

Research Paper

Developing and Evaluating a Transdiagnostic Intervention for Mental Disorders Using the Common Elements Treatment Approach in Iranian Adults



Monir Baradaran Eftekhari¹ , Masoumeh Dejman^{2, 3} , Katayoun Falahat¹ , Zohreh Mahmoudi⁴ , Ameneh Setareh Forouzan²

1. Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
2. Social Welfare Rehabilitation Research Center, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Mental Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, United States.
4. Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.



Citation Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Falahat K, Mahmoudi Z, Setareh Forouzan A. [Developing and Evaluating a Transdiagnostic Intervention for Mental Disorders Using the Common Elements Treatment Approach in Iranian Adults (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E2669.5.<http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.2669.5>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.2669.5>

Received: 31 Jan 2024

Accepted: 27 Oct 2024

Available Online: 13 Nov 2024

ABSTRACT

Objectives Mental disorders contribute to a significant global disease burden worldwide. The present study aims to develop and evaluate a transdiagnostic intervention based on the common elements treatment approach (CETA) for mental disorders in Iranian adults.

Methods This mixed-method study (qualitative/quantitative) was conducted in Semnan province, Iran. In the qualitative stage, interviews were conducted using the free listing technique with 20 community members and 10 key informants to extract the common mental disorders. Then, a tool for screening these disorders was designed, and its face validity, content validity, and criterion validity were determined. Next, the CETA-based transdiagnostic program for the treatment of these mental disorders was developed, and three training workshops on implementing the intervention program were held for 30 healthcare providers. Finally, a randomized clinical trial was conducted on 500 adults with mental disorders referred to health centers in Semnan province in two groups of intervention (receiving the CETA-based program) and control (routine treatment), and the effectiveness of the intervention was evaluated.

Results Three mental disorders, including depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder (OCD), were identified in the qualitative phase. The designed screening tool for measuring these disorders was a valid and reliable tool with 76 items. In this tool, the cut-off points for depression, anxiety, and OCD were 14, 17, and 6, respectively. In evaluating the effectiveness of transdiagnostic intervention, the results showed that the mean scores of depression ($P<0.001$), anxiety ($P<0.001$), and OCD ($P<0.05$) significantly decreased after intervention in both control and intervention groups, where the CETA-based intervention was more effective than the routine treatment.

Conclusion The CETA-based transdiagnostic intervention, delivered by healthcare providers to adults with depression, anxiety, and OCD, is a feasible and effective method and can be used to increase the mental health of adults in Iran.

Key words:

Transdiagnostic approach, Clinical trial, Common elements treatment, Depression, Anxiety, Obsessive-compulsive disorder

* Corresponding Author:

Monir Baradaran Eftekhari

Address: Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 181455184

E-mail: mbeftekhari200@gmail.com



Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Extended Abstract

Introduction

Mental disorders contribute to a significant global disease burden worldwide. Due to their high prevalence, chronic nature, and association with some physical disorders, mental disorders are associated with high disability and irreparable complications for the individual, family, and society [1]. However, it is estimated that only about 2% of people with mental disorders worldwide receive treatment [7]. Given the high burden of mental disorders and the need to increase access to evidence-based treatments [23], a program aimed at implementing an evidence-based intervention delivered by non-specialists is needed. Recent developments in psychotherapeutic interventions in the world have focused on transdiagnostic approaches [10]. Transdiagnostic approaches provide an integrated approach enabling service providers to address multiple problems within a single treatment program. It employs a unique technique and teaches clinicians how to make decisions about adapting therapy to the patient needs [9]. Transdiagnostic approaches provide a flexible and evidence-based treatment that is more efficient and cost-effective [24]. Studies have shown the effects of transdiagnostic interventions for different types of mental disorders [9, 25]. This study aimed to designed and evaluate a transdiagnostic intervention using the common elements treatment approach (CETA) for common mental disorders in Iranian adults.

Methods

This is a qualitative/quantitative study that was conducted in Semnan province, Iran, in four main stages. In

the first stage, interviews were conducted using the free listing technique with 20 community members and 10 key informants to explore how local adults understand their own situation and describe their mental problems. The interviews continued until data saturation, and the content was analyzed in Dedoose software Version 6.1.18. In the second stage, the Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), the Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, and a performance evaluation checklist were used for designing a screening tool for mental disorders. In the third phase, the CETA-based transdiagnostic treatment program for mental disorders was prepared, and three training workshops were held for capacity building in healthcare providers. In the fourth stage, the effectiveness of the designed treatment program was evaluated by conducting a randomized controlled clinical trial (RCT) in 12 mental health centers in Semnan city on 459 subjects randomized to treatment (n=228) and control (n=231) groups using a balanced block randomization method (Figure 1). The initial assessment was conducted by trained healthcare providers using the above-mentioned tools to assess the eligibility of participants (n=520). The treatment group was also assessed after eight weeks of intervention, while the control group was assessed after 4 months.

Results

In the first stage, it was found that depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder (OCD) were the most common mental health problems. In the second stage, the psychometric properties of an initial screening tool with 101 items were assessed. After assessment, 25 items were removed, and the tool was finalized with 76 items. Cronbach's alpha values for the subscales of depression,

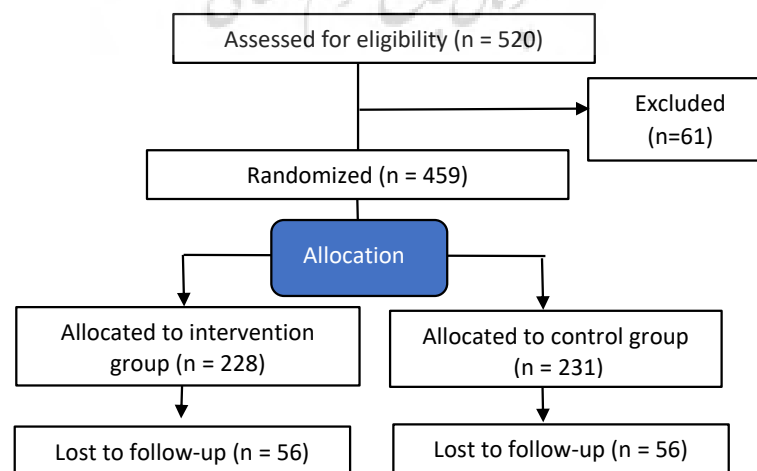


Figure 1. The CONSORT diagram of the RCT

Table 1. Mean scores of common mental disorders before and after treatment in two groups for the RCT phase

Variables	Mean±SD		
	Total (n=459)	Control Group (n=231)	Intervention Group (n=228)
Pretest depression	18.81±7.21	18.83±7.30	18.79±7.14
Posttest depression	6.99±7.01	8.08±7.81	5.89±5.91
Mean difference	-11.82±8.76	-10.75±9.45***	-12.90±7.87***
Pretest anxiety	27.78±11.56	27.95±11.56	27.61±11.58
Posttest anxiety	9.98±10.10	11.94±11.60	8.00±7.86
Mean difference	-17.80±12.99	-16.02±13.62***	-19.60±12.07***
Pretest OCD	10.17±5.14	10.12±5.16	10.22±5.13
Posttest OCD	3.86±4.18	4.35±4.42	3.36±3.86
Mean difference	-6.31±5.69	-5.77±5.77*	-6.86±5.55*
Pretest performance	22.04±17.78	22.16±18.19	21.92±17.41
Posttest performance	10.44±14.31	11.96±15.02	8.89±13.40
Mean difference	-11.60±15.47	-10.19±16.13*	-13.03±14.66*

* P<0.05, ***P<0.001

Iranian Journal of
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

anxiety, and OCD were 0.92, 0.95, and 0.88, respectively. The cut-off points for these subscales were 14, 17, and 6, respectively. In the third stage, the program content was prepared, and three training workshops for 30 healthcare providers were held (two workshops on implementing the intervention program and one workshop on how to screen). In the fourth stage, the intervention was conducted for eight weeks by healthcare providers in the treatment group under the supervision of the research team. The control group received routine treatment for 4 months (once every two weeks). The results showed that the CETA-based transdiagnostic intervention was significantly more effective than the routine treatment in reducing the scores of depression ($P<0.001$), anxiety ($P<0.001$), and OCD ($P<0.05$) (Table 1).

