

## ترجیحات و نگرش ایرانیان به خدمات بهداشت روانی مجازی

مصطفی زارعان (استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز)

فاطمه صمدزاده طریقت (دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز)

بانی کلاف (مدرسه روانشناسی کاربردی دانشگاه گریفیث)

### چکیده

پیشینه: خدمات بهداشت روانی مجازی یکی از دست‌آوردهای بزرگ اخیر در عرصه روانشناسی بوده است. این امکان به عنوان ابزار نوین خدمات‌رسانی به مردم، به ویژه در جاهایی که با کمبود امکانات فیزیکی مواجه هستند، بسیار کارآمد بوده است. با این وجود، میزان پذیرش عمومی این روش درمانی در ایران به طور کامل بررسی نشده است.

هدف: پژوهش حاضر نگرش مردم ایران به این روش و موانع موجود بر سر راه ارائه‌ی این خدمات را در جامعه‌ی ایرانی مورد مطالعه قرار داده است.

روش: در یک مطالعه‌ی توصیفی مقطعی پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته‌ی نگرش به خدمات بهداشت روانی مجازی در اختیار ۱۲۶ بزرگسال قرار گرفت که سابقه‌ی استفاده از اینگونه خدمات، موانع موجود در استفاده از این خدمات، و نیازهای مد نظر پاسخ‌دهندگان را مورد ارزیابی قرار می‌داد.

یافته‌ها: با وجود کم بودن سابقه‌ی استفاده از این خدمات در ایران، بیشتر افراد نگرش مثبتی به خدمات بهداشت روانی مجازی داشتند و مایل به بهره‌گیری از این دست خدمات بودند. موانع مطرح‌شده از سوی پاسخ‌دهندگان بیشتر به نیاز به داشتن اطلاعات کافی و برنامه‌های درمانی مدون معطوف بودند.

نتیجه‌گیری: بهره‌گیری از این شیوه‌ی ارائه‌ی خدمات در صورت مهارت درمانگر، وجود پژوهش‌های کافی، و در قالب نرم‌افزارهای کارآمد می‌تواند ابزاری بسیار مناسب برای خدمات‌رسانی روانی به طور کل و به ویژه در مناطق محروم باشد. همچنین، این روش در مورد افرادی که هنوز با تابوهای مراجعه به روانشناس روبرو هستند می‌تواند گام مؤثری باشد.

**کلید واژه‌ها:** بهداشت روانی مجازی، نگرش، فرهنگ، مداخلات اینترنتی، موانع مراقبتی

## مقدمه

امروزه، خدمات بهداشت روانی مجازی به صورت گسترده برای اختلالات مختلف، رویکردهای درمانی گوناگون، و جمعیت‌های بیمار در دسترس هستند (گریفتز و همکاران، ۲۰۰۷؛ مورک و همکاران، ۲۰۱۶). یکی از دلایل اصلی گسترش خدمات بهداشت روانی مجازی این است که اینگونه مداخلات با حذف موانع برای مراجعه‌کنندگان و خدمات‌دهندگان امکان پاسخ‌دهی به حجم بالایی از نیازهای درمانی جامعه در حوزه بهداشت روانی را ممکن می‌کند (کیسی و همکاران، ۲۰۱۳، ۲۰۱۴؛ شومیکر و هیلتی، ۲۰۱۶). این موانع شامل محدودیت‌های جغرافیایی و خدمات‌رسانی، هزینه، و موانع نگرشی مثل تابوی مراجعه به روانشناس هستند. البته، خدمات بهداشت روانی مجازی نیز موانع خاص خود را دارند. یکی از این موانع، نگرش استفاده‌کنندگان به این دست خدمات است. اهمیت مطالعه‌ی بیشتر برای شناسایی دیدگاه‌های استفاده‌کنندگان و متولیان امر برای بهبود شناخت عمومی و درآمیختن این نوع خدمات در چرخه‌ی خدمات بهداشت روانی اثبات شده است، به خصوص از منظر ویژگی‌های قومیتی و جایگاه اجتماعی-اقتصادی (مورک و همکاران، ۲۰۱۶). از آنجا که مشخص نیست این موانع در کشورهای مختلف به چه میزان اهمیت داشته باشند، موضوعات پیرامون خدمات بهداشت روانی مجازی باید با توجه به شرایط موجود هر کشور مورد بررسی قرار گیرند.

