

**Accepted Manuscript**

**Accepted Manuscript (Uncorrected Proof)**

**Title:** Adapting and Evaluating a Common Elements Treatment Approach for Iranian Adults

**Authors:** Monir Baradaran Eftekhari<sup>1,\*</sup>, Masoumeh Dejman<sup>2</sup>, Katayoun Falahat<sup>1</sup>, Zohreh Mahmoudi<sup>3</sup>, Ameneh Setareh Forouzan<sup>2</sup>

1. *Undersecretary for Research and Technology, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.*
2. *University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.*
3. *Social Determinants of Health Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran.*

To appear in: **Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology**

**Received date:** 2024/01/31

**Revised date:** 2024/07/07

**Accepted date:** 2024/10/27

**First Online Published:** 2024/11/12

This is a “Just Accepted” manuscript, which has been examined by the peer-review process and has been accepted for publication. A “Just Accepted” manuscript is published online shortly after its acceptance, which is prior to technical editing and formatting and author proofing. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology provides “Just Accepted” as an optional service which allows authors to make their results available to the research community as soon as possible after acceptance. After a manuscript has been technically edited and formatted, it will be removed from the “Just Accepted” Website and published as a published article. Please note that technical editing may introduce minor changes to the manuscript text and/or graphics which may affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

**Please cite this article as:**

Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Falahat K, Mahmoudi Z, Setareh Forouzan A. [Adapting and Evaluating a Common Elements Treatment Approach for Iranian Adults (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.2669.5>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.2669.5>

## نسخه پذیرفته شده پیش از انتشار

عنوان: تطبیق و ارزیابی رویکرد درمانی با عناصر مشترک برای بزرگسالان ایرانی

نویسندگان: منیر برادران افتخاری<sup>۱</sup>، معصومه دژمان<sup>۲</sup>، کتابون فلاح<sup>۱</sup>، زهره محمودی<sup>۳</sup>، آمنه ستاره فروزان<sup>۲</sup>

۱. معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.
۲. دانشگاه علوم بهزیستی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

نشریه: روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران

تاریخ دریافت: 1402/11/11

تاریخ ویرایش: 1403/04/17

تاریخ پذیرش: 1403/08/06

این نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» مقاله است که پس از طی فرایند داوری، برای چاپ، قابل پذیرش تشخیص داده شده است. این نسخه در مدت کوتاهی پس از اعلام پذیرش به صورت آنلاین و قبل از فرایند ویراستاری منتشر می‌شود. نشریه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران گزینه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» را به عنوان خدمتی به نویسندگان ارائه می‌دهد تا نتایج آن‌ها در سریع‌ترین زمان ممکن پس از پذیرش برای جامعه علمی در دسترس باشد. پس از آنکه مقاله‌ای فرایند آماده‌سازی و انتشار نهایی را طی می‌کند، از نسخه «پذیرفته‌شده پیش از انتشار» خارج و در یک شماره مشخص در وبسایت نشریه منتشر می‌شود. شایان ذکر است صفحه آرایی و ویراستاری فنی باعث ایجاد تغییرات صوری در متن مقاله می‌شود که ممکن است بر محتوای آن تأثیر بگذارد و این امر از حیطة مسئولیت دفتر نشریه خارج است.

لطفا این‌گونه استناد شود:

Baradaran Eftekhari M, Dejman M, Falahat K, Mahmoudi Z, Setareh Forouzan A. [Adapting and Evaluating a Common Elements Treatment Approach for Iranian Adults (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Forthcoming 2024. Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.2669.5>

Doi: <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.30.1.2669.5>

## **Abstract**

**Objectives:** Mental disorders account for a significant portion of burden of disease worldwide. The present study was conducted with the aim of implementing and evaluating the trans-diagnostic approach based on common elements treatment to mental disorders control.

**Methods:** A mixed method study (qualitative-quantitative) was conducted in Semnan province. In the qualitative stage, the titles of common mental health disorders were extracted by conducting an open list with community members and individual interviews with key informants. Then, the appropriate tool for screening these disorders was valid and reliable. In the following, the intervention package for the treatment of common mental disorders with a trans-diagnostic approach was prepared, and the necessary trainings for the implementation of the interventions were given to the health care personnel. Finally, a randomized clinical trial study was conducted on 500 people who referred to health centers in two intervention groups (trans diagnostic approach) and control (routine treatment) and the effectiveness of the intervention was evaluated.

**Results:** Three psychiatric disorders, including depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder, with dysfunction were extracted from the qualitative part of the study. A screening tool with 76 items was made to measure these disorders and it was valid and reliable through face validity, content validity and criterion validity. In this tool, the cut-off point for depression was 14, for anxiety, 17, and for obsessive-compulsive disorder, 6. Then, with the presence of experts and members of the research team, educational content was prepared to perform trans-diagnostic approach and 20 volunteers working in health centers were empowered to perform interventions. The results of evaluating the effectiveness of trans-diagnostic interventions showed that the mean (SD) scores of depression, anxiety and obsessive compulsive disorders significantly decreased after the intervention/routine treatment in both the control and intervention groups, but the effect of intervention with trans-diagnostic approach was significantly more than the routine treatments. It has been more effective in reducing the score of depression ( $p<0.001$ ), anxiety ( $p<0.001$ ) and obsessive-compulsive disorders ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** The implementation of the trans-diagnostic approach with common elements by the personnel of health care centers has executable capability and increases the provision of mental health services in the Iranian society.

**Key words:** Trans-diagnostic approach, Clinical trial, Common element treatment, Depression, anxiety, Obsessive compulsive disorder

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Mental disorders make up a significant proportion of the global burden of disease worldwide. Due to their high prevalence, chronic nature and association with some physical disorders, these disorders are associated with high disability and have irreparable complications on the individual, family and society[1]. However, it is estimated that only about 2% of people with mental disorders worldwide ever receive treatment [7]. Given the high burden of disorders and the need to expand access to evidence-based treatments [23], a program aimed at implementing an evidence-based treatment, delivered by non-specialist workers, is particularly promising. Recent developments in psychotherapeutic interventions in the US and elsewhere have focused on Trans diagnostic approaches [10]. Trans diagnostic approaches provide an integrated approach that enable providers to address multiple problems within a single treatment. It involves a unique training and explicitly teaches clinicians how to make decisions about adapting therapy to the client's needs [9]. Trans diagnostic approaches provide a flexible and evidence-based treatment model that is more efficient and cost-effective [24]. Studies have shown the effects of a trans diagnostic psychological intervention for different types of mental health disorders [9, 25, 29]. This study was designed, adapted, and evaluated Trans diagnostic approaches for the treatment of common mental disorders for Iranian adults in Semnan.

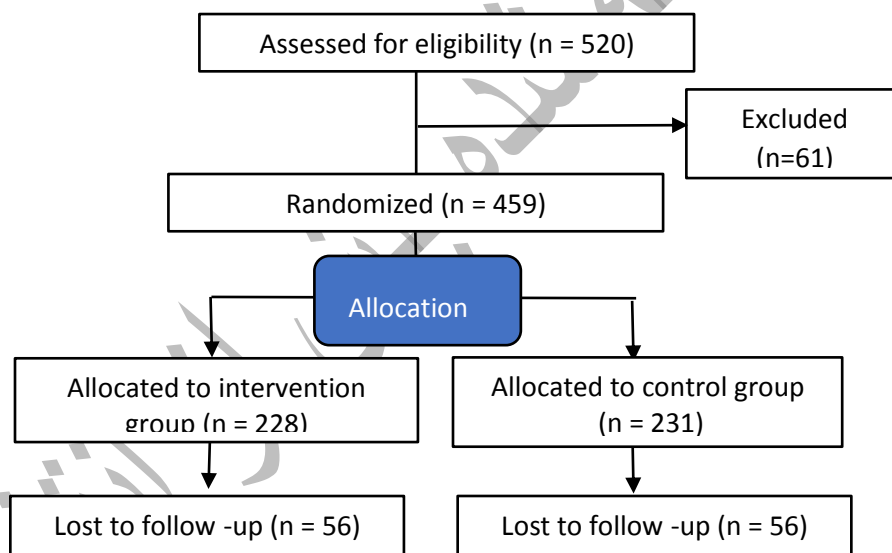
### **Methods**

This is qualitative and quantitative study was conducted in Semnan province-Iran. This study was conducted in four main stages. In first stage, rapid qualitative study was performed using free list (with community members) and key informant interviews to explore how local adults understand their own situation and describe their mental problems with their own language. The interviews continued until data saturation and they were analyzed using Dedoose software Version 6.1.18.

