



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

CBT هدایت شده و غیر هدایت شده برای اختلال اضطراب اجتماعی و / یا

اختلال هراس از طریق اینترنت و یک برنامه تلفن هوشمند: پروتکل مطالعه برای

یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده

چکیده

سابقه و هدف: فن آوری تلفن هوشمند یک فرصت جدید و امیدوار کننده برای گسترش رسیدن به درمان های روان درمانی را با حرکت قطعات انتخاب شده درمان به شرایط زندگی واقعی ایجادکننده پریشانی ارائه می دهد. این کارآزمایی تصادفی کنترل شده، اثرات عیب یابی، برنامه خود-کمکی رفتاری شناختی با اجرای اینترنتی (iCBT) را برای اضطراب، همراه با یک برنامه تلفن هوشمند بررسی خواهد نمود. اثر پشتیبانی اضافه شده درمانگر نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

روش/طرح ها: یک صد و پنجاه شرکت کننده در نشست معیارهای تشخیصی برای اختلال اضطراب اجتماعی و/یا اختلال هراسی به طور مساوی برای یکی از سه گروه مطالعه تصادفی خواهد شد: ۱، iCBT همراه با گوشی هوشمند با پشتیبانی درمانگر. ۲، iCBT همراه با گوشی هوشمند بدون حمایت درمانگر. یا ۳، یک گروه کنترل لیست انتظار فعال با درمان به تعویق افتاده. اندازه گیری نتیجه اولیه، مقیاس خود-رتبه بندی ۷-آیتم اختلال اضطراب تعمیم یافته خواهد بود. معیارهای ثانویه شامل دیگر اضطراب، افسردگی و کیفیت معیارهای زندگی می شود. علاوه بر اندازه گیری های قبل و بعد از درمان، این مطالعه شامل دو درمان-میانی (روز ۲۴ و ۴۸) و دو ارزیابی پیگیری (۱۲ و ۳۶ ماه) به منظور بررسی اثرات سریع و طولانی مدت می شود.

بررسی: این اولین مطالعه برای بررسی اثربخشی iCBT همراه با گوشی هوشمند برای اختلالات اضطرابی است. از این رو، یافته های این آزمایش شامل پیشرفت های بزرگی در زمینه در حال رشد و امیدوار کننده درمان های روانی با گوشی هوشمند می شود. محدودیت ها نیز مورد بحث قرار گرفته است.

ثبت نام آزمایش: [Clinicaltrials.gov: NCT01963806](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01963806)

کلید واژه ها: گوش‌های هوشمند، کاربرد، برنامه، شناختی رفتاری، با اجرای اینترنتی، اضطراب، مطالعه کنترل شده

تصادفی

پس زمینه

تحقیقات به طور مداوم از اثربخشی برنامه های رفتاری شناختی کمک به خود انجام شده از طریق اینترنت (iCBT) [۱] برای درمان افسردگی [۲]، انواع اختلالات اضطرابی [۳] و بسیاری از شرایط در زمینه طب رفتاری، برای مثال، وزوز گوش [۴] و سندرم روده تحریک پذیر [۵] حمایت نموده اند. اضافه نمودن یک درمانگر برای هدایت بیمار از طریق برنامه کمک به خود موجب افزایش اندازه های اثر [۶،۷] نزدیک به برابر و یا حتی برابر با اندازه های سنتی، درمان رفتاری شناختی رو در رو (CBT) [۸، ۹] شده است. iCBT هدایت شده، کارآیی و اثربخشی [۱۰]، با اندازه های اثر مشابه دیده شده را در زمان پیاده سازی در مراقبت روانی معمول، به عنوان مثال، در درمان اختلال هراس [۱۱،۱۲] نشان داده است. مقرون به صرفه عالی تر نسبت به روان درمانی گروهی نیز نشان داده شده است (به عنوان مثال، [۱۳]).