مطالعات نشان داده‌اند که استفاده‌کنندگان خدمات بهداشت روانی درمان حضوری را به برنامه‌های درمانی مجازی ترجیح می‌دهند و امکان بیشتری وجود دارد که از این نوع درمان استفاده کنند (گاف و همکاران، ۲۰۱۶؛ مورک و همکاران، ۲۰۱۶). با این حال، افراد لزوماً نسبت به خدمات مجازی دافعه ندارند و بسیاری تمایل خود نسبت به استفاده از اینگونه خدمات را در صورتی که ارائه شوند ابراز کرده‌اند (کلاین و کوک، ۲۰۱۰؛ مورک و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، اگر اطلاعات مربوط به هدف، ساختار، و کارآمدی مداخلات بهداشت روانی مجازی در اختیار افراد قرار گیرند، نگرش آنها می‌تواند بهبود یابد (کیسی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کیسی و کلاف، ۲۰۱۶؛ ابرت و همکاران، ۲۰۱۵). در بررسی نگرش‌ها و ترجیحات باید مسائلی چون تابوی مراجعه به روانشناس، آگاهی پایین نسبت به بهداشت روانی، وعدم و یا کمبود دسترسی به خدمات بهداشت روانی را نیز در نظر گرفت.

در کشورهای در حال توسعه، افراد مبتلا به بیماری‌های روانی بیشتر با موانع درمان رو به رو می‌شوند. در این میان، موانع اجتماعی نیز در کنار منابع خدمات بهداشت محدود و مشکلات ارائه‌ی خدمات بر سختی‌های موجود می‌افزایند (بکر و کلایمن، ۲۰۱۳). براساس گزارش سازمان جهانی، بیش از ۷۵٪ افراد

مبتلا به بیماری‌های روانی شدید تحت درمان قرار نمی‌گیرند (دیمیتر و دیگران، ۲۰۰۴)، و حتی زمانی که امکان درمان فراهم است، موانع فردی و اجتماعی راه درمان را سد می‌کنند (بکر و کلایمن، ۲۰۱۳). در ایران نیز، با در نظر گرفتن کمبود امکانات فیزیکی در بسیاری از مناطق، ناآگاهی عمومی از اهمیت بهره‌گیری از خدمات بهداشت روانی، و نیز نگاه منفی نسبت به دریافت اینگونه خدمات، می‌توان با تقویت امکانات ارائه‌ی خدمات بهداشت روانی مجازی گام مؤثری در راستای بهبود خدمات رسانی بهداشت روانی برداشت.

پژوهش حاضر نگرش مردم ایران به خدمات بهداشت روانی مجازی و موانع موجود بر سر راه ارائه‌ی این خدمات را در جامعه‌ی ایرانی مورد مطالعه قرار داده است. حوزه‌ی بهداشت روانی مجازی به سرعت در حال رشد و دگرگونی است. از این رو، مطالعات این حوزه باید با سرعت بیشتر و همگام با پیشرفت‌های فن‌آوری صورت بگیرند (کلایف و کیسی، ۲۰۱۵ الف، ۲۰۱۵ ب؛ رایلی و دیگران، ۲۰۱۳). تا زمان نگارش این مقاله، گزارش پژوهش دیگری درباره‌ی خدمات بهداشت روانی مجازی در ایران به چاپ نرسیده است. بنابراین، مبنایی برای مقایسه‌ی داده‌های پژوهش حاضر با مطالعات دیگر در ایران وجود ندارد.

