



بررسی رضایتمندی و کارآمدی در روان‌درمانی از راه دور: دیدگاه بیمار و روان‌درمانگر

آزاده کامل قالی باف^۱ / آتنا کامل قالی باف^۲ / حسن کریمی^۳ / نرجس رستگار مقدم^۴ / کامبیز بهالدین بیگی^۵

چکیده

مقدمه: یکی از زمینه‌های پرکاربرد و موفق در سلامت از راه دور، ارائه خدمات سلامت روان و مشاوره است. در این مطالعه کارآمدی روان‌درمانی در ارتباط از راه دور بررسی شده است.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی است که با بهره‌گیری از هر دو رویکرد کیفی و کمی، با استفاده از پرسشنامه و انجام مصاحبه صورت پذیرفته است. جمعیت مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر، با روش نمونه‌گیری در دسترس، از میان مراجعین به کلینیک تخصصی خانواده درمانی در شهر مشهد انتخاب شده‌اند که در بازه زمانی آبان تا دی ماه سال ۱۳۹۳ جهت دریافت خدمات، از طریق اینترنت با روان‌درمانگر خود در خارج از کشور ارتباط داشته‌اند. روایی محتوای ابزار با استفاده از نظرات سه نفر از متخصصین تأییدگردید و برای سنجش پایایی آزمون، از روش تحلیل ثبات درونی بهره گرفته شد. همچنین به منظور بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و شاخص‌های مورد مطالعه از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپرمن استفاده شده است.

یافته‌ها: سه شاخص مورد اندازه‌گیری در این مطالعه به ترتیب شامل: تعامل بیمار-درمانگر، بارضایت ۸۰ درصدی پاسخگویان، کارآمدی ابزار مشاوره با امتیاز ۷۳/۳ درصد، و همچنین شاخص رضایتمندی با امتیاز ۹۳/۳ بوده است. اطلاعات مربوط به سوالات باز پرسشنامه و نتایج مصاحبه با روان‌درمانگر پس از تحلیل و بررسی به صورت دسته بندی موضوعی ارائه شده است.

نتیجه‌گیری: کشور ایران با وسعت پهناور و تعداد قابل توجه مناطق محروم و دورافتاده، برای استفاده از مزایای تکنولوژی سلامت از راه دور، جهت بهبود دسترسی و توزیع عادلانه خدمات، پتانسیل خوبی دارد.
کلیدواژه‌ها: پزشکی از راه دور، رضایتمندی بیمار، روان‌درمانی کوتاه مدت، اینترنت

• وصول مقاله: ۹۴/۰۱/۲۵ • اصلاح نهایی: ۹۲/۰۵/۱۰ • پذیرش نهایی: ۹۴/۰۵/۱۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی انفورماتیک پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی جامعه‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. دکتری ازدواج درمانی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی پلی تکنیک ویرجینیا، ویرجینیا، امریکا
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه علوم تحقیقات خراسان رضوی، نیشابور، ایران
۵. دانشیار، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران؛ نویسنده مسئول

(kambizb321@gmail.com)

مقدمه

از جمله [۶] که سطح کیفی خدمات را در دو حالت برابر دانسته است. در مطالعه دیگری که توسط مورلند و همکاران در سال ۲۰۱۲ انجام شد، نشان داد که ارائه مراقبت‌های بهداشت روان از طریق ویدئو کنفرانس بر فرآیند تداوم درمان و دسترسی به مراقبت‌های بهداشت روان تأثیر مثبتی داشته و همچنین به میزان قابل توجهی موجب کاهش هزینه‌ها شده است [۷].

روان‌درمانی از راه دور در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه کشورهای غربی بوده است و موسسات زیادی در این حوزه در حال فعالیت هستند [۸، ۹]. مطالعه مروری بهلول در سال ۲۰۱۴ به بررسی و تحلیل موانع روان‌شناسی از راه دور در کشورهای خاورمیانه پرداخته، و تنها تعداد ۱۱ مقاله در زمینه روان‌درمانی از راه دور از کشورهای این حوزه به دست آورده است که در مقایسه با تعداد مقالات چاپ شده در کشورهای اروپایی و آمریکا، جای کار زیادی وجود دارد [۱۰]. کشور ایران با وسعت پهناور و تعداد قابل توجه مناطق محروم و دورافتاده، برای استفاده از مزایای تکنولوژی سلامت از راه دور، مانند بهبود دسترسی و توزیع عادلانه خدمات، پتانسیل خوبی دارد. این در حالی است که طی بررسی‌های صورت گرفته تاکنون هیچ مطالعه‌ای، تأثیر روان‌درمانی از راه دور را در جامعه ایران بررسی نکرده است.

آمارها در ایران نشان می‌دهند که نرخ بیماری‌های روانی در سال ۱۳۹۳ در حدود ۲۳ درصد بوده و از هر چهار خانواده یکی درگیر بیماری روان است [۱۱]. خدمات بهداشت روان گسترده‌ی وسیعی را شامل می‌شود که از مشاوره برای اختلالات رفتاری خفیف تا دارودرمانی برای بیماری‌های شدید روانی را دربرمی‌گیرد. تمرکز این مطالعه بر خانواده درمانی به عنوان شاخه‌ای از روان‌درمانی بوده و کارآمدی آن را در بستر ارتباط از راه دور مورد بررسی و تحلیل شده است. رویکرد خانواده درمانی برای حل مشکل بیمار، کل سیستم خانواده را مورد توجه قرار می‌دهد و به بررسی علل بروز و عوامل تشدید کننده مشکل در داخل خانواده و در نوع روابط اعضا با یکدیگر می‌پردازد [۱۲]. با توجه به اهمیت جایگاه

بکارگیری فناوری‌های ارتباطی نوین جهت ارتقاء یا تسریع هرگونه خدمات بهداشتی، تحت اصطلاح کلی سلامت از راه دور شناخته می‌شود [۱]. سلامت از راه دور شامل خدمات پیشگیری، آموزشی و درمانی است و می‌تواند به سادگی مذاکره تلفنی دو متخصص در مورد وضعیت یک بیمار، و یا به پیچیدگی هدایت یک عمل جراحی از یک نقطه دنیا به نقطه دیگر آن باشد [۲]. از جمله اهداف سلامت از راه دور می‌توان به بهبود دسترسی و مراقبت بهداشتی در سطح جغرافیایی و جمعیتی وسیع، کاهش هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی، و کاهش نقل و انتقال بیماران به مراکز درمانی اشاره کرد [۳].

یکی از زمینه‌های پرکاربرد و موفق در سلامت از راه دور، ارائه خدمات سلامت روان و مشاوره است که بدون نیاز به حضور فیزیکی بیماران امکان ارائه خدمات را فراهم می‌کند. ضرورت استفاده از تکنولوژی راه دور در شرایط و موقعیت‌هایی که امکان مراجعت حضوری بیمار به مراکز درمانی مشکل و یا حتی غیرممکن است به خوبی احساس می‌شود؛ از جمله این شرایط می‌توان به ابتلا به برخی ناتوانی‌های جسمی مانند دردهای مزمن و محدودیت‌های حرکتی، ابتلا به برخی اختلالات روانی مانند هراس اجتماعی و ترس از مکان‌های شلوغ و نیز نیازهای تشخیصی در مکان‌های غیرقابل دسترس مانند کشتی‌های شناور در دریا، محیط‌های نظامی و مکان‌های تأدیب، خانه‌های سالمندان، مدارس، و یا خانه بیمار اشاره کرد [۴].