با وجود تاثیر مثبت آنها، برنامه های فعلی iCBT، فضایی را برای بهبود باقی گذاشته است، درست همانطور که CBT سنتی چهره به چهره، اطلاعات روان درمانی (آموزش روانی، آموزش مهارت ها، انتساب وظیفه و بیشتر) به بیمار منتقل می شود (در iCBT، اغلب در قالب ماژول های خواندن) که پس از آن وظایف واگذار شده را انجام می دهد و پس از آن پیشرفت را ثبت یا گزارش می کند. در اصل، در iCBT فعلی، کامپیوتر جایگزین اتاق درمان می شود که هنوز فرمت کلی یکسان باقی می ماند. چون درست همانند CBT سنتی [14]، کمک به انتقال و پیاده سازی آنچه در محیط های درمانی بی خطر در زندگی واقعی به بیمار آموخته شده است یک چالش باقی مانده است.

افزایش استفاده روزمره از گوش‌های هوشمند، یک فرصت هیجان انگیز و امیدوار کننده برای گسترش رسیدن به درمان های روانی و در نتیجه اثربخشی آنها را [۱۵] ارائه نموده است. فن آوری گوش‌های هوشمند، در قالب برنامه های کاربردی سفارشی (برنامه ها) می تواند استفاده شود زیرا اجزای مکمل iCBT، ویژگی های جدید از جمله در زمینه

دسترسی به مواد روان درمان و پیام های خودکار طراحی شده، یادآوری ها و بازخوردها و همچنین گزارش زنده از رفتارها، افکار و احساسات بدون تعصب و با استفاده از یادآوری گذشته نگر میسر می سازند. در نتیجه فن آوری گوشی هوشمند، به درمانگر اجازه می دهد تا قطعات انتخاب شده را خارج از جلسه و در شرایط زندگی واقعی مرتبط با ناراحتی یا اختلال از درمان حرکت دهد.

تعداد نسبتاً کمی از مطالعات انجام شده تاکنون نشان می دهد که درمان های اجرا شده با گوشی هوشمند در واقع موثر هستند. یک آزمایش اخیر کنترل شده تصادفی (RCT) در مقابل خود-کمک سبک-CBT تحویل داده رایانه ای برای افسردگی، بهبودهای برابری را در دو گروه [۱۶] نشان داد. نتایج اولیه تشویق کننده نیز در درمان های رفتاری مبتنی بر تلفن همراه با هدف ترک سیگار [۱۷] یافت شده است و موجب افزایش فعالیت بدنی شده است [۱۸]. تحقیقات مقدماتی نیز از استفاده از برنامه های گوشی هوشمند برای جمع آوری داده های روانی معتبر پشتیبانی نموده اند [۱۹]. اگر چه نتایج اولیه امیدوارکننده هستند، این پرسش در مورد چگونگی بهترین استفاده موثر از برنامه های گوشی هوشمند برای بهبود سلامت روان بدون جواب باقی مانده اند. نکته مهم اینست که ما از هیچ مطالعه ای که تا کنون با هدف اختلالات اضطرابی صورت گرفته است آگاه نیستیم. این که آیا اضافه نمودن حمایت درمانگر، اثرات را افزایش می دهد یا خیر، همانطور که در iCBT [6، 7] دیده شده است، هنوز باید بررسی شود. برنامه های کاربردی گوشی هوشمند iCBT قادر به ارائه بازخورد فوری و خودکار هستند که می تواند به عنوان بازخورد شخصی موثر از یک درمانگر ثابت شود. علاوه بر این، از آنجا که این برنامه ها اغلب برای کاربر پسندتر بودن از برنامه های iCBT منظم طراحی شده اند، انطباق درمان کم - که با بدترین نتایج درمان همراه است - ممکن است یک مشکل کمتر باشد که بدان معنی است که ممکن است نیاز کمتری به یک درمانگر برای تشویق وجود داشته باشد. اگر نتایج حاصل از این آزمایش نشان دهنده اثرات برابر باشد صرف نظر از اینکه حمایت درمانگر اضافه شده است یا نه، این کار تاثیر زیادی در مورد چگونگی طراحی تحقیقات iCBT پیاده سازی شده-گوشی هوشمند آینده خواهد داشت. تا زمانی که اثرات برابر نشان داده شود، تحقیقات قبلی نشان دهنده اثرات درمانی عالی با حمایت اضافه شده درمانگر است.