### روش پژوهش

پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ی نگرش به خدمات بهداشت روانی مجازی در اختیار ۱۲۶ بزرگسال قرار گرفت. بیشتر پاسخ‌دهندگان زن (۶۹٪)، متأهل (۵۶/۳٪)، و دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد و بالاتر (۶۰/۳٪) بودند. تعداد ۳۸ تن از شاغلین حرفه‌های روانشناسی و مشاوره بودند و ۸۳ تن سابقه‌ی تحصیل در رشته‌های روانشناسی و مشاوره داشتند. داده‌های مربوط به نمونه در جدول ۱ آمده‌اند.

پرسش‌های جمعیت‌شناختی جنسیت، سن، و وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شغل مربوط به حوزه‌ی بهداشت روانی، سابقه‌ی تحصیل در رشته‌های روانشناسی و مشاوره، و دسترسی به اینترنت (از طریق کامپیوتر، تلفن هوشمند، و یا وسایل دیگر) را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. تعدادی از پرسش‌ها با هدف ارزیابی سابقه‌ی برخورد افراد با خدمات بهداشت روانی مجازی و ترجیحات آنها طراحی شده بودند. در این پرسش‌نامه، بهداشت روانی مجازی اینگونه تعریف شده بود: "بهداشت روانی مجازی به ارائه‌ی خدمات بهداشت روانی (درمان، اطلاع‌رسانی، و پشتیبانی) از طریق اینترنت و یا تلفن همراه اشاره می‌کند. خدمات از راه وب‌سایت‌ها، نرم‌افزارها، ویدئو کنفرانس، گفتگوی آنلاین، و ایمیل ارائه می‌شوند. برخی از این خدمات نیازمند تماس مستقیم با درمانگر هستند، مثل ویدئو کنفرانس یا مشاوره‌ی آنلاین. برخی دیگر از این

خدمات، همچون نرم‌افزار و وب‌سایت، در سطح پایین‌تر نیاز به حضور آنلاین درمانگر دارند و یا به طور کلی بی‌نیاز از حضور آنلاین درمانگر هستند."

### جدول ۱. داده‌های جمعیت شناختی

جمعیت ایرانی	n = 126
جنسیت	
زن	۸۷ (۶۹٪)
مرد	۳۹ (۳۱٪)
سن	(۸/۵۵)
وضعیت تأهل	۳۴/۵۷
متأهل	
مجرد	۷۱ (۵۶٪)
میزان تحصیلات	۵۵ (۴۳٪)
ابتدایی	
راهنمایی	۰ (٪)
دبیرستان/دیپلم	۰ (٪)
کارشناسی	۸ (۶٪)
کارشناسی ارشد/دکتری	۴۲ (۳۳٪)
فعال حوزه‌ی بهداشت روان	۷۶ (۶۰٪)
تحصیلات روانشناسی/مشاوره	۳۸ (۳۰٪)
سابقه‌ی مشکلات روانی	۸۳ (۶۵٪)
دسترسی به اینترنت	۱۱۸ (۹۳٪)
	۱۲۵ (۹۹٪)

در بررسی سابقه‌ی استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی یک پرسش نوع خدماتی را که پاسخ‌دهندگان پیش‌تر برای کمک به مشکلات هیجانی، عصبی، و یا سوء مصرف مواد یا الکل دریافت کرده بودند ارزیابی می‌کرد. چهار گزینه برای خدمات بهداشت روانی طبق تعریف کلاین و کوک (۲۰۱۰) شامل وب‌سایت‌های اطلاعات روانشناسی، مشاوره‌ی آنلاین، نرم‌افزار اینترنتی با کمک درمانگر، و

نرم‌افزار اینترنتی بدون کمک درمانگر بودند. گزینه‌ی پنجمی نیز با عنوان "هیچکدام" در نظر گرفته شده بود. پاسخ‌دهندگان امکان انتخاب بیش از یک گزینه را داشتند.

برای ارزیابی ترجیحات درمان با در نظر گرفتن خدمات مجازی از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود تا میزان تمایل خود به دریافت خدمات مختلف را تعیین کنند. لیست خدمات از ترکیب ۱۰ نوع خدمات مشخص شده در بخش SR17 نسخه‌ی طرح جهانی سنجش بهداشت روانی مصاحبه‌ی تشخیصی جامع بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی همچون روانشناس، روانپزشک، و مشاور دینی یا معنوی (WMH-CIDI)؛ کسلر و اوستون، ۲۰۰۴) با ۴ گزینه‌ی درمانی بهداشت روانی مجازی کلاین و کوک (۲۰۱۰) تهیه شده بود. از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود با پاسخ بله یا خیر تمایل خود را نسبت به دریافت کمک از ۱۴ مورد خدمات درمانی در صورت مواجهه با مشکلات شخصی و هیجانی ابراز کنند.

دو پرسش برای ارزیابی نگرانی‌های مربوط به استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی و موانع موجود در این راه طراحی شده بودند. پرسش نخست در قالب ۸ عبارت و در مقیاس ۷ تایی میزان موافقت یا مخالفت پاسخ‌دهندگان را در رابطه با خدمات بهداشت روانی مجازی می‌سنجید. هفت مورد از ۸ عبارت این پرسش از مطالعه‌ی کلاین و کوک (۲۰۱۰) برگرفته شده بودند و مورد هشتم برای در نظر گرفتن وسایل ارتباطی و یا فضاهای مشترک اضافه شده بود ("نگران هستم که کسی مرا در حال استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی، مثلاً مشاوره‌ی آنلاین، ببیند و یا صدایم را بشنود").

پرسش دوم موانع بر سر راه پاسخ‌دهندگان در دسترسی به ادوات فن‌آوری مورد نیاز برای خدمات مجازی و به کارگیری این ادوات را در مورد یک نمونه‌ی آزمایشی برنامه‌ی آنلاین بررسی می‌کرد. در این نمونه‌ی آزمایشی پاسخ‌دهندگان می‌بایست در جلسات آنلاین ۱ ساعته ۱ بار در هفته شرکت می‌کردند. آنها خواسته شده بود هر گونه وسیله یا راهنمایی مورد نیاز برای دستیابی به این برنامه را مشخص کنند. همچنین، برای مشخص شدن نخستین مرجع دریافت کمک، با استفاده از گزینه‌های خدمات بخش SR17 در WMH-CIDI (کسلر و اوستون، ۲۰۰۴) از پاسخ‌دهندگان خواسته شده بود یک گزینه را در پاسخ به این پرسش انتخاب کنند: "اگر شما، یا یکی از نزدیکانتان، با مشکلات روانی مثلاً در رابطه با هیجانات، اعصاب، و یا سوء مصرف مواد یا الکل رو به رو باشید، از چه کسی بیشتر احتمال دارد کمک بگیرد؟"

یافته‌های پژوهش

داده‌های مربوط به تجربه‌ی پیشین استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی نشان دادند که بیش از نیمی از پاسخ‌دهندگان (۵۴٪) از هیچ‌گونه خدمات مجازی در حوزه‌ی بهداشت روانی بهره نبرده بودند. در

میان افرادی که سابقه‌ی برخورد پیشین با این دست خدمات را داشتند وب سایت‌های اطلاعات روانشناسی بیشترین میزان کاربرد (۴۳/۳٪) را داشتند. مشاوره‌ی آنلاین، نرم‌افزار اینترنتی بدون کمک درمانگر، و نرم افزار های اینترنتی با کمک درمانگر به ترتیب در جایگاه های بعدی قرار داشتند (جدول ۲).

بررسی داده های ترجیحات خدمات بهداشت روانی مجازی نیز نشان داد که بیشتر افراد تمایل داشتند روانشناسان و مشاورین را برای یاری برگزینند. از میان خدمات در دسترس نیز وب سایت های اطلاعات روانشناسی و مشاوره ی آنلاین بیشترین احتمال استفاده را داشتند. همچنین، گرایش افراد به استفاده از نرم افزار های آنلاین با کمک درمانگر بیشتر از نوع بدون کمک درمانگر بود (جدول ۲).

بر اساس داده های مربوط به نگرانی های پاسخ دهندگان و موانع دسترسی به خدمات مجازی و استفاده از آنها (جدول ۳) مشخص شد بیشترین نگرانی ها درباره ی حفظ حریم شخصی و حفاظت از اطلاعات استفاده کنندگان، کسب اطلاعات و آگاهی بیشتر درباره ی خدمات بهداشت روانی مجازی دسترسی داشتن به کامپیوتر/اینترنت بودند. همچنین، بیشتر پاسخ دهندگان مشکل دسترسی به ادوات فن آوری برای دریافت خدمات مجازی را نداشتند. با این وجود ۱۷/۵٪ افراد نیازمند توضیح و راهنمایی بیشتر درباره ی نحوه استفاده از وسایل و امکانات ارتباطی بودند. وسیله ی ارتباطی اصلی نیز تلفن همراه هوشمند گزارش شد.

داده های مربوط به نخستین مرجع رسمی دریافت کمک در صورت مواجه شدن با مشکلات روحی و روانی (جدول ۴) بیان گر این موضوع بودند که ۳۳/۳٪ افراد روانشناسان را برای یاری گرفتن برگزیدند. مشاوران (۲۳/۸٪) و روانپزشکان (۱۹٪) به ترتیب در جایگاه های بعدی قرار داشتند.

#### جدول ۲. تجربه‌ی پیشین استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی و تمایل به دریافت کمک

تعداد و درصد

تجربه‌ی پیشین برخورد و استفاده

وب سایت

۵۲ (۴۱٪/۳)

۱۲ (۹٪/۵)	مشاوره‌ی آنلاین
۲ (۱٪/۶)	برنامه‌ی آنلاین با کمک درمانگر
۵ (۴٪/۰)	برنامه‌ی آنلاین بدون کمک درمانگر
۶۸ (۵۴٪/۰)	هیچکدام
	تمایل به دریافت کمک در صورت ارائه
۸۲ (۶۵٪/۱)	روانپزشک
۴۲ (۳۳٪/۳)	پزشک عمومی یا پزشک خانواده
۳۲ (۲۵٪/۴)	سایر پزشکان
۱۱۰ (۸۷٪/۳)	روانشناس
۵۲ (۴۱٪/۳)	مددکار اجتماعی
۱۰۳ (۸۱٪/۷)	مشاور
۴۱ (۳۲٪/۵)	سایر فعالان حوزه‌ی بهداشت روان
۳۵ (۲۷٪/۸)	پرستار یا فعال حوزه‌ی بهداشت
۳۱ (۲۴٪/۶)	مشاور دینی یا معنوی
۲۴ (۱۹٪/۰)	سایر شفا دهندگان (گیاه‌شناس دارویی و غیره)
۱۰۳ (۸۱٪/۷)	وبسایت اطلاعات روانشناسی
۹۹ (۷۸٪/۶)	مشاوره‌ی آنلاین
۹۳ (۷۳٪/۸)	برنامه‌ی آنلاین با کمک درمانگر
۷۳ (۵۷٪/۹)	برنامه‌ی آنلاین بدون کمک درمانگر

## جدول ۳. نگرانی‌های پاسخ دهندگان، موانع دسترسی به خدمات مجازی، و ملزومات دسترسی

میانگین	تعداد و درصد
نگرانی‌ها و موانع	
در استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی تردید نمی‌کنم	۴/۵۰ (۰/۱۸)
باید امکان دسترسی به کامپیوتر/اینترنت را فراهم کنم	۵/۱۴ (۰/۱۸)
نیاز دارم درباره‌ی بهداشت روانی مجازی بیشتر بدانم	۵/۸۲ (۰/۱۷)
فقط از اطلاعات آنلاین استفاده خواهم کرد نه از درمان	۴/۵۷ (۰/۱۸)
	۴/۶۴ (۰/۱۸)

۶/۲۸ (۰/۱۵)	در برنامه‌ی درمانی نیاز به کمک درمانگر آنلاین خواهم داشت
۴/۵۱ (۰/۲۱)	باید مطمئن شوم اطلاعات شخصی‌ام محفوظ هستند
۳/۱۰ (۰/۱۹)	نگرانم کسی حین استفاده مرا ببیند/صدایم را بشنود
۱۳ (۱۰/۳)	از خدمات بهداشت روانی مجازی استفاده نخواهم کرد
۳۱ (۲۴/۶)	ملزومات/نیازهای استفاده از خدمات بهداشت روانی مجازی کامپیوتر
۸ (۶/۳)	تلفن همراه هوشمند
۱۸ (۱۴/۳)	برق یا باتری برای کار کردن کامپیوتر/ تلفن همراه
۲۲ (۱۷/۵)	هوشمند
۷۴ (۵۸/۷)	دسترسی به اینترنت
	کسی که شیوه‌ی استفاده از وسایل را آموزش دهد
	هیچکدام - هرآنچه نیاز دارم در دسترس است

## جدول ۴. نخستین مرجع رسمی دریافت کمک برای حل مشکلات روحی و روانی

تعداد و درصد	ترجیحات افراد
۲۴ (۱۹/۰)	روانپزشک
۲ (۱/۶)	پزشک عمومی یا پزشک خانواده
۲ (۱/۶)	سایر پزشکان
۴۲ (۳۳/۳)	روانشناس
۱ (۰/۸)	مددکار اجتماعی
۳۰ (۲۳/۸)	مشاور
۳ (۲/۴)	سایر فعالان حوزه‌ی بهداشت روان
۰ (۰/۰)	پرستار یا فعال حوزه‌ی بهداشت
۵ (۴/۰)	مشاور دینی یا معنوی
۲ (۲/۴)	سایر شفا دهندگان (گیاه‌شناس دارویی و غیره)
۱۴ (۱۱/۱)	هیچکدام

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی نگرش مردم ایران به خدمات بهداشت روانی مجازی، ترجیحات آنان در صورت بهره‌گیری از اینگونه خدمات و موانع موجود بر سر راه ارائه‌ی این خدمات در جامعه‌ی ایران بود. با توجه به کمبود امکانات فیزیکی در بسیاری از مناطق کشور، وجود ناآگاهی و کج‌فهمی عمومی درباره‌ی بهداشت روانی و مراجعه به روانشناس در هنگام نیاز، و نیز پرهیز افراد از مراجعه‌ی حضوری به درمانگران کارآمد حتی در صورت آگاه بودن از اهمیت دریافت خدمات بهداشت روانی به دلیل وجود تابوهای فرهنگی، خدمات بهداشت روانی مجازی می‌توانند یاریگر روانشناسان و مشاوران در خدمت‌رسانی هر چه بیشتر به مردم باشند. البته، با توجه به کم بودن سابقه‌ی استفاده از این خدمات در ایران، پژوهش کافی درباره‌ی ابعاد مختلف این مقوله، تقویت امکانات، و بهینه‌سازی برنامه‌ها و راهکارهای درمانی انجام نشده است. با این حال، پیشرفت‌های روزافزون این شاخه‌ی خدمات‌رسانی بهداشت روانی و لزوم به کارگیری صد در صدی امکانات و منابع موجود کشور برای بهبود وضعیت بهداشت روانی عمومی، بالا بردن آگاهی عمومی برای بهره‌گیری از خدمات بهداشت روانی، و خدمت‌رسانی به مناطق محروم کشور مؤید اهمیت مطالعات علمی در حیطه‌ی بهداشت روانی مجازی هستند.

پژوهش حاضر، که تا زمان انتشار نخستین مطالعه‌ی ایرانی در این زمینه است، نشان داد که در کشور ایران، با وجود کم بودن سابقه‌ی ارائه‌ی خدمات بهداشت روانی مجازی و اطلاع‌رسانی در این مورد، نگرش مثبتی به این دست خدمات وجود دارد. هرچند ترجیح بیشتر پاسخ‌دهندگان بهره‌گیری از امکانات و خدمات بهداشت روانی حضوری به دلیل آشنایی بیشتر افراد با شیوه‌های معمول درمانی بود، داده‌ها نشانگر استقبال آتی از خدمات مجازی بودند. در صورت تضمین حفظ حریم شخصی و اطلاعات استفاده‌کنندگان، توضیحات و راهنمایی بیشتر درباره‌ی ماهیت خدمات مجازی و مسائل مربوط به آنها، و اطمینان از دسترسی به وسایل ارتباطی مورد نیاز، جامعه‌ی ایرانی ظرفیت پذیرش خدمات بهداشت روانی مجازی را خواهد داشت. داده‌ها تا اینجا مؤید اقبال بیشتر خدماتی چون مطالب و وبسایت‌های اطلاعات روانشناسی و مشاوره‌ی آنلاین هستند. همچنین، در مورد برنامه‌های درمانی آنلاین که به دو صورت با کمک درمانگر و بدون کمک درمانگر ارائه می‌شوند، افراد برنامه‌های هدایت شده با کمک درمانگر را بیشتر ترجیح می‌دهند که این یافته هماهنگ با مطالعات پیشین در این حوزه است (گاف و همکاران، ۲۰۱۶).

نمونه‌ی شرکت‌کننده در این پژوهش معرف کل جامعه‌ی ایرانی نیست و تنها بخش کوچکی از جامعه را پوشش می‌دهد. بالا بودن میزان تحصیلات دانشگاهی و سابقه‌ی تحصیل در رشته‌های روانشناسی و مشاوره

گرایش افراد را تا حد زیادی دستخوش تغییر می‌کند. تعداد بیشتری از پاسخ‌دهندگان زن بودند که این موضوع در مطالعه‌ی پیشین این حوزه (گاف و همکاران، ۲۰۱۶) نیز صادق بود. برای بررسی بهتر جامعه و فرهنگ استفاده لازم است تعادل جنسیتی در نظر گرفته شود. همچنین، به دلیل ارائه‌ی پرسشنامه به صورت آنلاین، امکان نظرسنجی از افرادی که دسترسی به امکانات ارتباطی اینترنتی نداشتند میسر نبود. این مورد، به ویژه در مطالعه‌ی مناطق محروم باید در نظر گرفته شود چرا که در این مناطق ارائه‌ی خدمات بهداشت روانی مجازی تنها پس از معرفی این دسته از خدمات به صورت حضوری، مهیا کردن امکانات ارتباطی، و آموزش نحوه‌ی استفاده از این امکانات ممکن خواهد بود.

علاوه بر مسائل یاد شده، خدمات بهداشت روانی مجازی برای افرادی که با تابوی مراجعه به روانشناس رو به رو هستند فرصت درخواست یاری برای مشکلاتشان را ایجاد می‌کند (میو سیک و همکاران، ۲۰۱۶). بررسی نیازهای اینگونه افراد در قالب طرح‌های درمانی مجازی به دلیل حذف ساختار فیزیکی معمول و ارائه شدن در فضایی خصوصی تر می‌تواند موفق تر باشد.

از جمله موانع مراقبتی و موضوعات کلی که در مطالعات آتی خدمات بهداشت روانی مجازی باید به آنها توجه بیشتری شود می‌توان به این موارد اشاره کرد: امنیت سایبری و راه‌های تقویت آن، ارتقاء سطح مهارت درمانگران، تدوین برنامه‌های درمانی همگام با امکانات فضای مجازی، تشویق افراد به آشنایی با حقوق خود در فضای مجازی، اعزام نیرو به مناطق محروم برای معرفی این دست خدمات و زمینه‌سازی فرهنگی برای استفاده از خدمات بهداشت روانی، تأمین بودجه برای تهیه‌ی وسایل مورد نیاز برای ارائه‌ی خدمات در مناطق محروم، به روز رسانی قوانین موجود و تدوین قوانین جدید برای نظارت بر فعالیت درمانگران در فضای مجازی، و کمک به از میان برداشتن تدریجی تابوهای فرهنگی مرتبط با بهداشت روانی. در صورتی که تحقیقات کافی در زمینه‌ی خدمات بهداشت روانی مجازی انجام پذیرند و برنامه‌های درمانی مدون به درستی اجرا شوند، این شاخه از خدمات بهداشت روانی کمک شایانی به بهبود وضعیت بهداشتی روانی جامعه خواهد کرد.

## منابع

- Becker, A. E., & Kleinman, A. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, 369(1), 66-73.
- Casey, L., & Clough, B. (2016). Making and keeping the connection: Improving consumer attitudes and engagement in e-mental health interventions.

Casey, L. M., Joy, A., & Clough, B. A. (2013). The impact of information on attitudes toward e-mental health services. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(8), 593-598.

Casey, L. M., Wright, M. A., & Clough, B. A. (2014). Comparison of perceived barriers and treatment preferences associated with internet-based and face-to-face psychological treatment of depression. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning (IJCPL)*, 4(4), 16-22.

Clough, B. A., & Casey, L. M. (2015). Smart designs for smart technologies: Research challenges and emerging solutions for scientist-practitioners within e-mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(6), 429.

Clough, B. A., & Casey, L. M. (2015). The smart therapist: A look to the future of smartphones and mHealth technologies in psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 46(3), 147.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., et al. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama*, 291(21), 2581-2590.

Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M., & Baumeister, H. (2015). Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 176, 9-17.

Gough J., Clough B. A., March S. (2016). Preference, intentions and likelihood to use e-mental health services: a systematic review.

Griffiths, K., Farrer, L., & Christensen, H. (2007). Clickety-click: e-mental health train on track. *Australasian Psychiatry*, 15(2), 100-108.

IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (Version 21.0)* Armonk, NY: IBM Corp.

Klein, B., & Cook, S. (2010). Preferences for e-mental health services amongst an online Australian sample. *E-Journal of Applied Psychology*, 6(1).

Meurk, C., Leung, J., Hall, W., Head, B. W., & Whiteford, H. (2016). Establishing and governing e-mental health care in Australia: a systematic review of challenges and a call for policy-focussed research. *Journal of Medical Internet Research*, 18(1), e10.

Mucic, D., Hilty, D. M., & Yellowlees, P. M. (2016). e-Mental health toward cross-cultural populations worldwide. In *E-mental health* (pp. 77-91). Springer, Cham.

Riley, W. T., Glasgow, R. E., Etheredge, L., & Abernethy, A. P. (2013). Rapid, responsive, relevant (R3) research: a call for a rapid learning health research enterprise. *Clinical and translational medicine*, 2(1), 10.

Shoemaker, E. Z., & Hilty, D. M. (2016). e-mental health improves access to care, facilitates early intervention, and provides evidence-based treatments at a distance. In *E-mental health* (pp. 43-57). Springer, Cham.

Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2007). *Using multivariate statistics* (Vol. 5). Boston, MA: Pearson.



---

The World Bank. (2016). Internet users. Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS>.

United Nations Statistics Division. (2017). Standard Country or Area Codes for Statistical Use (M49).

World Health Organization. (2006). WHO-AIMS report on mental health system in the Islamic Republic of Iran. Tehran, The Islamic Republic of Iran: World Health Organization.