بر اساس نتایج یک مطالعه مروری که در سال ۲۰۱۳ انجام شد [۵]، سلامت روان از راه دور برای جمعیت‌های مختلف (کودکان، سالمندان و قومیت‌ها)، و برای محیط‌های متفاوت (اورژانس یا خانه) موثر بوده است و به لحاظ کیفیت با مراقبت حضوری قابل قیاس می‌باشد. مطالعات بسیاری به مقایسه فاکتورهای مختلف مانند هزینه، کیفیت خدمات، و رضایت بیمار در دو حالت حضوری و از راه دور پرداخته‌اند،

روش در بین مراجعه کنندگان، و بررسی میزان کارآمدی و رضایتمندی هم از منظر مراجعه کننده و هم درمانگر اشاره کرد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه کاربردی است که با بهره گیری از هر دو رویکرد کیفی و کمی، با استفاده از پرسشنامه و انجام مصاحبه، درباره زمانی آبان تا دی ماه سال ۱۳۹۳ انجام شده است. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک روانشناسی مشکلات در شهر مشهد است که جهت دریافت خدمات از طریق اینترنت و به صورت همزمان (Real Time) با استفاده از تکنولوژی صدا روی پروتکل اینترنت (Voice over Internet Protocol) VoIP، ارائه شده توسط نرم افزار اسکایپ نسخه شش، با روان درمانگر خود در خارج از کشور ارتباط داشته اند. این نرم افزار با قابلیت تماس تصویری و امکان برقراری کنفرانس تا چهار نفر به صورت همزمان گزینه مناسبی برای درمان های گروهی از راه دور می باشد. همچنین با توجه به اهمیت امنیت و محرمانگی در ارتباط روان درمانی، نرم افزار اسکایپ برای رمزنگاری مکالمات از AES 256-bit یا استاندارد پیشرفته رمزنگاری استفاده می کند که امنیت فوق العاده ای را فراهم می کند.

روش نمونه گیری در این مطالعه به شیوه ی در دسترس انجام شده است. همچنین اکثر مراجعه کنندگان (۷۳ درصد) کسانی هستند که قبلاً با درمانگر به صورت حضوری جلسه داشته اند و در حال حاضر درمان را به صورت راه دور ادامه می دهند و گروه دیگر (۲۷ درصد) افرادی هستند که از ابتدا درمان را به صورت از راه دور شروع کرده اند و تجربه ملاقات حضوری با درمانگر را نداشته اند. درمانگر با ۲۰ سال تجربه روان درمانی و خانواده درمانی، در مرکز درمان کوتاه مدت موسسه پژوهش های روانی در پالو آلتوی کالیفرنیا به عنوان پژوهشگر و درمانگر مشغول به تحقیق در مورد فرایند درمان کوتاه مدت و مکانیزم های تغییر در فرایند درمان است. پذیرش مراجعین و تعیین وقت مشاوره توسط کارشناسان مرکز در ایران هماهنگ

خانواده به عنوان بستری برای رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی، عملکرد این نهاد از دیرباز مورد توجه روان شناسان بوده است. روان درمانگر طی جلسات متعدد، تمام اعضا خانواده (یا بخشی از آنها) را به صورت همزمان تحت درمان قرار می دهد. با توجه به اینکه گاهی اعضای خانواده در شهر یا کشور دیگری زندگی می کنند، و یا به دلیل مشغله و شرایط کاری امکان شرکت حضوری در جلسات را ندارند، تنها راه دسترسی به آنها استفاده از تکنولوژی های ارتباطی راه دور است و همین ویژگی، خانواده درمانی را تبدیل به گزینه مناسبی برای روانشناسی از راه دور می کند.

در این مطالعه تعدادی از مراجعه کنندگان به یک مرکز خانواده درمانی در شهر مشهد مورد مطالعه قرار گرفته اند که درمانگر آنها پیش از پایان دوره درمان بنا به دلایل کاری ناچار به مهاجرت به خارج از کشور شد، و پس از آن ادامه درمان به صورت اینترنتی دنبال گردید. قطع فرایند درمان به صورت ناگهانی و غیر برنامه ریزی شده از سوی درمانگر به دلیل مسائلی مانند بازنشستگی، بیماری، مرگ، تغییر در برنامه زمانی، و یا مهاجرت، می تواند موجب صدمات روحی عاطفی و ایجاد ابهام و سردرگمی برای مراجعین شود [۱۳]. در مطالعه حاضر برای اجتناب یا کاهش مشکلات ناشی از قطع درمان، از تکنولوژی راه دور استفاده شده است که ضمن حفظ پیوستگی فرایند درمان، از صرف هزینه های مالی و زمانی مضاعف برای بازساخت رابطه جدید و بازگویی مجدد مسائل توسط بیمار جلوگیری می نماید.

با توجه به سوالات زیادی که در رابطه با امکان پذیری و مقبولیت روان درمانی از راه دور برای جامعه ایران مطرح است، در این پژوهش برای نخستین بار به طرح یک تجربه عملی از اجرای این روش درمانی پرداخته شده، و با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی و فرهنگی، و زیرساخت های ارتباطی موجود در این کشور، تاثیرات و عوامل موثر بر آن را مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است. از جمله اهداف این مطالعه می توان به بررسی نظرات و دیدگاه های بیمار و درمانگر در رابطه با روش مشاوره از راه دور، ارزیابی میزان پذیرش این

همچنین تیم متخصص به منظور مطابقت هرچه بیشتر سوالات با اهداف مطالعه حاضر و در نظر گرفتن ویژگی‌های بومی جمعیت مورد مطالعه، سوالات هدفمند و اختصاصی تری مطرح و به پرسشنامه نهایی اضافه نمودند. ساختار پرسشنامه در قالب سوالات باز و بسته است. به طور کلی ساختار پرسشنامه شامل دو بخش است که بخش اول شامل سوالات باز و گزینه‌ای است و خود از سه قسمت تشکیل شده است؛

- مشخصات دموگرافیک (چهار سوال)
 - سوالاتی در رابطه با سابقه جلسات قبلی مشاوره (شش سوال)
 - چهار سوال باز که نظر و دیدگاه فرد نسبت به مشاوره از راه دور را مورد توجه قرار می‌دهد (چهار سوال).
- بخش دوم شامل ۱۹ گویه و براساس طیف لیکرت پنج درجه - ای از خیلی کم تا خیلی زیاد تنظیم شده و به ترتیب نمرات ۱ تا ۵ به آن‌ها اختصاص یافته است. سوالات این بخش با هدف سنجش سه شاخص زیر تهیه شده‌اند:
- تعامل بیمار - روان‌درمانگر (ده سوال)
 - کارآمدی ابزار مشاوره (هفت سوال)
 - رضایت‌مندی (دو سوال)

به این ترتیب روایی محتوای ابزار با استفاده از نظرات سه نفر از متخصصین رشته تأیید گردید و برای سنجش پایایی آزمون از روش همسانی درونی بهره گرفته شد. این میزان نشان‌دهنده آن است که گویه‌هایی که سازنده یک طیف هستند، تا چه حد همگی یک خصیصه پنهان را می‌سنجد یا به عبارتی تا چه حد گویه‌های یک طیف با هم هماهنگ هستند. رایج‌ترین آماره مورد استفاده برای سنجش سازگاری درونی ضریب آلفای کرونباخ است. مقدار این کمیت برای هر یک از شاخص‌های تعامل بیمار - درمانگر، کارآمدی ابزار مشاوره و رضایت‌مندی به ترتیب ۷۲، ۷۳ و ۹۰ درصد بود.