هدف از RCT شرح داده شده در پروتکل این مطالعه، دو چیز است: اول، بررسی اثربخشی یک برنامه iCBT تراشخیصی همراه با یک برنامه تلفن هوشمند [۲۰،۲۱] با دو اختلال اضطرابی رایج؛ و دوم، مقایسه مستقیم دو روش ارائه این برنامه، با یا بدون پشتیبانی اضافه شده توسط یک درمانگر. نتایج طولانی مدت و میانی، میان-درمان اندازه گیری خواهد شد. بر اساس تحقیقات قبلی، فرض می کنیم که فرم هدایت شده- درمانگر در کاهش سطح اضطراب نسبت به فرم غیرهدایت شده عالی خواهد بود و این که هر دو حالت تحویل برتر از گروه شاهد لیست- انتظار فعال خواهد بود.

روش ها / طراحی

طراحی

این کارآزمایی تصادفی کنترل شده در clinicaltrials.gov (NCT01963806) به ثبت رسیده است و تایید را از Region Ethical Review Board در استکهلم دریافت کرده است (تایید nr: ۲۰۱۳ / ۳۱-۸۸۰ / ۵).

پس از ورود به مطالعه، شرکت کنندگان توسط یک محقق مستقل با استفاده از یک ابزار تصادفی سازی آنلاین به یکی از سه گروه تصادفی سازی خواهد شد: ۱، iCBT همراه با یک برنامه تلفن هوشمند و پشتیبانی درمانگر؛ ۲، iCBT تکمیل شده با یک برنامه تلفن هوشمند بدون حمایت درمانگر. یا ۳، گروه شاهد لیست- انتظار فعال. همانند بیشتر درمان های روانی، شرکت کنندگان برای مطالعه اختصاص بازو در این مورد ممکن نیست. پس از اینکه دو گروه درمان، اندازه گیری های بعدی را تکمیل کرده اند، گروه شاهد همان درمان را مانند گروه ۲ برای دلایل اخلاقی دریافت خواهند کرد. این نیز مستلزم این است که هیچ گروه کنترلی برای مقایسه با اندازه گیری های پیگیری در ۱۲ و ۳۶ ماه پس از درمان وجود نداشته باشد. شکل ۱ را برای مطالعه فلوچارت مشاهده کنید.

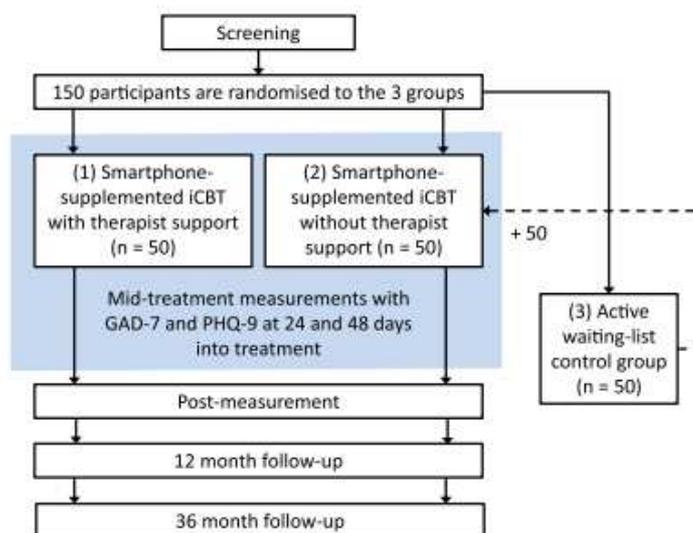
روش درمان

روش به کارگیری و غربالگری مشابه با سایر مطالعات اخیر iCBT توسط گروه تحقیقات ما [۲۲،۲۳] خواهد بود. این مطالعه در سراسر کشور در مطبوعات و آنلاین آگهی خواهد شد. شرکت کنندگان آینده به یک وب سایت عمومی (www.actsmart.se) هدایت خواهد شد که در آن آنها اطلاعات بیشتری را از مطالعه خواهند یافت. غربالگری به

