

مبتنی بر اینترنت برای بررسی فوبی اجتماعی و اختلال ترس در یک درمانگاه تخصصی اضطراب در CBT

مراقبت معمول

محمدعارف محمودزهی^۱، ابراهیم پورحیدری^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد زاهدان

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد واحد زاهدان

چکیده

هدف از این مطالعه، بررسی اثر بخشی iCBT در بیماران اضطرابی بود که در لیست انتظار برای درمان سرپایی شدید در یک کلینیک مراقبت های تخصصی قرار داشتند. یک آزمایش کنترل شده ی تصادفی انجام شد. بیماران ثبت نام شده در لیست انتظار قرار داشته و تشخیص اولیه در رابطه با آن ها اختلال ترس اجتماعی یا اختلال ترس را نشان می داد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دریافت هر دو iCBT به همراه تماس مینیمال درمانگر پرداختند. نتیجه اولیه تغییرات عاطفی خودبینی در رابطه با اضطراب در فهرست اضطراب beck قرار داشت. (BAI) نتایج ثانویه ی افسردگی هماهنگ با میزان افسردگی beck بوده (BDI-II) و کیفیت زندگی با یک مقیاس بصری آنالوگ EuroQol، اندازه گیری شده است. (EQ-vas) تمامی نتایج با توجه به تجزیه و تحلیل های رفتاری و با استفاده از یک روش جلوه ای ترکیبی مورد بررسی قرار گرفته است. (N = ۱۵۸) بیمار برای واجد شرایط واقع شدن، مورد ارزیابی قرار گرفتند (که N = ۶۷) از آنان با تمام معیار های ورود تطابق داشته، فرم های رضایت نامه را امضا کرده و به صورت تصادفی طبقه بندی شدند. ارزیابی پس از درمان به وسیله ی (N = ۴۷) نفر از افراد (حدود ۷۰٪) کامل شد. در گروه مداخله ای (N = ۱۱) از افراد در حدود (۳۱٪)، تمامی اندازه گیری های مربوط به FF را تکمیل کردند. هیچ تفاوت مشخصی از تغییرات مربوط به سطح شناختی بین مداخله و کنترل گروه اضطراب مشاهده نشد

واژگان کلیدی: CBT، فوبیای اجتماعی، اختلال ترس، اینترنت.

مقدمه :

اختلال ترس و ترس اجتماعی پدیده هایی رایج بوده و اختلالات نارسایی به ترتیب در زمانی که علائم طبیعی بدن مانند خستگی کوچک را تجربه می کنید یا هنگام مواجه شدن با موقعیت های اجتماعی توسط پاسخ اضطراب مشخص می شود (American Psychiatric Association, 2000). (کریمی و میری، ۱۴۰۰) در پژوهشی گزارش دادند که بازی های گروهی و اجتماعی تا حدی باعث کاهش حساسیت اضطرابی افراد می شود. سلامت روان نیز می تواند هراس اجتماعی را تا در افراد کاهش دهد (رضایی، ۱۴۰۰). یک بررسی گسترده اپیدمیولوژیک ، پیدایش حدود ۲.۷٪ اختلال هراس در بزرگسالان را ، را در طی ۱۲ ماه از شیوع این بیماری بر آورد کرده (با داشتن یا نداشتن آگورافوبیا) بیماری ترس از مکان های شلوغ) و ۶.۸٪ نیز برای ترس اجتماعی بزرگسالان به دست آمد (Kessler et al, 2005). شیوع این موارد معمولاً بین سنین ۱۳ تا ۱۵ برای ترس اجتماعی و ۲۴ تا ۴۰ برای اختلال ترس می باشد. در صورتی که این موارد درمان نشوند ، اغلب به صورت مزمن در خواهند آمد (Bruce et al, 2005). این بیماران با عواقب منفی روبرو می شوند از قبیل ؛ به وجود آمدن کاستی در دنبال کردن مسیر های شغلی، عدم حضور در محل کار، کاهش عملکرد کار ، اختلال در روابط عاشقانه ، کاهش کیفیت زندگی ، هزینه های بالای اجتماعی و افزایش تعداد دفعات مراجعه به پزشک .

katon, 1996; Wittichen et al, 2000, Batelaan et al, 2007; Olatunji et al, 2007; konnopka et al, 2009)

در حال حاضر شواهد قابل توجهی در مورد حمایت از درمان رفتاری شناختی مبتنی بر اینترنت با پشتیبانی حداقل (iCBT) با عنوانی موثر برای اختلال ترس و ترس اجتماعی در مقایسه با غیر مداخلات (Spek et al, 2007; Barak et al, 2007) با اندازه ی تاثیر بسیار زیاد وجود دارد (e.g. 2014, Andersson et al, 2010; Andrews, et al, 2008; et al) حتی به نظر می رسد که iCBT نتایج درمان را نسبت به موارد رو به جلوی سنتی نشان می دهد . به عنوان مثال در مطالعه ی تصادفی صورت گرفته توسط Hedman et al (2009, Berger et al, 2006; Carlbering et al) تفاوتی بین iCBT و گروه رو به جلوی CBT، برای ترس اجتماعی در مقیاس اضطراب اجتماعی Liebowitz مشاهده نمی شود (طراحی تصادفی بدون نقص، به گونه ای که میانگین حد مجاز ، ۹۵٪ از میانگین اختلاف ، حدود ۱۰ لایسنس بود). مشابه با همین قضیه، kiropoulos et al (2008) kiropoulos et al (از iCBT به منظور ایجاد تاثیر گذاری مساوی در هماهنگی با CBT رو به جلو ، برای اختلال هراس در یک مطالعه ی تصادفی ، حمایت کرد (ارزیابی پس از درمان برای مقیاس شدت اختلال هراس بدین شکل بود:

Anova بر روی تاثیر گروه (p=0.88) در یک متاآنالیز مطالعاتی که iCBT را با اختلال افسردگی و اضطراب مقایسه می کند، Cuijpers et al (2010, Cuijpers et al) هیچ حمایتی برای CBT برای بازدهی های تاثیر گذار کوچکتر نسبت به CBT رو به جلوی سنتی پیدا نکرد. هر چند مطالعات بسیاری با تحت کنترل گرفتن شرایط روی داده است که در درجه ی اول شامل بیماران خود ارجاع بوده است. تا آن جایی که می دانیم ، مطالعه ی کمی بر روی بیماران، در تنظیم مراقبت روزانه انجام شده است. همچنین ، مشابه با همین قضیه ، در یک کلینیک تخصصی CBT ، Learmonth et al (2008, Learmonth et al) یک مطالعه ی طبیعی ، باز و غیر کنترل شده از اضطراب بالغ و