Conclusion

The preliminary positive clinical outcomes suggest that the CETA may be a feasible, acceptable, and potentially effective alternative for addressing mental health problems, especially in some parts of Iran that do not have access to psychologists. This transdiagnostic approach allows non-specialized healthcare providers to select from a range of evidence-based therapy elements to address a variety of common and comorbid mental health problems

in a primary healthcare center. Future research should include more RCTs using the CETA-based treatment program and with a longer follow-up period.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical considerations were considered in this study. All participants declare their written or verbal informed consent. They were assured of the confidentiality of their information and were free to leave the study at any time. The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the [National Institute for Medical Research Development \(NIMAD\)](#) (code: IR.NIMAD.REC.1395.047) and the Research Committee of the [University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences](#) (Code: IR.USWR.REC.1395.113).

Funding

This study was funded by the [National Institute for Medical Research Development \(NIMAD\)](#) (Grant No.: 943114).

Authors contributions

Conceptualization, validation, data analysis, investigation: All authors; Resources: Katayoun Falahat, Zohreh Mahmoudi; Writing initial draft, editing & review: Monir Baradaran Eftekhari, Masoumeh Dejman, and Katayoun Falahat; supervision and project management: Monir Baradaran Eftekhari, Masoumeh Dejman, and Ameneh Setareh Forouzan. All authors read and approved the final draft.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank all of the participants in this project for their cooperation.



This Page Intentionally Left Blank

پرویشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی

تطبیق و ارزیابی یک مداخله فرا تشخیصی برای اختلالات روانی با استفاده از رویکرد درمانی عناصر مشترک برای بزرگسالان ایرانی

منیر برادران افتخاری^۱، معصومه دژمان^{۲،۳}، کتابون فلاح^۴، زهره محمودی^۱، آمنه ستاره فروزان^۱

۱. معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۲. مرکز تحقیقات مدیریت رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. گروه سلامت روان، دانشگاه جان هاپکینز، بالتیمور، مریلند، ایالات متحده آمریکا.
۴. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Falahat K, Mahmoudi Z, Setareh Forouzan A. [Developing and Evaluating a Transdiagnostic Intervention for Mental Disorders Using the Common Elements Treatment Approach in Iranian Adults (Persian)] (Persian). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2024; 30:E2669.5. <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.2669.5>

doi <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.2669.5>



تاریخ دریافت: ۱۱ بهمن ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۰۶ آبان ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۲۳ آبان ۱۴۰۳

اهداف: اختلالات روانی بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند. مطالعه حاضر با هدف پیاده‌سازی و ارزیابی رویکرد فراتشخیصی در درمان اختلالات روانی با استفاده از مدل درمانی عناصر مشترک دانشگاه جان هاپکینز انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع ترکیبی (کیفی-کمی) در استان سمنان انجام شد. در مرحله کیفی، عناوین اختلالات شایع سلامت روان از طریق انجام لیست آزاد با افراد جامعه و مصاحبه‌های فردی با افراد آگاه کلیدی، استخراج شد. سپس ابزار مناسب جهت غربالگری این اختلالات، روا و پایا شد. در ادامه، بسته مداخله جهت درمان اختلالات شایع روانی با رویکرد فراتشخیصی، آماده و آموزش‌های لازم جهت اجرای مداخلات به پرسنل بهداشتی درمانی داده شد. در انتها، مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بر روی ۵۰۰ نفر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی در دو گروه آزمایش (رویکرد فراتشخیصی) و کنترل (درمان معمول) انجام و ارزیابی اثربخشی مداخله سنجیده شد.

یافته‌ها: سه اختلال روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب و وسواسی اجباری به‌عنوان شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی همراه با اختلال عملکرد از بخش کیفی مطالعه استخراج شد. ابزار غربالگری با ۷۶ گویه جهت سنجش این اختلالات ساخته و از طریق انجام روایی صوری، محتوا و ملاکی، روا و پایا شد. در این ابزار، نقطه برش جهت افسردگی ۱۴، جهت اضطراب ۱۷ و برای اختلال وسواس ۶ بود. سپس با حضور متخصصین و اعضای تیم تحقیق، محتوای آموزشی جهت انجام مداخلات فراتشخیصی آماده و توانمندسازی ۳۰ نفر از داوطلبین شاغل در مراکز بهداشتی درمانی جهت انجام مداخلات صورت گرفت. نتایج ارزیابی اثربخشی مداخلات فراتشخیصی نشان داد میانگین و انحراف‌معیار نمرات افسردگی، اضطراب و اختلالات وسواسی اجباری بعد از انجام مداخله در درمان روتین در هر دو گروه کنترل و آزمایش به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است، اما تأثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به‌طور معنی‌داری نسبت به درمان‌های معمول در کاهش نمره افسردگی ($P < 0.001$)، اضطراب ($P < 0.001$) و اختلالات وسواسی اجباری ($P < 0.05$) مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: اجرای رویکرد فراتشخیصی با عناصر مشترک توسط پرسنل مراکز بهداشتی درمانی قابلیت اجرایی داشته و نویدبخش افزایش ارائه خدمات بهداشت روان در جامعه ایرانی می‌باشد. استفاده از رویکرد فراتشخیصی نسبت به درمان‌های معمول بالینی در اختلالات شایع روان، دارای کارآمدی و هزینه اثربخشی بیشتری می‌باشد.

کلیدواژه‌ها:

رویکرد فراتشخیصی،
کارآزمایی بالینی،
اختلالات شایع سلامت
روان، افسردگی، اضطراب،
وسواسی اجباری

* نویسنده مسئول:

منیر برادران افتخاری

نشانی: تهران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت تحقیقات و فناوری.

تلفن: ۸۱۴۵۵۱۸۴ (۲۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: mbeftekhari200@gmail.com

Copyright © 2024 The Author(s); Publisher by Iran University Medical Sciences

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مقدمه

نظرسنجی جهانی سلامت روان^۷ نشان داد تعداد کمی از مردم برای مشکلات عاطفی یا مصرف مواد در دوره ۱۲ ماهه قبل از نظرسنجی تحت درمان قرار گرفتند. این شکاف درمانی در کشورهای تحت مطالعه از پایین‌ترین (۰/۸ درصد) در نیجریه تا بالاترین (۱۵/۳ درصد) در ایالات متحده آمریکا متغیر بود [۸].

باتوجه به بار بالای اختلالات روانی و شکاف درمانی موجود، در بسیاری از کشورها برای گسترش دسترسی به خدمات درمانی از رویکردهای فراتشخیصی^۸ استفاده شده است. در این رویکرد از مؤلفه‌های درمانی مشترک برای درمان طیف وسیعی از مشکلات استفاده می‌شود. درواقع رویکردهای فراتشخیصی یک مدل درمانی قابل انعطاف و مبتنی بر شواهد را با توان بیشتر و مقرون به صرفه‌تر ارائه می‌دهند [۹].

در سال ۲۰۱۴، رویکرد درمان عناصر مشترک^۹ (CETA) که یک مداخله روان‌درمانی فراتشخیصی می‌باشد توسط محققین دانشگاه جان هاپکینز برای کشورهای با درآمد کم و متوسط طراحی شد [۱۰]. برخلاف رویکردهای فراتشخیصی در کشورهای پردرآمد، CETA دارای ویژگی‌هایی مانند داشتن تعداد محدودتری از عناصر، زبان ساده، راهنماهای گام به گام برای هر عنصر و مواد آموزشی و نظارتی می‌باشد. این رویکرد تاکنون در چند کشور مانند تایلند، کلمبیا و عراق نیز انجام شده و کارآزمایی‌های بالینی انجام شده در این کشورها بیانگر تأثیر بیشتر استفاده از این رویکرد در درمان بیماری‌های روانی شایع مانند افسردگی و اضطراب نسبت به گروه کنترل (درمان روتین) بوده است [۱۱]. در تایلند، اندازه اثر درمان^{۱۰} CETA برای افسردگی ($d=1/16$) و علائم استرس پس از سانحه^{۱۱} ($d=1/19$) بزرگ و برای علائم اضطراب ($d=0/79$) و عملکرد ($d=0/63$) متوسط بوده است [۱۲].

در مجموع علت استفاده از رویکرد CETA در مطالعه حاضر، عدم نیاز به استفاده از متخصصین سلامت روان و در نتیجه صرفه جویی در منابع مالی و نیروی انسانی متخصص، استفاده از مؤلفه‌های درمانی مشترک برای درمان طیف وسیعی از مشکلات، عدم نیاز به دارودرمانی در بسیاری از موارد، وجود راهنمای گام به گام و مواد آموزشی و نظارتی، وجود زبان ساده و قابل فهم و ایجاد دسترسی به خدمات درمانی برای تعداد بیشتری از بیماران نسبت به مداخلات روتین بوده و در مجموع شیوه‌ای کارآمدتر^{۱۲} و مقرون به صرفه‌تر^{۱۳} و می‌باشد.

اختلالات روانی بخش قابل توجهی از بار بیماری‌ها را در سراسر جهان تشکیل می‌دهند. این اختلالات به دلیل شیوع بالا، ماهیت مزمن و همراهی با برخی اختلالات جسمی، با ناتوانی بالایی همراه است و عوارض جبران‌ناپذیری را در فرد، خانواده و جامعه بر جای می‌گذارند [۱]. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی^۱، ۳۳ درصد از سال‌های ازدست‌رفته به دلیل معلولیت^۲ ناشی از بیماری‌های عصبی روانی بوده است [۲].

نتایج مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۹، بیانگر آنست که تعداد مرگ‌ومیر ناشی از اختلالات روانی از ۸۰/۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۱۲۵/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است. به عبارت دیگر، میزان مرگ‌ومیر منتسب به اختلالات روانی در این فاصله زمانی از ۳/۱ درصد به ۴/۹ درصد در سال رسیده است [۳]. در بین اختلالات روانی، برخی از شیوع بالاتری برخوردار هستند و گاه دارای علائمی می‌باشند که افراد زیادی در طول زندگی آن را دیده و یا آن را تجربه کرده‌اند. اختلالات افسردگی، اضطرابی و در برخی فرهنگ‌ها مصرف مواد جزء اختلالات روانی شایع محسوب می‌شود^۳ که معمولاً علائم بالینی این اختلالات دارای همپوشانی بوده و همواره ناراحت‌کننده^۴، مداوم^۵ و زیان‌آور می‌باشند [۴].

در ایران نیز اختلالات عصبی-روانپزشکی پس از آسیب‌های ناشی از تروما، بیشترین بار بیماری را و ۱۶/۰۴ درصد از کل بار بیماری را تشکیل می‌دهند [۵]. نتایج چهارمین پیمایش سلامت روان در سال ۲۰۱۵ نیز بیانگر آنست که ۲۳/۵ درصد از جمعیت ایرانی مشکوک به داشتن حداقل یک اختلال روانپزشکی بوده که این میزان از متوسط جهانی بالاتر است [۶].

بار قابل توجه اختلالات روانی با وجود شکاف درمانی در این حیطه و اعتراف به این واقعیت که تنها تعداد کمی از افراد مبتلا در سیستم مراقبت‌های تخصصی سلامت روان درمان می‌شوند، بزرگ‌نمایی بیشتری یافته است. عدم دریافت کمک از سوی بیمار به دلیل انگ اجتماعی، ملاحظات مالی و محدودیت دسترسی به خدمات سلامت روان در بسیاری از جوامع از علل شکاف درمانی این حیطه قلمداد شده است [۷].

7. World Mental Health Surveys (WMHS)

8. Trans diagnostic approach

9. Common Element Treatment Approach (CETA)

10. Treatment effect size

11. Post-traumatic stress syndrome

12. Efficient

13. Cost effective

1. World Health Organization (WHO)

2. Years Lived with Disability (YLD)

3. Common mental disorder

4. Distressing

5. Persistent

6. Harmful

مراحل اجرا

مراحل اجرایی طرح به شرح زیر می‌باشد:

استخراج لیست بیماری‌های شایع روانی در استان سمنان

با استفاده از تکنیک‌های لیست آزاد^{۱۴} با مردم جامعه و مصاحبه با افراد مطلع و کلیدی، لیست بیماری‌های شایع روانی منطقه استخراج شد. به این معنی که ابتدا از طریق مصاحبه با ۱۰ زن و ۱۰ مرد، لیست علائم و بیماری‌های شایع روانی از دیدگاه مردم جامعه همراه با توصیف اجمالی از آن در قالب لیست آزاد جمع‌آوری شد. در بخش مصاحبه با افراد مطلع و کلیدی، تعداد ۱۰ نفر از متخصصین حوزه سلامت روان تحت مصاحبه عمیق فردی قرار گرفته و بر داده‌های به‌دست‌آمده از مرحله لیست آزاد، نقطه‌نظرات تکمیلی و عمیق‌تر آن‌ها اعمال می‌شود و همچنین لیست علائم مرتبط در طبقات مجزا قرار گرفتند [۱۴]. در ضمن در این مرحله فعالیت‌های مشارکت‌کنندگان در مراقبت از خود، خانواده و جامعه نیز پرسیده شد.

انتخاب ابزارهای مناسب برای غربالگری بیماری‌های شایع روانی استخراج شده

باتوجه به اینکه سه اختلال روانی شامل افسردگی، اضطراب و اختلال وسواسی اجباری از مرحله اول مطالعه استخراج شدند، با نظر تیم تحقیق و مرور منابع موجود از سه ابزار شامل پرسش‌نامه‌های وسواس اجباری ییل-براون^{۱۵}، افسردگی بک^{۱۶} و اضطراب بک^{۱۷} و همچنین لیست کنترلی عملکرد به‌دلیل اشتراک علائم اختلال عملکردی در تمام اختلالات روانی استخراج‌شده، انتخاب شدند.

تهیه بسته ابزار غربالگری بیماری‌های شایع روانی براساس نتایج مطالعه کیفی

براساس نتایج مطالعه کیفی، ۷ گویه به نسخه افسردگی بک (شامل موضوعات اعتقادات مذهبی، شبکه‌های اجتماعی و مشکلات گوارشی) و ۶ گویه به اضطراب بک (شامل پرخاشگری، اختلال خواب، بی‌حوصلگی/عجله، افکار مزاحم، عدم تمرکز و نگرانی) اضافه و برخی عبارات نیز به‌روز شدند. درنهایت تعداد گویه‌های پرسش‌نامه‌های وسواس اجباری ییل-براون، افسردگی بک و اضطراب بک به‌ترتیب به ۲۱، ۲۸ و ۲۷ رسید. تعداد ۲۵ سؤال نیز برای لیست کنترلی عملکردی در نظر گرفته شد. در نهایت بسته غربالگری بیماری‌های روانی شایع در استان سمنان به ۱۰۱ سؤال رسید [۱۵].

بنابراین در این مطالعه برآنیم تا با استفاده از رویکرد CETA، ابتدا بیماری‌های شایع روانی را با مشارکت ذی‌نفعان در یک منطقه جغرافیایی، استخراج و سپس با استفاده از ابزار مناسب، نسبت به اندازه‌گیری آن‌ها اقدام کنیم و پس از مشخص شدن وضعیت موجود، با انجام مداخلات فراتشخیصی با رویکرد CETA، از طریق انجام کارآزمایی بالینی به ارزیابی این رویکرد در کاهش بیماری‌های شایع روانی بپردازیم.

این طرح تحقیقاتی در استان سمنان که یکی از پهناورترین استان‌های ایران می‌باشد، انجام شده است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۷، جمعیت این استان، ۷۰۲۰۰۰ نفر بوده که ۵۰/۵۰ درصد از آن را مردان تشکیل می‌دهند. این استان، مهاجرپذیری کمی داشته و براساس پیمایش سال ۱۳۹۸، شیوع اختلالات روانی در آن ۱۴/۵ درصد برآورد شده است. حدود ۲۰ درصد از افراد مشکوک به داشتن اختلالات سایکوسوماتیک، ۲۳/۸ درصد اختلال اضطرابی و ۷/۲ درصد مشکوک به افسردگی بوده‌اند [۱۳].

روش

جهت نیل به اهداف مطالعه از دو روش کیفی و کمی استفاده شد. باتوجه به راهنمای CETA، ابتدا از طریق انجام مطالعه کیفی، لیست علائم مرتبط با اختلالات روانی، با مشارکت مردم جامعه استخراج شد. علت به‌کارگیری روش کیفی در این بخش از مطالعه آن بود که علائم اختلالات روانی تابع فرهنگ و شرایط اجتماعی و قومیتی است و تنها از طریق روش‌های کیفی می‌توان به‌صورت عمیق، علائم اختلالات روانی را در بستر اجتماعی فرهنگی مرتبط استخراج کرد. سپس نتایج به‌دست‌آمده از این مرحله را به افراد صاحب‌نظر داده شد و از آن‌ها خواستند باتوجه به علائم مطرح‌شده، تشخیص اختلالات روانی را انجام دهند. به‌عنوان نمونه عدم تمایل به استفاده از فضای مجازی که قبلاً در ابزار رایج غربالگری اختلالات روانی نبود، به آن اضافه شد.

سپس باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، برخی گویه‌ها از ابزارهای موجود غربالگری، حذف و برخی گویه‌ها اضافه شدند. ابزار واحدی برای غربالگری اختلالات روانی شایع در منطقه ساخته و روا و پایا شد. درخصوص طراحی و اجرای مداخله، براساس درمان‌های شناختی رفتاری متمرکز بر علائم اختلالات روانی اقدام شد. یعنی، ابتدا کامپوننت‌های مشترک در اختلالات روانی شایع در منطقه، استخراج و سپس درمان‌های شناختی رفتاری متناسب با آن‌ها طراحی شد. بسته مداخلاتی با همکاری صاحب‌نظران حیطه درمان‌های رفتاری شناختی و آشنا با رویکرد CETA آماده و طی یک کارآزمایی بالینی تصادفی، اثرات آن نسبت به درمان‌های روتین سنجیده شد. در این فرایند، توانمندسازی افراد به‌منظور اجرای درمان با رویکرد CETA نیز یکی از مراحل اصلی بوده که قبل از شروع کارآزمایی بالینی در قالب برگزاری کارگاه‌های آموزشی صورت گرفت.

14. Free list

15. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale(Y-BOCS)

16. Beck Depression Inventory scale

17. Beck Anxiety Inventory scale

روانسنجی بسته نهایی ابزار غربالگری بیماری‌های شایع روان

برای روانسنجی از روایی‌های صوری، محتوا و ملاکی و شیوه‌های کمی و کیفی به شرح ذیل استفاده شد.

روانسنجی صوری

با ۱۰ نفر از مردم جامعه مصاحبه شد. موارد از لحاظ ارتباط، ابهام و دشواری درک ارزیابی شدند و براساس نقطه‌نظرات، تغییرات اعمال شد. سپس براساس اهمیت هر مورد از لیکرت ۵ نمره‌ای استفاده شد و موارد با امتیاز اثرگذاری^{۱۸} بیشتر و یا مساوی ۱/۵ مناسب تشخیص داده شدند.

روانسنجی محتوا

با ۱۰ کارشناس درخصوص گرامر، لغات، ضرورت، اهمیت و تخصیص امتیاز مناسب نظرخواهی شد. نسبت اعتبار محتوا^{۱۹} و شاخص اعتبار محتوا^{۲۰} محاسبه شد. براساس امتیاز لیکرتی، ۱۰ روانپزشک موارد را ارزیابی کردند. CVI بیش از ۰/۶۲ و CVR بیش از ۰/۷۹ مناسب قلمداد شد.

روانسنجی ملاکی

به‌ازای موارد مربوط به اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواسی اجباری هرکدام ۴۰ نمونه و برای افراد سالم نیز ۴۰ نمونه تعیین شد. ابتدا افراد بسته غربالگری را تکمیل کردند و سپس برای معاینه با ابزار استاندارد اسکید به روانپزشک ارجاع شدند. درانتها براساس پارامتر پراکندگی و پارامتر دشواری و با استفاده از نظریه سؤال پاسخ^{۲۱}، ضمن حذف گویه‌های نامناسب، بسته نهایی غربالگری آماده شد [۱۵]. جهت تعیین نقطه برش از منحنی راک^{۲۲} استفاده شد.

پایایی ابزار با آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی صورت گرفت. مقادیر آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی به‌ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷ در نظر گرفته شد.

جهت کوتاه و فشرده کردن ابزار غربالگری از مدل نظریه سؤال پاسخ شد و درنهایت پرسش‌نامه غربالگری اختلالات شایع روان با ۷۶ گویه ساخته شد.

تهیه محتوای مداخله شناختی رفتاری فراتشخیصی با رویکرد CETA

از طریق برگزاری کارگروه متخصصین با حضور ۳ روانپزشک، ۳ روانشناس و اعضای تیم تحقیق، محتواهای آموزشی براساس

مدل تهیه‌شده توسط جانزهاپکینز آماده شدند. محتوای مداخلات در جدول شماره ۱ آمده است.

برگزاری کارگاه‌های آموزشی

این کارگاه‌ها شامل ۳ دوره و ۱۱ روز آموزشی بوده است. دوره اول، کارگاه آموزشی ۶ روزه جهت ارائه و انتقال محتواهای آموزشی جهت اجرا کنندگان مداخلات،

دوره دوم، کارگاه آموزشی ۳ روزه پس از اجرای پایلوت برنامه برای رفع چالش‌ها، برطرف کردن ابهامات و بازآموزی محتوا،

دوره سوم، کارگاه آموزشی ۲ روزه برای آموزش نحوه اجرای فرایند مداخله بوده است.

اجرای پایلوت مداخله روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA

در این مرحله به ۲۰ نفر از افراد آموزش‌دیده که قرار بود رویکرد جدید مداخله‌ای را اجرا کنند، ۲۰ مراجعه‌کننده با تشخیص اضطراب، افسردگی و اختلال وسواس (به هر مداخله‌گر، ۱ بیمار) ارجاع شد. این گروه تحت درمان با مداخلات فراتشخیصی قرار گرفتند. در ضمن جهت نظارت بر اجرای صحیح مداخلات، به‌مدت ۸ هفته، نظارت هفتگی، تکمیل فرم‌های نظارتی و برگزاری جلسات بحث و گفت‌وگو پیرامون موارد صورت گرفت.

اجرای فاز اصلی

مداخلات در ۱۲ پایگاه بهداشتی درمانی در شهرستان‌های سمنان و گرمسار اجرا شد.

ارزیابی اثربخشی مداخلات روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA در کاهش بیماری‌های شایع روانی

جهت ارزیابی اثربخشی از کارآزمایی بالینی کنترل‌شده تصادفی استفاده شد [۱۶].

تدوین پروتکل تصادفی‌سازی

در این بخش از مطالعه، ابتدا حجم نمونه براساس توان ۰/۸ و خطای ۰/۰۵ و تخمین ریزش ۲۰ درصد و نسبت ۱:۱ مداخله به کنترل به تعداد ۳۰۰ نفر تعیین و باتوجه به میزان علائم در جمعیت هدف نیاز به غربالگری ۵۰۰ نفر جهت شناسایی ۳۰۰ شرکت‌کننده واجد شرایط وجود داشت. بنابراین تعداد ۵۰۰ فرد (۲۵۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۵۰ نفر در گروه کنترل) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای سن بیش از ۲۰ سال بودند و در سامانه سیب از لحاظ داشتن احتمال بیماری روانی مثبت بودند در مطالعه شرکت کردند. وجود افکار خودکشی، سایکوز فعال، اختلالات تکاملی از معیارهای خروج بوده و در ضمن کلیه افرادی که در زمان مطالعه در حال دریافت

18. Impact score
19. Content Validity Ratio(CVR)
20. Content Validity Index (CVI)
21. Item Response Theory (IRT)
22. Receiver Operating Characteristic (ROC) curve.

جدول ۱. مؤلفه‌های اصلی درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی

مؤلفه	توصیف	مخاطب
مشارکت (تشویق به مشارکت)	توجه به موانع درک‌شده/الجستیکی برای تعامل	همه شرکت‌کنندگان
مقدمه‌ای بر آموزش‌های روانشناختی	نرمال‌سازی نشانه‌های اختلالات روانی محتوای برنامه، مدت، انتظارات	همه شرکت‌کنندگان
مدیریت اضطراب (آرامش)	راهکارهایی برای کاهش تنش/استرس فیزیولوژیکی	در صورتی که مراجعه‌کننده با علائم فیزیولوژیکی اضطراب یا OCD مراجعه کند
فعال‌سازی رفتاری (فعال شدن)	شناسایی و درگیر شدن در فعالیت‌های لذت‌بخش و تقویت‌کننده خلق‌و‌خو	در صورتی که مراجعه‌کننده با علائم مرتبط با افسردگی مراجعه کند
مقابله/تجدید ساختار شناختی	شناسایی و پیوند افکار، احساسات و رفتارها ارزیابی و بازسازی افکار برای دقیق‌تر و/یا مفید بودن	همه شرکت‌کنندگان
قرار گرفتن در معرض مواجهه‌های زنده	رویارویی سیستماتیک و تدریجی با افکار مزاحم/وسواسی حساسیت‌زدایی تدریجی	قرار گرفتن در موقعیت‌های خیالی جهت همه شرکت‌کنندگان EBT برای علائم مربوط به مشکلات OCD
ایمنی (خودکشی/قتل/ارزیابی خطر)	ارزیابی خطر خودکشی، قتل و غیره	برای همه شرکت‌کنندگان در صورت نیاز

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

طراحی مدل مداخله روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده از انجام مطالعه، جلساتی با افراد صاحب‌نظر و تیم تحقیق برگزار و چالش‌ها و موانع اجرای طرح، بررسی و راهکارهای اجرایی برای رفع آن پیشنهاد شد. در نهایت مدل نهایی مداخله تدوین گردید.

درمان‌های روتین اختلالات سلامت روان

از سال ۱۳۸۸، خدمات بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی کشور ادغام شد. در هر مرکز بهداشتی درمانی، مسئول غربالگری، مراجعین را از لحاظ سلامت روان با مقیاس پریشانی روانی کسلر در سامانه سیب ارزیابی می‌کرد. در این برنامه، پاسخ‌دهندگان به احساسات خود در ۳۰ روز گذشته امتیاز دادند و باتوجه به نقطه برش ۱۰، افرادی که نمره بالاتر از ۱۰ را دریافت کرده بودند، برای تشخیص و تجویز داروهای مناسب به پزشک عمومی در مرکز ارجاع داده می‌شدند.

پزشک عمومی باتوجه به شدت مشکلات و نوع اختلالات روانی بیماران را به‌طور کلی برای ۳ تا ۴ جلسه آموزشی و مشاوره (تقریباً ۱ جلسه در ماه) به ارائه‌دهنده سلامت روان (معمولاً یک روانشناس) ارجاع می‌داد. این جلسات شامل تکنیک‌های ساده و رایج مشاوره و توصیه‌های کلی سلامت روان در محدوده دستورالعمل‌های مصوب ملی براساس رویکرد CBT بود. ارائه‌دهنده سلامت روان نیز مسئول فرآیند پیگیری و ارجاع به پزشک عمومی در صورت نیاز بود. در این مطالعه، پیگیری درمان از طریق تماس‌های تلفنی ماهانه صورت گرفت و فرم نظارت بر درمان شرکت‌کنندگان تکمیل می‌شد.

خدمات مربوط به سلامت روان بودند و یا تحت درمان دارویی بودند، در مطالعه شرکت نکردند. کدهای تصادفی براساس مدل تصادفی‌سازی بلوک متعادل^{۲۳} تعیین و ترتیب قرار گرفتن افراد در دو گروه توسط فرد سومی که در آن مکان قرار نداشت، مشخص شد.

غربالگری اولیه

کلیه نمونه‌ها در ابتدا و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، بسته نهایی غربالگری بیماری‌های روانی شایع را تکمیل کردند و براساس نتایج حاصل در صورت مثبت بودن تست غربالگری به‌صورت تصادفی و دوسوکور در دو گروه قرار گرفتند.

فاز اجرای مداخله/درمان روتین

مدت اجرای این فاز در گروه آزمایش، ۸ هفته و در گروه کنترل ۴ ماه در نظر گرفته شده بود. و بیماران به‌صورت هفتگی (آزمایش) و ۲ هفته یکبار (کنترل) جهت تکمیل فرایند درمان مراجعه می‌کردند

فاز پیگیری

پس از پایان درمان، مجدداً بسته نهایی غربالگری بیماری‌های روانی شایع توسط کلیه افراد (آزمایش-کنترل) تکمیل شد.

23. Balanced block randomization

تجزیه و تحلیل آماری

بخش کیفی مطالعه براساس تحلیل محتوا تجزیه و تحلیل شد. در بخش کمی برای توصیف نمونه‌ها از آمار توصیفی تک‌متغیره استفاده شد. تجزیه و تحلیل دو متغیره، شامل آزمون‌های تی زوجی^{۲۴} و مستقل^{۲۵} و مجذور کای اسکوتر^{۲۶}، به ترتیب برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مداخله‌گر مستمر و طبقه‌ای و انتساب گروهی استفاده شد. برای مقایسه میانگین متغیرهای سلامت روان در پایان مداخله نسبت به قبل از آزمون تی زوجی^{۲۷} استفاده شد. این روش در هر گروه اعمال شد. تغییرات هریک از متغیرها نیز به عنوان تفاوت بین مقادیر انتهایی مداخله و پایه محاسبه شد. میانگین تغییرات بین گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از مدل‌های خطی عمومی مقایسه شد. تمام تحلیل‌ها در نرم‌افزار STATA نسخه ۱۵/۱ انجام شد

این مطالعه از سال ۱۳۹۶ شروع و طول مدت اجرای طرح ۳ سال بوده است که به دلیل شیوع همه‌گیری کرونا، مراحل اجرایی با تأخیر و محدودیت‌های ناشی از آن روبه‌رو شد. از مراحل مختلف این مطالعه تاکنون، ۳ مقاله چاپ شده است [۱۴-۱۶] و مقاله حاضر مروری بر کل فرایند اجرای طرح می‌باشد.

یافته‌ها

در این مطالعه، نتایج در ۵ بخش شامل استخراج بیماری‌های شایع روان (مطالعه کیفی)، تهیه ابزار غربالگری، تهیه محتوای درمانی فراتشخیصی، توانمندسازی و ارزیابی مداخلات ارائه می‌شود.

استخراج بیماری‌های شایع روان

در بخش کیفی تعداد ۳۰ نفر از جامعه و افراد صاحب‌نظر مشارکت کردند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در لیست آزاد ۴۰/۱۵ بوده و ۵۵ درصد از آنان را مردان تشکیل دادند. از نظر سطح تحصیلات، ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۳۵ درصد دیپلمه و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین سنی مطلعین کلیدی ۴۰/۴ بوده و روانپزشک و پزشک عمومی هر کدام ۳ نفر و مابقی روانشناس بوده‌اند.

نتایج حاصل از استخراج مشکلات سلامت روان در مرحله لیست آزاد به ترتیب شیوع نزولی شامل عصبانیت، از دست دادن علاقه، انزوا، اختلال خواب، نگرانی بی‌مورد، تحریک‌پذیری، عدم آرامش، افکار زیاد، افکار آشفته، عدم تمرکز، کاهش انرژی، ناآرامی، فکر خودکشی، طپش قلب، منفی‌بافی، عدم رضایتمندی، انجام

فعالیت‌های تکراری مانند شستن بیش از حد، عدم توانایی حل مشکلات، احساس ناامیدی، چهره غمگین، گریه زیاد، خوردن بیش از حد، عدم توانایی انجام فعالیت‌های روزمره بود.

در مرحله مصاحبه با افراد صاحب‌نظر، لیست اختلالات به دست آمده، مورد بررسی عمیق‌تر قرار گرفته و مجموع علائمی که در ذیل یک اختلال قابل جمع بودند، در طبقه/گروه مربوطه قرار گرفتند. به این ترتیب که از دست دادن علاقه، کاهش انرژی، احساس ناامیدی، منفی‌بافی، گریه و غیره در گروه اختلال افسردگی قرار گرفتند. ناآرامی، عدم تمرکز، طپش قلب، نگرانی بی‌مورد و غیره در گروه اختلال اضطرابی و انجام فعالیت‌های تکراری، اختلال خواب، عدم تمرکز و غیره در گروه وسواسی اجباری قرار گرفتند. در ضمن، اختلالات عملکردی نیز در کنار اختلالات سلامت روان در بسته غربالگری بیماری‌های شایع روان قرار گرفت.