صورت آنلاین از طریق پلت فرم اختصاص داده شده انجام می شود و شامل سوالات در مورد جمعیت شناسی و تاریخ درمان، و همچنین مقیاس خود امتیازدهی می شود که به عنوان اقدامات حاصل به کار گرفته می شوند: Generalised Anxiety Disorder (GAD-7) [24], the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS-SR) [25,26], Panic Disorder Severity Scale (PDSS-SR) [27,28], the v the .Quality of Life Inventory (QOLI) [30]

مصاحبات تشخیصی با استفاده مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM (ویرایش تحقیقات) [31] در هر تلفن انجام خواهد شد.

داده های پیش درمانی جمع آوری شده از غربالگری توسط تیم تحقیقاتی بررسی خواهد شد که توسط یک روانشناس بالینی با تجربه و روان درمانگر هدایت شده است. شرکت کنندگان در نشست معیارهای ورود برای مطالعه بازوها و یا شروع درمان به صورت تصادفی انتخاب می شوند (گروه ۱ و ۲) و یا اطلاع رسانی می شوند که آنها درمان را پس از یک تاخیر ۱۰ هفته ای (گروه ۳) دریافت خواهند کرد.



شکل ۱ فلوجارت مطالعه

نمونه

نمونه پژوهش شامل بزرگسالانی (< ۱۸ سال) می شود که در سوئد با دسترسی کافی و روزانه به اینترنت توسط کامپیوتر و گوشی هوشمند زندگی می کنند. شرکت کنندگان باید [۳۳] معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR را برای

اختلال یا اضطراب اجتماعی (SAD) یا اختلال هراس (PD)، و یا هر دو برآورده نمایند. تشخیص اولیه در طول مصاحبه بالینی تعیین خواهد شد، و به عنوان یک عامل بین گروهی در تجزیه و تحلیل های مرحله دوم استفاده می شود. شرکت کنندگان ثبت نام نموده در درمان روان شناسانه موازی گنجانده خواهند شد. داروی روانگردان منظم و مداوم به عنوان زمینه ای برای خروج به کار گرفته می شود اگر دوز در طول ۳ ماه گذشته ثابت شده باشد. استفاده پراکنده از داروی روانگردان (به عنوان مثال، مسدود کننده های بتا) اجازه داده خواهد شد. اگر سوء ظن در هر نقطه قبل از شروع درمان و یا در حین درمان رخ دهد که یکی از شرکت کنندگان از سایر اختلالات نیازمند درمان (از جمله اختلالات روانی) رنج می برد، شرکت کنندگان به دنبال نمودن مراقبت های محلی تشویق خواهند شد. شرکت کنندگانی که معیارهای ورود به مطالعه را برآورده نمی سازند، شخصاً به دنبال نمودن جایگزین های درمانی بهتر و مناسب با نیازهای خاص خود تشویق خواهند شد. به شرکت کنندگان گنجانده شده، یک عدد منحصر به فرد و ناشناس داده خواهد شد که با آن وارد پلت فرم آنلاین رمزگذاری شده SSL- اختصاص داده شده می شوند. کدهای ورود تک-استفاده فرستاده شده توسط اس ام اس به شماره تلفن ثبت شده آنها برای تضمین ورود امن استفاده خواهد شد. از همه شرکت کنندگان گنجانده شده خواسته شد تا یک رضایت نامه کتبی را قبل از شروع درمان ارائه دهند. شرکت کنندگانی که در طول مدت درمان کنار گذاشته شوند، جایگزین ندارند.