/ یا با استفاده از برنامه ی ضرب و شتم Blues انجام داد. (N = ۵۵) شرکت کننده در این مطالعه شرکت داشتند، و همچنین سه چهارم تمام واحد ها را در برنامه شامل شده است. (N = ۳۹۴ = ۷۱٪). بهبود قابل توجه ($P < 0.01$) در مورد افسردگی beck ($d = 0.72$) دیده شده و در رابطه با موجودی اضطراب beck مقدار ($d = 0.5$) با استفاده از آنالیز های توجه به رفتار به دست آمده است. با این که این مطالعات غیر قابل کنترل بودند، تاثير مثبت استفاده از iCBT در زندگی روزمره به اثبات رسیده است. از زمانی که تحقیقات بیشتر در رابطه با این موضوع نیاز شد و از آن جایی که لیست های انتظار بلند بالایی برای درمان اضطراب به وجود آمد، تصمیم بر هدایت یک RCT آزمایشی بر روی iCBT برای این اختلالات با استفاده از انتظار جمعیت فهرست در یک درمانگاه اختلالات اضطرابی در یک مرکز مراقبت ویژه ایجاد شده است. هیچ مطالعه ای بر روی iCBT در مراقبت روزمره در رابطه با این موضوع صورت نگرفته است. مداخله ی انتخاب شده برنامه ی fearfighter (FF) بود. این برنامه ی کمک به خود آلاین، به صورتی ویژه برای اختلالات ترس و فوبیا طراحی شده و در ۹ مرحله کامل می شود. دو آزمایش کنترل شده ی تصادفی قبل (RCT)، تاثیر FF در جمعیت بزرگسال با نتایج مثبت نشان داده است. اولین RCT به وسیله ی توسعه دهنده ی حقیقی آن یعنی Isaak Marks et al (Isaak Marks et al, 2004)، بر روی یک جمعیت (N = ۹۳) از بیماران خود ارجاع عمده که به اطلاعاتی موجود در دفاتر عمومی (GP) یا گروه های خود محور پاسخ داده بودند، هدایت شده است. FF به همراه یک راهنمایی حداقل با درمان چهره به چهره و استراحت در حالت سه بازو، در نسبت ۱:۲ مقایسه شده است. در پرسشنامه ی ترس از مقیاس جهانی فوبیایی یک تفاوت مشخص بین FF و استراحت دیده شد.

(mean diff. - 1.2; 95% CI - 2.4 to - 0.1; $p < 0.001$)

اما هیچ تفاوت مشخصی در بین FF و درمان چهره به چهره مشاهده نشده (mean diff. - 0.2; 95% CI - 1.2 to 0.8), است.

در واقع می توان گفت که FF نشان داده شده به صورتی موثر عمل می کند. دومین RCT به وسیله ی et al Schneider, هدایت شد. (Schneider et al, 2005) بر اساس جمعیت (N = ۶۸)، به معرفی یک کلینیک خود درمانگر پرداخت. این RCT، FF را با فرم مینیمال iCBT با عنوان مدیریت اضطراب در نسبت ۲:۱ مقایسه می نماید. در هر دو گروه، هدایت حداقل در دز های مساوی به دست آمد. در هر دو گروه یک بهبود قابل توجه مشاهده می شود. (FF: $d = 0.5-5.1$; MA: $d = 0.5-5.1$; $p < 0.01$). اما هیچ مسئله ی قابل توجهی در تاثیر گذاری گروه مشاهده

نمی شود. ($p > 0.3$). هر چند، تمایل به توجه از سوی FF در مقایسه با مدیریت اضطراب پس از ۱۴ هفته صورت پذیرفت. با توجه به نمونه ی نسبتاً کوچک (N = ۶۸)، شرط کنترل فعال و مورد مشخص، در هر دو گروه قرار دارد. نویسندگان چنین نتیجه گیری می کنند که این قضیه ممکن است نشان دهنده ی FF برای ایجاد درمانی تاثیر گذار باشد.

اهمیت و ضرورت انجام پژوهش:

ترس و فوبیای اجتماعی از اصلی ترین مشکلات حال حاضر جوامع مدرن به شمار می روند. شیوع این موارد معمولاً بین سنین ۱۳ تا ۱۵ برای ترس اجتماعی و ۲۴ تا ۴۰ برای اختلال ترس می باشد. در صورتی که این موارد درمان نشوند

، اغلب به صورت مزمن در خواهند آمد (Bruce et al, 2005). (مرادی، ۱۳۹۹) بر نقش شبکه های اجتماعی و تغییر سبک زندگی بر هراس اجتماعی در جوامع مدرن امروز تاکید می کند. این بیماران با عواقب منفی روبرو می شوند از قبیل ؛ به وجود آمدن کاستی در دنبال کردن مسیر های شغلی، عدم حضور در محل کار، کاهش عملکرد کار، اختلال در روابط عاشقانه، کاهش کیفیت زندگی، هزینه های بالای اجتماعی و افزایش تعداد دفعات مراجعه به پزشک، لهذا این عواقب منفی اختلال ترس و فوبیای اجتماعی، می طلبد تا پژوهش هایی نظیر این پژوهش توسط روانشناسان و روانپزشکان و سایر متخصصان سلامت روان در جوامع صورت پذیرد.

اهداف :

هدف کلی : بررسی اثربخشی آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر فوبی اجتماعی و اختلال تری در حالت مراقبت معمول

اهداف جزئی:

- بررسی اثربخشی آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر فوبی اجتماعی
- بررسی اثربخشی آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر اختلال ترس در حالت مراقبت معمول

فرضیات پژوهش:

- آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر فوبی اجتماعی در حالت مراقبت معمول موثر است.
- آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر اختلال ترس در حالت مراقبت معمول موثر است.

سوالات پژوهش:

- آیا آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر فوبی اجتماعی در حالت مراقبت معمول موثر است؟
- آیا آموزش CBT مبتنی بر اینترنت بر اختلال ترس در حالت مراقبت معمول موثر است؟

روش ها

طراحی آزمایشی

برای انجام مطالعه ی حال حاضر، این آزمایش به صورت یک آزمایش دو طرفه ی کنترل شده ی تصادفی طراحی شده است. گروه آزمایشی (fearfighter (FF به تماس مینیمال درمانگر دسترسی داشت. گروه کنترل به منظور مواجه شدن با CBT رودر رو در لیست انتظار به عنوان بخشی از تمرین روتین معمول قرار گرفت و هیچ درمان روان شناسی را دریافت نکرد.

بیماران و به کارگیری آنان

معیار های نتیجه گیری به این صورت بودند: تشخیص اولیه DSM-IV از اختلال هراس با وجود agoraphobia یا بدون آن، تسلط بر زبان انگلیسی (نوشتن و صحبت کردن)، دسترسی به اینترنت با پهنای باند.

معیار های محرومیت بدین صورت بودند: اختلالات رشد یا سایر اختلالات شناختی یا اختلال در محور دوم به غیر از خوشه ی C (اجتناب ناپذیری، وابستگی، وسواس فکری)، طرح های خود کشی، اختلال دو قطبی یا ویژگی های روانپریشی افسردگی. بیماران مراجعه کننده به کلینیک ابتدا تحت بررسی تشخیصی، به عنوان بخشی از روال معمول برای انجام تشخیص مورد مطالعه قرار گرفتند. آنان با استفاده از (a) برنامه ی مصاحبه ی اضطراب (Brown et al, 1994)، یک محاسبه قابل اعتماد و ساختاری را برای اختلالات اضطراب و شرایط مرتبط با آن ترتیب داد. (B) مصاحبه ی بالینی ساختار یافته ای است که برای اختلالات شخصیتی (First et al, 1997) محور DSM-IV در ایجاد اختلالات محور دوم موثر بوده و (C) یک مصاحبه ی متداول و جامع از بیمار است که عمل استاندارد مراقبت از منطقه ی مرکزی را در بر میگیرد. چنین مصاحبه هایی شامل زمینه های اجتماعی و مفاد مربوط به بیمار، تاریخچه ی اختلال همانند زمان شروع و شرایط محیطی آن، و دیگر بیماری ها و اختلالات مرتبط مانند اختلالات عصبی هستند. تمامی مصاحبه ها توسط پزشکان متخصص و با تجربه انجام شده است (۵ روانشناس بالینی و ۱ روانپزشک). پس از این ارزیابی تشخیصی، بیماران واجد شرایط در این مطالعه شرکت کردند. با این که آنان هنوز هم خواهان این شرایط بودند بیماران مطلع شدند که در صورتی که برنامه ی iCBT به آنان کمک کند، هنوز قادر به دریافت درمان هایی هستند که به آنان وعده داده شده بود.

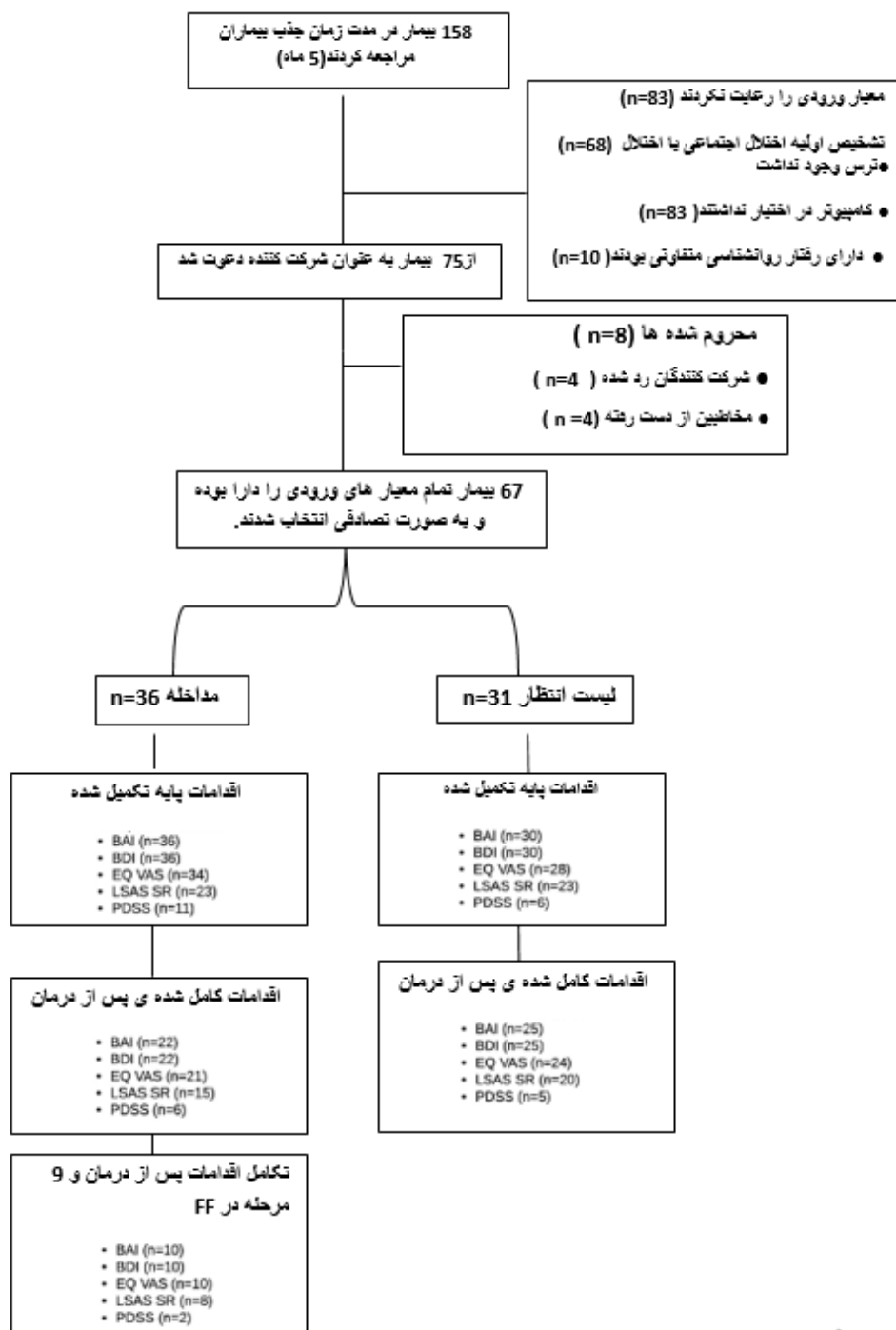
پیش از این که مشارکتی صورت گیرد، همه ی بیماران، سند مشارکت آگاهانه را امضا کردند. علاوه بر این، آنان اطلاعات شفاهی و کتبی را که حقوق آنان را توضیح می داد را دریافت کردند. این آزمایش توسط کمیته ی اخلاق تحقیقاتی تایید شد. (ref. nr. M-20110143). در دوره ی زمانی مجاز مطالعه (۹ ماه برای کارآزمایی بالینی که از مهرماه ۱۴۰۱ تا خرداد ۱۴۰۲ اجرا شد در مجموع (N = ۱۵۸) بیمار به کلینیک مراجعه کردند. (N = ۷۵) بیمار با معیار های ورود به مطالعه مواجه شدند و برای شرکت در مطالعه دعوت شدند.

مداخله

در گروه مداخله، بیماران مبتلا به fearfighter (FF)، با استفاده از اینترنت کمک خودآموز، به درمانگر کمک کردند. FF یک برنامه درمان iCBT و خود مدیریت ترس و اختلالات ترس است (Marks et al, 2004). این موضوع شامل غربالگری نشانه های هفتگی با استفاده از پرسشنامه های پشتیبانی شده توسط یک پایگاه داده برای پیگیری پیشرفت است. این برنامه به بیمار و همچنین درمانگر پشتیبانی کننده در مورد این که آیا میزان علائم ثابت، افزایش یا کاهش می یابد، باز خوردی را ارائه می کند.

اگر نمرات بیمار بیش از یک آستانه ی از پیش تعیین شده بر روی یک نمره ی خودکشی یک موردی قرار داشته باشد پیام هشدار داده می شود. زمانی که این قضیه اتفاق می افتد، بیمار برای مصاحبه ی ارزیابی خود کشی تماس گرفته و در صورت لزوم به بخش حاد مراجعه می کند. دوره درمان ۹ هفته به طول می انجامد (مراحل درمان). بیمار می تواند فاصله زمانی بین مراحل را طولانی کند؛ هر چند، قفل زمانی مانع از ادامه و ورود به گام بعدی در مدت زمان کوتاه تر می شود. بیماران مجاز به استفاده از همان زمان با برنامه بر طبق خواسته ی خودشان در زمانی که هنوز در لیست انتظار قرار داشتند، بودند. عناصر اصلی کلیدی در برنامه عبارتند از: آموزش روانی، بازسازی شناختی، تمرینات

مواجهه با تمرینات بینابینی و زنده , آرام سازی کاربردی , بازسازی طرح های ناسازگارانه و پیشگیری از برگشت به حالت قبل.



1

شکل ۱: برنامه درمان

برنامه شامل تمرینات تعاملی بوده و از رنجی از کانال های چند رسانه ای استفاده می کند که شامل صدا/ ویدئوی مربوط به درمانگر، نمایش های موردی و تمرینی، نمایش اسلاید های حاوی متن در پشت سر درمانگر در قالب ویدئو،

خلاصه های چاپی، توضیحات تمرینی و موارد لازم برای کمک کنندگان غیر حرفه ای، یادآوری های ایمیل خودکار و موارد گرافیکی و انیمیشنی (Kenwright, 2004) می باشد. برنامه به زبان انگلیسی ترجمه شد. سازگاری فرهنگی کوچکی به منظور تطابق یافتن با محتوای انگلیسی مطالعه، ایجاد شد. این تطابقات شامل ویدئو و عکس بوده در بخش هایی گرفته شده بود که برای افراد انگلیسی آشنا بود. علاوه بر این، ارائه ی interoceptive به این موارد اضافه و شامل موارد زیر بود: اختلال هویت، چرخش بر روی صندلی موجود در دفتر و حرکت بر روی یک نقطه. در این راستا از نام کاربری و رمز یکتا به منظور حفاظت از حریم کاربران استفاده شده و تمام داده ها به صورتی امن انتقال و فشرده شد. در طی ۱۰ دقیقه تماس تلفنی، تمامی شرکت کنندگان در گره مداخله ای هفته ای یک یا دو بار از روانشناس بالینی یا روانپزشکی که در CBT آموزش دیده بودند، حمایت همزمان دریافت کردند. تماس ها توسط پزشکان آغاز شده و پیش بینی شده بود.

پشتیبانی شامل کمک فنی و حل مشکل در ارتباط با هر مشکل یا عدم پیشرفت در درمان بود. همچنین شرکت کنندگان تشویق به ادامه ی درمان می شدند. شرکت کنندگان توصیه به پرسش از دوستان یا اعضای خانواده به منظور دریافت حمایت از سوی برنامه می شدند. اطلاعات در رابطه با یک کمک کننده که بیمار می تواند از کمک وی بهره مند شود، به بیمار در قالب یک فایل پی دی اف قابل دانلود ارائه شد. کارکنان پشتیبانی شامل همان متخصصان بالینی (۵ روانشناس بالینی و ۱ روانپزشک) با مسئولیت محدود برای جذب افراد بودند.

همه ی آنان به تعلیم یک دوره ی آموزشی یک روزه که حاوی دستورالعمل های استفاده از بخش بالینی برنامه و آموزش در ارائه ی پشتیبانی از شرکت کنندگان در قالب ۱۰ دقیقه تماس تلفنی که برای مطالعه ی حال حاضر ضروری بود، پرداختند.

آنان برای آماده سازی خود برای یادگیری از برنامه ی fearfighter استفاده کردند. بیماران در شرایط کنترلی هیچ گونه درمان روان شناختی را دریافت نکردند.

معیار هاس نتیجه

معیار نتیجه ی اولیه

فهرست اضطراب beck، یک گزارش ۲۱ موردی برای ارزیابی شدت اضطراب در بیماران روانپزشکی می باشد (Beck et al, 1988a). این فهرست یک همبستگی داخلی بالا با آلفای کرونباخ ۰.۹۲ و قابلیت اطمینان مجدد آزمون $r = 0.75$ است (Beck et al, 1988a).

معیار نتیجه ثانویه

فهرست افسردگی بک (BDI-II) یک روش سنجش خودپنداره ۲۱ موردی است که برای تعیین وجود و شدت علائم افسردگی مورد استفاده قرار می گیرد (Beck et al, 1988b). سازگاری داخلی BDI اصلی با آلفای کرونباخ ۰.۸۶ بسیار عالی بوده و قابلیت اطمینان مجدد آزمون نیز بسیار بالاست (Beck et al, 1988b). در مطالعه ی حال حاضر از BDI-II استفاده شده است، چرا که نشان داده است که دارای خواص مشابهی است (Beck et al, 1996). مقیاس شدت اختلال ترس (PDSS) یک مقیاس ۷ موردی است که برای ارزیابی علائم اختلال ترس مورد استفاده قرار

میگیرد (Hock et al). بر طبق یافته ها قابلیت اطمینان بینابینی عالی در مقیاس های مختلف از $r=0.74$ تا 0.87 , سازگاری داخلی متوسط با آلفای کرونباخ 0.65 و سطوح مناسب اعتبار و حساس به تغییر وجود دارد (shear et al, 1997). در مطالعه ی حال حاضر , سری خود گزارش گری مورد استفاده قرار گرفته است.

مقیاس اضطراب اجتماعی (LSAS) Liebowits شامل ۲۴ موقعیت اجتماعی است که هر کدام با مقدار ترس اتفاق افتاده در هفته ی گذشته رتبه بندی می شود (Liebowit, 1987). در تحقیق حاضر, LSAS در فرمت خود گزارش گری مورد استفاده قرار گرفته است. LSAS نشان دهنده ی یک قابلیت اطمینان مجدد بالا در بیش از ۱۲ هفته با مقدار $r=0.83$ می باشد (Fresco et al, 2001).

LSAS-sr دارای یک همبستگی داخلی بالا با آلفای گرونباخ $r=0.95$ است (Beck et al, 2002). و بالاخره, بیماران کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی خود را بر اساس مقیاس آنالوگ بصری EuroQol به دست آوردند (EQ-vas) (EuroQol group, 1990).

این یک مقیاس بصری - آنالوگ یک موردی است که بیمار نمره ی تجربه ی ذهنی خود را از وضعیت عمومی سلامت در یک خط دائمی با امتیازات ۰ تا ۱۰۰ قرار می دهد.

اندازه نمونه

مطالعات پیشین در رابطه با FF (Marks et al, 2004) , اندازه ی اثر متوسط تا بزرگ بین FF و شرایط کنترلی پیدا کرده اند. بر طبق نظر Ccohen (1992), تشخیص یک تفاوت متوسط بین دو نمونه ی مستقل به معنی ($d=0.50$), در آلفا 0.5 , و توان 0.80 نیازمند $N=64$, در هر گروه است.

تصادف

ردیابی با استفاده از یک رشته تولید شده توسط کامپیوتر از ۱۰۰ عدد تصادفی دوتایی قرار داده شده به صورت پیوسته در پاکت های پنهان انجام شد. دبیر مربوط به این کار در مطالعه ی انجام شده ی تصادفی دخیل نبود.

تحلیل های آماری

ما از آمار توصیفی به منظور مقایسه ی گروه تداخلی با کنترلی با تکیه بر ویژگی های مختلف پایه پرداختیم. این کار به ما اجازه داد تا وجود متغیر های مخفی را بررسی کنیم. ما از آزمون t -test دو طرفه برای مقایسه ی متغیر های طبیعت مداوم , مانند سن استفاده کردیم, در حالی که برای متغیر های متداول , از یک آزمون مربعی از نسبت ها استفاده کردیم. علاوه بر این, ما گروه مداخله را با کنترل اندازه گیری نتایج در شروع کار و همچنین با استفاده از آزمون t -student دو طرفه مقایسه کردیم. همچنین , ما میانگین و انحراف معیار طول و تعداد تماس های تلفنی و همچنین تعداد مراحل تکمیل شده در برنامه ی fearfighter را برای گروه مداخله گزارش کردیم.

تحلیل تغییرات به گونه ای انجام شد که توجه به رفتار (ITT) رگرسیون خطی با استفاده از روش تاثیر ترکیبی به همراه تقاطع تصادفی در سطح موضوعی بود. ما از تمام مشاهدات موجود برای این تحلیل ها استفاده کردیم. از آن جایی که تغییرات در طول زمان، بین گروه مداخله و کنترل، منافع اصلی تجزیه و تحلیل ها بود، مدت زمان تعامل به مدل اضافه شد. اندازه ی اثر استاندارد شده در فرم Cohen برای تمامی تفاوت های معنی دار تغییرات بین گروه مداخله ای و کنترلی، محاسبه شد. تمامی معیار های نتیجه گیری به وسیله ی بازدید بصری از نقاط کوانتومی عادی بررسی شده است. مقدار p کمتر از 0.05 به لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد. پکیج آماری SATA با ورژن ۱۳ برای تمامی تجزیه و تحلیل ها مورد استفاده قرار گرفت.

نتایج

ورودی

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، ۱۶۸ بیمار در طی دوره ی زمانی مورد مطالعه به کلینیک مراجعه کردند. ۷۵ بیمار با شروط ورودی به منظور انجام مطالعه مواجه شده و به عنوان شرکت کننده دعوت شدند. ۸ نفر از آنان حذف شدند. چرا که ۴ نفر از آنان رد شده و ۴ نفر دیگر از مخاطبان کم شد. بنابر این، در مجموع ۶۷ بیمار به طور تصادفی انتخاب شدند و ۳۷ نفر به طور تصادفی به گروه مداخله و ۳۱ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند.

جدول ۱: پایداری و حمایت.

	Mean	SD	N
Number of telephone calls pr. participant	5.22	1.59	18
Total length of telephone calls in minutes	72.17	38.64	18
Length of telephone calls pr. participant	55.9	32.2	18
Number of steps completed in the FearFighter programme	5.28	3.27	36
Number of days spend with the programme	123	59.94	36

جدول ۲: ویژگی های پایه

	Intervention group		Control group		p-Value
Gender (N, %)					
Female	23	63.89	18	60.00	
Male	13	36.11	12	40.00	0.7457
Age at baseline (mean, SD)	32.39	12.30	29.23	8.81	0.2441
Psychotropic drugs (N, %)					
Yes	26	72.22	18	60.00	
No	10	27.78	12	40.00	0.2943
Primary diagnosis (N, %)					
PD	12	33.33	7	23.33	
SP	24	66.67	23	76.67	0.3716
Comorbid Affective (N, %)					
Yes	21	58.33	8	26.67	
No	15	41.67	22	73.33	0.0099
BDI II 14-19	5	41.67	8	61.11	
BDI II 20-28	10	13.89	7	22.22	
BDI II 29-63	13	27.78	6	19.44	0.2390
Comorbid Personality (N, %)					
Yes	9	25.00	8	26.67	
No	27	75.00	22	73.33	0.8775
Employed/student (N, %)					
Yes	14	38.89	15	50.00	
No	22	61.11	15	50.00	0.3651
Alcohol consumption per week (N, %)					
Never drink	12	33.33	8	26.67	
0-5	23	63.89	15	50.00	
5-10	0	0.00	4	13.33	
10-20	1	2.78	3	10.00	0.0720

پایبندی و حمایت اختصاص داده شده

همه ی ۳۶ شرکت کننده به گروه مداخله ای اختصاص داده شده و به تکمیل اقدامات پایه ای پرداخته و ۲۲ نفر از آنان (۶۱٪) به تکمیل اقدامات پس از درمان پرداختند. تنها ۱۱ نفر (۳۶٪) از ۳۵ شرکت کننده ی اختصاص داده شده این برنامه را به طور کامل به این نتیجه رساندند که ۱ مورد از داده های پس از درمان ارائه نشده است. ۱۴ نفر (۳۹٪)

از افراد شمارش شده از مطالعه حذف شدند، چرا که این افراد درمان های دیگری را شروع کرده ($N = 9$) و یا هیچ درمانی را شروع نکردند ($N = 6$).

از ۳۱ نفری که به گروه کنترل اختصاص داده شده بودند، ۳۰ نفر از آنان (۹۷٪)، اندازه گیری پایه را کامل کرده و ۲۵ نفر از آنان (۸۱٪) به تکمیل موارد پس از اندازه گیری پرداختند. به شرکت کنندگان گروه کنترلی پس از ۴ ماه امتیاز تعلق گرفت (۱۲۲ روز)، هر چند که تنوع گسترده ای در روز های گذرانده شده به همراه برنامه در گروه مداخله ای مشاهده می شد ($m=23$ روز، $sd=59.94$). حمایت با عنوان تماس های کوتاه مدت پیشنهادی آغاز شده توسط پزشکان ارائه شد. میانگین $m=10.7$ دقیقه در هر تماس صرف شد. میانگین از $M=10.7$ دقیقه ($SD=32.2$ رنج: ۰ تا ۲۰) تا [۱۴۹] برای هر بیمار صرف شد. نتایج مدت زما ت تماس های حمایتی تنها می تواند از ۱۸ شرکت کننده (۵۰٪) به دست آید که احتمالاً به خاطر فراموشی درمانگر ها به علت قابلیت اعتماد بالایی از عمل بالینی اتفاق می افتد.

ویژگی های پایه

خصوصیات پایه برای هر دو گروه در جدول ۲ دیده می شود. تفاوت آماری به خصوصی در بین دو گروه در هر مقیاسی در شروع اقدام به غیر از افسردگی وجود نداشت. در شرایط آزمایشی، تعداد بالایی از شرکت کنندگان ($N=21$) بر اساس مصاحبه ی ارزیابی بالینی ($p<0.01$)، در مقایسه با گروه کنترل با اختلال افسردگی وجود داشت ($N=8$).

به همین دلیل ما در تمامی بررسی ها به کنترل اختلال عاطفی متضاد پرداختیم. علاوه بر این، هنگامی که شرکت کنندگان به درجه ی دقت بر اساس نمرات BDI-II تقسیم شدند، در گروه مداخله، بیش از دو برابر تعداد بیماران در معرض افسردگی شدید قرار گرفتند. ($BDI-II \text{ score} \geq 30$). هر چند، تفاوت آماری منحصر به فردی در توزیع درجات شدت افسردگی در بین دو گروه مشاهده نشد ($N=0.24$).

نتیجه

ابعاد مشاهده شده و انحراف معیار اندازه گیری نتایج در ابتدا و همچنین پیگیری هر دو گروه مداخله ای و کنترل ها در جدول ۳ نشان داده شده است. میانگین تفاوت نتایج بین دو گروه در هر دو نقطه ی زمانی، به همین ترتیب در جدول ۳ نشان داده شده است. هیچ تفاوت مشخص آشکاری در بین گروه های در نظر گرفته شده بر طبق مشاهدات جدول ۳ دیده نمی شود. همان طور که در جدول ۴ مشاهده می شود، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون خطی هدف درمان (ITT)، بر اندازه ی اولیه ی علائم اضطراب (BAI)، هیچ تفاوت آماری معنی داری در تغییرات بین گروه ها را نشان نداد.

($\text{mean diff.} = 2.42; 95\% \text{ CI} - 1.03 \text{ to } 5.86; p = 0.17; d = 0.06$). به همین ترتیب، ما تفاوت آماری معنی داری از تغییر معیار نتیجه ی ثانویه از سطح نشانه ای افسردگی (BDI-II)، در زمان مقایسه ی گروه مداخله ای با گروه کنترلی مشاهده نکردیم. هر چند، یک تغییر کوچک مشخص آماری مناسب به صورت درون گروهی در

گروه مداخله ای، در رابطه با (BDI-II) وجود داشت (mean diff. - 3.70; $p = 0.02$) این تغییر گروه کنترلی (mean diff. - 1.53; $p = 0.28$) را شامل نمی شد. تفاوت بزرگ بین تغییرات بین گروهی، تفاوت آماری معنی دار بین متغیرها در میزان EQ-vas می باشد.

(mean diff. - 20.88; 95% CI - 30.64 to - 11.11; $p < 0.001$; $d = 0.81$)

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه ی آزمایشی حال حاضر بررسی شد که آیا انجام آزمایشی ICBT در عمل معمول امکان پذیر است و آیا درمان موثر برای ترس و واکنش های اجتماعی در زمان انتقال بیماران به لیست انتظار برای درمان CBT در مقایسه با شرایط کنترلی غیر مداخله ای در مراقبت معمول در کلینیک اضطراب تخصصی وجود دارد یا خیر. برنامه ی fearfighter، از زمانی که وجود داشته است مورد استفاده بوده، و در RCT های پیشین به منظور نمایش درمان مناسب برای این اختلالات به کار رفته است. (Marks et al, 2004).

مطالعات نشان داده است که ما قادر به جمع آوری بیماران از درون لیست های انتظار می باشیم ($N = 67$) ما این کار را انجام دادیم. هر چند، تفاوت آشکاری از تغییر در نفع گروه تجربی بر سطح نشانه ای هیچ اضطراب

(BAI: mean diff. = 2.42; 95% CI - 1.03 to 5.86; $p = 0.17$; $d = 0.06$)

و هیچ افسردگی را مشاهده نکردیم.

(BDI-II: mean diff. 1.87; 95% CI - 2.25 to 6.00; $p = 0.37$; $d = 0.02$)

نتایج به دست آمده، مشابه با آن دسته از مطالعات اخیر صورت گرفته ی مشکل توسط KOK et al (2014) می باشد، اما مداخلات ICBT معادل کارکردی در استخدام RCT از کلینیک های اضطراب تخصصی در مراقبت های معمول در هلند مورد بررسی قرار گرفت. آنان یک اثر قابل توجه، هر چند کوچک را بر روی اندازه گیری اولیه از میزان علائم فوبیایی را با استفاده از پرسشنامه

ترس پیدا کردند. با این وجود، هیچ تفاوت آشکاری بین گروه ها در اندازه گیری ثانویه ی مربوط به BAI ($p = 0.5$)، مشاهده نشد. با توجه به این واقعیت که مطالعات قبلی در رابطه با FF از پرسشنامه ی ترس استفاده کرد، به نظر می رسد که تغییرات حساس تر می باشد. این قضیه ممکن است به روشن ساختن نتایج متفاوت احتمالی بین RCT حال حاضر و پیشین کمک نماید. همچنین RCT ها قبلی بر روی FF بر روی گروه بیماران با کمبود شدیدی همراه بوده است. در مطالعه ی انجام گرفته در سال ۲۰۰۴، توسط Marks et al، در مقایسه با FF، درمانگر آموزش داده شده، خود باوری و آرامش را با خود به همراه دارد. در مطالعات توده ای انجام گرفته ($N = 90$)، تعداد کمی از اختلالات روانپزشکی همراه (۷٪) در مقایسه با مطالعه ی حال حاضر وجود داشت (اختلالات موثر FF = ۵۸٪، کنترل ۲۷٪؛ اختلالات شخصیتی FF = ۲۵٪، کنترل: ۲۷٪). در مطالعه ی انجام شده در سال ۲۰۰۵ و توسط Schneider

و Mataix cols et al, آنان اثرات در مانی قابل توجهی را در کلینیک کمک به خود نشان دادند. توضیح واضحی در رابطه با خصوصیات پایه و وجود اختلالات همراهی گزارش نشده است.

با این حال, در حالی که معیار خروج در اکثر موارد, همان هایی بودند که در این مطالعه پذیرفت شده بودند, افسردگی شدید از مطالعه خارج شدند. با مقایسات صورت گرفته در بین ۱۹ نفر (۲۸٪) نفر از شرکت کنندگان در این مطالعه, افسردگی شدید در بین آنان در ابتدای گزارش مشاهده شد. این قضیه به خصوص در بین اعضای گروه مداخله ای نیز گزارش شد که (N = ۱۳) نفر از آنان (حدود ۳۶٪) افسردگی شدید را در ابتدای گزارش مطرح کردند. همان طور که در برخی از مطالعات مشخص شده است, از طریق این مشاهدات میتوان حدس زد که درجه بالای همراهی و شاید خصوصاً افسردگی شدید می تواند اثر بخشی بالینی (icbt) را در فرمت حداقل تماس با درمانگر, کاهش دهد. (chambless et al, 1997; collimore and rector, 2012). مطالعات اثر بزرگ و مناسب منحصر به فرد آماری را بر کیفیت زندگی خود گزارش شده نشان داد (EQ-vas). این سختی ممکن است متناقض با عدم اثربخشی ظاهری درمان بوده و این ممکن است شرکت کنندگان را تشویق به انجام کاری برای تغییر شرایط خود کرده و این برنامه آنان را ترغیب به به داشتن امید و حس کنترل نماید.

همچنین این قضیه می تواند بدین صورت پیش بینی گردد که اطلاعات دریافتی در رابطه با شرایط آنان, بیمار را قادر به فاصله گرفتن از بیماری خود می کند. تمام این برنامه ها توسط نظرات شرکت کنندگان در طول تماس های تلفنی پشتیبانی می شود. این مطالعه یک طرح آزمایشی با محدودیت همراه بود. ممکن است که عدم اثر درمان در عدم توانایی مطالعات صورت گرفته باشد. محاسبات قدرتمند ما از طریق ۶۴ شرکت کننده که در هر دو گروه به این محاسبات نیاز داشتند, شروع شد در حال که ما فقط قادر به جمع آوری ۶۷ نفر در طول مدت زمان مشخص شده از سوی مطالعه بودیم.

اگر چه, علاوه بر وجود مقادیر p بالا, مطالعات نشان دهنده ی اندازه اثر استاندارد شده ی بسیار پایینی برای بسیاری از محاسبات است. این قضیه می تواند نشان دهنده ی این باشد که نتایج آماری ناچیز به سبب قدرت بیشتر نسبت به قدرت کمتر اتفاق می افتند. علاوه بر این, برخی از اثرات تخمین زده شده احتمالاً با پدیده " رگرسیون به میانگین" توضیح داده شده است. توضیح دیگر برای اثر آماری ناچیز این است که سنجش نتایج بالینی ممکن است به دلیل این واقعیت باشد که تنها ۱۱ شرکت کننده تمام ۹ مرحله ی در برنامه fearfighter را تکمیل کردند.

تجزیه و تحلیل تکمیلی ممکن است بینش بیشتری را نسبت به چگونگی این مورد ارائه دهد, هر چند, چنین تحلیلی در مطالعه فعلی بسیار تحت فشار خواهد بود. علاوه بر این, شرکت کنندگان در گروه کنترلی دقیقاً پس از ۴ ماه امتیاز دریافت کردند (۱۲۲ روز), در حالی که تنوع گسترده ای در روز های اجرای برنامه در گروه مداخله مشاهده شد (m=123 روز, sd= 59.94). علاوه بر این موارد, شرکت کنندگان با وعده ی درمان چهره به چهره به کلینیک مراجعه کردند, از محاسبه های پس از درمان مشخص بود که بسیاری از شرکت کنندگان به icbt به عنوان یک مداخله ی "واقعی" توجه نکرده و آن را به جای یک آموزش و یا آماده سازی برای "درمان واقعی" در نظر گرفتند. این قضیه بر خلاف واقعیت گفته شده در رابطه با بیماران عمل کرد. این ممکن است احتمال انتظارات بیمار از تاثیر درمان icbt را به خطر انداخته و آسیب اتحادیه ی کار ممکن است نتیجه ی درمان را به خطر بیندازد (Waller and Gilbody, 2009);

Preschl, 2011 ; Ritterband et al, 2010). و بالاخره این که EQ-VAS یک مقیاس اندازه گیری یک موردی است. استفاده از مقیاس یک موردی ضعیف عمل کرده است زیرا قابلیت اطمینان، اعتبار و پاسخگویی ضعیف به علت کم بودن مقیاس مرجع کلی وجود دارد.