جهت تکمیل پرسشنامه‌ها ابتدا توضیحاتی در رابطه با هدف مطالعه برای افراد داده شد و در صورت ابراز رضایت و تمایل، پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت. همچنین به منظور آگاهی از نظرات و دیدگاه‌های درمان‌گر از این نوع ارتباط و

می‌گردد. خط ارتباطی مورد استفاده، اینترنت بیسیم مبین‌نت با پهنای باند ۵۱۲ مگابیت بر ثانیه بوده و مشخصات فنی پایانه - های ارتباطی سیستم با پردازنده ۳۰۰ گیگا هرتز و صفحه نمایش ۶/۱۵ اینچ از نوع TFT LED-backlit LCD با دقت 366x768 بوده است. فاصله مراجعین از مانیتور در حدود نیم متر طوری تنظیم شده است که تصویر کامل صورت و بدن تا محدوده دست‌ها قابل مشاهده باشد. همچنین به لحاظ فضای اتاق سعی شده است تا حد امکان اصول و استانداردهای بیان شده در راهنمای انجمن پزشکی از راه دور آمریکا (American Telemedicine Association) رعایت گردد [۱۴]؛ روشنایی اتاق مانند نور روز تنظیم شده، به گونه‌ای که صورت و بدن فرد بدون سایه و به صورت کاملاً واضح قابل مشاهده باشد، همچنین پس زمینه تصویر ساده انتخاب شده است تا از برهم خوردن تمرکز و پرت شدن حواس جلوگیری شود. در صورت لزوم امکانات مورد نیاز برای نوشتن بر روی کاغذ و یا رسم شکل در اختیار مراجعین قرار داشت. برای رعایت ایمنی و محرمانگی ارتباط هیچ یک از مکالمات بر روی سیستم ضبط نمی‌گردید.

برای تهیه پرسشنامه ابتدا جستجوی کاملی در پایگاه اطلاعاتی پابمد (PubMed) با کلید واژه‌های «Telepsychology»، «Telepsychiatry»، «Telepsychotherapy» و «Telemental Health»، در ترکیب با عبارات «Satisfaction»، «Acceptability» و «evaluation» انجام شد و پس از بررسی متون و مقالات مرتبط، بخشی از پرسشنامه‌ی مقاله [۱۵] که روایی و پایایی آن به اثبات رسیده است به عنوان مبنای سنجش دو شاخص کارآمدی ابزار، و تعامل بیمار و روان‌درمانگر، انتخاب گردید. پس از ترجمه‌ی سوالات پرسشنامه توسط دو نفر از نویسندگان مقاله که تسلط کافی به زبان انگلیسی، و آشنایی لازم با حوزه تخصصی دارند، در مرحله بعد سوالات به لحاظ صحت ترجمه، وضوح و شفافیت، و تناسب با شاخص‌های مورد سنجش، به تأیید یک نفر متخصص در حوزه پزشکی از راه دور و یک نفر متخصص در زمینه روان‌درمانی رسید.

مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در (جدول ۲) نشان داده شده است. بر اساس مقادیر این جدول اغلب پاسخگویان زن بودند و تنها چهار نفر از ۳۰ پاسخگو را مردان تشکیل داده‌اند که تقریباً متناسب با نسبت جنسی جامعه آماری است. میانگین سنی پاسخگویان ۳۰ سال بوده، سنین ۱۸-۲۷ بیشترین درصد و سن بالای ۳۸ سال نیز کمترین درصد را به خود اختصاص داده است. در نتیجه، اغلب پاسخگویان زنان جوان زیر ۳۰ سال بوده‌اند.

تاثیرات احتمالی آن بر روند و کیفیت درمان، مصاحبه‌ی نیمه ساختمند با وی ترتیب داده شد که نتایج آن در بخش بعد مورد بررسی قرار گرفته است. تحلیل داده‌ها بانرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت.

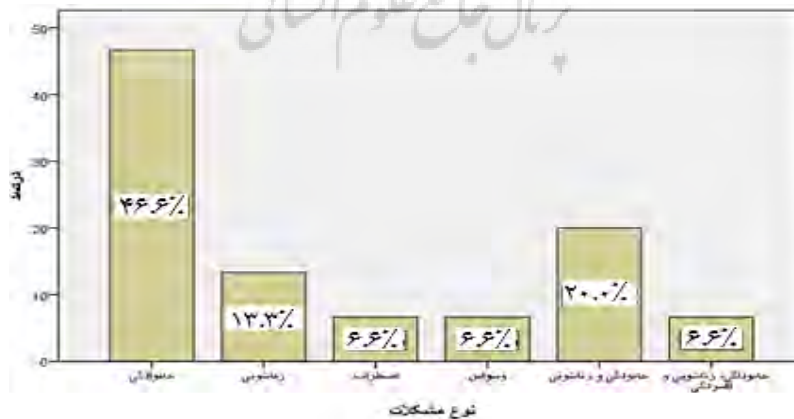
یافته‌ها

نتایج به دست آمده از این مطالعه در دو بخش دیدگاه مشتری و ارائه دهنده خدمات قابل بررسی است. تحلیل توصیفی از

جدول ۱: توزیع پاسخگویان بر اساس مشخصات دموگرافیک

متغیر	مشخصات دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۶	۸۶/۷
	مرد	۴	۱۳/۳
سن	۱۸-۲۷	۱۲	۴۰/۰
	۲۸-۳۷	۱۰	۳۳/۴
	۳۸<	۸	۲۶/۶
تحصیلات	دیپلم و پایین تر	۶	۲۰/۰
	فوق دیپلم	۶	۲۰/۰
	لیسانس	۱۰	۳۳/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۸	۲۶/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۸	۲۶/۷
	متأهل	۲۲	۷۳/۳

در حدود ۷۵ درصد از پاسخگویان فوق دیپلم و بالاتر، و ۷۳/۳ نشان داده شده است ۸۶/۶ درصد از مشکلات مطرح شده در درصد از پاسخگویان متأهل بوده‌اند. همانطور که در (شکل ۱) مشاوره‌ها خانوادگی و زناشویی بوده است.



شکل ۱: فراوانی نوع مشکلات افراد شرکت کننده در مطالعه

نتیجه دامنه تغییرات ممکن برای این شاخص بین ۱۰ تا ۵۰ بود. یعنی اگر کسی به همه گویه‌ها ۱ (خیلی زیاد) بدهد نمره کل او ۱۰ و اگر به همه گویه‌ها ۵ بدهد، نمره کل او ۵۰ بود. دامنه تغییرات در شاخص تعامل بیمار-درمانگر، بین ۲۰-۱۰ است که نشان می‌دهد اکثر پاسخگویان از گزینه‌های خیلی زیاد و زیاد در توصیف تعامل‌شان با روان‌درمانگر استفاده کردند و به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که همه پاسخگویان از این تعامل رضایت داشتند و آن را خوب توصیف کرده‌اند. (جدول ۲) نتایج به دست آمده برای هریک از گویه‌های این شاخص را نشان می‌دهد.

