۳ | ۴/۶۳ | ۴ | ۶ | ۰/۸۲ | -۰/۱۵ |
| ۷ | کفایت زمان ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه در هر جلسه برای یادگیری و تمرین مهارت‌های برنامه | ۸ | ۱ | مرتبط | ۴/۶۳ | ۴/۶۳ | ۴ | ۶ | ۰/۸۲ | -۰/۱۵ |
| ۸ | قابل فهم بودن مفاهیم و محتوای تمرین جلسات | ۸ | ۱ | مرتبط | ۴/۷۵ | ۴/۷۵ | ۴ | ۵ | -۱/۴۴ | ۰ |
| اجرا | | | | | | | | | | |
| ۹ | تأثیر مثبت برنامه بر بیمار | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۲۵ | ۰/۷۱ | ۴ | ۶ | -۰/۴۰ | -۰/۲۳ |
| ۱۰ | تأثیر منفی برنامه بر بیمار* | ۸ | ۱ | مرتبط | ۴/۸۸ | ۰/۳۵ | ۴ | ۵ | -۲/۸۳ | ۸ |
| ۱۱ | میزان تناسب فعالیت‌های برنامه با توانایی بیمار | ۸ | ۱ | مرتبط | ۴/۸۸ | ۰/۳۵ | ۴ | ۵ | -۲/۸۳ | ۸ |
| ۱۲ | ارتباط تکالیف طراحی شده برای هر جلسه با مطالب و مهارت‌های آموخته شده در هر جلسه | ۸ | ۱ | مرتبط | ۵/۱۳ | ۰/۳۵ | ۵ | ۶ | ۲/۸۳ | ۸ |
| کاربرد | | | | | | | | | | |
| امکان‌سنجی کلی | | | | | | | | | | |
| | | | | | ۵/۰۳ | ۰/۳۱ | ۴/۵۰ | ۵/۵۰ | -۰/۳۰ | ۰/۱۴ |
| | | | | | ۵/۰۵ | ۰/۲۹ | ۴/۵۸ | ۵/۵۰ | -۰/۲۶ | ۰/۲۲ |

* به لحاظ محتوایی نمره‌گذاری معکوس لازم دارد، اما با توجه به تأثیر معکوسش بر مفهوم گسترش (مقوله) مستقیم وارد شدند و نمره مستقیم لحاظ شده‌است.

«متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. در شاخص‌های توصیفی نمرات مقوله‌ها و کل پرسش‌نامه امکان‌سنجی، میانگین کل نمرات پرسش‌نامه امکان‌سنجی بیماران، ۵/۰۵ و انحراف استاندارد آن، ۰/۲۹ به‌دست آمده‌است.

جمع‌بندی امکان‌سنجی از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران

جدول شماره ۵، نتایج مربوط به امکان‌سنجی متخصصان، درمانگر و بیماران را به‌صورت همزمان نشان می‌دهد.

نتایج مندرج در جدول شماره ۴، CVI و میانگین نمرات هر گویه، هر مقوله و کل پرسش‌نامه را در دوره گروه درمانی از دیدگاه بیماران عضو گروه درمانی نشان می‌دهد. در محاسبه CVI، با در نظر گرفتن ۵۰٪ پاسخ‌ها (تعداد پاسخ‌های ۴ و ۵ و ۶)، از نظر بیماران، همه گویه‌ها مرتبط به‌نظر می‌رسند. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، میانگین گویه‌ها، «متوسط» و «زیاد» به‌دست آمده است. میانگین مقوله‌ها به‌جز مقوله اجرا که از نظر بیماران، «متوسط» (۴ تا ۴/۹۹) به‌دست آمده، «زیاد» (۵ تا ۵/۹۹) حاصل شده است. کل پرسش‌نامه نیز همان‌طور که بازتاب گویه‌هاست،

جدول ۵. میانگین نمرات هر مقوله و کل پرسش‌نامه از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران در اعضای گروه درمانی

| مقوله | متخصصان | | درمانگر | | بیماران | |
|-------------------------|---------|------------|---------|------------|---------|------------|
| | میانگین | توصیف کیفی | میانگین | توصیف کیفی | میانگین | توصیف کیفی |
| پذیرش | ۴/۹۳ | متوسط | ۵/۷۸ | زیاد | ۵/۵۰ | زیاد |
| تقاضا | ۴/۹۷ | متوسط | ۶ | خیلی زیاد | | |
| اجرا | ۴/۹۰ | متوسط | ۵/۷۳ | زیاد | ۴/۶۷ | زیاد |
| کاربرد | ۵/۱۰ | زیاد | ۵/۱۸ | زیاد | ۵/۰۳ | زیاد |
| انطباق | ۵/۲۸ | زیاد | ۶ | خیلی زیاد | | |
| یکپارچه‌سازی | ۴/۷۸ | متوسط | | | | |
| گسترش | ۴/۷۲ | متوسط | | | | |
| کل مؤلفه‌های امکان‌سنجی | ۴/۹۷ | متوسط | ۵/۶۱ | زیاد | ۵/۰۵ | زیاد |