به همین دلیل، هر پاسخ دهنده می تواند از فریم مرجع دیگر به سوال پاسخ داده و بدین صورت به ارائه ی گسترده ی ساختار پایه ی اندازه گیری شده بپردازد. در نتیجه پاسخ ها می توانند مبهم باشند (Hobart et al, 2007). با این حال، شواهدی وجود دارد که حاکی از آن است که بین نمره ی شاخص EQ5D و نمره ی EQ-VAS همبستگی رضایت بخشی وجود دارد (Koing et al, 2010; Feng et al, 2014).

در نتیجه، ما توانستیم یک مطالعه بر روی icbt انجام داده و بیماران را از لیست انتظار یک کلینیک مراقبت ویژه به کار گیریم.

به نظر می رسد که مداخله حتی کیفیت زندگی شرکت کنندگان را به طور قابل توجهی افزایش می دهد. با این حال، هیچ اختلاف آماری معنی داری در تغییر علائم اختلال یا افسردگی از اندازه گیری قبل و بعد از درمان بین گروه مداخله و گروه شاهد مشاهده نشد. با این وجود، با توجه به محدودیت های مطالعه، این نتایج باید با احتیاط بسیار تفسیر گردد. تحقیقات آتی نیاز به کاوش بیشتر در این قضیه دارد. RCT در مراقبت روزمره داشتن قدرت کافی برای تشخیص اندازه ی اثرات کوچک توصیه می شود. همچنین، مطالعه ی ICBT در یک فرم مراقبت ترکیبی و در مراقبت ویژه توصیه می گردد.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی تغییر بین گروهی در طول زمان

	Change intervention group	p-Value	Change control group	p-Value	Mean diff. of change over time	95% CI	p-Value	Std. effect size
BAI	-5.293	0.0000	-2.873	0.0217	2.415	-1.033 5.863	0.1699	0.06
BDI-II	-3.504	0.0247	-1.533	0.2788	1.873	-2.253 5.998	0.3737	0.02
EQ-VAS	16.276	0.0000	-4.391	0.2076	-20.876	-30.644 -11.107	0.0000	0.81

منابع:

۱. رضایی، مرجان، رابطه سلامت روان و هراس اجتماعی، مجله روانشناسی و علوم رفتاری، شماره ۲۵، جلد ۲، بهار ۱۴۰۰، ۳۶-۴۲.
۲. کریمی، عهدیه، تاثیر بازی های گروهی بر کاهش هراس اجتماعی و حساسیت اضطراب، پژوهش های مدیریت و علوم انسانی، دوره ۱۱، زمستان ۱۴۰۰، ۷۳۲-۷۴۲.
۳. مرادی، علی، نقش شبکه های اجتماعی در شکل گیری هراس اجتماعی و تغییر سبک زندگی، مجله انتظام اجتماعی، شماره ۳۴، تابستان ۱۳۹۹، ۱۲۳-۱۴۸.

4. American Psychiatric Association, 2000. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. ed. TR). Washington DC, American Psychiatric Association.

5. Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., Hedman, E., 2014. Guided internet-based

- vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 13, 288–295.
6. Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M.G., Mcevoy, P., Titov, N., 2010. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One* 5, e13196.
7. Baker, S.L., Heinrichs, N., Kim, H.-J., Hofmann, S.G., 2002. The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behav. Res. Ther.* 40, 701–715.
8. Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., Shapira, N.A., 2008. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J. Technol. Hum. Serv.* 26, 109–160.
9. Batelaan, N., Smit, F., De Graaf, R., Van Balkom, A., Vollebergh, W., Beekman, A., 2007. Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *J. Affect. Disord.* 104, 127–136.
10. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A., 1988a. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J. Consult. Clin. Psychol.* 56, 893–897.
11. Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M.G., 1988b. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin. Psychol. Rev.* 8, 77–100.
12. Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., Ranieri, W.F., 1996. Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *J. Pers. Assess.* 67, 588–597.
13. Berger, T., Hohl, E., Caspar, F., 2009. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychol.* 65, 1021–1035.
14. Brown, T.A., Dinardo, P.A., Barlow, D.A., 1994. Anxiety Interview Schedule for DSM-IV: Adult Version. Graywind Publication, New York.
15. Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M., Shea, M.T., Keller, M.B., 2005. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *Am. J. Psychiatry* 162, 1179–1187.
16. Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B.E., Ekselius, L., Andersson, G., 2006. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *Am. J. Psychiatry* 163 (2119), 2119–2125.
17. Cavanagh, K., Shapiro, D.A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., Proudfoot, J., 2006. The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *Br. J. Clin. Psychol.* 45, 499–514.
18. Chambless, D.L., Tran, G.Q., Glass, C.R., 1997. Predictors of response to cognitivebehavioral group therapy for social phobia. *J. Anxiety Disord.* 11, 221–240.
- Cohen, J., 1992. A power primer. *Psychol. Bull.* 112, 155–159.
19. Collimore, K.C., Rector, N.A., 2012. Symptom and cognitive predictors of treatment response in CBT for social anxiety disorder. *Int. J. Cogn. Ergon. Ther.* 5, 157–169.
20. Cuijpers, P., Donker, T., Van Straten, A., Li, J., Andersson, G., 2010. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol. Med.* 40, 1943–1957.
21. Euroqol Group, 1990. EuroQol—a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy* 16, 199–208.
22. Feng, Y., Parkin, D., Devlin, N.J., 2014. Assessing the performance of the EQ-VAS in the NHS PROMs programme. *Qual. Life Res.* 23, 977–989.
23. First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., LS., B., 1997. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). American Psychiatric Press, Inc., Washington DC.
24. Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B., Goetz, D.,

2001. The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. Psychol. Med. 31, 1025–1035.