In second stage, translation, adaption and psychometry of common mental disorder screening tools based on qualitative data were done. "Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale(Y-BOCS)", "Beck Depression Inventory scale, Beck Anxiety Inventory scale" and "Function checklist were the selected tools which have been used to prepare the valid and reliable screening package. Face validity, content validity and criterion validity were calculated to measure validity and alpha Cronbach was calculated for screening tool reliability.

In the third phase, the training package of trans diagnostic treatment based on common elements approach in mental disorder (MD) was prepared and the capacity building of health care personnel was carried out by holding three training workshops.

In the fourth stage, the effectiveness of trans diagnostic treatment in MD was evaluated through a randomized controlled trial (RCT). The RCT was conducted in 12 health centers that were offer mental health services in Semnan. Total 459 subjects were randomized to treatment (N=228) and control (N=231) group. The initial assessment was conducting by the trained health providers (HPs) using the study tools. If the clients were eligible, a randomization code was providing by the allocator via telephone using a generated Balance Block Randomization table. All enrolled clients were also assessed with the same tools after eight weeks for the treatment group and 4 months for control (Fig 1).



**Fig 1:** practical process of interventional step in trans diagnostic treatment in common elements of mental disorder project

## Results

In this research, the results are presented based on the study stages.

First stage: depression, anxiety and obsessive compulsive were common mental health problems which extracted by the participation of 30 people from the community (N=20) and experts (N=10) in the qualitative study.

Second stage: the primitive screening tool with 101 items entered the psychometric stage. After psychometry, the number of 25 items was reduced from the common mental disorder screening package, and this tool was finalized with 76 items. Cronbach's alpha for depression, anxiety and obsession was 0.92, 0.95 and 0.88 respectively. Meanwhile, the cut-off point for depression is 14, for anxiety, 17 and for obsessive-compulsive disorder is 6.

Third stage: course content, training workshops and supervision were implemented in this stage. CBT course content was a short and brief course on Evidence-Based Therapies mostly based on Cognitive Behavioral Therapy focusing on symptoms presented. Then, two training workshops were held on the intervention program for health, and one-day workshop was conducted for screening. Thirty Health care providers participated in the workshop. For eight weeks, under the guidance of research team each trained health providers recruited and treated two clients. And in this step, negative and positive points of intervention was clarified.

Fourth stage: In clinical trial phase, 82% of the participants (n=374) were married and 88% 9 (n=403) were female. 25% of the participants had academic education. The results showed that the effect of intervention with trans-diagnostic approach was significantly more than the routine treatments. It has been more effective in reducing the score of depression ( $p<0.001$ ), anxiety ( $p<0.001$ ) and obsessive-compulsive disorders ( $p<0.05$ ) (Table 1).



**Table 1:** Descriptive analysis, mean (SD) scores of common mental disorders before-after of treatment

Mental disorder	Total , N=459	Control, N=231	Intervention, N=228
Depression before treatment	18.81 (7.21)	18.83 (7.30)	18.79 (7.14)
Depression after treatment	6.99 (7.01)	8.08 (7.81)	5.89 (5.91)
Depression deference before - after	-11.82 (8.76)	-10.75 (9.45)***	-12.90 (7.87)***
Anxiety before treatment	27.78 (11.56)	27.95 (11.56)	27.61 (11.58)
Anxiety after treatment	9.98 (10.10)	11.94 (11.60)	8.00 (7.86)
Anxiety deference before - after	-17.80 (12.99)	-16.02 (13.62)***	-19.60 (12.07)***
Obsessive disorder before treatment	10.17 (5.14)	10.12 (5.16)	10.22 (5.13)
Obsessive disorder after treatment	3.86 (4.18)	4.35 (4.42)	3.36 (3.86)
obsession deference before - after	-6.31 (5.69)	-5.77 (5.77)*	-6.86 (5.55)*
function before treatment	22.04 (17.78)	22.16 (18.19)	21.92 (17.41)
function after treatment	10.44 (14.31)	11.96 (15.02)	8.89 (13.40)
function deference before - after	-11.60 (15.47)	-10.19 (16.13)*	-13.03 (14.66)*

\*  $p < 0.05$ , \*\*\* $p < 0.001$

## Discussion

The results of this study shows that local supervisors and counselors can learn the elements and decision-making rules with ongoing supervision, further supporting the idea of task shifting. The preliminary positive clinical outcomes, suggests that a common elements approach may be a feasible, acceptable, and potentially effective alternative for addressing mental health problems especially in some part of Iran that do not have access to psychologists in the health centers. Findings from the other completed RCTs in Iraq and Thailand also show positive results[10].

The role of the lack of mental health professionals shifting from treating a few people to supervising the treatment of many persons through the community health workers is supported as community health workers were able to learn and provide both interventions with fidelity. This approach to task sharing is supported by other literature as a sound option for providing sustainable, accessible, and effective services for multiple mental health problems at scale where there are few professionals. In addition, the trans diagnostic approach allows non-specialized health workers to select from a range of evidence-based therapy elements to tailor treatment to address a variety of common and comorbid mental health problems in a primary health care center. Future research should include more trials of CETA treatment approach in diverse settings, with broader inclusion criteria, an active control, by independent researchers, and with a longer follow up period.

## **Conclusion**

The results of this study suggests that local supervisors and counselors can learn the elements and decision-making rules with ongoing supervision, further supporting the idea of task shifting. The preliminary positive clinical outcomes, suggests that a common elements approach may be a feasible, acceptable, and potentially effective alternative for addressing mental health problems especially in some part of iran that do not have access to psychologists in the health centers.

## **Ethical Consideration**

All ethical considerations were considered in this study. ). All participants signed the consent form or verbally gave their consent to participate in the study. They all fully understood the nature of the trial and their own role and contribution, were ensured about the voluntary nature of their involvement and about their ability to withdraw from the trial at any stage without any repercussions.

## **Acknowledgement**

The study protocol was approved by the Research Ethics Committee of the National Institute for Medical Research Development (NIMAD) under the code IR.NIMAD.REC.1395.047 and the Research Committee of the University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences (IR.USWR.REC.1395.113. The authors would like to thank all of participants in this project.

## **Conflict of Interests**

The authors declared no conflict of interest.

## چکیده :

**اهداف:** اختلالات روانی بخش قابل توجهی از بار بیماری ها را در سراسر جهان تشکیل می دهند. مطالعه حاضر با هدف پیاده سازی 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 مصاحبه های فردی با افراد آگاه کلیدی، استخراج گردید. سپس ابزار مناسب جهت غربالگری این اختلالات، روا و پایا گردید. در ادامه، پکیج 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 مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی در دو گروه مداخله ( رویکرد فراتشخیصی ) و کنترل ( درمان روتین) انجام و ارزیابی اثربخشی مداخله سنجش گردید.