تعداد جلسات مشاوره اینترنتی از یک جلسه تا ۱۳ جلسه در میان پاسخگویان متغیر بود و اغلب پاسخگویان (۲۲ نفر) تجربه جلسه حضوری نیز با درمانگر داشته‌اند. علی‌رغم اینکه مراجعین در مورد مکان برقراری ارتباط محدودیتی نداشتند، اما بیشتر آن‌ها (۲۴ نفر) از مطب درمانگر برای دریافت مشاوره استفاده می‌کردند. در ادامه به بررسی هر یک از سه شاخص مورد اندازه‌گیری و تحلیل سوالات مرتبط با آن‌ها در پرسشنامه پرداخته شده است.

● شاخص تعامل بیمار-درمانگر: این شاخص شامل ده گویه بود و از طیف لیکرت پنج گزینه‌ای استفاده شده است. در

جدول ۲: توزیع درصد پاسخگویان به هریک از گویه‌های تعامل درمانگر - بیمار

ردیف	گویه‌ها	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	میانگین
۱	چقدر درمانگر نسبت به تغییرات احساسی شما در طول جلسه توجه نشان می‌دهد؟	۴۶/۷	۴۶/۷	۶/۷	۰	۰	۱/۶
۲	چقدر احساس می‌کنید درمانگر با دقت به حرف‌های شما گوش می‌دهد؟	۷۳/۳	۲۶/۷	۰	۰	۰	۱/۲
۳	تا چه حد در ارتباط اینترنتی به درمانگر اعتماد کنید؟	۸۶/۷	۱۳/۳	۰	۰	۰	۱/۱
۴	تا چه حد از اینکه درمانگر از شما سوالات خصوصی پرسد راحت هستید؟	۸۶/۷	۱۳/۳	۰	۰	۰	۱/۱
۵	تا چه حد صحبت‌های درمانگر از طریق اینترنت برای شما تاثیرگذار و باور پذیر است؟	۹۳/۳	۶/۷	۰	۰	۰	۱/۰
۶	تا چه حد به محرمانگی صحبت‌ها در ارتباط اینترنتی اعتماد دارید؟	۶۰/۰	۳۳/۳	۶/۷	۰	۰	۱/۴
۷	تا چه حد سرعت صحبت کردن درمانگر مناسب است؟	۵۳/۳	۳۳/۳	۱۳/۳	۰	۰	۱/۶
۸	تا چه حد از میزان ارتباط چشمی درمانگر با خود راضی هستید؟	۲۶/۷	۳۳/۳	۳۳/۳	۶/۷	۰	۲/۲
۹	چقدر احساس می‌کنید توسط درمانگر درک می‌شوید؟	۶۶/۷	۲۶/۷	۶/۷	۰	۰	۱/۴
۱۰	تا چه حد حالات و احساسات درمانگر را از طریق دوربین تشخیص می‌دهید؟	۴۶/۷	۴۰/۰	۱۳/۳	۰	۰	۱/۶

دوری فاصله بر نفوذ و تاثیر کلام درمانگر تاثیر منفی داشته است.

بررسی کارامدی ابزار مشاوره: نشان داد که ۷۳/۳ درصد از پاسخگویان به استفاده از اینترنت برای مشاوره گرفتن نمره‌ای متوسط و بالا و بقیه نمره کم ۲۶/۷ درصد داده‌اند. (جدول ۳) توزیع درصد پاسخگویان به هریک از گویه‌های این شاخص را نشان می‌دهد.

همانطور که در جدول بالا مشاهده می‌شود گویه شماره هشت که میزان رضایت بیمار از ارتباط چشمی با روان‌درمانگر را می‌سنجد بیشترین امتیاز را در میان گویه‌های مربوط به سنجش تعامل درمانگر-بیمار کسب کرده است، و در مقابل گویه شماره پنج که باورپذیری کلام درمانگر از طریق اینترنت را مورد بررسی قرار می‌دهد کمترین امتیاز را داشته است، که می‌توان نتیجه گرفت

جدول ۳: توزیع درصد پاسخگویان به هر یک از گویه‌های تعامل کارآمدی ابزار مشاوره

ردیف	گویه‌ها	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	میانگین
۱	تا چه حد صدای درمانگر برای شما واضح است؟	۴۰/۰	۵۳/۳	۶/۷	۰	۰	۱/۶
۲	تا چه حد تصویر درمانگر برای شما واضح است؟	۳۳/۳	۶۰/۰	۶/۷	۰	۰	۱/۷
۳	آیا اندازه‌ی تصویر درمانگر در قاب ماینیتور و فاصله آن برای شما مناسب است؟	۴۶/۷	۴۰/۰	۱۳/۳	۰	۰	۱/۶
۴	تا چه حد تاخیر در صدا و تصویر را در حین مشاوره تجربه می‌کنید؟	۰	۲۰/۰	۲۶/۷	۲۰/۰	۳۳/۳	۳/۶
۵	ایا تجربه نا تمام ماندن جلسه به دلایل فنی مانند قطع برق، بروز اشکال در کامپیوتر یا قطع اینترنت را داشته اید؟	۰	۰	۱۳/۳	۲۶/۷	۴۰/۰	۴/۶
۶	آیا به دلیل کیفیت نامناسب ارتباط اینترنتی از گفتن مطلبی که می‌خواستید بگویید منصرف شده اید؟	۰	۰	۱۳/۳	۳۳/۳	۳۳/۳	۴/۶
۷	در کل کیفیت ارتباط و سرعت اینترنت را چطور ارزیابی می‌کنید؟	۲۰/۰	۳۳/۳	۴۶/۷	۰	۰	۲/۲

رضایتمندی از مشاوره اینترنتی: داده‌های پژوهش نشان داد که ۹۳/۳ درصد از پاسخگویان از مشاوره اینترنتی رضایت زیاد تا متوسط داشتند. نکته جالب این است که همه پاسخگویان علی‌رغم رضایت از مشاوره اینترنتی، اولویت را به مشاوره حضوری داده‌اند. هر ۳۰ پاسخگو در پاسخ به سوال

«اولویت شما برای مشاوره گرفتن کدام است؟»، مشاوره حضوری را انتخاب کردند. همچنین در (جدول ۷) توزیع درصد پاسخگویان به هر یک از گویه‌های این شاخص قابل مشاهده است.

جدول ۴: توزیع درصد پاسخگویان به هر یک از گویه‌های رضایتمندی

ردیف	گویه‌ها	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	میانگین
۱	به طور کلی، چقدر از مشاوره اینترنتی راضی هستید؟	۴۰/۰	۴۰/۰	۱۳/۳	۰	۶/۷	۱/۹
۲	چقدر مایل به ادامه دادن این سبک مشاوره هستید؟	۳۳/۳	۳۳/۳	۲۶/۷	۰	۶/۷	۲/۱

به منظور بررسی ارتباط متغیرهای زمینه‌ای و شاخص‌های مورد مطالعه از ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپرمن استفاده شده است. ارتباط شاخص تعامل درمانگر-بیمار با متغیرهای سن و تحصیلات و همچنین شاخص کارآمدی ابزار نشان داده شده است. ضریب اسپرمن نشانگر همبستگی متوسط و مثبت بین شاخص تعامل با سن ۴۸ درصد و تحصیلات ۴۳ درصد است که این همبستگی با توجه به سطح معناداری قابل تعمیم است. در واقع، با افزایش سن و افزایش سطح تحصیلات، تعامل درمانگر-بیمار مثبت‌تر ارزیابی شده است. همچنین با توجه به ضریب اسپرمن هر چه کارآمدی ابزار مشاوره بیشتر باشد، تعامل بهتری بین درمانگر و بیمار ایجاد می‌شود. همبستگی بین این دو شاخص متوسط ۴۲ درصد و قابل تعمیم به جامعه آماری است.

در این پژوهش ارتباط نمره رضایتمندی از مشاوره با نوع مشکل مراجعه کننده نیز مورد بررسی و سنجش قرار گرفت که برای این منظور از آزمون کروسکال والیس استفاده شد که آزمونی ناپارمتریک و از سری آزمون‌های آنالیز واریانس محسوب می‌شود.

با توجه به یافته‌های پژوهش مراجعین با مشکلات خانوادگی - زناشویی با رتبه ۴۴/۵۰ بیشترین و کسانی که مشکل وسواس داشتند، با میانگین رتبه ۱۲/۵۰ کمترین میزان رضایتمندی را داشتند.

با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۱ و درجه آزادی چهار، مقدار کی‌دو در جدول استاندارد ۱۳/۲۸ به دست می‌آید که مقایسه تفاوت میانگین رتبه‌ها در با این مقدار، ارتباط دو

پرسیده شدند. اولین سوال به بررسی دیدگاه مراجعه کننده نسبت به مزایا و معایب مشاوره اینترنتی پرداخته است که پاسخ- های به دست آمده در قالب (جدول ۵) دسته بندی شده اند.

شاخص نوع مشکلات و میزان رضایت مندی از مشاوره را در همه موارد معنی دار نشان داد.

بررسی نظرات بیماران نسبت به مشاوره اینترنتی: نظرات بیماران درباره مشاوره اینترنتی به طور عام در قالب چهار سوال باز

جدول ۵: دسته بندی دیدگاه مراجعین نسبت به مزایا و معایب مشاوره اینترنتی

مزایا	معایب
امکان ادامه درمان با یک روان درمانگر علی رغم بعد جغرافیایی	اختلاف ساعت: عدم دسترسی به روان درمانگر در شرایط اورژانس/ محدودیت ساعات قابل زمان بندی در طول روز با توجه به اختلافات زمانی بین کشورها
امکان بهره مندی از مشاوره در شرایطی که مشاوره حضوری مقدور نباشد	درک کمتر احساسات و عواطف/ تسکین کمتر
قابل دسترس بودن درمانگر	قطع و وصل شدن ارتباط اینترنتی

اینترنتی را انتخاب کرده اید؟»، از تحلیل پاسخ های مراجعین این گونه استنباط گردید که با توجه به اینکه مشاوره گرفتن و مراجعه به روانکاو امری رایج در جامعه ایران محسوب نمی شود، چیزی که بیماران را علی رغم نگاه منفی اولیه شان، به تجربه کردن مشاوره اینترنتی وامی دارد نه شرایط خاص و محدودیت های شخصی در مراجعه حضوری به روان شناسان که داشتن اعتماد به روان درمانگر خاص است.

• بررسی دیدگاه های روان درمانگر: به منظور بررسی نظرات و دیدگاه های درمان گر نسبت به مشاوره از راه دور، مصاحبه حضوری به مدت ۴۵ دقیقه و به صورت نیمه ساخت یافته ترتیب داده شد. سوالات متناسب با اهداف مطالعه در سه بخش کیفیت تعامل با بیمار، کیفیت ارتباط اینترنتی، و رضایت مندی تنظیم شد. در رابطه با کیفیت تعامل با بیمار، درمانگر در پاسخ به این سوال که تا چه حد از طریق صدا و تصویر می تواند هیجانانگیز و حالات روحی و روانی مراجعین را به درستی درک کند، بیان داشت که این مسئله در مورد مراجعه کنندگانی که قبلاً به صورت حضوری ویزیت شده اند خیلی راحتتر، از روی لحن بیان یا حالات چهره، قابل تشخیص است؛ در مقابل در مورد مراجعینی که تا به حال رو در رو ملاقات نشده اند، باید به ناچار سوالات بیشتری پرسیده شود تا احساس وی به درستی درک گردد. همین مسئله موجب می شود برای رسیدن به تشخیص دقیق تر از مشکل بیمار زمان بیشتری نسبت به حالت حضوری نیاز باشد و این امر گاهی روند درمان را کندتر می کند.

از میان معایب برشمرده، قطع و وصل شدن ارتباط و درک کمتر احساسات در مشاوره از راه دور، هر دو با بیشترین فراوانی و توسط شش نفر (۲۰ درصد) از پاسخگویان ابراز شد.

سوال دوم نگرش افراد نسبت به مشاوره اینترنتی را پیش از مبادرت به آن و همچنین پس از تجربه کردن این فرایند، مورد توجه قرار داده است. تحلیل نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که اغلب پاسخگویان نظر مثبتی درباره استفاده از مشاوره اینترنتی پیش از آغاز آن نداشتند. از جمله دلایلی که مراجعین برای این مسئله عنوان کردند می توان به اظهار نگرانی و عدم اطمینان نسبت به امکان برقراری ارتباط خوب و موثر با روان درمانگر از راه دور، و عدم رعایت نظم معمول در جلسات مشاوره به دلیل اختلاف زمانی بین کشورها و یا فراموشی جلسات توسط درمانگر اشاره کرد. اما تقریباً همه پاسخگویان پس از استفاده از این نوع مشاوره آن را قابل قبول دانستند و از درک متقابل با روان درمانگر راضی بودند و از اینکه امکان ادامه درمان با درمانگر خودشان را دارند، ابراز رضایت کردند.

۹۰ درصد پاسخگویان در پاسخ به سومین سوال با عنوان «چرا مشاوره اینترنتی را علی رغم امکان گرفتن مشاوره حضوری انتخاب کردید؟»، دانش، آگاهی و توانمندی درمانگرشان را علت دانستند و اعتمادی که به روش و تجربیات وی داشتند را مهمترین علت انتخاب مشاوره اینترنتی بیان کردند.

در سوال چهارم از مراجعین پرسیده شد «چرا علی رغم امکان مشاوره حضوری با دیگر روانشناسان در سطح شهر، مشاوره

همزمان را به عنوان یکی از مهمترین شرایط برای ارائه خدمات باکیفیت از راه دور در ایران دانستند.

همچنین درمانگر نسبت به رضایتمندی از درمان راه دور می گوید: «... روان‌درمانی از راه دور با اینترنتی به درمانگر و مراجع امکان و انعطاف پذیری بالایی را از نظر مکانی و زمانی می‌دهد تا نیاز به مراجع جهت ملاقات و حل مسئله تامین شود. سهولت اجرای درمان از هر مکان و زمانی می‌تواند بالقوه در چندین بعد از جمله مالی، زمانی و انرژی صرفه جویانه باشد. درمان اینترنتی می‌تواند رابطه درمانگر و مراجع را که به صورت چهره به چهره در یک کلینیک شکل گرفته، علیرغم فاصله جغرافیای زیاد بین آن‌ها تداوم ببخشد و مراجعه کننده را از آسیب احتمالی قطع رابطه درمانی محافظت کند. تجربه بنده در درمان اینترنتی به طور کلی مثبت و رضایت بخش بود، به خصوص برای مراجعینی که دسترسی به اینترنت پرسرعت داشتند و مشکلات فنی در انتقال صوت و تصویر را نداشته‌ایم. از این رو روال درمان برای مراجعین اروپا و امریکا به مراتب رضایت بخش تر بوده و درمان موثرتری برای مراجعین در پی داشته است...». وی همچنین مهم ترین عوامل در میزان اثر درمانی و رضایت از درمان اینترنتی را براساس تجربیات شخصی به ترتیب زیر عنوان کرد:

۱. کیفیت فنی و وضوح انتقال پیام صوتی و تصویری
 ۲. میزان پذیرش و آمادگی مراجع برای حضور در درمان اینترنتی
 ۳. تجربه و مهارت‌های درمانگر در زمینه درمان اینترنتی
- در نهایت باید به خاطر داشت که درمان اینترنتی نیز نیازمند آموزش تمرین و مهارت‌های خاص خود به لحاظ بالینی، اخلاقی، و ابزار فنی می‌باشد. وقتی درمانگر بر این مهارت‌ها مسلط باشد، رضایت درمانی برای وی و مراجعینش افزایش می‌یابد. در برخی کشورها نرم افزارها و خطوط ارتباطی ویژه درمان اینترنتی تهیه شده که از سرعت کیفیت، و امنیت اطلاعات شخصی بالا برخوردارند و استانداردهای خاصی را رعایت می‌کنند. یقیناً در اختیار داشتن چنین ابزارهایی در کشور ما نیز می‌تواند به ارائه درمانی موثرتر و رضایت بخش تر کمک شایانی کند.

همچنین درمانگر معتقد است افرادی که تجربه بیشتری در کار با دنیای اینترنت و ارتباطات مجازی دارند، این روش درمانی را بهتر می‌پذیرند. وی در این رابطه می‌گوید: «... فردی که قبلاً از طریق ارتباط اینترنتی با دوست، خواهر یا برادر احساساتش را منتقل کرده، احساسات وی را شنیده، خندیده و یا گریه کرده، برقراری ارتباط درمانی از راه دور برایش خیلی ملموس تر است.

با توجه به اینکه یکی از نیازهای اساسی بیمار در جلسات مشاوره شنیده شدن و درک شدن است، درمانگر اعتقاد دارد به دلیل آنکه در ارتباط از راه دور، بیمار تصور می‌کند دوری فاصله مانع از آن می‌شود که درمانگر احساسات و هیجانات او را کامل بشنود، در نتیجه تخلیه هیجانی به اندازه حالت حضوری اتفاق نمی‌افتد که همین امر می‌تواند بر کیفیت درمان تاثیر گذارد. همچنین درمانگر اذعان داشت بعد فاصله در لحظاتی که بیمار دچار هیجانات شدید می‌شود، بسیار آزار دهنده است زیرا انتقال حس یکدلی و حمایت عاطفی درمانگر از بیمار در این شرایط و از راه دور بسیار مشکل و حتی گاهی غیرممکن است. نکته مهم دیگر در رابطه با تعامل درمانگر و بیمار، جلب اعتماد بیمار به حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن گفتگو است. برای این منظور درمانگر در ابتدای جلسه از بیمار می‌خواهد در اتاق بسته باشد و کسی در اتاق حضور نداشته باشد، اشاره به این نکته از سوی درمانگر به بیمار این اطمینان را می‌دهد که درمانگر نسبت به رعایت محرمانگی پایبند و متعهد است و خود نیز این موارد را رعایت می‌کند.

در مورد کیفیت ارتباط اینترنتی، درمانگر با اشاره به تجربیاتی که از ارتباطات اینترنتی درمانی در خارج از کشور داشته است، بزرگترین مشکل در اجرای روانشناسی از طریق اینترنت در ایران را، سرعت پایین و قطع ناگهانی ارتباط به دلایل فنی دانست که فشار روانی زیادی بر هر دو طرف رابطه تحمیل می‌کند و روند درمان را دچار اختلال می‌کند. مطالعات مهدی پور و همکاران [۱۶] و مظهری و بهاء‌الدینی بیگی [۴] نیز در تایید این یافته، ضرورت وجود زیر ساخت‌های مناسب برای ارتباطات درمانی

بحث و نتیجه گیری

طی مطالعات صورت گرفته ارائه خدمات روانشناسی از راه دور نسبت به جلسات حضوری، چالش‌ها و محدودیت‌های خاص خود را دارد، از جمله می‌توان به کنترل کمتر درمانگر بر محیط، دشواری در ایجاد رابطه همدلی درمان‌بخش (Therapeutic Alliance) با بیمار، ملاحظات مربوط به محرمانگی اطلاعات، و اصول اخلاقی و مسائل قانونی اشاره نمود؛ اما در شرایطی که امکان دسترسی به خدمات حضوری وجود نداشته باشد، این روش را می‌تواند جایگزین مفید و اثربخشی در کاهش و یا کنترل مشکلات روانی دانست [۱۷]. در بعضی موارد علی‌رغم وجود امکانات درمان حضوری، افراد به دلایل مختلف مانند انگ اجتماعی، دشواری رفت و آمد، و یا عدم امکان مراجعه به دلیل مسئولیت نگهداری از کودک یا فرد سالمند، روش راه دور را ترجیح می‌دهند. به این ترتیب انجام مطالعات بیشتر در این حوزه به کاهش یا رفع محدودیت‌های بیان شده، و بهبود کیفیت خدمات کمک شایانی خواهد نمود.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رضایت بیماران ایرانی از روان‌درمانی از راه دور در حد بالایی قرار دارد. از جمله مطالعاتی که به بررسی رضایتمندی این روش درمان پرداخته‌اند می‌توان به [۱۸] اشاره کرد که سیمپسون در سال ۲۰۰۱ در یک مطالعه آزمایشی به بررسی امکان‌پذیری و مقبولیت ویدئو کنفرانس برای ارائه خدمات روانشناسی بالینی در جزایر شتلند پرداخت. نتایج نشان داد که روان‌درمانگر و ۹۰ درصد مراجعه‌کنندگان از جلسات درمانی ویدئو کنفرانس رضایت بالایی داشته‌اند، همچنین مراجعه‌کنندگان توانسته‌اند ارتباط درمانی مثبتی با درمانگر خود برقرار کنند و همه آن‌ها بهبودهایی را در نتیجه درمان گزارش کرده‌اند. به طور مشابه نتایج پژوهش ریس و همکاران که در سال ۲۰۱۵ در ایالت کنتاکی آمریکا انجام شد، نیز رضایت مثبت والدین از برنامه‌های تربیتی کودکان را گزارش کرده است که به صورت ویدئو کنفرانس ارائه می‌شد [۱۹]. با مقایسه نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌های مشابه، می‌توان دریافت که شاخص رضایتمندی و کارایی در اکثر مطالعات روان‌شناسی از راه دور

در راستای هم‌استوایی روش درمان می‌تواند جایگزین خوبی برای حالت حضوری باشد [۲۰].

از دیگر مطالعاتی که کارایی روان‌شناسی از راه دور را مورد توجه قرار داده‌اند، می‌توان به سلسله تحقیقات شور و همکارانش در بین سالهای ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۸ بر روی کهنه سربازان بازمانده از جنگ ویتنام ساکن روستا اشاره کرد؛ وی در [۲۱] به مقایسه پایایی نتایج آزمون تشخیص اختلالات روانپزشکی (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) SCID در دو حالت حضوری و ویدئو کنفرانس پرداخته است که در نتایج به دست آمده اختلاف معناداری بین پاسخ شرکت‌کنندگان در دو گروه وجود نداشت، بدین معنا که تشخیص اعلام شده توسط روان‌شناس در هر دو حالت حضوری و راه دور یکسان بوده است. در [۲۲] شور و همکارانش تاثیر فرهنگ در مقبولیت و پذیرش روش راه دور را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج این تحقیق نیز تفاوت معناداری را در نگرش افراد با فرهنگ‌های مختلف نسبت به پذیرش روش راه دور نشان نمی‌دهد، که این مسئله با مقایسات صورت گرفته بین نتایج حاصل از این تحقیق و پژوهش‌های خارجی، همخوانی دارد. رید و همکاران در سال ۲۰۱۴ در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر استفاده از رسانه‌های اجتماعی بر روی درک و پذیرش افراد برای استفاده از سرویس‌های روان‌شناسی از راه دور پرداخته‌اند [۲۳]. نتایج بیان می‌دارد که استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی تاثیر قابل توجهی بر نگرش افراد نسبت به سرویس‌های بهداشت روان از راه دور دارد، که این یافته موید دیدگاه درمانگر در پژوهش حاضر است. در نتیجه انتظار می‌رود با فراگیر شدن استفاده از رسانه‌های اجتماعی و پیشرفت تکنولوژی، درک مثبت نسبت به سرویس‌های بهداشت روان از راه دور افزایش یابد. کاهش هزینه‌ها به عنوان یکی از مزایای مهم برنامه‌های خدمات روان‌شناسی از راه دور محسوب می‌گردد؛ نتایج ارزیابی‌های اقتصادی حاکی از آن است که این روش درمان با کاهش ارجاع‌های غیر ضروری بیماران به مراکز درمانی در نهایت به صرفه‌جویی در هزینه‌های بیماران منجر می‌شود [۲۴]. پژوهش حاضر از منظر دیگری به کاهش هزینه در نتیجه به کارگیری تکنولوژی از راه دور پرداخته است، و آن اجتناب از

هزینه‌های ناشی از قطع درمان و مراجعه به درمانگر دیگر است. مطالعات زیادی به بررسی تاثیر روان درمانی از راه دور در محیط بالینی پرداخته‌اند که از آن جمله می‌توان به [۲۵] اشاره کرد که کاهش طول مدت بستری بیمار را در نتیجه‌ی ارائه خدمات مشاوره روانی از راه دور نشان داده است. مطالعات دیگر در این زمینه به تبعیت بهتر از دستورات دارویی [۲۶]، کاهش علائم بیماری و بهبود فرآیند در درمان بیماران به عنوان نتایج ارائه خدمات سلامت روان از راه دور در خانه پرداخته‌اند [۲۷]؛ در نتایج این مطالعه به علت قراردادن بیماران در محیط امن خانه، و بدون برخورد با محیط پر استرس درمانی، همکاری بیشتری برای پیگیری طرح درمان، از خود نشان داده‌اند.

اکثر مقالات بهداشت روان از راه دور در حوزه روانپزشکی بود و به بررسی درمان اختلالاتی مانند وسواس فکری عملی (OCD)، اختلال کم توجهی - بیش فعالی (ADHD)، اضطراب و افسردگی می‌پردازد [۲۸]. طی بررسی‌های صورت گرفته در مطالعات حوزه روانشناسی و مشاوره از راه دور تاکنون هیچ مطالعه‌ای حوزه خانواده درمانی را مورد مطالعه و بررسی قرار نداده است. به همین جهت امکان مقایسه نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه در این زمینه وجود ندارد.

استفاده از تجربیات و نتایج مطالعات انجام شده در کشورهای غربی بسیار مفید و کمک کننده خواهد بود اما هر جامعه‌ای با توجه به شرایط، امکانات و نیازهای خاص خود باید مطالعات اولیه‌ای برای اجرای هر چه موفق تر برنامه‌های ارائه خدمات سلامت از راه دور انجام دهد. نتایج این مطالعه دورنمای امیدبخشی از مقبولیت استفاده از تکنولوژی‌های ارتباطی راه دور را، هم برای ارائه دهندگان و هم مشتریان خدمات سلامت روان، در شرایط خاص فرهنگی، اجتماعی، مذهبی و زیر ساخت‌های تکنولوژی در ایران ارائه می‌نماید.

یکی از نکات جالب توجه در این مطالعه وجود افرادی است که علی‌رغم دسترسی به امکانات روان درمانی بصورت حضوری، متقاضی درمان به صورت اینترنتی بوده‌اند تا ۸۰ درصد نسبت به این روش درمانی رضایت زیاد داشته‌اند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعداد نمونه کم و محدود بودن مطالعه بر

روی یک مرکز اشاره کرد. با توجه به اینکه بیماران تحت مطالعه با درمانگر واحدی در ارتباط بودند، ممکن است نتایج بدست آمده تا حدی تحت تاثیر عملکرد و ویژگی‌های فردی وی قرار داشته باشد. از طرفی با در نظر گرفتن بافت سنتی و مذهبی جامعه ایران و اینکه بسیاری از مشکلات اخلاقی جامعه امروز ریشه در اختلافات خانوادگی دارد و در صورتی که این اختلافات به موقع و به روش اصولی مورد بررسی و تحلیل قرار نگیرد، می‌تواند سرمنشأ بسیاری از مشکلات روانی مانند اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و ناهنجاری‌های رفتاری مرتبط با آن‌ها مانند اعتیاد، روابط جنسی ناسالم، بزهکاری، و خودکشی باشد که هزینه زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند، تمرکز بر این مهم را می‌توان به عنوان یکی از نقاط قوت مطالعه برشمرد [۲۹]. همچنین تهیه یک ابزار بومی معتبر جهت سنجش کارایی روان درمانی از راه دور در این مطالعه، می‌تواند سرمنشأ مطالعات بعدی در این حوزه باشد.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر نخستین گام برای ارزیابی امکان پذیری و مقبولیت ارائه خدمات سلامت روان به صورت از راه دور در کشور ایران است، ضرورت انجام مطالعات بیشتر در این حوزه به خوبی احساس می‌شود. پیشنهاد می‌شود تاثیر تکنولوژی‌های ارتباطی دیگر مانند تلفن و نرم افزارهای تحت موبایل، در مطالعات بعدی مورد توجه قرار گیرد. همچنین می‌توان با استفاده از پرسشنامه طراحی شده در این مطالعه، کارایی روانشناسی راه دور را در بین گروه‌های سنی مختلف، در رابطه با بیماری‌ها و اختلالات روانی متفاوت، و برای روش‌های درمانی مختلف مورد بررسی قرار داد و نتایج آن را با مطالعه حاضر مقایسه نمود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش وظیفه خود می‌دانند که از کلیه پرسنل موسسه پژوهشی روانشناختی مشکات که در جمع اوری داده‌ها صمیمانه همکاری داشتند و همچنین مراجعه کنندگانی که وقت خود را در اختیار ما قرار داده و با دقت به سوالات پاسخ داده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

References

1. Wootton R, Craig J, and Patterson V. Introduction to telemedicine. London:Royal Society of Medicine Press; 2006.
2. Deslich SA, Thistlethwaite T, and Coustasse A. Telepsychiatry in Correctional Facilities: Using Technology to Improve Access and Decrease Costs of Mental Health Care in Underserved Populations. *The Permanente Journal* 2013; 17(3): 80-94.
3. Wootton R. Telehealth in the developing world. London:Royal Society of Medicine Press; 2009.
4. Mehdipour Y, Esmail M, Khajepour E, Balochzahi F, Farhadi E. [Utilization of Telemental Health Services from the Viewpoints of Psychology Students of Zahedan Universities]. *Journal of Health and Biomedical Informatics Medical Informatics Research Center* 2015; 1(2): 122-30. [Persian]
5. Hilty DM, Ferrer D, Burke Parish M, Johnston B, J. Callahan E, and M. Yellowlees P. The effectiveness of telemental health: a 2013 review. *Telemedicine and e-Health* 2013;19(6): 444-54.
6. Rowe N, Gibson S, Morley S, and A. Krupinski E. Ten-year experience of a private nonprofit telepsychiatry service. *TELEMEDICINE and e-HEALTH* 2008; 14(10): 1078-86.
7. Morland LA, J. Greene C, Rosen C, D. Mauldin P, and Frueh C. Issues in the design of a randomized noninferiority clinical trial of telemental health psychotherapy for rural combat veterans with PTSD. *Contemporary clinical trials* 2009; 30(6): 513-22.
8. TeleMental Health Institute (TMHI). [updated:18 Jan 2015; cited: 24 Mar 2015]. Available from: <http://telehealth.org/>
9. Institute z. Innovative Resources And Online Continuing Education. [updated:6 Feb 2015; cited: 24 March 2015]. Available from: <http://www.zurinstitute.com/>
10. Jefee-Bahloul H. Telemental health in the Middle East: overcoming the barriers. *Frontiers in public health* 2014; 2(86):1-4.
11. Psychological disorder statistics in iran: Tabnak news. [updated: Feb 2015; cited: 26 Mar 2015] Available from: <http://www.tabnak.ir/>.
12. Walrond-Skinner S. Family Therapy (Psychology Revivals): The Treatment of Natural Systems. London: Routledge; 2014.
13. Woody SR, Detweiler-Bedell J, A. Teachman B, and O'Hearn T. Treatment planning in psychotherapy: Taking the guesswork out of clinical care. New York City: Guilford Press; 2003.
14. Yellowlees P, Shore J, and Roberts L. Practice guidelines for videoconferencing-based telemental health—October 2009. *Telemedicine and e-Health* 2010; 16(10) 10: 1074-89.
15. Shore JH, Brooks E, Savin D, Orton H, Grigsby J, and M. Manson S. Acceptability of telepsychiatry in American Indians. *Telemedicine and e-Health* 2008; 14(5): 461-466.
16. Mazhari Sh, Bahaadinbeigy K. [Telepsychiatry and its application in Iran]. *Iranian Journal of*

- Psychiatry and Clinical Psychology 2012; 17(4): 336-341. [Persian]
17. Brenes GA, W. Ingram C, and C. Danhauer S. Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. Professional Psychology: Research and Practice 2011; 42(6): 543-552.
18. Simpson S. The provision of a telepsychology service to Shetland: client and therapist satisfaction and the ability to develop a therapeutic alliance. Journal of Telemedicine and Telecare 2001; 7(1): 34-6.
19. Reese RJ, C. Slone N, Soares N, and RobSprang. Using Telepsychology to Provide a Group Parenting Program: A Preliminary Evaluation of Effectiveness. American Psychological Association. 2015; 12(3): 274-282.
20. O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, and Takhar J. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. Psychiatric Services 2007; 58(6): 836-43.
21. Shore JH, Savin D, Orton H, Beals J, and M. Manson S. Diagnostic reliability of telepsychiatry in American Indian veterans. The American journal of psychiatry 2007; 164(1): 115-118.
22. Shore JH, M. Savin D, Novins D, and M. Manson S. Cultural aspects of telepsychiatry. Journal of telemedicine and telecare 2006; 12(3): 116-124.
23. Reed RN, C. Messler E, Coombs T, P. Quevillon R. Social media use and the acceptability of telepsychological services in rural populations. Journal of Rural Mental Health 2014; 38(1): 2-8.
24. Morland LA, Raab M, Mackintosh M, S. Rosen C, Dismuke C, J. Greene C, Frueh C. Telemedicine: A Cost-reducing means of delivering psychotherapy to rural combat veterans with PTSD. Telemedicine and e-Health 2013; 19(10): 754-759.
25. Pakyurek M, Yellowlees P, Hilty D. The child and adolescent telepsychiatry consultation: Can it be a more effective clinical process for certain patients than conventional practice?. Telemedicine and e-Health 2010; 16(3): 289-92.
26. Cuevas CDL, Arredondo T, Cabrera F, Sulzenbacher H, Meise U. Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. Telemedicine Journal & e-Health 2006; 12(3): 341-50.
27. Godleski L, Darkins A, and Peters J. Outcomes of 98,609 US Department of Veterans Affairs patients enrolled in telemental health services, 2006–2010. Psychiatric services 2012; 63(4): 383-391.
28. Vogel PA, Solem S, Hagen K, M. Moen E, Launes G, T. Håland Å, Bjarne H, Himle J. A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. Behaviour research and therapy 2014; 63(8): 162-170.
29. World Health Organization. Investing in mental health. [updated: 25 Sept 2011; cited: 8 Apr 2015]. Available from: www.who.int



Assessing Satisfaction, Technology Usability, and Therapeutic Alliance in Tele-psychotherapy from Patients' and Counselor's Perspective

_____ Kamel Ghalibaf A¹ / Kamel Ghalibaf A² / Karimi H³ / Rastegar Moghadam N⁴ / Bahaadinbeigy K⁵
Abstract

Introduction: Telemental health is one of the most successful aspects of telehealth. In this study, we focus on family therapy as a branch of psychotherapy and analyze its efficacy in telecommunication settings.

Methods: This is a descriptive study conducted between October 2014 and February -2015. The sample of the study consisted of 30 patients having family therapy sessions via an internet based connection in a clinic in Mashhad. Data were collected by a questionnaire. The content validity of the questionnaire was established using a panel of 3 experts, and reliability was assured with internal consistency method. We also conducted a semi-structured interview with the psychotherapist in order to obtain his opinions on this method.

Results: The findings on three indices examined in this research showed that 80 percent of participants were satisfied with the interviewee/interviewer interaction, 73.3 percent of participants rated usability of the technology as moderate to high, while 93.3 percent of the participants reported high satisfaction with this method of telecounseling. The open-ended questions and the debriefing interview with the psychotherapist were reviewed, and general features of responses were extracted and classified.

Conclusion: Iran with the wide land area and considerable number of rural and deprived areas, has a good potential to benefit from telehealth advantages. As it is the first study examining the efficacy and acceptability of telepsychotherapy in Iran, further research is needed in order to examine other aspects of this field to find the best solution suitable for our country.

Key words: Telemedicine, Patient Satisfaction, Brief Psychotherapy, Internet

• Received: 25/April/2015 • Modified: 20/Aug/2015 • Accepted: 5/Aug/2015

1. PhD Candidate in Medical Informatics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
2. PhD Candidate in Sociology, Faculty of Sociology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran
3. PhD of Marriage and Family Therapy, Faculty of Psychology, Virginia Polytechnic Institute and State University, Virginia, United States
4. MSc of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran
5. Associate Professor, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran; Corresponding Author (kambizb321@gmail.com)