۱ = اصلاً؛ ۲ = خیلی کم؛ ۳ = کم؛ ۴ = متوسط؛ ۵ = زیاد؛ ۶ = خیلی زیاد

تا چه حد می‌توان این برنامه برای اجرا روی جمعیت هدف با وجود بعضی محدودیت‌ها، اما نه با کنترل کامل موفقیت‌آمیز باشد یا در عمل، مطابق با دستورالعمل اصلی اجرا شود؟- را متوسط، درمانگر و بیماران، آن را بالا توصیف نمودند. «کاربرد» - این که تا چه حد می‌توان این برنامه را با استفاده از منابع و شرایط موجود بدون مداخله خارجی روی جمعیت هدف اجرا نمود؟ - از سوی متخصصان، درمانگر و بیماران بالا توصیف شد. «انطباق» - هنگامی که این برنامه به شکل جدیدی تبدیل می‌شود، یا روی جمعیت متفاوتی به کار گرفته می‌شود تا چه حد قابل اجرا است؟- از سوی متخصصان، زیاد، از سوی درمانگر خیلی بالا ارزیابی گردید. در نهایت، دو مقوله «یکپارچه‌سازی» - این که تا چه حد

در بررسی مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، در فرایند درمان، به‌طور کلی، امکان‌پذیری پروتکل «متوسط» و از نظر درمانگر و بیماران شرکت‌کننده، «بالا» گزارش شد. البته در بررسی نتایج مقوله‌ها به تفکیک یافته‌های متفاوتی به‌دست آمد. در مورد مقوله‌ها، میزان «پذیرش» - این که تا چه حد این برنامه، به‌صورت مناسب، رضایت‌بخش و جذاب قضاوت می‌شود - از نظر متخصصان، متوسط و از نظر درمانگر و بیماران، بالا توصیف شد. میزان «تقاضا» - این که تا چه حد این برنامه با فرهنگ منطبق می‌شوند و ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان قصد استفاده مداوم از آن را دارند؟- ، از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر خیلی بالا به‌دست آمد. متخصصان، «اجرا» - این که

در آن اجرا می‌شود؛ از جمله سنجش ظرفیت گمارش و ویژگی‌های نمونه حاصل از آن، روند گردآوری و اصلاح داده‌ها و مقیاس‌های پیامدی، مقبولیت و مناسبت مداخله و روند مطالعه و نیز ارزیابی منابع و توانایی اداره و اجرای مطالعه و مداخله. این موارد مجدداً بر اهمیت توجه به نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی در ضرورت اجرای مطالعات امکان‌سنجی تأکید می‌کند. این امر، با توجه به عمده پیامدهایی که در مداخله‌های روان‌شناختی هدف قرار می‌گیرند (نشانه‌ها یا اختلالات بالینی) و با در نظر گرفتن تأکید صریح DSM-5-TR بر نقش تفاوت‌های فرهنگی [۳] نیز تأیید می‌شود.

از این رو، پژوهش حاضر در راستای قابلیت اجرای پروتکل در مقیاسی محدود، کوشید با سنجش دیدگاه متخصصان این حوزه، درمانگر مجری پروتکل و بیمارانی که دریافت‌کننده این برنامه درمانی بوده‌اند، و رای پیامدها و پیش از آن، ضمن بررسی فرایندها و مکانیسم‌های احتمالی اثر این برنامه، نیازهای تجربی و ملاحظات منحصر به فردی [۲۹] را که ممکن است در انتقال پروتکل به نمونه‌های فرهنگ ایرانی را مطرح باشد، شناسایی کند. بنابراین، هر چند که هر سه گروه متخصصان، درمانگر به‌کارگیرنده درمان و نیز بیمارانی که درمان را دریافت نموده‌اند، ممکن است تحت تأثیر سوگیری‌هایی بوده باشند که نتایج امکان‌سنجی را تحت‌الشعاع قرار دهد، اما به‌عنوان یک یافته محدود، برخی ابعاد را پیش از اجرا و برخی ابعاد را مرتبط با فرایند اجرا نمایان می‌سازد. همچنین، تخصصانی که دیدگاه آنان درباره امکان‌پذیری پروتکل اخذ شد، در حوزه رفتاردرمانی - شناختی آموزش دیده و فعال بودند، اما به‌شکل ویژه و متمرکز در رویکرد فراتشخیص تخصص نداشتند. مسأله‌ای که می‌تواند از زاویه‌ای دیگر بر نتایج اثرگذار باشد. افزون بر این با وجود تعیین یک بازه زمانی برای برگزاری پنل تخصصی (در بستر گوگل میت) و ارسال دو یادآوری برای حضور در این نشست، به دلیل عدم استقبال متخصصان، چنین جلسه‌ای برگزار نشد.

در مرور ادبیات پژوهشی، مطالعه‌ای که دقیقاً تحت عنوان «امکان‌سنجی» درمان فراتشخیصی گروهی شناختی- رفتاری کنونی باشد، یافت نشد. با این حال مطالعات مشابهی در زمینه امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانیبا استفاده

این برنامه با سیستم موجود هماهنگی دارد یا با زیرساخت‌های موجود در سیستم، متناسب است؟- و «گسترش» - این که این برنامه تا چه حد می‌تواند به عنوان یک درمان یا خدمت جدید گسترش پیدا کند؟- که تنها از نگاه گروه متخصصان مورد ارزیابی قرار گرفته‌بود، متوسط گزارش شد.

در مجموع، ملاحظات، نشان می‌دهد میزان پذیرش از نظر متخصصان، متوسط و از نظر درمانگر و بیماران بالا توصیف شده است. میزان تقاضا، از نگاه متخصصان، متوسط، از نگاه درمانگر خیلی بالا به دست آمده است. متخصصان میزان اجرا را متوسط و درمانگر و بیماران، آن را بالا آن را کم توصیف نموده‌اند. کاربرد از سوی متخصصان، درمانگر و بیماران بالا توصیف شده است. انطباق از سوی متخصصان بالا و از سوی درمانگر خیلی‌بالا ارزیابی شده است. در نهایت، پس از دو مقوله یکپارچه‌سازی و گسترش که تنها از نگاه گروه متخصصان، متوسط گزارش شده است، میزان کلی امکان‌سنجی در مجموع، از هر منظر متخصصان متوسط و از منظر درمانگر و بیماران، بالا ارزیابی شده است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف امکان‌سنجی درمان فراتشخیصی شناختی - رفتاری گروهی برای اختلالات اضطرابی در نمونه‌های ایرانی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که مجموع مقوله‌های امکان‌سنجی از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران، به‌طور کلی، بیانگر امکان‌پذیری پروتکل است. به نظر می‌رسد همان‌گونه که در مطالعات امکان‌سنجی در روان‌شناسی مطرح می‌شود، این مطالعات غالباً از منظر پیامد مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند؛ به این معنا که به‌جای آزمودن روند مداخله، مقیاس‌های پیامد یا تکنیک‌های پژوهشی برای استفاده در مطالعه اصلی، تنها به سنجش پیامدهای درمان پرداخته‌اند. مطالعات مروری متعدد درباره پژوهش‌های مداخله‌ای منتشر شده (پژوهش در حیطه‌های سلامت عمومی و سلامت روان)، نشان داده‌اند که برخی مطالعات با عنوان «کارآزمایی‌های امکان‌سنجی»، به‌جای تمرکز برمسائل روش‌شناختی، عمدتاً بر پیامدهای درمان تأکید داشته‌اند.

در اهدافی که اورسموند و کوهن [۴۴] برای اجرای مطالعات امکان‌سنجی مطرح کرده‌اند، چهار هدف نخست، آشکارا در ارتباط با فرهنگ و بافتاری است برای نخستین بار

دستیابی به چنین یافته‌هایی نقش داشته باشد. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم برگزاری جلسه نشست متخصصان^۳ و محدود شدن نتایج به گزارش‌های حاصل از اجرای ابزار مداد - کاغذی بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در امکان‌سنجی پروتکل‌های درمانی جدید، علاوه بر استفاده از ابزارهای سنجش امکان‌پذیری، نشست‌های حضوری یا مجازی با متخصصان در بازه زمانی مناسب برگزار شود و از روش‌های مکمل، از جمله مصاحبه‌های کیفی، برای دستیابی به دیدگاه‌های دقیق‌تر متخصصان، درمانگران و بیماران استفاده گردد.

در مقالات مربوط به درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون برای اختلالات اضطرابی، مطالعات مقدماتی با اهداف مشابه در بررسی تعیین تأثیر این پروتکل گزارش کرده‌اند که نتایج پژوهش حاضر با آن‌ها همسو است و به نظر می‌رسد این پروتکل «بالقوه در نمونه‌ای کوچک کار می‌کند [۴۳]». این همسویی، تا حدی با ماهیت زیربنایی پروتکل نورتون نیز قابل توضیح است؛ چراکه این پروتکل بر راهبردهای کلاسیک در رفتار درمانی - شناختی، از جمله فعال‌سازی رفتاری در قالب مواجهه‌درمانی و بازسازی شناختی، استوار است. با توجه به اینکه پروتکل‌های تشخیص - محور شناختی - رفتاری در فرهنگ ایران، امکان‌پذیری مناسبی نشان داده و زمینه برای بررسی کارآمدی و اثربخشی گسترده‌تر آن‌ها فراهم شده است، انتظار می‌رود پروتکل فراتشخیصی مبتنی بر ابعاد مشترک اختلالات اضطرابی نیز در مطالعات اولیه، امکان‌پذیری مطلوبی نشان دهد.

منابع

- 1- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive Textbook of Psychiatry: Behavioral Sciences*. Walters Kluwer; 2017. Available from: <http://ndl.ethernet.edu.et> > Benjamin J. Sadock.pdf
- 2- Sperry L, editor. *Mental health and mental disorders: An encyclopedia of conditions, treatments, and well-being* [3 volumes]. Bloomsbury Publishing USA; 2015. Available from: <https://www.bloomsbury.com/us/mental-health-and-mental-disorders-9781440803833/>

از ابزارهای خودگزارش‌دهی انجام شده‌است. در برخی پژوهش‌ها، امکان‌پذیری پروتکل‌های رفتاردرمانی شناختی تنها از دیدگاه درمانگر سنجیده شده است [۴۷ و ۴۸]. در مطالعات مشابه دیگری، امکان‌سنجی تنها از نگاه درمانگر و بیماران بررسی شده است. از جمله در اجرای پروتکل‌های معطوف به پر خوابی [۳۲] و وسواس - بی‌اختیاری [۳۳]. همچنین، در برخی مطالعات، امکان‌سنجی پروتکل مرتبط با اضطراب [۳۱]، از دیدگاه متخصصان، درمانگر و بیماران ارزیابی است. در این پژوهش‌ها نیز، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، برنامه‌های مدخله‌ای امکان‌پذیر گزارش شده‌اند. در برخی موارد، افزون بر گزارش یافته‌های توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و دامنه نمرات گویه‌ها) حاصل از اجرای ابزارهای خودگزارش‌دهی، در مواردی متخصصان، ضریب توافق (کاپا)^۱ بین پاسخ‌های متخصصان نیز به‌عنوان درجه‌بندی‌کننده^۲ محاسبه و گزارش گردید.

علاوه بر این، چند مطالعه کیفی نیز مشاهده شد که امکان‌سنجی را از طریق تحلیل محتوای مصاحبه‌های نیمه‌ساخت یافته با بیماران در پایان دوره درمانی بررسی کرده‌اند [۴۹ - ۵۱]. در پیگیری کیفی دیدگاه بیماران پیرو طرح کامل پژوهش حاضر نیز، مصاحبه نیمه‌ساخت یافته با بیماران در فاصله ۲ تا ۴ ماه پس از پایان یافته دوره درمانی انجام شد تا افزون بر دیدگاه بیماران نسبت به کل دوره درمانی، به جنبه‌هایی از امکان‌سنجی پروتکل نیز دست یابیم که از پاسخ‌های پرسشنامه قابل استخراج نبود. نتایج این واکاوی، در مقاله مستقلی ارائه گردیده است [۵۲].

همسویی نتایج پژوهش حاضر با مطالعات اشاره شده نشان می‌دهد با وجود اهمیت توجه به نقش فرهنگ و تفاوت‌های فرهنگی که می‌تواند خود، منبعی از پریشانی، تعارض و زمینه‌ساز بروز مشکلات روان‌شناختی باشد و نیز بر سبک‌های مقابله‌ای فرد و نحوه مواجهه او با اختلالات روانی تأثیر بگذارد [۵۳]، درمان فراتشخیصی گروهی شناختی - رفتاری نورتون در نمونه‌های ایرانی و در بافتار فرهنگی ایران، از نظر متخصصان، درمانگر و بیماران شرکت‌کننده، امکان‌پذیر ارزیابی شده است. همچنین کیفیت ارائه پروتکل درمانی متناسب با پیش‌زمینه‌های فرهنگی مشترک میان درمانگر و بیماران نیز می‌تواند در

1 . Kappa

2 . Rater

3 . Expert Panel

- 11-Mansell W, Harvey A, Watkins ER, Shafran R. Cognitive behavioral processes across psychological disorders: a review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2008; 1(3): 181-191. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.181>
- 12-Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2009; 23(1): 60-66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- 13-Barlow DH, Farchione TJ, Fairholme CP, Ellard KK, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press; 2011. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199772667.001.0001>
- 14-Norton PJ. *Group cognitive-behavioral therapy of anxiety: A transdiagnostic treatment manual*. New York: Guilford; 2012. Available from: <https://www.guilford.com/books/Group-Cognitive-Behavioral-Therapy-of-Anxiety/Peter-Norton/9781462504800>
- 15-Meidlinger PC, Hope DA. The new transdiagnostic cognitive behavioral treatments: commentary for clinicians and clinical researchers. *Journal of Anxiety Disorders*. 2017; 46: 101-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.11.002>
- 16-Norton PJ, Hayes SA, Hope DA. Effects of a transdiagnostic group treatment for anxiety on secondary depression. *Depression and Anxiety*. 2004; 20(4): 198-202. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20045>
- 17-Norton PJ, Hope DA. Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2005; 36(2): 79-97. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.002>
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition – Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 4- World Health Organization. *The ICD-11 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines*. 11th ed. Geneva: World Health Organization; 2022. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- 5- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62(6):617-627. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- 6- Greenberg PE, Sisitsky T, Kessler RC, Finkelstein SN, Berndt ER, Davidson JRT, et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1999; 60:427-435. <http://dx.doi.org/10.4088/jcp.v60n0702>
- 7- Castelnovo G. Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based or evidence-biased psychology in clinical settings? *Frontiers in Psychology*. 2010; Volume 1: 1-10. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2010.00027>
- 8- David D, Cristea I, Hofmann SG. Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*. 2018;9:4. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00004>
- 9- Schaeuffele C, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, Boettcher J. CBT at the crossroads: The rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2021; 14(1):86-113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- 10-Harvey AG, Watkins ER, Mansell W, Shafran R. *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press; 2004. Available from: <https://academic.oup.com/book/1289>

- 26-Norton PJ, Provencher MD, Kilby CJ, Roberge P. Impact of group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders on comorbid diagnoses: results from a pragmatic randomized clinical trial in primary care. *Depression and Anxiety*. 2021; 38(7): 749-756. <https://doi.org/10.1002/da.23184>
- 27-Pearl S, Norton PJ. Transdiagnostic cognitive behavioural therapy for individuals with anxiety disorders: an open trial. *Behaviour Change*. 2021;38(2):73-83. <https://doi.org/10.1017/bec.2020.17>
- 28-Chamberlain LD, Norton PJ. An evaluation of the effects of diagnostic composition on individual treatment outcome within transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2013;42(1):56-63. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.748090>
- 29-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>
- 30-O’Cathain A, Hoddinott P, Lewin S, Thomas KJ, Young B, Adamson J, et al. Maximising the impact of qualitative research in feasibility studies for randomised controlled trials: guidance for researchers. *Pilot and Feasibility Studies*. 2015; 1(1): 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40814-015-0026-y>
- 31-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>
- 32-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>
- 33-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>
- 18-Norton PJ. An open trial of a transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2008; 39(3): 242-250. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.08.002>
- 19-Norton PJ, Philipp LM. Transdiagnostic approaches to the treatment of anxiety disorders: a quantitative review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2008; 45(2): 214-226. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.2.214>
- 20-Norton PJ, Barrera TL. Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety*. 2012; 29(10): 874-882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- 21-Norton PJ. A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*. 2012; 43(3): 506-517. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.011>
- 22-Norton PJ, Barrera TL, Mathew AR, Chamberlain LD, Szafranski DD, Reddy R, Smith AH. Effect of transdiagnostic CBT for anxiety disorders on comorbid diagnoses. *Depression and Anxiety*. 2013; 30(2): 168-173. <https://doi.org/10.1002/da.22018>
- 23-Norton PJ, Paulus DJ. Toward a unified treatment for emotional disorders: update on the science and practice. *Behavior Therapy*. 2016; 47(6): 854-868. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.07.002>
- 24-Harris KR, Norton PJ. Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: a group case study. *Clinical Case Studies*. 2018; 17(6): 387-405. <https://doi.org/10.1177/1534650118793938>
- 25-Roberge P, Provencher MD, Gaboury I, Gosselin P, Vasiliadis HM, Benoit A, et al. Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: a pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. 2020; 52(13): 2460-2470. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004316>