**یافته ها:** سه اختلال روانپزشکی شامل افسردگی، اضطراب و وسواسی اجباری به عنوان شایع ترین اختلالات روانپزشکی به همراه اختلال عملکرد از بخش کیفی مطالعه استخراج گردید. ابزار غربالگری با ۷۶ گویه جهت سنجش این اختلالات ساخته و از طریق انجام روایی صوری، محتوا و ملاکی، روا و پایا گردید. 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 که میانگین ( انحراف معیار) نمرات افسردگی، اضطراب و اختلالات وسواسی اجباری بعد از انجام مداخله/ درمان روتین در هر دو گروه کنترل و مداخله بطور معنی داری کاهش یافته است، اما تاثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به طور معنی داری نسبت به درمانهای معمول در کاهش نمره افسردگی ( $p < 0.001$ )، اضطراب ( $p < 0.001$ ) و اختلالات وسواسی اجباری ( $p < 0.05$ ) موثر بوده است.

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

**کلید واژه:** رویکرد فراتشخیصی، کارآزمایی بالینی، اختلالات شایع سلامت روان، افسردگی، اضطراب، وسواسی اجباری

## مقدمه :

اختلالات روانی بخش قابل توجهی از بار بیماری ها را در سراسر جهان تشکیل می دهند. این اختلالات به دلیل شیوع بالا، ماهیت مزمن و همراهی با برخی اختلالات جسمی ، با ناتوانی بالایی همراه بوده و عوارض جبران ناپذیری را بر فرد، خانواده و جامعه به جا می گذارند[۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۳۳ درصد از سالهای از دست رفته به دلیل معلولیت<sup>۱</sup> ناشی از بیماریهای عصبی روانی بوده است[۲].

نتایج مطالعه بار جهانی بیماریها در سال ۲۰۱۹ ، بیانگر آنست که تعداد مرگ و میر 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 مرگ و میر منتسب به اختلالات روانی در این فاصله زمانی از ۳.۱ در صد به ۴.۹ درصد در سال رسیده است[۳]. در بین اختلالات روانی، برخی از شیوع بالاتری برخوردار بوده و گاه دارای علائمی می باشند که افراد زیادی در طول زندگی آن را دیده و یا آن را تجربه کرده اند. اختلالات افسردگی ، اضطرابی و در برخی فرهنگها مصرف مواد جزو اختلالات روانی شایع محسوب شده<sup>۲</sup> که معمولا علائم بالینی این اختلالات دارای همپوشانی بوده و همواره ناراحت کننده<sup>۳</sup>، مداوم<sup>۴</sup> و زیان آور<sup>۵</sup> می باشند[۴].

در ایران نیز اختلالات عصبی - روانپزشکی پس از آسیب‌های ناشی از تروما، بیشترین بار بیماری را تشکیل داده و ۱۶/۰۴ درصد از کل بار بیماری را تشکیل می‌دهند[۵]. نتایج چهارمین پیمایش سلامت روان در سال ۲۰۱۵

<sup>1</sup> Years Lived with Disability(YLD)

<sup>2</sup> Common mental disorder

<sup>3</sup> Distressing

<sup>4</sup> persistent

<sup>5</sup> harmful

<sup>6</sup> World Mental Health Surveys(WMHS)

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 مراقبت های تخصصی سلامت روان درمان می شوند، 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].

نظرسنجی جهانی سلامت روان<sup>۶</sup> نشان داد که 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 پایین ترین (۰.۸٪) در نیجریه تا بالاترین (۱۵.۳٪) درصد در آمریکا متغیر بود [۸].

با توجه به بار بالای اختلالات روانی و شکاف درمانی موجود، در بسیاری از کشورها، جهت گسترش دسترسی به خدمات درمانی از رویکردهای فرا تشخیصی<sup>۷</sup> استفاده شده است. در این رویکرد از مولفه های درمانی مشترک جهت درمان طیف وسیعی از مشکلات استفاده می شود. در واقع رویکردهای فرا تشخیصی یک مدل درمانی قابل انعطاف و مبتنی بر شواهد را با پتانسیل کارآمدتر و مقرون به صرفه تر ارائه می دهند [۹].

در سال ۲۰۱۴، رویکرد درمان عناصر مشترک<sup>۸</sup> که یک مداخله روان درمانی فرا تشخیصی می باشد توسط محققین دانشگاه جان هاپکینز جهت 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 می باشد. این رویکرد تاکنون در چند کشور مانند تایلند، کلمبیا و عراق نیز انجام شده و کارآزمایی های بالینی انجام شده در این کشورها بیانگر تاثیر بیشتر

---

<sup>7</sup> Trans diagnostic approach

<sup>8</sup> Common Element Treatment Approach (CETA)

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<sup>۹</sup> CETA جهت افسردگی ( $d= ۱.۱۶$ ) و علائم استرس پس از سانحه<sup>۱۰</sup> ( $d= ۱.۱۹$ )، بزرگ و جهت علائم اضطراب ( $d= ۰.۷۹$ ) و عملکرد ( $d= ۰.۶۳$ )، 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 مولفه های درمانی مشترک جهت درمان طیف وسیعی از مشکلات، عدم نیاز به دارو درمانی 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 شیوه ای *cost effective* و *efficient* می باشد.

لذا ما در این مطالعه برآنیم تا با استفاده از رویکرد CETA، ابتدا بیماریهای شایع روانی را با مشارکت دینفعان در یک منطقه جغرافیایی، استخراج کرده، سپس با استفاده از ابزار مناسب، نسبت به اندازه گیری آنها اقدام نموده و پس از مشخص شدن وضعیت موجود، با انجام مداخلات فرا تشخیصی 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 استان های ایران می باشد، انجام شده است. طبق سرشماری سال ۱۳۹۷، جمعیت این استان، ۷۰۲۰۰۰ نفر بوده که ۵۰.۷ درصد آن را مردان تشکیل می دهند. این استان، مهاجرپذیری کمی داشته و بر اساس پیمایش سال ۱۳۹۸، شیوع اختلالات روانی در آن ۱۴.۵ درصد برآورد شده است. حدود ۲۰ درصد افراد مشکوک به داشتن اختلالات سایکوسوماتیک، ۲۳.۸٪ اختلال اضطرابی و ۷.۲ درصد مشکوک به افسردگی بوده اند [۱۳].

<sup>9</sup> Treatment effect size

<sup>10</sup> Post-traumatic stress syndrome

## روش:

جهت نیل به اهداف مطالعه از دو روش کیفی و کمی استفاده گردید. با توجه به راهنمای CETA، ابتدا از طریق انجام مطالعه کیفی، لیست علائم مرتبط با اختلالات روانی، با مشارکت مردم جامعه استخراج گردید. علت بکارگیری روش کیفی در این بخش از مطالعه آن بود که علائم اختلالات روانی تابع فرهنگ و شرایط اجتماعی و قومیتی بوده و تنها از طریق روش های کیفی می توان بصورت عمیق، علائم اختلالات روانی را در بستر اجتماعی فرهنگی مرتبط استخراج کرد. سپس نتایج بدست آمده از این مرحله را به افراد صاحب نظر داده و از آنها خواستند با توجه به علائم مطروحه، تشخیص اختلالات روانی را انجام دهند. به عنوان نمونه عدم تمایل به استفاده از فضای مجازی که قبلا در ابزار رایج غربالگری اختلالات روانی نبود، به آن اضافه شد. سپس با توجه به نتایج بدست آمده، برخی گویه ها از ابزار های موجود غربالگری، حذف و برخی گویه ها اضافه شدند. و ابزار واحدی جهت غربالگری اختلالات روانی شایع در منطقه ساخته و روا و پایا گردید. در خصوص طراحی و اجرای مداخله، بر اساس درمانهای شناختی رفتاری متمرکز بر علائم اختلالات روانی اقدام گردید. یعنی، ابتدا کامپوننت های مشترک در اختلالات روانی شایع در منطقه، استخراج شده و سپس درمانهای شناختی رفتاری متناسب با آنها طراحی گردید. پکیج مداخلاتی با همکاری صاحب نظران حیطه درمانهای رفتاری شناختی و آشنا با رویکرد CETA آماده گردیده و طی یک کارآزمایی بالینی تصادفی، اثرات آن نسبت به درمانهای روتین سنجیده شد. در این فرایند، توانمندسازی افراد به منظور اجرای درمان با رویکرد CETA نیز یکی از مراحل اصلی بوده که قبل از شروع کارآزمایی بالینی در قالب برگزاری کارگاههای آموزشی صورت گرفت.

مراحل اجرا: مراحل اجرایی طرح به شرح زیر می باشد:

- استخراج لیست بیماریهای شایع روانی در استان سمنان: با استفاده از تکنیک های لیست آزاد<sup>11</sup> با مردم جامعه و مصاحبه با افراد مطلع و کلیدی، لیست بیماریهای شایع روانی منطقه استخراج گردید. به این معنا که ابتدا از طریق مصاحبه با ۱۰ زن و ۱۰ مرد، لیست علائم و بیماریهای شایع روانی از دیدگاه مردم

<sup>11</sup> Free list

جامعه به همراه توصیف اجمالی از آن در قالب لیست آزاد جمع آوری گردید. در بخش مصاحبه با افراد مطلع و کلیدی، تعداد ۱۰ نفر از متخصصین حوزه سلامت روان تحت مصاحبه عمیق فردی قرار گرفته و بر داده های بدست آمده از مرحله لیست آزاد، نقطه نظرات تکمیلی و عمیق تر آنها اعمال می گردد و همچنین لیست علائم مرتبط در طبقات مجزا قرار گرفتند [۱۴]. در ضمن در این مرحله فعالیتهای مشارکت کنندگان در مراقبت از خود، خانواده و جامعه نیز پرسیده شد.

- انتخاب ابزارهای مناسب جهت غربالگری بیماریهای شایع روانی استخراج شده: با توجه به اینکه سه اختلال روانی شامل افسردگی، اضطراب و اختلال وسواسی اجباری از مرحله اول مطالعه استخراج گردیدند، با نظر تیم تحقیق و مرور منابع موجود از سه ابزار شامل پرسشنامه های وسواس اجباری ییل-براون<sup>۱۲</sup>، افسردگی بک<sup>۱۳</sup> و اضطراب بک<sup>۱۴</sup> و همچنین چک لیست عملکرد به دلیل اشتراک علائم اختلال عملکردی در تمام اختلالات روانی استخراج شده، انتخاب شدند.

- تهیه پکیج ابزار غربالگری بیماریهای شایع روانی بر اساس نتایج مطالعه کیفی: بر اساس نتایج مطالعه کیفی، هفت گویه به نسخه افسردگی بک ( شامل اعتقادات مذهبی، شبکه های اجتماعی و مشکلات گوارشی) و شش گویه به اضطراب بک (شامل پرخاشگری، اختلال خواب، بی حوصلگی/عجله، افکار مزاحم، عدم تمرکز و نگرانی) اضافه شده و برخی عبارات نیز به روز شدند. در نهایت تعداد گویه های پرسشنامه های وسواس اجباری ییل-براون، افسردگی بک و اضطراب بک به ترتیب به ۲۱، ۲۸ و ۲۷ رسید. تعداد ۲۵ سوال نیز جهت چک لیست عملکردی در نظر گرفته شد. در نهایت پکیج غربالگری بیماریهای روانی شایع در استان سمنان به ۱۰۱ سوال رسید [۱۵].

- روانسنجی پکیج نهایی ابزار غربالگری بیماریهای شایع روانی: جهت روانسنجی از روایی های صوری، محتوا و ملاکی و شیوه های کمی و کیفی به شرح ذیل استفاده شد.

<sup>12</sup> Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale(Y-BOCS)

<sup>13</sup> Beck Depression Inventory scale

<sup>14</sup> Beck Anxiety Inventory scale



- روانسنجی صوری: با ۱۰ نفر از مردم جامعه مصاحبه شد. آیتم ها به لحاظ ارتباط، ابهام و دشواری درک ارزیابی شده و بر اساس نقطه نظرات، تغییرات اعمال گردید. سپس بر اساس اهمیت هر آیتم از لیکرت ۵ نمره ای استفاده شده و ایتم های با امتیاز اثرگذاری<sup>۱۵</sup> بیشتر و یا مساوی ۱.۵ مناسب تشخیص داده شدند.
- روانسنجی محتوا: با ۱۰ کارشناس در خصوص گرامر، لغات، ضرورت، اهمیت و تخصیص امتیاز مناسب نظرخواهی بعمل آمد. نسبت اعتبار محتوا<sup>۱۶</sup> و شاخص اعتبار محتوا<sup>۱۷</sup> محاسبه گردید. تعداد ۱۰ روانپزشک بر اساس امتیاز لیکرتی ایتم ها را ارزیابی کردند. CVI بیش از ۰.۶۲ و CVR بیش از ۰.۷۹ مناسب قلمداد گردید.
- روانسنجی ملاکی: به ازای موارد مربوط به اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواسی اجباری هر کدام ۴۰ نمونه و برای افراد سالم نیز ۴۰ نمونه تعیین گردید. ابتدا افراد پکیج غربالگری را تکمیل کرده و سپس جهت معاینه با ابزار استاندارد اسکید به روانپزشک ارجاع شدند. در انتها بر اساس پارامتر پراکندگی و پارامتر دشواری و با استفاده از IRT<sup>۱۸</sup>، ضمن حذف گویه های نامناسب، پکیج نهایی غربالگری آماده شد [۱۵]. جهت تعیین نقطه برش از منحنی راک<sup>۱۹</sup> استفاده شد.
- جهت پایایی ابزار از آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی استفاده شد. مقادیر آلفای کرونباخ و ضریب همسانی درونی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷ در نظر گرفته شد.
- جهت کوتاه کردن و فشرده ساختن ابزار غربالگری از مدل Item Response Theory گردیده و در نهایت پرسشنامه غربالگری اختلالات شایع روان با ۷۶ گویه ساخته شد.

<sup>15</sup> Impact score

<sup>16</sup> Content Validity Ratio(CVR)

<sup>17</sup> Content Validity Index (CVI)

<sup>18</sup> Item Response Theory

<sup>19</sup> Receiver Operating Characteristic (ROC) curve.

- تهیه محتوای مداخله شناختی رفتاری فراتشخیصی با رویکرد CETA : از طریق برگزاری پنل متخصصین با حضور ۳ روانپزشک، ۳ روانشناس و اعضای تیم تحقیق ، محتواهای آموزشی بر اساس مدل تهیه شده توسط جانزهاپکینز آماده شدند. محتوای مداخلات در جدول شماره ۱ آمده است.
- برگزاری کارگاههای آموزشی : این کارگاهها شامل سه دوره و ۱۱ روز آموزشی بوده است. دوره اول ، کارگاه آموزشی شش روزه جهت ارائه و انتقال محتواهای آموزشی جهت اجرا کنندگان مداخلات . دوره دوم ، کارگاه آموزشی سه روزه پس از اجرای پایلوت برنامه جهت رفع چالش ها ، برطرف کردن ابهامات و بازآموزی محتوا و دوره سوم، کارگاه آموزشی دو روزه جهت آموزش نحوه اجرای فرایند مداخله بوده است.
- اجرای پایلوت مداخله روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA : در این مرحله به ۲۰ نفر از افراد آموزش دیده که قرار بود رویکرد جدید مداخله ای را اجرا نمایند ۲۰ مراجعه کننده با تشخیص اضطراب، افسردگی و اختلال وسواس ( به هر مداخله گر، یک بیمار) ارجاع شد. این گروه تحت درمان با مداخلات فراتشخیصی قرار گرفتند. در ضمن جهت نظارت بر اجرای صحیح مداخلات ، به مدت ۸ هفته، نظارت هفتگی، تکمیل فرم های نظارتی و برگزاری جلسات بحث و گفتگو 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 کنترل شده تصادفی استفاده شد [۱۶].
  - تدوین پروتکل تصادفی سازی : در این بخش از مطالعه، ابتدا حجم نمونه بر اساس توان ۰.۸ و خطای ۰.۰۵ و تخمین ریزش ۲۰٪ و نسبت ۱:۱ مداخله به کنترل به تعداد ۳۰۰ نفر تعیین و با توجه به میزان علائم در جمعیت هدف نیاز به غربالگری ۵۰۰ نفر جهت شناسایی ۳۰۰ شرکت کننده واجد شرایط وجود داشت . لذا تعداد ۵۰۰ فرد ( ۲۵۰ نفر در گروه مداخله و ۲۵۰ نفر در گروه کنترل) مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای سن بیش از ۲۰ سال بوده و در

سامانه سیب از لحاظ داشتن احتمال بیماری روانی مثبت بودند وارد مطالعه شدند. وجود افکار خودکشی، سایکوز فعال، اختلالات تکاملی از معیارهای خروج بوده و در ضمن کلیه افرادی که در زمان مطالعه در حال دریافت خدمات مربوط به سلامت روان بوده و یا تحت درمان دارویی بودند، وارد مطالعه نشدند. کدهای تصادفی بر اساس مدل تصادفی سازی بلوک متعادل<sup>20</sup> تعیین گردید و ترتیب قرار گرفتن افراد در دو گروه توسط فرد سومی که در آن مکان قرار نداشت، مشخص شد.

○ غربالگری اولیه: کلیه نمونه ها در ابتدا و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه، پکیج نهایی غربالگری بیماریهای روانی شایع را تکمیل نمودند و بر اساس نتایج حاصل در صورت مثبت بودن تست غربالگری به صورت تصادفی و دو سو کور در دو گروه قرار گرفتند.

○ فاز اجرای مداخله / درمان روتین: مدت اجرای این فاز در گروه مداخله، هشت هفته و در گروه کنترل ۴ ماه در نظر گرفته شده بود. و بیماران به صورت هفتگی (مداخله) و دو هفته یکبار (کنترل) جهت تکمیل فرایند درمان مراجعه می نمودند

○ فاز پیگیری: پس از پایان درمان، مجدداً پکیج نهایی غربالگری بیماریهای روانی شایع توسط کلیه افراد (مداخله - کنترل) تکمیل گردید.

- طراحی مدل مداخله روان درمانی فراتشخیصی با رویکرد CETA: با توجه به نتایج بدست آمده از انجام مطالعه، جلساتی با افراد صاحب نظر و تیم تحقیق برگزار گردید و چالش ها و موانع اجرای طرح، بررسی و راهکارهای اجرایی جهت رفع آن پیشنهاد گردید. در نهایت مدل نهایی مداخله تدوین گردید.

<sup>20</sup> Balanced block randomization

- درمان های روتین اختلالات سلامت روان : از سال ۱۳۸۸، خدمات بهداشت روان در شبکه بهداشتی درمانی کشور ادغام گردید. در هر مرکز بهداشتی درمانی، مسئول غربالگری، مراجعین را از لحاظ سلامت روان با مقیاس پریشانی روانی کسلر در سامانه سیب ارزیابی می نمود. در این برنامه، پاسخ دهندگان به احساسات خود در ۳۰ روز گذشته امتیاز داده و با توجه 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 می شدند. پزشک عمومی با توجه به شدت مشکلات و نوع اختلالات روانی بیماران را به طور کلی برای سه تا چهار جلسه آموزشی و مشاوره (تقریباً یک جلسه در ماه) به ارائه دهنده سلامت روان (معمولاً یک روانشناس) ارجاع می داد. این جلسات شامل تکنیک های ساده و رایج مشاوره و توصیه های کلی سلامت روان در محدوده دستورالعمل های مصوب ملی بر اساس CBT بود. ارائه دهنده سلامت روان نیز مسئول فرآیند پیگیری و ارجاع به پزشک عمومی در صورت نیاز بود. در این مطالعه، پیگیری درمان از طریق تماس های تلفنی ماهانه صورت گرفته و فرم نظارت بر درمان شرکت کنندگان تکمیل می گردید.

تجزیه و تحلیل آماری : بخش کیفی مطالعه بر اساس آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و در بخش کمی برای توصیف نمونه ها از آمار توصیفی تک متغیره استفاده شد. تجزیه و تحلیل دو متغیره، شامل آزمون های t و مجذور کای، به ترتیب برای بررسی ارتباط بین متغیرهای مداخله گر مستمر و طبقه ای و انتساب گروهی استفاده شد. برای مقایسه میانگین متغیرهای سلامت روان در پایان مداخله نسبت به قبل از آزمون تی زوجی استفاده شد. این روش در هر گروه اعمال شد. تغییرات هر یک از متغیرها نیز به عنوان تفاوت بین مقادیر انتهای مداخله و پایه محاسبه شد. میانگین تغییرات بین گروه های مداخله و کنترل با استفاده از مدل های خطی عمومی مقایسه شد. تمام آنالیزها در STATA ورژن ۱۵.۱ انجام شد

این مطالعه از سال ۱۳۹۶ شروع و طول مدت اجرای طرح سه سال بوده است که بدلیل شیوع اپیدمی کرونا ، مراحل اجرایی با تاخیر و محدودیت های ناشی از آن روبرو شد. از مراحل مختلف این مطالعه تاکنون، سه مقاله به چاپ رسیده [۱۴، ۱۵، ۱۶] و مقاله حاضر مروری بر کل فرایند اجرای طرح می باشد.

## یافته ها :

در این مطالعه، نتایج در پنج بخش شامل استخراج بیماریهای شایع روان (مطالعه کیفی) ، تهیه ابزار غربالگری ، تهیه محتوای درمانی فرا تشخیصی ، توانمندسازی و ارزیابی مداخلات ارائه می گردد.

استخراج بیماریهای شایع روان : در بخش کیفی تعداد ۳۰ نفر از جامعه و افراد صاحب نظر مشارکت داشته اند. میانگین سنی شرکت کنندگان در لیست آزاد ۴۰.۱۵ بوده و ۵۵ درصد 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 سه نفر و مابقی روانشناس بوده اند.

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 بی مورد، تحریک پذیری، عدم آرامش، افکار زیاد، افکار آشفته، عدم تمرکز، کاهش انرژی، ناآرامی، فکر خودکشی، طپش قلب، منفی بافی، 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 صاحب نظر، لیست اختلالات بدست آمده، مورد بررسی عمیق تر 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، منفی بافی، گریه و... در گروه اختلال افسردگی قرار گرفتند. ناآرامی، عدم تمرکز، طپش قلب، نگرانی بی مورد و... در گروه اختلال اضطرابی و انجام فعالیتهای تکراری، اختلال خواب، عدم تمرکز و... در گروه وسواسی اجباری قرار گرفتند. در ضمن ، اختلالات عملکردی نیز در کنار اختلالات سلامت روان در پکیج غربالگری بیماریهای شایع روان قرار گرفت.