درمان ها

ماژول های درمان

همه شرکت کنندگان همان برنامه خود-کمک را با یا بدون حمایت درمانگر دریافت خواهند کرد. هسته برنامه درمانی توسعه داده شده است و به لحاظ تجربی توسط تیم تحقیقاتی ما در مطالعات متعدد در طول بیش از یک دهه [۱۰] آزمایش شده است. RCTs قبلی بالینی با استفاده از همان ماژول های کور بعد از درمان بین گروه اندازه اثر Cohen's d در محدوده $0.79a$ [34] and $0.98b$ [35] برای SAD و $d = 1.44c$ [36] و $1.97d$ [37] برای PD در زمان مقایسه با گروه های شاهد فهرست-انتظار نشان داده شده اند.

در این آزمایش، برنامه درمان به هشت ماژول پوشش دهنده CBT و مفاهیم درمان پذیرش و تعهد (ACT) از اختلالات اضطرابی، و همچنین روش های درمانی خاص تر مانند بازسازی شناختی، آموزش مواجهه، آموزش پذیرش، تعیین هدف بر اساس تقسیم به ارزش ها، توجه و تمرینات تنفسی و پیشگیری از عود تقسیم خواهد شد. تمام ماژول های درمان از پلت فرم آنلاین در دسترس در زمان قدم زدن افراد قابل دسترس خواهد بود [۳۸].

نرم افزار گوشی هوشمند

علاوه بر این ماژول ها، برنامه درمانی نیز شامل یک برنامه گوشی هوشمند طراحی شده برای این مطالعه خاص می شود. برنامه با تمرینات از ماژول های درمان یکپارچه می شود که شرکت کنندگان را به استفاده مکرر از برنامه شکل ۱ فلوجارت مطالعه در طول برنامه تشویق می کند. ویژگی های اصلی نرم افزار استفاده شده در این مطالعه در جای دیگر [۳۹] توصیف شده است و برای تسهیل تغییر رفتار طراحی شده است. به طور خلاصه، هدف از برنامه کمک به کاربر برای یاد آوری و پیگیری رفتارهای کلیدی، به منظور ترویج فعالیت روزمره است. هنگامی که یک رفتار به اتمام می رسد، کاربر می تواند با استفاده از نرم افزار ثبت نام نماید و همچنین بازتابی کوتاه را اضافه کند سپس. بازخورد خودکار تقویت شده داده می شود. آمار و خلاصه های داده های کمی (یعنی، فراوانی رفتار) و داده های کیفی (یعنی، بازتاب) را می توان توسط کاربر و درمانگر اختصاص داده شده در دسترس قرار داد. همچنین درمانگر می تواند پیام های متنی کوتاه را به شرکت کنندگان از طریق سیستم پیام داخلی ارسال کنند. در این مطالعه، این سیستم پیام دهی توسط درمانگران برای ارسال پیام های مناسب تقویت شده به شرکت کنندگان در گروه مطالعه ۱، حدود دو یا سه بار در هفته استفاده خواهد شد. شرکت کنندگان برای پاسخگویی به این پیام ها قادر نخواهند بود. به عنوان یک قانون کلی، به درمانگران ۱۵ دقیقه برای هر شرکت کننده و هفته داده می شود. شرکت کنندگان در گروه مطالعه ۲ تنها (شکل ۲) بازخورد خودکار را از نرم افزار دریافت خواهند کرد (شکل ۲).



شکل ۲ - تصاویر کاربردی در استفاده شبیه سازی شده. (الف) انتخاب رفتاری از کارنامه. (ب) پس از انجام یک رفتار ، اظهار نظر را ذخیره کنید. (ج) آمار رفتارهای انجام شده. (د) بازخورد.