- 42-Arain M, Campbell MJ, Cooper CL, Lancaster GA. What is a pilot or feasibility study? A review of current practice and editorial policy. *BMC Medical Research Methodology*. 2010; 10(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-67>
- 43-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>
- 44-Orsmond GI, Cohn ES. The distinctive features of a feasibility study: objectives and guiding questions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2015; 35(3): 169-177. <https://doi.org/10.1177/1539449215578649>
- 45-Mohajan HK. Two criteria for good measurements in research: validity and reliability. *Annals of Spiru Haret University. Economic Series*. 2017; 17(4): 59-82. <https://doi.org/10.26458/1746>
- 46-Anastasi A. *Psychological testing*. Barahani MT, Translator. Tehran: University of Tehran; 2007. **[In Persian]**
- 47-Khodyakov D, Hempel S, Rubenstein L, Shekelle P, Foy R, Salem-Schatz S, et al. Conducting online expert panels: a feasibility and experimental replicability study. *BMC Medical Research Methodology*. 2011; 11: 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-11-174>
- 48-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): 359-376. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.06>
- 49-Liu MY, Li Y, Lu AP, Han XJ. Feasibility analysis of the value of Q method in the classification and understanding of expert experience. *Chinese Journal of Integrative Medicine*. 2013; 9(11): 869-873. <https://doi.org/10.1007/s11655-012-1174-z>
- 34-Tongco MDC. Purposive sampling as a tool for informant selection. *Ethnobotany Journal*. 2007; 5:147-158. Available from: <https://ethnobotanyjournal.org/index.php/era/article/view/126>
- 35-Akhavan-Abiri F, Shaeiri MR, Farahani H, Taghva A. The efficacy of Norton transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in Iranian samples. Under publication; 2025.
- 36-Zarghami F. 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 [PhD thesis]. Shahed University; 2019. Available from: <https://ganj.irandoc.ac.ir/#/articles/785a9aef9c91e31e9afbb9d38956d14d> **[In Persian]**
- 37-Waltz CF, Bausell RB. *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. Philadelphia: F. A. Davis; 1981. Available from: <https://archive.org/details/nursingresearchd0000walt>
- 38-Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*. 1986; 35: 382-385. <https://doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>
- 39-Grant JS, Davis LT. Selection and use of content experts in instrument development. *Research in Nursing & Health*. 1997;20:269-274. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1098-240x\(199706\)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g](https://doi.org/10.1002/(sici)1098-240x(199706)20:3<269::aid-nur9>3.0.co;2-g)
- 40-Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 5th ed. New York: Springer; 2017. Available from: <https://tms.iau.ir/file/download/download/1661066554-measurement-in-nursing-and-health-research-waltz-2017.pdf>
- 41-Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *International Journal of Nursing Studies*. 2003; 40(6): 619-625. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(03\)00036-1](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(03)00036-1)

- 52-Akhavan-Abiri F, Shaeiri MR, Farahani H, Taghva A. The Iranian patients' lived experience of Norton transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. Under publication; 2025.
- 53-Zarani F, Behzadpoor S, Babaei Z. Analysis of the role of culture in psychopathology. *Rooyesh*. 2017; 6(1):191-224. Available from: <http://frooyesh.ir/article-1-224-en.html>
[In Persian]
- 50-Mai SS, Goebel S, Jentschke E, van Oorschot B, Renner KH, Weber M. Feasibility, acceptability and adaption of dignity therapy: a mixed methods study achieving 360 feedback. *BMC Palliative Care*. 2018; 17: 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0326-0>
- 51-Bleyel C, Hoffmann M, Wensing M, Hartmann M, Friederich HC, Haun MW. Patients' perspective on mental health specialist video consultations in primary care: qualitative preimplementation study of anticipated benefits and barriers. *Journal of Medical Internet Research*. 2020; 22(4): e17330.
<https://doi.org/10.2196/17330>