تهیه پکیج غربالگری: جهت تهیه پکیج استاندارد غربالگری، ابتدا، با توجه به مفاهیم و محتوای استخراج شده از فاز کیفی، ابزارهای استاندارد شده موجود شامل پرسشنامه های وسواس اجباری ییل- براون، افسردگی بک و اضطراب بک مورد بررسی قرار گرفته و برخی از گویه ها حذف و برخی گویه ها نیز اضافه شدند. در خصوص بررسی عملکرد نیز از چک لیست عملکرد استفاده گردید و در نهایت پکیج سنجش بیماریهای شایع روان با ۱۰۱ گویه وارد مرحله روانسنجی گردید. پس از انجام روانسنجی و *Item reduction theory*، تعداد ۲۵ گویه از پکیج 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 جهت افسردگی، ۱۴، جهت اضطراب، ۱۷ و برای اختلال وسواس ۶ می باشد.

تهیه محتوای درمانی فرا تشخیصی: با حضور متخصصین مربوطه، محتواهای آموزشی شامل ۱ تا ۵ صفحه به ازای هر اختلال به همراه ۱ تا ۲ صفحه شیت مراحل<sup>۲۱</sup> تدوین گردید. محتواها با تاکید بر درمانهای رفتاری شناختی مبتنی بر علائم بوده است و شیت مراحل شامل ذکر اهداف، آمادگیهای لازم جهت انجام تمرینات در حین جلسات، آموزش شیوه های شناختی رفتاری به روش های مدل سازی و ایفای نقش، تکالیف هفتگی و نظارت هفتگی علائم بوده است.

---

<sup>21</sup> Steps sheet

جدول ۱: مولفه های اصلی درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی

مخاطب	توصیف	مولفه
همه شرکت کنندگان	توجه به موانع درک شده/ لجستیکی برای تعامل	مشارکت (تشویق به مشارکت)
همه شرکت کنندگان	نرمال سازی نشانه های اختلالات روانی	مقدمه ای بر آموزش های روانشناختی
	محتوای برنامه، مدت، انتظارات	
در صورتی که مراجعه کننده با علائم فیزیولوژیکی اضطراب یا OCD مراجعه کند	راهکارهایی برای کاهش تنش/ استرس فیزیولوژیکی	مدیریت اضطراب (آرامش)
در صورتی که مراجعه کننده با علائم مرتبط با افسردگی مراجعه کند.	شناسایی و درگیر شدن در فعالیت های لذت بخش و تقویت کننده خلق و خو	فعال سازی رفتاری (فعال شدن)
همه شرکت کنندگان	شناسایی و پیوند افکار، احساسات و رفتارها	مقابله/ تجدید ساختار شناختی
	ارزیابی و بازسازی افکار برای دقیق تر و/ یا مفید بودن	
قرار گرفتن در موقعیت های خیالی جهت همه شرکت کنندگان EBT برای علائم مربوط به مشکلات OCD	رویارویی سیستماتیک و تدریجی با افکار مزاحم/ وسواسی	قرار گرفتن در معرض مواجهه های زنده
	حساسیت زدایی تدریجی	
برای همه شرکت کنندگان در صورت نیاز	ارزیابی خطر خودکشی، قتل و غیره	ایمنی (خودکشی/قتل/ارزیابی خطر)

توانمندسازی ارائه دهندگان مداخله: جهت انجام مداخلات روان درمانی فراتشخیصی، ابتدا دو کارگاه آموزشی با حضور ۳۰ نفر از داوطلبین شاغل در مراکز بهداشتی درمانی سمنان و گرمسار با محتوای جدول دو برگزار گردید.

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

انتظارات	محتوا	زمان
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند دانشی را که در طول روز به دست آورده اند به شیوه ای مستقل به کار گیرند.	مقدمه دوره، چارچوب، EBT، مقدمه ای کوتاه بر آسیب شناسی روانی (شناخت، رفتار و اثرات). ایجاد اعتماد، اتحاد و رابطه درمانی.	روز اول
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز اول و ۲۲GAD را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.	شرح مختصری از اضطراب بر اساس نظریه های شناختی و رفتاری. اضطراب طبیعی و غیر طبیعی، آسیب شناسی روانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، نظریه فراشناختی آدریان ولز، درمان های موجود	روز دوم
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز ۱، ۲ و اختلال پانیک را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.	آسیب شناسی روانی در میان بیماران مبتلا به اختلال پانیک، مدل دیوید کلارک برای درک "دایره باطل" اختلال هراس و درمان های موجود در جلسه.	روز سوم
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند دانش روز ۱، ۲ و اختلال وسواس فکری-اجباری (OCD) را برای ارزیابی و طراحی درمان به کار گیرند.	آسیب شناسی روانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری (OCD)، شرح و علل اختلال، ارتباط درمانی با این نوع بیماران، درمان های موجود.	روز چهارم
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند از دانش روز برای ارزیابی و طراحی درمان افسردگی استفاده کنند.	توصیف کوتاه افسردگی بر اساس نظریه های شناختی و رفتاری. اختلال حالت طبیعی و غیر طبیعی، آسیب شناسی روانی در بیماران مبتلا به افسردگی، نظریه آدریان ولز، درمان های موجود.	روز پنجم
شرکت کنندگان دوره باید بتوانند مداخلات فراتشخیصی را انجام دهند	خلاصه ای از دانش، مهارت های درمانی بسته آموزشی چکیده	روز ششم

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

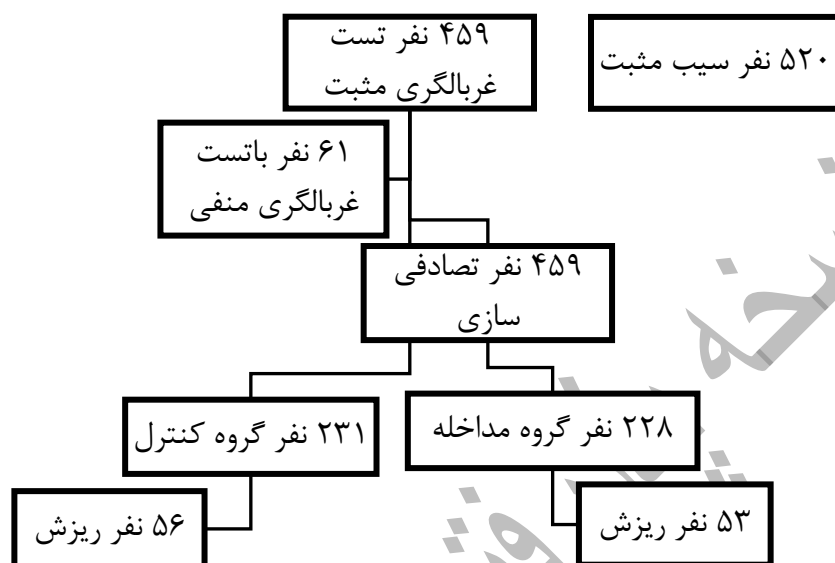
ارزیابی مداخلات با انجام کارآزمایی بالینی تصادفی: تعداد ۵۲۰ فرد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای امتیاز مثبت سامانه سیب جهت اختلالات مربوط به سلامت روان بودند، وارد شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه، پکیج استاندارد غربالگری بیماریهای شایع روان جهت مشارکت کنندگان تکمیل گردیده، تعداد ۴۵۹ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه بوده و ۶۱ نفر، بر اساس نتایج غربالگری، فاقد اختلالات روانی مورد بررسی بودند. بر اساس تصادفی سازی، تعداد ۲۳۱ نفر در گروه کنترل و ۲۲۸ نفر در گروه مداخله قرار گرفتند. شکل ۱، مراحل اجرایی کارآزمایی بالینی تصادفی را نشان می دهد. گروه مداخله به مدت ۸ هفته و بصورت هفتگی تحت درمان فراتشخیصی قرار گرفته و گروه کنترل تحت درمانهای معمولی به مدت ۴ ماه بصورت هر دو هفته یکبار قرار گرفتند. پس از پایان مداخلات مجدداً، پرسشنامه غربالگری تکمیل گردید. جدول ۳ نتایج آنالیز توصیفی و میانگین نمرات سلامت روان قبل و بعد از درمان در دو گروه کنترل و مداخله را نشان می دهد.



جدول ۳: آنالیز توصیفی، میانگین (انحراف معیار) نمرات اختلالات شایع روان قبل و بعد از درمان در دو گروه کنترل و مداخله

مشکلات سلامت روان	گروه مداخله (۲۲۸ نفر)	گروه کنترل (۲۳۱ نفر)	تعداد کل (۴۵۹ نفر)
افسردگی قبل از درمان	۱۸.۷۹ (۷.۱۴)	۱۸.۸۳ (۷.۳۰)	۱۸.۸۱ (۷.۲۱)
افسردگی بعد از درمان	۵.۸۹ (۵.۹۱)	۸.۰۸ (۷.۸۱)	۶.۹۹ (۷.۰۱)
اختلاف افسردگی قبل و بعد	-۱۲.۹ (۷.۸۷)***	-۱۰.۷۵ (۹.۴۵)***	-۱۱.۸۲ (۸.۷۶)
اضطراب قبل از درمان	۲۷.۶۱ (۱۱.۵۸)	۲۷.۹۵ (۱۱.۵۶)	۲۷.۷۸ (۱۱.۵۶)
اضطراب بعد از درمان	۸ (۷.۸۶)	۱۱.۹۴ (۱۱.۶)	۹.۹۸ (۱۰.۱۰)
اختلاف اضطراب قبل و بعد	-۱۹.۶ (۱۲.۰۷)***	-۱۶.۰۲ (۱۳.۶۲)***	-۱۷.۸ (۱۲.۹۹)
اختلال وسواسی قبل از درمان	۱۰.۲۲ (۵.۱۳)	۱۰.۱۲ (۵.۱۶)	۱۰.۱۷ (۵.۱۴)
اختلال وسواسی بعد از درمان	۳.۳۶ (۳.۸۶)	۴.۳۵ (۴.۴۲)	۳.۸۶ (۴.۱۸)
اختلاف وسواس قبل و بعد	-۶.۸۶ (۵.۵۵)*	-۵.۷۷ (۵.۷۷)*	-۶.۳۱ (۵.۶۹)
عملکرد قبل از درمان	۲۱.۹۲ (۱۷.۴۱)	۲۲.۱۶ (۱۸.۱۹)	۲۲.۰۴ (۱۷.۷۸)
عملکرد بعد از درمان	۸.۸۹ (۱۳.۴)	۱۱.۹۶ (۱۵.۰۲)	۱۰.۴۴ (۱۴.۳۱)
اختلاف عملکرد قبل و بعد	-۱۳.۰۳ (۱۴.۶۶)*	-۱۰.۱۹ (۱۶.۱۳)*	-۱۱.۶ (۱۵.۴۷)

\* p<0.05, \*\*\*p<0.001



شکل ۱: مراحل اجرایی کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده

نتایج مطالعه نشان داد که ویژگیهای دموگرافیک جمعیت تحت مطالعه در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی داری نداشت.

مقایسه میانگین ( انحراف معیار) نمرات افسردگی، اضطراب و اختلالات وسواسی اجباری قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه بیانگر تاثیر مداخله در هر دو گروه بود و همچنین اختلاف آماری معنی داری بین گروه کنترل و مداخله از لحاظ میانگین اختلاف وجود داشت. به این معنا که تاثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به طور معنی داری نسبت به درمانهای معمول در کاهش نمره افسردگی ( $p < 0.001$ )، اضطراب ( $p < 0.001$ ) و اختلالات وسواسی اجباری ( $p < 0.05$ ) موثر بوده است.

مقایسه میانگین ( انحراف معیار) نمره عملکرد قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه بیانگر تاثیر مداخله در هر دو گروه بوده است و همچنین اختلاف آماری معنی داری بین گروه کنترل و مداخله از لحاظ میانگین اختلاف وجود دارد. به این معنا که تاثیر مداخله با رویکرد فراتشخیصی به طور معنی داری نسبت به درمانهای معمول در کاهش نمره اختلال عملکردی موثر بوده است ( $p < 0.05$ ).

در خصوص تعداد موارد ریزش نمونه ها نیز اختلاف آماری معنی داری 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 پیاده سازی شده است. مطالعه حاضر نشان داد که این رویکرد به دو دلیل عمده قابلیت اجرا در مراکز بهداشتی درمانی ایران را دارد. اولاً، رویکردی انعطاف پذیر است و برای اجرا، نیازمند متخصصین حوزه روان نبوده، ثانياً منجر به صرفه جویی در زمان و منابع مورد نیاز می گردد. این رویکرد به دلیل افزایش دسترسی به درمان در مناطق دارای شیوع بالای مشکلات روانی، سبب مدیریت مقرون به صرفه اختلالات روانی و کاهش شکاف درمانی می گردد [۱۷].

جهت اجرای این رویکرد، نیازمند انجام مطالعه کیفی به منظور استخراج لیست بیماریهای شایع روان بوده و نتایج مطالعه در این فاز بیانگر شیوع سه اختلال شامل افسردگی، اضطراب و وسواس اجباری بوده است. نتایج مرور سیستماتیک انجام شده در سال ۲۰۲۰ نیز بیانگر آنست که مدیترانه شرقی، افریقا و آسیا دارای بیشترین شیوع علائم افسردگی بوده و زنان بیشتر از مردان از این اختلال رنج می برند [۱۸]. نتایج مطالعه انجام شده توسط متولیان در سال ۲۰۱۸ در ایران بیانگر آنست که شیوع اختلالات اضطرابی ۱۵.۶٪ و اختلالات وسواسی اجباری ۵.۱٪ بوده است [۱۹]. استفاده از روشهای کیفی در استخراج داده ها، علیرغم آنکه سرعت و عمق بالایی دارد ولی به دلیل عدم تعمیم پذیری، قابلیت بکارگیری نتایج در سایر مناطق وجود نداشته و تنها الگوی فرایندی آن کاربردپذیر می باشد [۲۰]. در خصوص مرحله توانمندسازی و آموزش افراد جهت انجام مداخلات، استفاده از شیوه های مختلف ارائه مطالب مانند ایفای نقش و بحث گروهی، اجرای پایلوت برنامه، نظارت مستمر بر فرایند درمانی در مرحله پایلوت و به روز رسانی محتوا حاصل نتایج مرحله پایلوت از نقاط قوت برنامه محسوب شده، اما عدم بومی بودن آموزش دهندگان به عنوان یکی از نقاط ضعف اجرای مداخله محسوب شده است.

در مرحله آزمون اثربخشی مداخلات فراتشخیصی و اجرای کارآزمایی بالینی، نتایج بیانگر تاثیر این رویکرد در درمان اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس بوده و با وجود حجم نمونه کافی جهت انجام مطالعه، استفاده

از نمونه های در دسترس از یک سو و پیگیری هفتگی درمان در گروه مداخله توسط درمانگر از دیگر محدودیت های مطالعه محسوب می شود. نتایج مطالعه CETA در عراق نیز نشان داد که 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 سیستماتیک بررسی اثربخشی مداخلات پیشگیرانه مبتنی بر جامعه بر افسردگی و اضطراب زنان در ایران نیز بیانگر تاثیر مداخلات در بیش از ۷۰ درصد موارد افسردگی و اضطراب بوده است. در ضمن موثرترین 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 می دهد علیرغم صرفه جویی در زمان، نیروی انسانی و منابع مالی در مداخلات سلامت روان الکترونیکی، تاثیر مداخلات با رویکرد CETA در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بیشتر از مداخلات سلامت روان الکترونیکی بوده و رضایت مشارکت کنندگان از پشتیبانهای غیر تخصصی در مورد اخیر کافی نبوده است [۲۳].