تهیه پکیج غربالگری

برای تهیه پکیج استاندارد غربالگری، ابتدا، باتوجه به مفاهیم و محتوای استخراج‌شده از فاز کیفی، ابزارهای استاندارد شده موجود شامل پرسش‌نامه‌های وسواس اجباری ییل- براون، افسردگی بک و اضطراب بک بررسی شدند و برخی از گویه‌ها حذف و برخی گویه‌ها نیز اضافه شدند. درخصوص بررسی عملکرد نیز از لیست کنترلی عملکرد استفاده شد و در نهایت بسته سنجش بیماری‌های شایع روان با ۱۰۱ گویه وارد مرحله روانسنجی شد. پس از انجام روانسنجی و نظریه کاهش آیتم^{۲۸}، تعداد ۲۵ گویه از بسته سنجش بیماری‌های شایع روان کم شده و این پکیج با ۷۶ گویه نهایی شد. برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد. این مقدار برای افسردگی، اضطراب و وسواس به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۵ و ۰/۸۸ بود. در ضمن نقطه برش برای افسردگی، ۱۴، اضطراب، ۱۷ و اختلال وسواس ۶ می‌باشد.

تهیه محتوای درمانی فراتشخیصی

با حضور متخصصین مربوطه، محتواهای آموزشی شامل ۱ تا ۵ صفحه به‌ازای هر اختلال همراه با ۱ تا ۲ صفحه شیت مراحل^{۲۹} تدوین شد. محتواها با تأکید بر درمان‌های رفتاری شناختی مبتنی بر علائم بوده است و شیت مراحل شامل ذکر اهداف، آمادگی‌های لازم جهت انجام تمرینات در حین جلسات، آموزش شیوه‌های شناختی رفتاری به روش‌های مدل‌سازی و ایفای نقش، تکالیف هفتگی و نظارت هفتگی علائم بوده است.

توانمندسازی ارائه‌دهندگان مداخله

جهت انجام مداخلات روان درمانی فراتشخیصی، ابتدا دو

24. Paired sample t test

25. Independent Samples T-Test

26. Chi-squared test

27. Paired sample t test

28. Item reduction theory

29. Steps sheet

جدول ۲. محتوای آموزشی کارگاه‌های توانمندسازی آشنایی با مداخلات روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA

زمان	محتوا	انتظارات
روز اول	مقدمه دوره، چارچوب، EBT، مقدمه‌ای کوتاه بر آسیب‌شناسی روانی (شناخت، رفتار و اثرات)، ایجاد اعتماد، اتحاد و رابطه درمانی	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند دانشی را که در طول روز به دست آورده‌اند به شیوه‌ای مستقل به کار گیرند.
روز دوم	شرح مختصری از اضطراب براساس نظریه‌های شناختی و رفتاری، اضطراب طبیعی و غیرطبیعی، آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نظریه فراشناختی آدریان ولز، درمان‌های موجود	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز اول و اختلال اضطراب فراگیر (GAD) را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.
روز سوم	آسیب‌شناسی روانی در میان بیماران مبتلا به اختلال پانیک، مدل دیوید کلارک برای درک «دایره باطل» اختلال هراس و درمان‌های موجود در جلسه	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز ۲، ۱ و اختلال پانیک را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.
روز چهارم	آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری (OCD)، شرح و علل اختلال، ارتباط درمانی با این نوع بیماران، درمان‌های موجود.	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز ۲، ۱ و اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD) را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.
روز پنجم	توصیف کوتاه افسردگی براساس نظریه‌های شناختی و رفتاری، اختلال حالت طبیعی و غیرطبیعی، آسیب‌شناسی روانی در بیماران مبتلا به افسردگی، نظریه آدریان ولز، درمان‌های موجود	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند از دانش روز برای ارزیابی و طراحی درمان افسردگی استفاده کنند.
روز ششم	خلاصه‌ای از دانش، مهارت‌های درمانی بسته آموزشی چکیده	شرکت‌کنندگان دوره باید بتوانند مداخلات فراتشخیصی را انجام دهند.

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و اختلالات وسواسی اجباری قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه بیانگر تأثیر مداخله در هر دو گروه بود و همچنین اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه کنترل و آزمایش از لحاظ میانگین اختلاف وجود داشت. به این معنی که تأثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به‌طور معنی‌داری نسبت به درمان‌های معمول در کاهش نمره افسردگی ($P < 0/001$)، اضطراب ($P < 0/001$) و اختلالات وسواسی اجباری ($P < 0/05$) مؤثر بوده است.

مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه بیانگر تأثیر مداخله در هر دو گروه بوده است و همچنین اختلاف آماری معنی‌داری بین گروه کنترل و آزمایش از لحاظ میانگین اختلاف وجود دارد. به این معنی که تأثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به‌طور معنی‌داری نسبت به درمان‌های معمول در کاهش نمره اختلال عملکردی مؤثر بوده است ($P < 0/05$). درخصوص تعداد موارد ریزش نمونه‌ها نیز اختلاف آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد.

بحث

در این مطالعه از رویکرد فراتشخیصی جهت درمان بیماری‌های شایع روان استفاده شده است. این شیوه با الهام از رویکرد عناصر مشترک درمانی پیاده‌سازی شده است. مطالعه حاضر نشان داد این رویکرد به دو دلیل عمده قابلیت اجرا در مراکز بهداشتی درمانی ایران را دارد. اولاً، رویکردی انعطاف‌پذیر است و برای اجرا، به متخصصین حوزه روان نیاز ندارد، ثانیاً به صرفه‌جویی در زمان و منابع موردنیاز منجر می‌شود. این رویکرد به دلیل افزایش

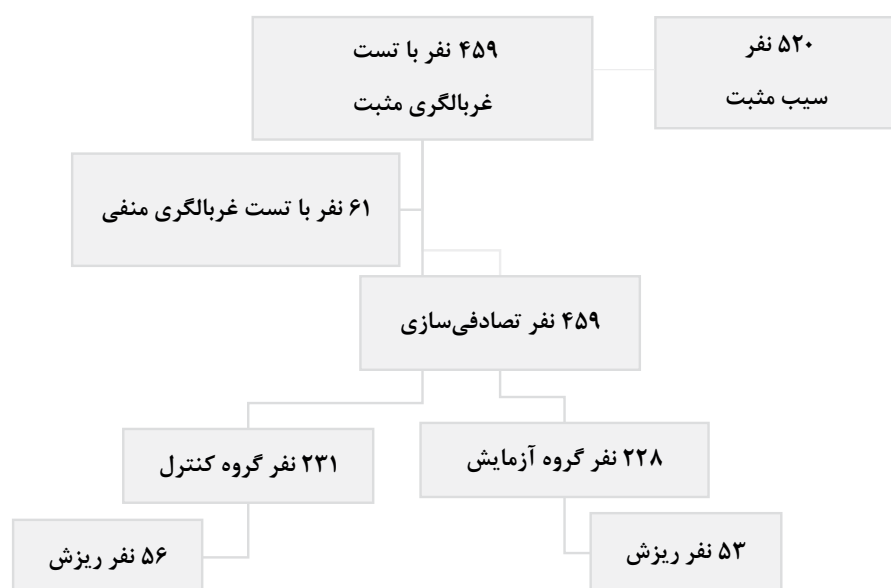
کارگاه آموزشی با حضور ۳۰ نفر از داوطلبین شاغل در مراکز بهداشتی درمانی سمنان و گرمسار با محتوای جدول شماره ۲ برگزار شد.

سپس مرحله پایلوت انجام شد و پس از آن طی یک کارگاه آموزشی، چالش‌های مداخله برطرف و مراحل اجرایی آموزش داده شد.

ارزیابی مداخلات با انجام کارآزمایی بالینی تصادفی

تعداد ۵۲۰ فرد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای امتیاز مثبت سامانه سیب برای اختلالات مربوط به سلامت روان بودند، شرکت کردند. پس از کسب رضایت آگاهانه، بسته استاندارد غربالگری بیماری‌های شایع روان برای مشارکت‌کنندگان تکمیل شد؛ بنابراین تعداد ۴۵۹ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه شدند و ۶۱ نفر، براساس نتایج غربالگری، فاقد اختلالات روانی موردبررسی بودند. براساس تصادفی‌سازی، تعداد ۲۳۱ نفر در گروه کنترل و ۲۲۸ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. تصویر شماره ۱، مراحل اجرایی کارآزمایی بالینی تصادفی را نشان می‌دهد. گروه مداخله به مدت ۸ هفته و به صورت هفتگی تحت درمان فراتشخیصی و گروه کنترل تحت درمان‌های معمولی به مدت ۴ ماه به صورت هر ۲ هفته ۱ بار قرار گرفتند. پس از پایان مداخلات مجدداً، پرسش‌نامه غربالگری تکمیل شد. جدول شماره ۳ نتایج آنالیز توصیفی و میانگین نمرات سلامت روان قبل و بعد از درمان در دو گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد.

نتایج مطالعه نشان داد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جمعیت تحت مطالعه در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری نداشت.



تصویر ۱. مراحل اجرایی کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده

دسترسی به درمان در مناطق دارای شیوع بالای مشکلات روانی، جهت اجرای این رویکرد، نیازمند انجام مطالعه کیفی به منظور سبب مدیریت مقرون به صرفه اختلالات روانی و کاهش شکاف درمانی می شود [۱۷].

فاز بیانگر شیوع سه اختلال شامل افسردگی، اضطراب و وسواس اجباری بوده است. نتایج مرور نظام مند انجام شده در سال ۲۰۲۰ نیز بیانگر آنست که مدیریتانه شرقی، آفریقا و آسیا دارای بیشترین

جدول ۳. آنالیز توصیفی و میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات شایع روان قبل و بعد از درمان در دو گروه کنترل و آزمایش

مشکلات سلامت روان	گروه آزمایش (۲۲۸ نفر)	گروه کنترل (۲۳۱ نفر)	تعداد کل (۴۵۹ نفر)
افسردگی قبل از درمان	۷/۱۴±۱۸/۷۹	۷/۳۰±۱۸/۸۳	۷/۲۱±۱۸/۸۱
افسردگی بعد از درمان	۵/۹۱±۵/۸۹	۷/۸۱±۸/۰۸	۷/۰۱±۶/۹۹
اختلاف افسردگی قبل و بعد	۷/۸۷±۹/۱۲**	۹/۴۵±۱۰/۷۵**	۸/۷۶±۱۱/۸۲
اضطراب قبل از درمان	۱۱/۵۸±۲۷/۶۱	۱۱/۵۶±۲۷/۹۵	۱۱/۵۶±۲۷/۷۸
اضطراب بعد از درمان	۷/۸۶±۸	۱۱/۱۶±۱/۹۴	۱۰/۱۰±۹/۹۸
اختلاف اضطراب قبل و بعد	۱۲/۰۷±۱۹/۶**	۱۳/۶۲±۱۶/۰۳**	۱۲/۹۹±۱۷/۸
اختلال وسواسی قبل از درمان	۵/۱۳±۱۰/۲۲	۵/۱۶±۱۰/۱۲	۵/۱۴±۱۰/۱۷
اختلال وسواسی بعد از درمان	۳/۸۶±۳/۳۶	۴/۴۲±۴/۳۵	۴/۱۸±۳/۸۶
اختلاف وسواس قبل و بعد	۵/۵۵±۸۶/۶*	۵/۷۷±۵/۷۷*	۵/۶۹±۶/۳۱
عملکرد قبل از درمان	۱۷/۴۱±۲۱/۹۳	۱۸/۱۹±۲۲/۱۶	۱۷/۷۸±۲۲/۰۴
عملکرد بعد از درمان	۱۳/۴±۸/۸۹	۱۵/۰۲±۱۱/۹۶	۱۴/۳۱±۱۰/۴۴
اختلاف عملکرد قبل و بعد	۱۴/۶۶±۱۳/۰۳*	۱۶/۱۳±۱۰/۱۹*	۱۵/۴۷±۱۱/۶

* P<۰/۰۵، ** P<۰/۰۰۱

درخصوص علل ریزش در پیگیری درمان، دوری راه و مشکلات تردد و مهاجرت افراد از منطقه از جمله موارد خروج نمونه‌ها از مطالعه بوده است و تفاوتی نیز از این لحاظ بین گروه آزمایش و کنترل وجود نداشته است. در مطالعه کارآزمایی بالینی‌ای که در زامبیا در سال ۲۰۲۲ درخصوص استفاده از عناصر مشترک در درمان اعتیاد به الکل انجام شده است نیز علت اصلی ریزش در پیگیری، مهاجرت افراد از محل انجام مطالعه بوده است [۲۵].

نتیجه‌گیری

رویکرد فراتشخیصی CETA، نویدبخش افزایش ارائه خدمات بهداشت روان در جامعه ایرانی بوده و قادر است خلأ درمان در اختلالات روانپزشکی را پر کند. پرسنل بهداشت و درمان تحت آموزش و نظارت مستمر با اندکی جابه‌جایی در وظایف شغلی می‌توانند رویکرد فراتشخیصی را در درمان بیماری‌های شایع روان پیاده و پایدار کنند. بدیهی است انجام تحقیقات آتی با استفاده از این رویکرد در جوامع مختلف و با پیگیری طولانی‌مدت قادر خواهد بود الگوی مناسب و پایداری را در نهادینه کردن این شیوه درمانی به‌خصوص در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارائه کند.

درمجموع نقاط قوت استفاده از رویکرد CETA در درمان اختلالات روان شامل انعطاف‌پذیری و عدم نیاز به متخصصین حوزه روان و در نتیجه صرفه‌جویی در زمان و منابع مورد نیاز، امکان ادغام در شبکه مراقبت بهداشت و درمان اعم از شهری و روستایی و کارآیی و اثربخشی بیشتر آن نسبت به درمان‌های روتین و معمول سلامت روان می‌باشد.

از نقاط ضعف رویکرد CETA می‌توان به محدودیت‌های مطالعه کیفی شامل عدم تعمیم‌پذیری نتایج در سایر مناطق، عدم به‌کارگیری مستمر مداخله‌کنندگان بومی در درمان‌های شناختی رفتاری و عدم پیگیری اثرات طولی درمان‌های فراتشخیصی پس از پایان مداخله می‌باشد.

باتوجه به نتایج حاصله و از لحاظ منابع مالی و انسانی، این طرح کاملاً به صرفه است. بنابراین اجرای این برنامه در سایر مراکز بهداشتی درمانی، ابتدا در سطح شهرستان و پس از رفع چالش‌های مربوطه در سطح استان پیشنهاد می‌شود.

ملاحظات اخلاقی

کلیه ملاحظات اخلاقی در اجرای طرح لحاظ شده است، رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان دریافت شد. این طرح مصوبه کمیته اخلاق در پژوهش مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی ایران را با کد IR.NIMAD.REC.1395.047 دریافت کرده و در کمیته تحقیقات دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی با کد (IR.USWR.REC.1395.113) تأیید شده است.

شیوع علائم افسردگی بوده و زنان بیشتر از مردان از این اختلال رنج می‌برند [۱۸]. نتایج مطالعه‌ای که متولیان در سال ۲۰۱۸ در ایران انجام داده است بیانگر آنست که شیوع اختلالات اضطرابی ۱۵/۶ درصد و اختلالات وسواسی اجباری ۵/۱ درصد بوده است [۱۹]. استفاده از روش‌های کیفی در استخراج داده‌ها، علی‌رغم آنکه سرعت و عمق بالایی دارد ولی به‌دلیل عدم تعمیم‌پذیری، قابلیت به‌کارگیری نتایج در سایر مناطق وجود نداشته و تنها الگوی فرایندی آن کاربرپذیر می‌باشد [۲۰]. درخصوص مرحله توانمندسازی و آموزش افراد جهت انجام مداخلات، استفاده از شیوه‌های مختلف ارائه مطالب مانند ایفای نقش و بحث گروهی، اجرای پایلوت برنامه، نظارت مستمر بر فرایند درمانی در مرحله پایلوت و به‌روزرسانی محتوا حاصل نتایج مرحله پایلوت از نقاط قوت برنامه محسوب شده، اما عدم بومی بودن آموزش‌دهندگان به‌عنوان یکی از نقاط ضعف اجرای مداخله محسوب شده است.

در مرحله آزمون اثربخشی مداخلات فراتشخیصی و اجرای کارآزمایی بالینی، نتایج بیانگر تأثیر این رویکرد در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس بوده و با وجود حجم نمونه کافی جهت انجام مطالعه، استفاده از نمونه‌های در دسترس از یک‌سو و پیگیری هفتگی درمان در گروه مداخله توسط درمانگر از دیگر محدودیت‌های مطالعه محسوب می‌شود. نتایج مطالعه CETA در عراق نیز نشان داد وجود افراد ناظر از سایر سازمان‌ها که بین ۱۵ تا ۴۰ کیلومتر از محل مداخله فاصله داشتند یکی از مشکلات مهم در اجرای بهینه فرایند بوده است [۲۱]. مرور نظام‌مند بررسی اثربخشی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر جامعه بر افسردگی و اضطراب زنان در ایران نیز بیانگر تأثیر مداخلات در بیش از ۷۰ درصد موارد افسردگی و اضطراب بوده است. در ضمن مؤثرترین مداخلات در این مطالعه، مداخلات شناختی رفتاری و ورزش بوده است [۲۲].

مقایسه نتایج مداخلات مبتنی بر رویکرد CETA با مداخلات سلامت روان الکترونیکی نیز نشان می‌دهد علی‌رغم صرفه‌جویی در زمان، نیروی انسانی و منابع مالی در مداخلات سلامت روان الکترونیکی، تأثیر مداخلات با رویکرد CETA در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بیشتر از مداخلات سلامت روان الکترونیکی بوده و رضایت مشارکت‌کنندگان از پشتیبان‌های غیر تخصصی در مورد اخیر کافی نبوده است [۲۳].

لورا و همکاران به مقایسه نسخه استاندارد و کوتاه‌شده CETA در اوکراین پرداختند. نتایج این مطالعه بیانگر تأثیر فرم کوتاه‌شده با ۵ جلسه مداخله نسبت به شرایط روتین بوده است. به نظر می‌رسد محتوای رفتاری شناختی مداخلات در درمان اختلالات روانی نسبت به سایر مداخلات از اهمیت و تأثیر بالاتری برخوردار است [۲۴].

حامی مالی

این طرح تحقیقاتی با حمایت مالی مؤسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی (نیماد) با گرنت شماره ۹۴۳۱۱۴ انجام شده است

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی، اعتبارسنجی، تحلیل و تحقیق و بررسی: منیر برادران افتخاری، معصومه دژمان، کتایون فلاحت، زهره محمودی، آمنه ستاره فروزان؛ منابع: کتایون فلاحت و زهره محمودی؛ نگارش پیش‌نویس و ویراستاری و نهایی‌سازی: منیر برادران افتخاری، معصومه دژمان و کتایون فلاحت؛ نظارت و مدیریت پروژه: منیر برادران افتخاری، معصومه دژمان و آمنه ستاره فروزان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از آقای دکتر جندقی، معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان و سرکار خانم‌ها حقیقت و میرمعصومی و کلیه پرسنل بهداشتی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی سمنان و گرمسار که در این طرح مشارکت کردند تقدیر و تشکر می‌کنند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

- [1] Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015; 24(2):121-40. [DOI:10.1017/S2045796014000687] [PMID]
- [2] Sayers J. The world health report 2001-Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001. [Link]
- [3] GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet. Psychiatry*. 2022; 9(2):137-50. [DOI:10.1016/S2215-0366(21)00395-3] [PMID]
- [4] Pirkola S, Fröjd S, Nurmela K. Depressive and anxiety disorders. In: Gogineni RR, editor. *The WASP Textbook on Social Psychiatry: Historical, developmental, cultural, and clinical perspectives*. New York: Oxford Academic; 2023. [DOI:10.1093/med/9780197521359.003.0024]
- [5] Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. *Population Health Metrics*. 2009; 7:9. [DOI:10.1186/1478-7954-7-9] [PMID]
- [6] Farzadfar F, Zalvand R, Karami B, Yoosefi M, Takian A, Tajvar M. Prevalence and determinants of severe mental disorders in Iran: Evidence from the National Survey of STEPs-2016. *The Lancet*. 2022; 25(7):460-72. [DOI:10.34172/aim.2022.76] [PMID]
- [7] Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bulletin of The World Health Organization*. 2004; 82(11):858-66. [PMID]
- [8] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004; 291(21):2581-90. [DOI:10.1001/jama.291.21.2581] [PMID]
- [9] Dalglish T, Black M, Johnston D, Bevan A. Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2020; 88(3):179-95. [DOI:10.1037/ccp0000482] [PMID]
- [10] Murray LK, Dorsey S, Haroz E, Lee C, Alsiahy MM, Haydari A, et al. A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014; 21(2):111-23. [DOI:10.1016/j.cbpra.2013.06.005] [PMID]
- [11] Bogdanov S, Augustinavicius J, Bass JK, Metz K, Skavenski S, Singh NS, et al. A randomized-controlled trial of community-based transdiagnostic psychotherapy for veterans and internally displaced persons in Ukraine. *Global Mental Health (Cambridge, England)*. 2021; 8:e32. [DOI:10.1017/gmh.2021.27] [PMID]
- [12] Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: Development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *Plos Medicine*. 2014; 11(11):e1001757. [DOI:10.1371/journal.pmed.1001757] [PMID]
- [13] Noorbala AA, Faghizadeh S, Kamali K, Bagheri Yazdi SA, Hajebi A, Mousavi MT, et al. Mental health survey of the Iranian adult population in 2015. *Archives of Iranian Medicine*. 2017; 20(3):128-34. [PMID]
- [14] Baradaran Eftekhari M, Mahmoodi Z, Dejman M, Forouzan AS, Falahat K, Shati M, et al. Local perceptions of mental health in Iran, Semnan Province. *Brain and Behavior*. 2021; 11(2):e01971. [DOI:10.1002/brb3.1971] [PMID]
- [15] Dejman M, Baradaran Eftekhari M, Falahat K, Mahmoodi Z, Padyab M, Forouzan AS. Psychometric study using item response theory of an instrument developed for assessment of Iranian mental health problems. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022; 16(3):e112980. [DOI:10.5812/ijpbs-112980]
- [16] Falahat K, Baradarn Eftekhari M, Dejman M, Forouzan AS, Mahmoodi Z, Padyab M, et al. Determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy interventions based on the transdiagnostic approach in the treatment of common mental health problems: Presenting an experience from the Islamic Republic of Iran. *Brain and Behavior*. 2022; 12(5):e2551. [DOI:10.1002/brb3.2551] [PMID]
- [17] 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):60-6. [DOI:10.1891/0889-8391.23.1.60]
- [18] Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*. 2022; 61(2):287-305. [DOI:10.1111/bjc.12333] [PMID]
- [19] Hajebi A, Motevalian SA, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Amin-Esmaili M, Radgoodarzi R, et al. Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC Psychiatry*. 2018; 18(1):261. [DOI:10.1186/s12888-018-1828-2] [PMID]
- [20] Chok L, Suris JC, Barrense-Dias Y. Adolescents' mental health and emotional problems: A qualitative study in Switzerland. *Qualitative Research Journal*. 2023; 23(2):181-90. [DOI:10.1108/QRJ-08-2022-0115]
- [21] Aarons GA, Sawitzky AC. Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice. *Psychological Services*. 2006; 3(1):61-72. [DOI:10.1037/1541-1559.3.1.61] [PMID]
- [22] Mollarahimi Maleki F, Massahikhaileghi P, Tehrani-Banihashemi A, Davoudi F, Nojomi M. Community-based preventive interventions for depression and anxiety in women. *Archives of Iranian Medicine*. 2020; 23(3):197-206. [PMID]
- [23] Harper Shehadeh MJ, Abi Ramia J, Cuijpers P, El Chammay R, Heim E, Kheir W, et al. Step-by-Step, an E-mental health intervention for depression: A mixed methods pilot study from Lebanon. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 10:986. [DOI:10.3389/fpsy.2019.00986] [PMID]
- [24] Murray LK, Haroz EE, Doty B, Singh NS, Bogdanov S, Bass J, et al. Testing the effectiveness and implementation of a brief version of the Common Elements Treatment Approach (CETA) in Ukraine: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2018; 19(1):418. [DOI:10.1186/s13063-018-2752-y] [PMID]
- [25] Kane JC, Sharma A, Murray LK, Chander G, Kanguya T, Skavenski S, et al. Efficacy of the common elements treatment approach (CETA) for unhealthy alcohol use among adults with HIV in Zambia: Results from a pilot randomized controlled trial. *AIDS and Behavior*. 2022; 26(2):523-36. [PMID]