ابزارها

به استثنای مصاحبه بالینی انجام شده در غربالگری از طریق تلفن، تمام اندازه گیری ها از طریق پلت فرم آنلاین اختصاص داده شده جمع آوری خواهد شد. پژوهش های قبلی روان سنجی، اجرای-اینترنتی مقیاس های خودامتیازدهی را برای اضطراب اجتماعی، حملات هراس، کیفیت زندگی، و افسردگی و اضطراب به طور کلی [۴۰-۴۲] اعتبارسنجی نموده اند. ترجمه های سوئدی ایجاد شده از تمامی ابزارها مورد استفاده قرار خواهد گرفت. اندازه گیری ها از همه شرکت کنندگان در غربالگری بلافاصله و ۱۲ و ۳۶ ماه پس از دوره درمان جمع آوری خواهد شد. علاوه بر این، اندازه گیری ها با GAD-7 و PHQ-9 فقط ۲۴ و ۴۸ روز در درمان به منظور شناسایی اثرات درمان سریع تکمیل خواهد شد. همه اندازه گیری های بعد از درمان شامل سوالات در مورد نتایج معکوس بالقوه مستند از عوارض جانبی درمان، و همچنین در مورد تغییرات قابل توجه در وضعیت زندگی (به عنوان مثال، طلاق) و تغییر در وضعیت درمان موازی (برای مثال، تغییر در دوز دارو یا با آغاز موازی درمان روانی) می شود.

نتیجه اولیه

مقیاس کلی اختلال اضطراب ۷ موردی (GAD-7) به عنوان یک اندازه گیری ترانشیسی از علائم اضطرابی رایج به کار گرفته می شود و شامل اندازه گیری نتیجه اولیه می شود. اگر چه طراحی برای اندازه گیری علائم مربوط به تشخیص DSM-IV اختلال اضطراب تعمیم یافته (GAD) انجام شده است، علائم ارزیابی شده توسط GAD-7 باید

در تمام اختلالات اضطرابی، مشترک در نظر گرفته شوند (برای مثال، بیش از حد نگران کننده، مشکل آرامش بخش و غیره). هفت مورد از مقیاس از ۰ تا ۳ ('نه در همه' را به " تقریباً هر روز) بر اساس وقوع آنها در ۲ هفته گذشته امتیازبندی شدند. ارزیابی روانسنجی بیشتر، سازگاری خوب، ساختار عاملی داخلی و حساسیت به تغییر پس از درمان را گزارش نمود [۴۳].

نتایج ثانویه

از آنجا که این مطالعه شامل شرکت کنندگان با SAD و / یا PD می شود، مقیاس های خود امتیازدهی خاص- تشخیص، اندازه گیری های علائم اضطرابی عمومی را تکمیل خواهد نمود. شرکت کنندگان مقیاس اضطراب اجتماعی خود امتیازدهی شده Liebowitz (LSAS-SR) [۲۵،۲۶] و مقیاس شدت اختلال وحشت را تکمیل می نمایند (27) [28،PDSS]. از آنجا که ما برخی عوارض همزمان را بین دو اختلال انتظار داریم، همه شرکت کنندگان هر دو ابزار را پاسخ خواهند داد. همه شرکت کنندگان همچنین به پرسشنامه سلامت ۹ موردی بیمار (PHQ-9) [29]، [45.44] برای اندازه گیری علائم افسردگی، و همچنین پرسشنامه کیفیت زندگی (qoli) [۳۰،۴۶] برای ارائه اندازه گیری کیفیت زندگی مستقل از نشانه بیماری پاسخ می دهند.