لورا و همکاران به مقایسه نسخه استاندارد و کوتاه شده CETA در اوکراین پرداختند. نتایج این مطالعه بیانگر تاثیر فرم کوتاه شده 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 تاثیر بالاتری برخوردار است [۲۴].

در خصوص علل ریزش در پیگیری درمان، دوری راه و مشکلات تردد و مهاجرت افراد از منطقه از جمله موارد خروج نمونه ها از مطالعه بوده است و تفاوتی نیز از این لحاظ بین گروه مداخله و کنترل وجود نداشته است. در مطالعه کارآزمایی بالینی انجام شده در زامبیا در سال ۲۰۲۲ در خصوص استفاده از عناصر مشترک در درمان اعتیاد به الکل نیز، علت اصلی ریزش در پیگیری، مهاجرت افراد از محل انجام مطالعه بوده است [۲۵]. در مجموع نقاط قوت استفاده از رویکرد CETA در درمان اختلالات روان شامل انعطاف پذیری و عدم نیاز به متخصصین حوزه روان و در نتیجه صرفه جویی 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 می باشد.

از نقاط ضعف رویکرد CETA می توان به محدودیت های مطالعه کیفی شامل عدم تعمیم پذیری نتایج در سایر مناطق ، عدم بکارگیری مستمر مداخله کنندگان بومی در درمانهای شناختی رفتاری و عدم پیگیری اثرات طولی درمانهای فراتشخیصی پس از پایان مداخله می باشد.

### نتیجه گیری

رویکرد فراتشخیصی CETA، نویدبخش افزایش ارائه خدمات بهداشت روان در جامعه ایرانی بوده و قادر است خلا درمان در اختلالات روانپزشکی را پر نماید. پرسنل بهداشت و درمان تحت آموزش و نظارت مستمر با اندکی جابجایی در وظایف شغلی می توانند رویکرد فراتشخیصی را در درمان بیماریهای شایع روان پیاده و پایدار نمایند. بدیهی است انجام تحقیقات آتی با استفاده از این رویکرد در جوامع مختلف و با پیگیری طولانی مدت قادر خواهد بود الگوی مناسب و پایداری را در نهادینه کردن این شیوه درمانی بخصوص در مراکز بهداشتی درمانی روستایی ارائه نماید.

### ملاحظات اخلاقی

کلیه ملاحظات اخلاقی در اجرای طرح لحاظ گردیده، رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان اخذ گردید. این طرح مصوبه کمیته ملی اخلاق در پژوهش را با کد IR.NIMAD.REC.1395.047 دریافت کرده است.

## سپاسگزاری

این طرح تحقیقاتی با حمایت مالی موسسه ملی توسعه تحقیقات علوم پزشکی ( نیماد) با گرنت شماره ۹۴۳۱۱۴ انجام شده است. نویسندگان کمال تشکر و سپاسگزاری خود را از آقای دکتر جندقی، معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی سمنان و سرکار خانم ها حقیقت و میر معصومی و کلیه پرسنل بهداشتی مستقر در مراکز بهداشتی درمانی سمنان و گرمسار که در این طرح مشارکت داشته اند ، ابراز می دارد.

مجله پذیرفته شده پیش از انتشار

1. Charlson F.J., Baxter A, Dua T, Degenhardt L, Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015; 24(2): p. 121-140.
2. Organization, W.H., *The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.* 2001.
3. Psychiatry, G.M.D.C.J.T.L., *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.* *Lancet Psychiatry.* 2022. 9(2): p. 137-15.
4. Pirkola ,S., et al., *Depressive and Anxiety Disorders.* 2023: p. 304.
5. Naghavi, M., et al., *The burden of disease and injury in Iran 2003.* *The Lancet.* 2009. 7(1): p. 1-21.
6. Farzadfar, F., et al., *Prevalence and Determinants of Severe Mental Disorders in Iran: Evidence from the National Survey of STEPs-2016.* *The Lancet.* 2022. 25(7): p. 460-472.
7. Kohn, R., et al., *The treatment gap in mental health care.* *Bull World Health Org.* 2004. 82(11): p. 858-866.
8. W.W.M.H.S.C.J., *Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys.* *Jama,* 2004. 291(21): p. 2581-2590.
9. Dalgleish, T., et al., *Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions.* *J Consult Clin Psychol.* 2020. 88(3): p. 179.
10. Murray, L.K., et al., *A common elements treatment approach for adult mental health problems in low-and middle-income countries.* *Cogn Behav Pract.* 2014. 21(2): p. 111-123
11. Bogdanov, S., et al., *A randomized-controlled trial of community-based transdiagnostic psychotherapy for veterans and internally displaced persons in Ukraine.* *Glob Ment Health.* 2021. 8: p. e32.
12. Bolton, P., 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 :(\` `)p. e1001757.
13. Noorbala, A.A., et al., *Mental health survey of the Iranian adult population in 2015.* *Arch Iran Med.* 2017. 20(3): p. 0-0.



14. Baradaran Eftekhari, M., et al., *Local perceptions of mental health in Iran, Semnan Province*. Brain Behav. 2021. **11**(2): p. e01971.
15. Dejman, M., et al., *Psychometric Study Using Item Response Theory of an Instrument Developed for Assessment of Iranian Mental Health Problems*. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2022. **16**(3).
16. Falahat, K., et al., *Determining the effectiveness of cognitive behavioral therapy interventions based on the transdiagnostic approach in the treatment of common mental health problems*. Brain behav. 2022. <https://doi.org/10.1002/brb3.2551>
17. Clark, D.A. and S.J.J.o.C.P. Taylor, *The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins?* J Cogn Psychother. 2009. **23**(1): p. 60-66.
18. Shorey, S., E.D. Ng, and C.H.J.B.J.o.C.P. Wong, *Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis*. Br J Clin Psychol. 2022. **61**(2): p. 287-305.
19. Hajebi, A., et al., *Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization*. BMC psychiatry.2018. **18**(1): p. 1-8.
20. Chok, L., J.-C. Suris, and Y.J.Q.R.J. Barrense-Dias, *Adolescents' mental health and emotional problems: a qualitative study in Switzerland*. Qual Res J. 2023. **23**(2): p. 181-190.
21. Aarons, G.A. and A.C.J.P.s. Sawitzky, *Organizational culture and climate and mental health provider attitudes toward evidence-based practice*. Psychol Serv.2006. 3(1): p.6.
22. Maleki, FM., et al., *Community-based preventive interventions for depression and anxiety in women*. Arch Iran Med .2020. 23(3):p. 197-206.
23. Harper M, Ramia A, et al., *Step-by-Step, an E-Mental Health Intervention for Depression: A Mixed Methods Pilot Study From Lebanon*. Front. Psychiatry. 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00986>.
24. Murray L, Haroz E, Doty B., 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.

25. Kane, J.C., 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 Behav.** 2022: p. 1-14.
26. Waller, G.J.B.r. and therapy ,*Evidence-based treatment and therapist drift.* *Behav Res Ther.* 2009. **47**(2): p. 119-127.
27. Martin, P., et al., *Transdiagnostic treatment approaches for greater public health impact: Implementing principles of evidence-based mental health interventions.* *Clin Psychol.* 2018. **25**(4): p. e١٢٢٧٠
28. Fusar-Poli, P., et al., *Transdiagnostic psychiatry: a systematic review.* *World Psychiatry.* 2019. **18**(2): p. 192-207.
29. Asgharipour N, Siahdasht N. Effect of Online Metacognitive Training on Health Anxiety and Mental Health of Medical Students during the COVID-19 Pandemic: A Randomized Clinical Trial. *IJPCP.* 2022. 28(3):314-327.