محاسبات و تجزیه و تحلیل ها

هدف از این مطالعه، تشخیص تفاوت بین گروهی با اندازه متوسط، پس از درمان (Cohen D = ۰,۵) با ۸۰٪ قدرت است که به ۱۵۰ شرکت کننده توزیع شده به طور مساوی در سه گروه نیاز دارد. در تجزیه و تحلیل هر دو گروه متضاد، قدرت ۸۰٪ برای تشخیص اندازه اثر $d = ۰,۶۶$ وجود خواهد داشت در زمانی که تنظیم Bonferroni برای مقادیر P در سه امکان مقایسه صورت می گیرد. هنگام مقایسه هر گروه درمان با گروه شاهد، اندازه های اثر بزرگتر از اندازه $D = 0.66$ را بر اساس مطالعات انجام شده قبلی با گزارش اندازه های اثر بیشتر برای همان برنامه درمانی هسته اس در مقایسه با یک گروه انتظار لیست کنترل [۳۴-۳۷] فرض نمودیم.

از آنجا که تمام داده های خود گزارش با استفاده از پلت فرم آنلاین جمع آوری شده است، هیچ خطر از دست رفتن داده ها و یا تحریف داده ها وجود ندارد. تجزیه و تحلیل بر اساس قصد به درمان با استفاده از روش مدل مختلط

[۴۷] انجام خواهد شد. (نسخه ۲,۱۵,۳ <http://www.r-project.org>) محاسبات قدرت با استفاده از بسته PWR (<http://CRAN.R-project.org/package=pwr>) برای محیط زیست آماری R انجام شد.

بررسی

تکمیل iCBT با برنامه های کاربردی گوشی هوشمند طراحی شده راه امیدوار کننده ای برای گسترش دستیابی به این درمان کنونی موثر است. این پروتکل های مطالعه، یک RCT طراحی شده برای پاسخ به دو سؤال برای آینده استفاده از گوشی هوشمند همراه با iCBT را توصیف می نماید: آیا iCBT همراه با گوشی هوشمند یک درمان موثر اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس است. و آیا اضافه نمودن حمایت از نتایج بر درمانگر تاثیر می گذارد؟ مطالعات کمی تا کنون اثرات درمان های iCBT همراه با گوشی هوشمند را بر سلامت روان مورد بررسی قرار داده اند و هیچ مطالعه ای اثر آن بر اختلالات اضطرابی را به طور خاص مورد بررسی قرار نداده است.

این مطالعه برای مقایسه iCBT منظم در مقابل iCBT-گوشی هوشمند تکمیل شده طراحی نشده است و از این مطالعه جایگزین درمان نیست. با توجه به شباهت ها در روش به کارگیری و اجزای مداخله هسته ای (یعنی، ماژول های درمان)، ما قادر به مقایسه های محتاطانه با اندازه های اثر در تحقیقات قبلی در iCBT منظم فقط توسط گروه تحقیقاتی خود خواهیم بود. با این حال، مطالعات آینده دارای طراحی 2×2 مداخله (ماژول درمان iCBT / خیر برنامه گوشی هوشمند \times بله / خیر) برای باز کردن اثر خاص هر یک از مؤلفه های مورد استفاده در مطالعه حاضر لازم خواهد شد. یکی دیگر از محدودیت های طراحی مطالعه حاضر این است که گروه کنترل، به دلایل اخلاقی، درمان را در مرحله دوم آزمایش دریافت می کند که نشان می دهد هیچ گروه شاهدی در طول دوره پیگیری زمانی که اثرات دراز مدت مورد مطالعه قرار می گیرد وجود ندارد. علاوه بر این، شرکت کنندگان به مطالعه اختصاص بازوی عملی در این مطالعه نیست.

با وجود این محدودیت ها، نتایج حاصل از این آزمایش به منزله پیشرفت های مهمی در زمینه رشد درمان های بهداشت تلفن همراه، به طور خاص درمان های iCBT گوشی هوشمند-مکمل می باشند. برنامه های کاربردی گوشی

63:44–50.

13. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B, Andersson G, Rück C, Lindefors N: **Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy vs. Cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial.** *Behav Res Ther* 2011, **49**:729–736.
14. Boschen MJ, Casey LM: **The use of mobile telephones as adjuncts to cognitive behavioral psychotherapy.** *Prof Psychol Res Pract* 2008, **39**:546–552.
15. Ly KH, Carlbring P, Andersson G: **Behavioral activation-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: study protocol for a randomized controlled trial.** *Trials* 2012, **13**:62.
16. Watts S, Mackenzie A, Thomas C, Griskaitis A, Newton L, Williams A, Andrews G: **CBT for depression: a pilot RCT comparing mobile phone vs. computer.** *BMC Psychiatry* 2013, **13**:49.
17. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Borland R, Rodgers A, Gu Y: **Mobile phone-based interventions for smoking cessation.** *Cochrane Database Syst Rev* 2012, **11**:CD006611.
18. Fanning J, Mullen SP, McAuley E: **Increasing physical activity with mobile devices: a meta-analysis.** *J Med Internet Res* 2012, **14**:e161.
19. Palmier-Claus JE, Ainsworth J, Machin M, Barrowclough C, Dunn G, Barkus E, Rogers A, Wykes T, Kapur S, Buchan I, Salter E, Lewis SW: **The feasibility and validity of ambulatory self-report of psychotic symptoms using a smartphone software application.** *BMC Psychiatry* 2012, **12**:172.
20. Furmark T, Tillfors M, Everz P, Marteinsdottir I, Gefvert O, Fredrikson M: **Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, **34**:416–424.
21. Carlbring P, Gustafsson H, Ekselius L, Andersson G: **12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002, **37**:207–211.
22. Carlbring P, Lindner P, Martell C, Hassmén P, Fossberg L, Ström L, Andersson G: **The effects on depression of Internet-administered behavioural**
23. Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G: **Treatment of panic disorder via the internet: A randomized trial of a self-help program.** *Behav Ther* 2001, **32**:751–764.
24. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhman M, Westling BE, Ekselius L, Andersson G: **Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls.** *Am J Psychiatry* 2006, **163**:2119–2125.
25. Carlbring P, Maurin T, Sjömark J, Maurin L, Westling BE, Ekselius L, Cuijpers P, Andersson G: **All at once or one at a time? A randomized controlled trial comparing two ways to deliver bibliotherapy for panic disorder.** *Cogn Behav Ther* 2011, **40**:228–235.
26. Ly KH, Dahl J, Carlbring P, Andersson G: **Development and initial evaluation of a smartphone application based on acceptance and commitment therapy.** *Springerplus* 2012, **1**:11.
27. Hedman E, Ljótsson B, Rück C, Furmark T, Carlbring P, Lindefors N, Andersson G: **Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation.** *Comput Human Behav* 2010, **26**:736–740.
28. Carlbring P, Brunt S, Bohman S, Austin D, Richards J, Öst L-G, Andersson G: **Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research.** *Comput Human Behav* 2007, **23**:1421–1434.
29. Lindner P, Andersson G, Ost L-G, Carlbring P: **Validation of the internet-administered quality of life inventory (QOLI) in different psychiatric conditions.** *Cogn Behav Ther* 2013, **42**:315–327.
30. Dear BF, Titov N, Sunderland M, McMillan D, Anderson T, Lorian C, Robinson E: **Psychometric comparison of the generalized anxiety disorder scale-7 and the penn state worry questionnaire for measuring response during treatment of generalised anxiety disorder.** *Cogn Behav Ther* 2011, **40**:216–227.
31. Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K: **Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the patient health questionnaire (PHQ-9).** *J Affect Disord* 2004, **81**:61–66.
32. Titov N, Dear BF, McMillan D, Anderson T, Zou J, Sunderland M: **Psychometric comparison of the PHQ-9 and BDI-II for measuring response during treatment of depression.** *Cogn Behav Ther* 2011, **40**:126–136.
33. Paunović N, Öst L-G: **Clinical validation of the Swedish version of the quality of life inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample.** *J Psychopathol Behav Assess* 2004, **26**:15–21.
34. Gueorguieva R, Krystal JH: **Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the archives of general psychiatry.** *Arch Gen Psychiatry* 2004, **61**:310–317.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی