

## Research Paper

**Clients' Lived Experiences of Face-to-Face, Online and Hybrid Psychotherapy: A Comparative Phenomenological Study****Mousa Choupani** <sup>1✉</sup>, **Ebrahim Naeimi** <sup>2</sup>, **Akbar Ebrahimi Orang** <sup>3</sup>, **Hossein Vahedi** <sup>4</sup>

1. PhD in Counseling, Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3. PhD in Educational Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University of Tehran, Tehran, Iran

4. PhD in Educational Psychology, Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Farhangian University of Tehran, Tehran, Iran.

**Article Info:****Received:** 2025/07/22**Accepted:** 2025/10/31**PP:** 20

Use your device to scan and  
read the article online:

**DOI:** [10.22054/jcps.2026.91162.3319](https://doi.org/10.22054/jcps.2026.91162.3319)**Keywords:**

Psychotherapy, Face-to-face, Online, Hybrid, Phenomenology.

**Abstract**

**Background and Aim:** With the expansion of communication technologies, psychotherapy services are increasingly delivered through in-person, online, and hybrid formats, each offering distinct experiences for clients. The present study aimed to comparatively explore clients' lived experiences of in-person, online and hybrid psychotherapy using a descriptive phenomenological approach.

**Research Methodology:** The present study was conducted using a descriptive phenomenological approach in 2025 in the city of Tabriz. The participants consisted of 35 clients of psychotherapy services who were selected through purposive sampling and assigned to three groups: in-person (n = 11), online (n = 9), and hybrid (n = 15). Prior to participation in the study, clients had received psychotherapy services in one of these formats from licensed counseling and psychology professionals holding at least a doctoral degree. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using Colaizzi's (1978) phenomenological method.

**Findings:** Data analysis resulted in the identification of six themes: quality of the therapeutic relationship; clients' emotional experiences; practical and environmental factors; perceived effectiveness of the psychotherapy process; perceptions of the therapist's role and the therapeutic process; and clients' self-perceptions and personal changes. In-person psychotherapy was associated with deeper therapeutic relationships and a stronger sense of presence and empathy. Online psychotherapy facilitated accessibility and greater freedom of expression but was accompanied by technical limitations and reduced nonverbal communication. Hybrid psychotherapy provided a more balanced and flexible experience and contributed to continuity and stability in the counseling process.

**Conclusion:** The findings indicate that each psychotherapy format has specific strengths and limitations; however, hybrid psychotherapy may serve as an effective approach for addressing diverse client needs and enhancing the effectiveness of psychotherapy services.

**Citation:** Choupani, M., Naeim, E., Ebrahimi Orang, A., & Vahedi, H. (2025). Clients' Lived Experiences of Face-to-Face, Online and Hybrid Psychotherapy: A Comparative Phenomenological Study. *Clinical Psychology Studies*, 16(60), 69-88. <https://doi.org/10.22054/jcps.2026.91162.3319>

**\*Corresponding author:** Mousa Choupani

**Address:** Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, University of Isfahan, Iran.

**Tell:** 04446321667

**Email:** [m.choupani@cfu.ac.ir](mailto:m.choupani@cfu.ac.ir)

## Extended Abstract

### Introduction

The expansion of communication technologies has significantly transformed the delivery of psychotherapy services, facilitating in-person, online and hybrid formats. Each modality offers unique opportunities and constraints that shape clients' lived experiences, influencing therapeutic engagement, emotional processing, and personal growth. While prior research has often focused on the outcomes of psychotherapy, limited attention has been given to clients' comparative lived experiences across different service delivery modalities. The present study aimed to explore and compare clients' lived experiences of psychotherapy delivered in in-person, online, and hybrid formats using a descriptive phenomenological framework.

### Literature Review

Previous research has highlighted the pivotal role of psychotherapy in promoting mental health and preventing the exacerbation of psychological disorders (Bondarenko et al., 2024). Numerous studies have demonstrated the efficacy of in-person psychotherapy in alleviating symptoms of anxiety, depression, and behavioral disorders (Chen, 2023). With the advancement of communication technologies, online and hybrid models of psychotherapy have emerged, offering advantages such as increased accessibility, temporal and spatial flexibility, and broader population coverage. However, questions remain regarding the quality of the therapeutic relationship and the depth of engagement in these modalities (Zhao & Xu, 2025). Previous quantitative studies have primarily focused on outcome indicators, such as symptom reduction or client satisfaction (Fomicheva et al., 2024), while the comparative exploration of clients' lived experiences across different modalities has received limited attention. Qualitative investigations indicate that the therapeutic relationship, emotional experiences, and clients' perceptions of personal change are central factors influencing psychotherapy effectiveness (Olfson et al., 2025). Moreover, existing evidence underscores the significant role of cultural, social, and individual factors in shaping clients' experiences and perceptions of the therapeutic process (Kirkbride et al., 2024). Given the current gap in comparative studies, examining clients' lived experiences in in-person, online, and hybrid psychotherapy can provide a deeper understanding of service quality, reveal the strengths and limitations of each modality, and offer an evidence-based framework for optimizing psychotherapy practices in the digital era.

### Methodology

This qualitative study adopted a descriptive phenomenological approach (Colaizzi, 1978) and was conducted in 2025 in Tabriz, Iran. Participants were purposefully selected based on the inclusion criteria of having received counseling or psychotherapy services from professionals with at least a doctoral degree in counseling or psychology, and prior engagement in one of the three modalities. The final sample comprised 35 clients distributed across three groups: in-person ( $n = 11$ ), online ( $n = 9$ ), and hybrid ( $n = 15$ ). Data were collected through in-depth semi-structured interviews, focusing on participants' experiences of the therapeutic relationship, emotional responses, perceived effectiveness, the counselor's role, and personal changes resulting from counseling. Interviews lasted between 45 and 90 minutes and were audio-recorded with participants' informed consent. Data were analyzed according to Colaizzi's seven-step method, including extraction of significant statements, formulation of meanings, clustering of themes, and validation through participant review to ensure rigor and credibility.

### Results

Analysis of the interview data revealed six overarching themes, each encompassing modality-specific experience:

**1. Quality of the Therapeutic Relationship:** In-person psychotherapy facilitated direct, face-to-face interaction, deeper trust, and enhanced non-verbal communication. Online psychotherapy offered greater convenience and freedom of expression but was constrained by limited eye contact and non-verbal cues. Hybrid psychotherapy combined the advantages of both modalities, providing a flexible and continuous therapeutic connection.

**2. Emotional Experiences of Clients:** In-person sessions were associated with greater emotional support, reduced anxiety, and more rapid therapeutic change. Online sessions enabled clients to express themselves more freely yet elicited mixed or ambivalent emotional responses. Hybrid sessions fostered gradual and sustained emotional adjustment, promoting continuity and adaptability.

**3. Practical and Environmental Considerations:** In-person sessions posed time, location, and financial limitations. Online psychotherapy enhanced accessibility and reduced logistical constraints but occasionally presented technical difficulties and environmental distractions. Hybrid psychotherapy allowed optimal time management, reduced limitations, and increased client satisfaction.

**4. Perceived Therapeutic Effectiveness:** Clients reported deeper, more intensive change in in-person psychotherapy. Online psychotherapy yielded moderate effectiveness dependent on the quality of interaction and technology. Hybrid psychotherapy achieved balanced outcomes, facilitating both substantial therapeutic progress and sustained engagement.

**5. Perceived Role of the Counselor and Therapeutic Process:** In-person psychotherapy emphasized the counselor's interpersonal attributes, empathy, and direct feedback. Online psychotherapy required proficiency in technology, verbal communication, and flexible structuring of sessions. Hybrid psychotherapy necessitated counselor adaptability to integrate both in-person and virtual modalities effectively.

**6. Clients' Self-Perception and Personal Change:** In-person psychotherapy fostered self-awareness, cognitive restructuring, and personal growth. Online psychotherapy enabled independent reflection and gradual change, while hybrid psychotherapy supported sustained development, combining the depth of in-person therapy with the autonomy and flexibility of online sessions.

## Discussion and Conclusion

The findings indicate that each psychotherapy modality presents unique strengths and limitations. In-person psychotherapy offers deep relational and therapeutic experiences; online psychotherapy enhances accessibility and expressive freedom; and hybrid psychotherapy provides a balanced, flexible, and sustainable approach. Practically, hybrid psychotherapy emerges as an effective modality capable of addressing diverse client needs, optimizing therapeutic engagement, and enhancing overall treatment outcomes. The study underscores the importance of modality-specific training for psychotherapists, infrastructure development for online services, and the design of hybrid programs that integrate initial in-person sessions with subsequent online follow-ups to maximize therapeutic continuity and client satisfaction.

## Acknowledgments

The authors sincerely express their gratitude to all participants who generously shared their experiences and contributed to this study, as well as to the academic mentors and colleagues who provided guidance during data collection and analysis.

## References

- Bondarenko, A., Kucherovska, N., & Fedko, S. (2024). Status and Problems of Counseling Psychology in the Modern World and Ukraine. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (21), 29-36. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-05>
- Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). New York: Oxford University Press. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=573953>
- Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48–71). New York: Oxford University Press. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=573953>
- Chen, X. (2023). Research on counseling therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Social Science Humanities and Literature*, 6(6), 83-87. [https://doi.org/10.53469/jsshl.2023.06\(06\).15](https://doi.org/10.53469/jsshl.2023.06(06).15)
- Fomicheva, E., Jyrgalbek, J., & Mikhaylova, O. (2024). What explains trust in online mental health therapy provision platforms? An online descriptive survey. *Digital Health*, 10(1), 2-11. <https://doi.org/10.1177/20552076241272616>
- Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243–273). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10595-013>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)
- Fomicheva, E., Jyrgalbek, J., & Mikhaylova, O. (2024). What explains trust in online mental health therapy provision platforms? An online descriptive survey. *Digital Health*, 10(1), 2-11. <https://doi.org/10.1177/20552076241272616>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry*, 23(1), 58-90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Olfson, M., McClellan, C., Zuvekas, S. H., Wall, M., & Blanco, C. (2025). Psychotherapy trends in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 182(5), 483-492. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240492>
- Zhao, X., & Xu, J. (2025). Exploring User Satisfaction in Online Mental Health Platform: An Integrated Framework Analysis of Trust, Quality, and Value Perceptions. *The Journal of Medicine, Humanity and Media*, 3(4), 81–133. <https://doi.org/10.62787/mhm.v3i4.202>



## مقاله پژوهشی

## بررسی تطبیقی تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی حضوری، مجازی، و ترکیبی: مطالعه‌ای پدیدارشناسانه

موسی چوپانی<sup>۱</sup> , ابراهیم نعیمی<sup>۲</sup> , اکبر ابراهیمی‌اورنگ<sup>۳</sup> , حسین واحدی<sup>۴</sup> 

۱. دکتری مشاوره، استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۳. دکتری روان‌شناسی تربیتی، استادیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران.
۴. دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران.

## چکیده

**زمینه و هدف:** با گسترش فناوری‌های ارتباطی، ارائه خدمات روان‌درمانی در بسترهای حضوری، مجازی و ترکیبی افزایش یافته و هر یک می‌تواند تجربه متفاوتی برای مراجعان ایجاد کند. هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی در این سه بستر با رویکرد پدیدارشناسی توصیفی بود.

**روش‌شناسی پژوهش:** پژوهش حاضر با روش پدیدارشناسی توصیفی و در سال ۱۴۰۴ در شهر تبریز انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۳۵ نفر از مراجعان روان‌درمانی بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در سه گروه حضوری (۱۱ نفر)، مجازی (۹ نفر) و ترکیبی (۱۵ نفر) قرار گرفتند. مشارکت‌کنندگان پیش از ورود به پژوهش، خدمات روان‌درمانی را در یکی از این سه بستر از متخصصان حوزه مشاوره و روان‌شناسی با حداقل مدرک دکتری دریافت کرده بودند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با استفاده از روش تحلیل کلازی (۱۹۷۸) تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها به استخراج شش مضمون: کیفیت رابطه درمانی، تجربه هیجانی مراجع، عوامل عملی و محیطی، ادراک اثربخشی فرآیند روان‌درمانی، ادراک نقش مشاور و فرآیند درمان و ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی انجامید. روان‌درمانی حضوری با شکل‌گیری رابطه‌ای عمیق‌تر و احساس حضور و همدلی بیشتر همراه بود. روان‌درمانی مجازی سهولت دسترسی و احساس آزادی بیشتر در بیان را فراهم می‌کرد، اما با محدودیت‌های فنی و کاهش نشانه‌های غیرکلامی مواجه بود. روان‌درمانی ترکیبی تجربه‌ای انعطاف‌پذیرتر و متوازن‌تر ایجاد کرد و به تداوم و پایداری فرآیند روان‌درمانی کمک نمود.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌ها نشان می‌دهد که هر بستر روان‌درمانی دارای ظرفیت‌ها و محدودیت‌های خاص خود است، اما روان‌درمانی ترکیبی می‌تواند به‌عنوان رویکردی کارآمد در پاسخ به نیازهای متنوع مراجعان و ارتقاء اثربخشی خدمات درمانی مورد توجه قرار گیرد.



## اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۱۰

شماره صفحات: ۲۰

از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به‌صورت آنلاین استفاده کنید:



DOI: 10.22054/jcps.2026.91162.3319

## واژه‌های کلیدی:

روان‌درمانی، حضوری، مجازی، ترکیبی، پدیدارشناسی.

**استناد به این مقاله:** چوپانی، موسی؛ نعیمی، ابراهیم؛ ابراهیمی‌اورنگ، اکبر؛ و واحدی، حسین. (۱۴۰۴). بررسی تطبیقی تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی حضوری، مجازی، و ترکیبی: مطالعه‌ای پدیدارشناسانه. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۶(۶۰)، ۸۸-۶۹. <https://doi.org/10.22054/jcps.2026.91162.3319>



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

\*نویسنده مسئول: موسی چوپانی

نشانی: گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان تهران، تهران، ایران.

تلفن: ۰۴۴۶۳۳۱۶۶۷

پست الکترونیکی: [m.choupani@cfu.ac.ir](mailto:m.choupani@cfu.ac.ir)

در دهه‌های اخیر، شیوع مشکلات روان‌شناختی در سطح جهانی به یکی از مهم‌ترین چالش‌های سلامت عمومی تبدیل شده است (شعبانی و همکاران، ۱۴۰۴). فشارهای اجتماعی-اقتصادی، تغییرات سریع سبک زندگی، بحران‌های جهانی نظیر پاندمی کووید-۱۹، و افزایش تنش‌های فردی و خانوادگی، زمینه‌ساز رشد چشمگیر انواع مختلفی از اختلالات روانشناختی شده است (سیاری فرد و همکاران، ۱۴۰۴). این اختلالات نه تنها کیفیت زندگی فردی را کاهش داده‌اند، بلکه پیامدهای اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای نیز به همراه داشته‌اند و بار سنگینی بر نظام‌های سلامت وارد کرده‌اند (تیان و همکاران، ۲۰۲۵).

گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۰) نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از جمعیت جهان در طول زندگی خود دست کم یک اختلال روانی را تجربه می‌کنند. این آمار در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته به‌طور همزمان رو به افزایش است و بیانگر آن است که مشکلات روان‌شناختی محدود به یک منطقه یا فرهنگ خاص نیستند، بلکه پدیده‌ای جهانی محسوب می‌شوند (ون‌بویتزیلار و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۵). چنین روندی ضرورت توجه به سلامت روان را برجسته ساخته و نشان می‌دهد که بدون مداخلات مؤثر روان‌شناختی، دستیابی به رفاه و توسعه پایدار امکان‌پذیر نخواهد بود (حسینی و همکاران، ۱۴۰۱).

افزایش شیوع مشکلات روانی پیامدهای متعددی در سطح فردی و اجتماعی دارد. در سطح فردی، این اختلالات موجب کاهش بهره‌وری، افت کیفیت زندگی و افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های جسمی می‌شوند (عموشاهی و فرهادی، ۱۴۰۳). در سطح اجتماعی، مشکلات روانی می‌توانند به افزایش هزینه‌های درمانی، کاهش کارایی نیروی کار و بروز مشکلات خانوادگی و اجتماعی منجر شوند (کایرکبریدی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۴). این پیامدها نشان می‌دهد که سلامت روان نه تنها یک موضوع فردی، بلکه یک مسئله کلان اجتماعی-اقتصادی است که نیازمند توجه جدی سیاست‌گذاران است (محمدی، ۱۴۰۴).

در چنین شرایطی، روان‌درمانی به‌عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات در ارتقای سلامت روان اهمیت ویژه‌ای یافته است (بوندارینکو و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). روان‌درمانی با فراهم آوردن بستری برای بیان هیجانات، بازنگری در افکار ناکارآمد و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، می‌تواند به کاهش علائم روانی و ارتقای کیفیت زندگی افراد کمک کند (قادری و محرابی، ۱۴۰۲). علاوه بر این، روان‌درمانی نقش مهمی در پیشگیری از تشدید مشکلات روانی و کاهش بار اقتصادی و اجتماعی ناشی از این اختلالات دارد (هاسبی و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۴).

روان‌درمانی جدای از نقشی که در کاهش علائم اختلالات روانی دارد، تغییراتی بنیادین در شیوه نگرش فرد نسبت به خود و محیط پیرامون نیز ایجاد می‌کند (چین و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). به‌گونه‌ای که بسیاری از مراجعان گزارش می‌دهند که پس از تجربه روان‌درمانی، توانایی بیشتری در مدیریت روابط اجتماعی، کنترل هیجانات و تصمیم‌گیری‌های مهم زندگی پیدا کرده‌اند (مصلحی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین بسیاری از مشکلات روانی به دلیل عدم مداخله به موقع، به بحران‌های اجتماعی منتهی شده و نظم اجتماعی را دچار آشفتگی کرده‌اند (فیضی و همکاران، ۱۴۰۳). بحران‌هایی که روان‌درمانی با مداخله زودهنگام، می‌تواند تا حد زیادی از شکل‌گیری و تشدید آن جلوگیری کند (مک‌گورن و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۴). این شواهد علمی، ضرورت سرمایه‌گذاری در توسعه خدمات روان‌درمانی را بیش از پیش آشکار می‌سازد و نشان می‌دهد که توجه به روان‌درمانی نه تنها یک ضرورت درمانی، بلکه یک راهبرد پیشگیرانه و الزامی در حوزه سلامت روان و ثبات اجتماعی می‌باشد.

با وجود جایگاه برجسته روان‌درمانی حضوری، پیشرفت فناوری‌های ارتباطی و شرایط خاص اجتماعی-بهداشتی، موجب ظهور و گسترش روان‌درمانی مجازی و مدل‌های ترکیبی (حضوری-مجازی) شده است (تدین‌چهارسوقی و همکاران، ۱۴۰۰). این شیوه‌ها مزایایی همچون سهولت دسترسی، کاهش هزینه‌ها، انعطاف‌پذیری زمانی و مکانی و پوشش گسترده‌تر جمعیت‌ها را فراهم آورده‌اند. در عین حال، پرسش‌هایی جدی درباره کیفیت رابطه درمانی و میزان اثربخشی فرایند درمان در این بسترها مطرح شده است (ژائو و اکسو<sup>۷</sup>، ۲۰۲۵). پرسش‌هایی که پاسخ به آن مستلزم بررسی تجربه زیسته افرادی است که این شکل از درمان‌ها را دریافت کرده‌اند.

تجربه زیسته از جلسات روان‌درمانی، به برداشت‌های مراجع از کیفیت رابطه درمانی، اثربخشی فرایند درمان و شخص درمانگر و همچنین تغییرات شناختی، هیجانی و رفتاری ایجاد شده در وی طی فرایند درمان اشاره دارد (چن و همکاران، ۲۰۲۳). درواقع تجربه زیسته از جلسات روان‌درمانی، هرگونه تأثیر جلسات روان‌درمانی بر نگرش، رفتار و عملکرد مراجع و هرگونه تحول یا تغییر ایجادشده در وی طی این فرایند را شامل می‌شود که از فردی به فرد دیگر می‌تواند متفاوت باشد (اولفسون و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۲۵).

1. van Boetzelael, E & et al

2. Kirkbride & et al

3. Bondarenko & et al

4. Habsy & et al

5. Chen & et al

6. McGovern & et al

7. Zhao & Xu

8. Olfson & et al

اگرچه پژوهش‌های متعددی به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مجازی و حضوری پرداخته‌اند، اغلب این پژوهش‌ها رویکردی کمی داشته و بر شاخص‌هایی چون کاهش علائم یا میزان رضایت تمرکز کرده‌اند (فومچیوا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۲۴). در مقابل، **تجربه زیسته مراجعان**، نظیر ادراک آنان از رابطه درمانی و ابعاد آن، کمتر به صورت تطبیقی میان سه شیوه حضوری، مجازی و ترکیبی مورد مطالعه قرار گرفته است. این خلأ پژوهشی مانع از درک جامع و عمیق از کیفیت واقعی روان‌درمانی در بسترهای نوین شده و ضرورت پرداختن به آن را دوچندان می‌سازد.

از منظر نظری نیز درک تجربه مراجعان از شیوه‌های مختلف روان‌درمانی را می‌توان در چارچوب برخی نظریه‌های معاصر تعامل انسان و فناوری تبیین کرد. یکی از این چارچوب‌ها نظریه حضور از راه دور<sup>۲</sup> است که نخستین بار توسط استوئر<sup>۳</sup> (۱۹۹۲) مطرح شد و بعدها در حوزه ارتباطات درمانی و تعاملات دیجیتال توسعه یافت (بیکیس و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۲۲). بر اساس این نظریه، کیفیت تجربه فرد در محیط‌های مجازی تا حد زیادی به میزان احساسی بستگی دارد که فرد از حضور واقعی در آن محیط ادراک می‌کند (بیکیس و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۲۳). در زمینه روان‌درمانی، این مفهوم به ادراک مراجع از حضور روان‌شناختی درمانگر در تعاملات آنلاین اشاره دارد؛ به این معنا که هرچه احساس حضور و درگیرشدگی متقابل در فضای مجازی بیشتر باشد، امکان شکل‌گیری رابطه درمانی مؤثر نیز افزایش می‌یابد (شکلارسکی و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۲۲).

در امتداد این دیدگاه، نظریه تعامل تجسم‌یافته<sup>۷</sup> که توسط دوریش<sup>۸</sup> (۲۰۰۱) مطرح شد، بر نقش بدن، نشانه‌های غیرکلامی و حضور فیزیکی در شکل‌گیری معنا در تعاملات انسانی تأکید می‌کند. از این منظر، حضور فیزیکی در جلسات درمانی می‌تواند از طریق تماس چشمی، زبان بدن و ظرافت‌های ارتباطی به تعمیق رابطه درمانی کمک کند؛ در حالی که در بسترهای مجازی بخشی از این نشانه‌ها ممکن است کاهش یابد یا به شکل متفاوتی تجربه شود (وایند و همکاران<sup>۹</sup>، ۲۰۲۳).

در کنار این دیدگاه‌ها، در حوزه درمان‌های ترکیبی نیز مفهوم تداوم مراقبت<sup>۱۰</sup> به عنوان یکی از چارچوب‌های مهم مطرح شده است. این مفهوم که در پژوهش‌های حوزه سلامت و روان‌درمانی به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است؛ بر ضرورت پیوستگی و هماهنگی در ارائه خدمات درمانی در بسترهای مختلف تأکید دارد (هیلتی و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۲۳). در درمان‌های ترکیبی، تداوم مراقبت به این معناست که مراجع تجربه‌ای منسجم و پیوسته از فرایند درمان داشته باشد؛ به گونه‌ای که جابه‌جایی میان جلسات حضوری و مجازی موجب گسست در رابطه درمانی، اعتماد متقابل یا پیگیری اهداف درمانی نشود (کونولی و همکاران<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۲). از این منظر، بررسی تجربه زیسته مراجعان در سه شیوه حضوری، مجازی و ترکیبی می‌تواند به روشن‌تر شدن این مسئله کمک کند که چگونه احساس حضور درمانگر، کیفیت تعامل و تداوم ارتباط درمانی در هر یک از این بسترها ادراک و تجربه می‌شود (پیرسی و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۲۲).

برای پاسخ به این خلأ، استفاده از روش‌شناسی پدیدارشناسانه ضروری است. این رویکرد با تمرکز بر تجربه زیسته افراد، امکان کشف ابعاد عمیق و چندلایه از معنای روان‌درمانی را فراهم می‌سازد. برخلاف رویکردهای کمی، پدیدارشناسی قادر است روایت‌های واقعی مراجعان را آشکار کرده و نشان دهد چگونه آنان حضور فیزیکی درمانگر را تجربه می‌کنند و آن را با حضور مجازی مقایسه می‌نمایند؛ چه تفاوت‌هایی در احساس اعتماد، صمیمیت و امنیت روانی میان سه شیوه درمان وجود دارد و چگونه عوامل فرهنگی و اجتماعی بر ادراک مراجعان از کیفیت درمان در هر بستر اثرگذارند.

پژوهش حاضر و نتایج حاصل از آن، غنای نظری در حوزه روان‌درمانی را افزایش می‌دهد و اصول عملی ارزشمندی را برای ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان فراهم می‌آورد. همچنین مقایسه تطبیقی سه روش درمانی و نتایج حاصل از آن می‌تواند نقاط قوت و ضعف هر روش را آشکار می‌سازد؛ چهارچوبی علمی و عملی برای انتخاب روش درمانی مناسب در اختیار درمانگران قرار دهد و با روشن‌سازی مبانی و مسیر سیاست‌گذاری در حوزه سلامت روان، بهینه‌سازی خدمات درمانی در عصر دیجیتال را تسهیل کند. بنابراین، مسئله اصلی پژوهش حاضر آن است که تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی حضوری، مجازی، و ترکیبی چگونه است؟

<sup>1</sup>. Fomicheva & et al

<sup>2</sup>. telepresence

<sup>3</sup>. Steuer

<sup>4</sup>. Bekes & et al

<sup>5</sup>. Bekes & et al

<sup>6</sup>. Shklarski & et al

<sup>7</sup>. embodied interaction

<sup>8</sup>. Dourish

<sup>9</sup>. Wind & et al

<sup>10</sup>. continuity of care

<sup>11</sup>. Hilty & et al

<sup>12</sup>. Connolly & et al

<sup>13</sup>. Pierce & et al

## روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش حاضر کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود. پدیدارشناسی توصیفی با هدف توصیف تجربه‌های زیسته افراد و استخراج مضامین مشترک و متمایز از روایت‌های آنان به کار می‌رود و پژوهشگر در این روش تلاش می‌کند بدون افزودن تفسیرهای شخصی، تجربه‌ها را همان‌گونه که بیان می‌شوند ثبت و تحلیل کند (جورجی و جورجی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳).

جمعیت مشارکت‌کننده در این پژوهش در شهر تبریز در سال ۱۴۰۴ و از بین افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره دانشگاه تبریز، دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مراکز مشاوره شخصی دارای پروانه اشتغال سازمان نظام شناسایی و برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. در این مطالعه، تمرکز بر تجربه مراجعان از روان‌درمانی در دو بستر حضوری و مجازی بود و برای جامعیت بیشتر، نمونه‌ها در سه گروه، انتخاب شدند: گروهی که فقط روان‌درمانی حضوری دریافت کرده بودند؛ گروهی که فقط روان‌درمانی مجازی را تجربه کرده بودند و گروهی که هر دو نوع روان‌درمانی حضوری و مجازی را پشت سر گذاشته بودند. در جدول جمعیت‌شناختی که در ادامه آمده است، تعداد اعضای هر گروه و تمامی اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به آن‌ها به طور مفصل آمده است. در این مطالعه، گروه سوم به‌عنوان روان‌درمانی ترکیبی تعریف شد. منظور از ترکیبی، تجربه‌ی مراجعانی بود که با یک درمانگر واحد و برای یک مشکل مشخص، بخشی از جلسات خود را به‌صورت حضوری و بخشی دیگر را به‌صورت مجازی گذرانده بودند. این طراحی به پژوهشگر امکان داد تا تجربه‌ی زیسته‌ی مراجعان در شرایطی که دو بستر حضوری و مجازی در یک فرآیند درمانی واحد ترکیب می‌شوند را بررسی کند. بدین ترتیب، داده‌های این گروه امکان تحلیل دقیق‌تر شباهت‌ها و تفاوت‌های تجربه درون‌فردی را فراهم کردند. همچنین این طراحی امکان مقایسه درون‌گروهی، بین‌گروهی و درون‌فردی را فراهم کرد.

نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و تعداد مشارکت‌کنندگان مبتنی بر اصل اشباع تعیین گردید. در گروه حضوری پس از ۹ مصاحبه، مضامین تکراری شدند و پژوهشگر برای اطمینان ۲ مصاحبه دیگر انجام داد. در گروه مجازی اشباع در مصاحبه هفتم اتفاق افتاد و ۲ مصاحبه دیگر برای اطمینان انجام شد. در گروه ترکیبی، اشباع در مصاحبه سیزدهم حاصل شد و ۲ مصاحبه دیگر برای اطمینان انجام شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۳ جلسه روان‌درمانی حضوری، مجازی یا ترکیبی طی یکسال اخیر، توانایی بیان تجربه‌ها و تمایل به مشارکت در مصاحبه بود. مشارکت‌کنندگان ۱۸ سال به بالا بودند که تجربه حضور در جلسات درمانی برای حل مشکلات فردی داشتند. زیرا هدف پژوهش تمرکز بر تجربه درون‌فردی مراجعین طی فرایند درمان بود. نوع مشکل فرد نیز که برای درمان آن اقدام کرده بود با پرسش از خود وی یا درمانگر او مشخص می‌شد و همچنین این افراد دارای پرونده درمانی بودند که طی مصاحبه بالینی توسط متخصص نوع مشکل آن‌ها تشخیص داده شده بود. همچنین کودکان و نوجوانان به دلیل محدودیت در بیان تجربه زیسته و تا حدی وابستگی به والدین از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای اطمینان از کیفیت داده‌ها، مراجعانی انتخاب شدند که روان‌درمانی را از متخصصان دارای مدرک دکتری در رشته‌های روان‌شناسی یا مشاوره و با حداقل ۳ سال سابقه حرفه‌ای دریافت کرده بودند. در روان‌درمانی مجازی نیز استفاده از برنامه‌های معتبر شرط ورود به مطالعه بود.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان

| ردیف | گروه  | سن | جنس | تحصیل    | مشکل    | تعداد جلسه | تعداد جلسه | برنامه مجازی | ترتیب تجربه |
|------|-------|----|-----|----------|---------|------------|------------|--------------|-------------|
| ۱    | حضوری | ۲۴ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | ۷          | -          | -            | -           |
| ۲    | حضوری | ۳۱ | مرد | ارشد     | افسردگی | ۱۲         | -          | -            | -           |
| ۳    | حضوری | ۲۷ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۶          | -          | -            | -           |
| ۴    | حضوری | ۳۵ | مرد | دکتری    | خواب    | ۱۱         | -          | -            | -           |
| ۵    | حضوری | ۲۹ | زن  | دیپلم    | اضطراب  | ۸          | -          | -            | -           |
| ۶    | حضوری | ۳۳ | مرد | ارشد     | افسردگی | ۷          | -          | -            | -           |
| ۷    | حضوری | ۲۶ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۵          | -          | -            | -           |
| ۸    | حضوری | ۳۸ | زن  | ارشد     | اضطراب  | ۴          | -          | -            | -           |
| ۹    | حضوری | ۲۸ | مرد | کارشناسی | افسردگی | ۹          | -          | -            | -           |
| ۱۰   | حضوری | ۳۴ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۶          | -          | -            | -           |
| ۱۱   | حضوری | ۳۸ | مرد | دیپلم    | وسواس   | ۱۰         | -          | -            | -           |
| ۱۲   | مجازی | ۲۲ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | -          | ۷          | داخلی        | -           |
| ۱۳   | مجازی | ۳۵ | مرد | ارشد     | افسردگی | -          | ۹          | داخلی        | -           |

<sup>۱</sup>. Giorgi & Giorgi

|    |        |    |     |          |         |   |   |       |       |
|----|--------|----|-----|----------|---------|---|---|-------|-------|
| ۱۴ | مجازی  | ۲۹ | زن  | دیپلم    | خواب    | - | ۵ | خارجی | -     |
| ۱۵ | مجازی  | ۳۳ | مرد | کارشناسی | اضطراب  | - | ۶ | خارجی | -     |
| ۱۶ | مجازی  | ۲۷ | زن  | کارشناسی | استرس   | - | ۷ | داخلی | -     |
| ۱۷ | مجازی  | ۳۱ | مرد | ارشد     | افسردگی | - | ۵ | خارجی | -     |
| ۱۸ | مجازی  | ۲۸ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | - | ۳ | داخلی | -     |
| ۱۹ | مجازی  | ۳۶ | مرد | دیپلم    | وسواس   | - | ۶ | خارجی | -     |
| ۲۰ | مجازی  | ۳۰ | زن  | ارشد     | افسردگی | - | ۵ | خارجی | -     |
| ۲۱ | ترکیبی | ۳۰ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | ۶ | ۵ | خارجی | حضور  |
| ۲۲ | ترکیبی | ۲۷ | مرد | ارشد     | افسردگی | ۵ | ۴ | داخلی | مجازی |
| ۲۳ | ترکیبی | ۳۳ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۶ | ۵ | خارجی | حضور  |
| ۲۴ | ترکیبی | ۲۹ | مرد | کارشناسی | اضطراب  | ۷ | ۴ | داخلی | حضور  |
| ۲۵ | ترکیبی | ۳۵ | زن  | ارشد     | افسردگی | ۵ | ۴ | خارجی | مجازی |
| ۲۶ | ترکیبی | ۲۶ | مرد | دیپلم    | خواب    | ۳ | ۳ | خارجی | حضور  |
| ۲۷ | ترکیبی | ۳۲ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | ۶ | ۵ | داخلی | مجازی |
| ۲۸ | ترکیبی | ۲۸ | مرد | دیپلم    | افسردگی | ۴ | ۴ | خارجی | حضور  |
| ۲۹ | ترکیبی | ۳۱ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۵ | ۴ | داخلی | حضور  |
| ۳۰ | ترکیبی | ۳۴ | مرد | کارشناسی | اضطراب  | ۶ | ۵ | خارجی | حضور  |
| ۳۱ | ترکیبی | ۲۹ | زن  | دیپلم    | افسردگی | ۴ | ۳ | خارجی | مجازی |
| ۳۲ | ترکیبی | ۳۶ | مرد | کارشناسی | وسواس   | ۵ | ۴ | داخلی | حضور  |
| ۳۳ | ترکیبی | ۲۷ | زن  | کارشناسی | اضطراب  | ۳ | ۳ | خارجی | حضور  |
| ۳۴ | ترکیبی | ۳۳ | مرد | ارشد     | افسردگی | ۶ | ۸ | داخلی | مجازی |
| ۳۵ | ترکیبی | ۳۰ | زن  | کارشناسی | استرس   | ۴ | ۴ | خارجی | حضور  |

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان را نشان می‌دهد. نمونه شامل ۳ گروه حضوری (۱۱ نفر)، مجازی (۹ نفر) و ترکیبی (۱۵ نفر) بود. ستون گروه، نوع تجربه روان‌درمانی را مشخص می‌کند. در گروه روان‌درمانی حضوری فقط تعداد جلسات ثبت شده است. در گروه روان‌درمانی مجازی تعداد جلسات و نوع برنامه ذکر شده است. در گروه روان‌درمانی ترکیبی هر دو نوع جلسه همراه با ترتیب تجربه (ابتدا حضوری یا ابتدا مجازی) گزارش شده است. ستون نوع مشکل نیز، اختلال شرکت‌کننده را نشان می‌دهد.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی متخصصین

| ردیف | رشته       | گرایش  | مقطع  | سابقه | بستر   |
|------|------------|--------|-------|-------|--------|
| ۱    | روان‌شناسی | بالینی | دکتری | ۷     | حضور   |
| ۲    | مشاوره     | تحصیلی | دکتری | ۱۰    | حضور   |
| ۳    | روان‌شناسی | بالینی | دکتری | ۱۲    | حضور   |
| ۴    | مشاوره     | عمومی  | دکتری | ۸     | مجازی  |
| ۵    | روان‌شناسی | بالینی | دکتری | ۶     | مجازی  |
| ۶    | مشاوره     | تحصیلی | دکتری | ۹     | مجازی  |
| ۷    | مشاوره     | شغلی   | دکتری | ۱۱    | ترکیبی |
| ۸    | روان‌شناسی | بالینی | دکتری | ۱۵    | ترکیبی |
| ۹    | مشاوره     | عمومی  | دکتری | ۱۳    | ترکیبی |
| ۱۰   | مشاوره     | تحصیلی | دکتری | ۱۰    | ترکیبی |

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که همه متخصصین دارای مدرک دکتری بودند، ۶ نفر رشته مشاوره و ۴ نفر رشته روان‌شناسی بودند. حداقل ۶ سال و حداکثر ۱۵ سال سابقه کاری داشتند. نوع روان‌درمانی ۳ نفر حضوری، ۳ نفر مجازی و ۴ نفر ترکیبی بود. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق بود. پرسش‌ها بر اساس مرور پیشینه و اهداف پژوهش طراحی شدند. مصاحبه با پرسش‌های کلی آغاز شد؛ از جمله اینکه تجربه روان‌درمانی حضوری یا مجازی چگونه بوده؟ چه تفاوت‌هایی را تجربه کردید؟ کدام نوع

روان‌درمانی ترجیح داده می‌شود و چه عواملی این ترجیح را شکل داده‌اند. برای کسانی که روان‌درمانی ترکیبی را تجربه کرده بودند، پرسش‌هایی درباره لحظاتی که تفاوت را حس کرده‌اند مطرح شد. در طول مصاحبه‌ها از پرسش‌های اکتشافی مانند می‌توانید بیشتر توضیح دهید؟ استفاده شد تا داده‌ها غنی‌تر شوند. هر مصاحبه حداقل یک جلسه و ۴۵ تا ۷۵ دقیقه طول کشید. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین محرمانگی اطلاعات، امکان انصراف در هر مرحله و پاک‌سازی اطلاعات پس از پایان تحلیل رعایت شد. پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان اطمینان داد که داده‌های آنان صرفاً برای اهداف علمی استفاده می‌شود و هیچ نام یا نشانه‌ای از آنان در گزارش‌ها ذکر نمی‌شود.

تحلیل داده‌ها بر اساس روش کلایزی<sup>۱</sup> (۱۹۷۸) انجام شد. دلیل انتخاب روش کلایزی آن است که ساختارمند و عملی بوده و علاوه بر استخراج گزاره‌های معنادار و خوشه‌بندی مضامین، مرحله‌ی مهم بازبینی و تأیید نتایج توسط مشارکت‌کنندگان را نیز شامل می‌شود. این ویژگی موجب افزایش اعتبار و روایی یافته‌ها می‌گردد. روش کلایزی (۱۹۷۸) با ارائه‌ی ۷ مرحله‌ی مشخص، امکان سازمان‌دهی دقیق‌تر داده‌ها و اطمینان از انطباق نتایج با تجربه‌ی واقعی مشارکت‌کنندگان را فراهم می‌سازد.

در این روش، پژوهشگر داده‌ها را بارها خواند تا با روایت‌ها آشنا شود، سپس عبارات مهم استخراج گردید و مضامین اولیه تدوین شد. مضامین مشابه خوشه‌بندی شدند و پس از پالایش، مضامین اصلی شکل گرفت. در نهایت یافته‌ها به مشارکت‌کنندگان بازگردانده شد تا صحت آن‌ها تأیید شود. تحلیل داده‌ها در ۳ سطح انجام شد: نخست تحلیل درون‌گروهی برای هر گروه به‌صورت جداگانه، سپس تحلیل درون‌فردی برای کسانی که هر دو نوع روان‌درمانی را تجربه کرده بودند و در نهایت تحلیل بین‌گروهی برای مقایسه مضامین حضوری و مجازی و ادغام یافته‌ها با گروه سوم. این سه‌سطحی بودن تحلیل به پژوهشگر امکان داد تفاوت‌های فردی و کلی بین دو بستر را روشن کند.

برای اعتباریابی داده‌ها از معیارهای گوبا و لینکولن<sup>۲</sup> (۱۹۸۵) شامل باورپذیری، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد. پژوهشگر با بازگشت به مشارکت‌کنندگان و گرفتن تأیید آن‌ها بر یافته‌ها، سطح باورپذیری را افزایش داد. برای اطمینان‌پذیری، تحلیل داده‌ها تحت نظارت یک متخصص روش کیفی انجام گرفت و مسیر تحلیل به‌طور کامل مستندسازی شد. یادداشت‌های میدانی پژوهشگر ثبت گردید تا تأییدپذیری تضمین شود. همچنین ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان و بافت ارائه خدمت دقیق گزارش شد تا امکان انتقال‌پذیری یافته‌ها فراهم شود.

## یافته‌ها

جدول ۳. تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی حضوری چگونه است؟

| مفاهیم اولیه                                                                                                                      | زیرمضامین                     | مضمون اصلی                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| تماس چشمی، لبخند روان‌درمانگر، حضور فیزیکی، احساس امنیت، دریافت نشانه‌های غیرکلامی.                                               | اعتماد و صمیمیت               | کیفیت ارتباط درمانی       |
| آرامش در حضور روان‌درمانگر، کاهش اضطراب، احساس شنیده شدن، گریه راحت‌تر، همدلی مستقیم.                                             | تجربه هیجانی مثبت             |                           |
| ترافیک، هزینه رفت‌وآمد، زمان‌بندی سخت، نیاز به مرخصی، خستگی مسیر، محدودیت مکانی.                                                  | محدودیت‌های حضوری             |                           |
| همراهی روان‌درمانگر، دریافت بازخورد، احساس همدلی، اعتماد به فرآیند، کاهش تنهایی.                                                  | احساس حمایت                   | تجربه هیجانی مراجع        |
| کاهش نگرانی آرامش روانی، تمرکز بهتر، احساس کنترل. پیشرفت سریع‌تر، احساس تغییر مثبت، رضایت از جلسه، انگیزه بیشتر، اعتماد به درمان. | کاهش اضطراب<br>تجربه تغییر    |                           |
| نیاز به حضور فیزیکی، محدودیت ساعات کاری، مشکلات هماهنگی، خستگی مسیر، محدودیت دسترسی.                                              | محدودیت زمان و مکان           | عوامل عملی و محیطی        |
| هزینه حمل‌ونقل، هزینه جلسات، فشار مالی، نیاز به بودجه.                                                                            | هزینه‌ها                      |                           |
| محیط کلینیک، جدیت جلسات، تمرکز بیشتر، رسمیت بیشتر، کاهش حواس‌پرتی.                                                                | فضای رسمی                     |                           |
| تغییر سریع‌تر، کاهش علائم، رضایت بالا، اعتماد به روان‌درمانگر، احساس پیشرفت.                                                      | اثربخشی بالا                  | ادراک اثربخشی روان‌درمانی |
| ارتباط عمیق‌تر، تحلیل دقیق‌تر، بازخورد غیرکلامی، درک‌شدگی، حضور کامل.                                                             | عمق درمان                     |                           |
| وابستگی به حضور فیزیکی، مشکلات تداوم جلسات، فشار زمانی، خستگی.                                                                    | محدودیت‌های اثربخشی           |                           |
| صوری، همدلی، تخصص، توانایی گوش دادن، صداقت، احترام، حمایتگری.                                                                     | ویژگی‌های شخصیتی روان‌درمانگر | ادراک نقش روان‌درمانگر و  |
| استفاده از مثال، تمرین عملی، بازخورد مستقیم، پرسشگری، آموزش مهارت‌ها، راهنمایی مرحله‌ای.                                          | سبک و تکنیک‌های روان‌درمانی   | فرآیند درمان              |

<sup>1</sup>. Colaizzi

<sup>2</sup>. Guba & Lincoln

|                                                                                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| نظم جلسات، وضوح اهداف، پیگیری پیشرفت، خلاصه‌سازی پایان جلسه، تکالیف خانگی، انعطاف در محتوا. | فرآیند درمانی و ساختار جلسات. |
| شناخت احساسات، پذیرش مشکلات، توجه به افکار، افزایش بینش، خودشناسی بیشتر.                    | افزایش خودآگاهی.              |
| تغییر دیدگاه، افزایش اعتماد به نفس، کاهش خودانتقادی، نگاه مثبت‌تر.                          | تغییر نگرش.                   |
| یادگیری مهارت‌های جدید، احساس توانمندی، افزایش انعطاف، بهبود روابط.                         | رشد فردی.                     |
| ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی.                                                          |                               |

### مضمون اول: کیفیت ارتباط درمانی

در جلسات حضوری، کیفیت ارتباط درمانی بیش از هر چیز با اعتماد و صمیمیت تعریف شد. شرکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: وقتی روان‌درمانگر روبه‌رویم بود، با نگاهش حس کردم واقعاً مرا می‌فهمد. همچنین تجربه‌ی هیجانی مثبت در حضور روان‌درمانگر گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۶ اظهار کرد: در حضور روان‌درمانگر راحت‌تر گریه کردم و سبک شدم. با این حال، محدودیت‌های حضوری نیز مطرح شد. شرکت‌کننده شماره ۱۱ بیان کرد: هر بار باید مرخصی می‌گرفتم و مسیر طولانی را طی می‌کردم.

### مضمون دوم: تجربه هیجانی مراجع

مراجعان حضوری بیشترین تأکید را بر احساس حمایت داشتند. شرکت‌کننده شماره ۵ بیان کرد: وقتی روان‌درمانگر کنارم بود، حس کردم تنها نیستم. کاهش اضطراب نیز به‌طور مکرر گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۱۰ اظهار کرد: در حضور روان‌درمانگر ضربان قلبم آرام‌تر شد. علاوه‌بر این، مراجعان از تجربه تغییر مثبت و سریع‌تر سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۱ بیان کرد: خیلی زودتر احساس کردم در مسیر تغییر هستم.

### مضمون سوم: عوامل عملی و محیطی

محدودیت زمان و مکان از جمله مشکلات اصلی روان‌درمانی حضوری بود. شرکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد: هماهنگ کردن وقت جلسه خیلی سخت بود. هزینه‌ها نیز به‌عنوان مانع مهم مطرح شد. شرکت‌کننده شماره ۶ اظهار کرد: هزینه رفت‌وآمد برایم سنگین بود. در مقابل، فضای رسمی کلینیک برای بسیاری ارزشمند بود. شرکت‌کننده شماره ۹ بیان کرد: در کلینیک حس کردم باید جدی باشم و روی مشکل تمرکز کنم.

### مضمون چهارم: ادراک اثربخشی روان‌درمانی

اثربخشی بالای روان‌درمانی حضوری به‌طور گسترده گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۸ بیان کرد: در جلسات حضوری خیلی زودتر به نتیجه رسیدم. عمق درمان نیز در روان‌درمانی حضوری بیشتر احساس شد. شرکت‌کننده شماره ۴ بیان کرد: روان‌درمانگر با نگاهش خیلی چیزها را منتقل می‌کرد. در این روش، محدودیت‌های اثربخشی نیز وجود داشت. شرکت‌کننده شماره ۳ بیان کرد: اگر جلسه حضوری کنسل می‌شد، درمانم متوقف می‌شد.

### مضمون پنجم: ادراک نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان

در جلسات حضوری، ویژگی‌های شخصیتی روان‌درمانگر برجسته‌تر بود. شرکت‌کننده شماره ۱۱ بیان کرد: روان‌درمانگر خیلی صبور بود و با دقت گوش می‌داد. سبک و تکنیک‌های روان‌درمانی نیز در حضوری بیشتر دیده شد. شرکت‌کننده شماره ۷ اظهار کرد: روان‌درمانگر تمرین عملی داد و همان‌جا بازخورد داد. فرآیند درمانی و ساختار جلسات حضوری نظم بیشتری داشت. شرکت‌کننده شماره ۹ بیان کرد: هر جلسه هدف مشخص داشت و در پایان جمع‌بندی می‌شد.

### مضمون ششم: ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی

جلسات حضوری بیش از هر چیز به افزایش خودآگاهی مراجعان منجر شد. شرکت‌کننده شماره ۶ بیان کرد: در جلسات حضوری یاد گرفتم احساساتم را بهتر بشناسم. تغییر نگرش در روان‌درمانی حضوری بالا گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۲ بیان کرد: بعد از جلسات حضوری اعتماد به نفسم بیشتر شد. رشد فردی در روان‌درمانی حضوری پررنگ‌تر بود. شرکت‌کننده شماره ۱۰ بیان کرد: احساس کردم توانمندتر شدم و روابط بهتری پیدا کردم.

### جدول ۴. تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی مجازی چگونه است؟

| مفاهیم اولیه                                                                                 | زیرمضامین                | مضمون اصلی           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| حضور در خانه، آزادی در انتخاب مکان، احساس راحتی، کاهش فشار محیطی.                            | راحتی در محیط شخصی.      | کیفیت ارتباط درمانی. |
| نبود تماس چشمی مستقیم، کاهش زبان بدن، قطع و وصل اینترنت، محدودیت در دریافت نشانه‌های هیجانی. | محدودیت ارتباط غیرکلامی. |                      |
| انعطاف زمانی، کاهش هزینه، امکان شرکت از راه دور، صرفه‌جویی در زمان، دسترسی آسان.             | مزایای دسترسی.           |                      |
| آزادی در بیان، کاهش اضطراب حضور، احساس کنترل بیشتر، خودآشنایی آسان‌تر، بیان آزادتر.          | راحتی بیان.              | تجربه هیجانی مراجع.  |
| نبود حضور فیزیکی، نگرانی از ضبط جلسه، احساس سطحی بودن، کاهش اعتماد.                          | احساس فاصله.             |                      |

|                                                                                                 |                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| رضایت متوسط، تجربه متفاوت، احساس محدودیت، نیاز به جلسات بیشتر، وابستگی به شرایط فردی.           | هیجانان متناقض.                       |                                        |
| امکان شرکت از راه دور، انعطاف زمانی، کاهش هزینه، صرفه‌جویی در زمان، استفاده از موبایل.          | دسترسی آسان.                          | عوامل عملی و محیطی.                    |
| قطع اینترنت، کیفیت پایین تصویر، مشکلات نرم‌افزاری، حواس‌پرتی محیط خانه.                         | مشکلات فنی.                           |                                        |
| حضور در خانه، آزادی در انتخاب مکان، احساس راحتی، انعطاف بیشتر.                                  | راحتی محیطی.                          |                                        |
| پیشرفت آهسته‌تر، وابستگی به اینترنت، احساس سطحی بودن، رضایت متوسط، نیاز به جلسات بیشتر.         | اثربخشی نسبی.                         | ادراک اثربخشی روان‌درمانی.             |
| کیفیت تصویر، قطع و وصل، حضور ذهنی کمتر، کاهش تمرکز، محدودیت در عمق درمان.                       | وابستگی به کیفیت ارتباط.              |                                        |
| برخی رضایت بالا، برخی نارضایتی، تجربه متفاوت، وابستگی به شرایط فردی، تفاوت در نتایج.            | رضایت متناقض.                         |                                        |
| توانایی مدیریت تکنولوژی، صوری در مشکلات فنی، همدلی از راه دور، انعطاف در زمان‌بندی، حفظ ارتباط. | ویژگی‌های روان‌درمانگر در فضای مجازی. | ادراک نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان. |
| استفاده از سکوها، تمرکز بر گفتار، کاهش نشانه‌های غیرکلامی، آموزش مجازی، بازخورد محدود.          | سبک روان‌درمانی مجازی.                |                                        |
| زمان کوتاه‌تر، انعطاف بیشتر، مشکلات فنی، نبود تکالیف حضوری، پیگیری مجازی.                       | ساختار جلسات مجازی.                   |                                        |
| بیان آزادتر، تغییر آهسته، کنترل بیشتر، خودآشنایی بیشتر، کاهش فشار اجتماعی.                      | راحتی در بیان خود.                    | ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی.     |
| پیشرفت آهسته، احساس استقلال، یادگیری مجازی، تغییرات کوچک اما پایدار، سازگاری با شرایط فردی.     | تغییر تدریجی.                         |                                        |
| مدیریت جلسات توسط خود، انتخاب زمان مناسب، کاهش وابستگی به محیط، افزایش خودکارآمدی، تجربه آزادی. | احساس استقلال.                        |                                        |

### مضمون اول: کیفیت ارتباط درمانی

در جلسات مجازی، بسیاری از مراجعان از راحتی در محیط شخصی سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۱۲ بیان کرد: وقتی در خانه بودم، خیلی راحت‌تر حرف زدم و فشار محیطی کمتر بود. محدودیت ارتباط غیرکلامی یکی از چالش‌های اصلی روان‌درمانی مجازی بود. شرکت‌کننده شماره ۱۴ اظهار کرد: گاهی حس می‌کردم روان‌درمانگر نمی‌تواند حالت صورتم را درست ببیند. در مقابل، مزایای دسترسی در جلسات مجازی پررنگ بود. شرکت‌کننده شماره ۱۶ بیان کرد: اینکه می‌توانستم از راه دور و بدون رفت‌وآمد جلسه داشته باشم خیلی کمک کرد.

### مضمون دوم: تجربه هیجانان مراجع

مراجعان در فضای مجازی بیشتر بر راحتی بیان تأکید داشتند. شرکت‌کننده شماره ۱۳ بیان کرد: پشت صفحه راحت‌تر همه چیز را گفتم، انگار فشار کمتری بود. در عین حال، برخی از احساس فاصله سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۱۵ اظهار کرد: گاهی حس می‌کردم بین ما فاصله‌ای هست و آن نزدیکی حضوری وجود ندارد. همچنین، مراجعان از هیجانان متناقض گزارش دادند. شرکت‌کننده شماره ۱۷ بیان کرد: تجربه‌ام متفاوت بود؛ بعضی چیزها خوب بود، بعضی چیزها انگار کم داشت.

### مضمون سوم: عوامل عملی و محیطی

یکی از مزایای روان‌درمانی مجازی، دسترسی آسان بود. شرکت‌کننده شماره ۱۹ بیان کرد: با موبایل هم توانستم جلسه داشته باشم، خیلی راحت بود. مشکلات فنی در این روش، بارها گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۲۰ اظهار کرد: یک بار وسط جلسه اینترنت قطع شد و خیلی اذیت شدم. راحتی محیطی در این روش برای مراجعان اهمیت داشت. شرکت‌کننده شماره ۱۳ بیان کرد: اینکه در اتاق خودم بودم، باعث شد آرام‌تر باشم.

### مضمون چهارم: ادراک اثربخشی روان‌درمانی

اثربخشی جلسات مجازی اغلب به صورت نسبی توصیف شد. شرکت‌کننده شماره ۱۹ بیان کرد: احساس کردم تغییر هست، اما خیلی آهسته‌تر پیش می‌رود. مراجعان بر وابستگی این روش به کیفیت ارتباط تأکید داشتند. شرکت‌کننده شماره ۱۲ اظهار کرد: وقتی تصویر قطع می‌شد، تمرکز من بین می‌رفت. در نهایت، رضایت متناقض گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۱۸ بیان کرد: برای من خوب بود، ولی دوستم گفت اصلاً راضی نبوده.

### مضمون پنجم: ادراک نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان

در فضای مجازی، ویژگی‌های تخصصی و فنی روان‌درمانگر اهمیت داشت. شرکت‌کننده شماره ۱۴ بیان کرد: روان‌درمانگر وقتی اینترنت قطع شد، خیلی صبور بود و دوباره ادامه داد. سبک روان‌درمانی مجازی نیز متفاوت تجربه شد. شرکت‌کننده شماره ۱۸ اظهار کرد: در جلسه مجازی بیشتر فقط صحبت می‌کردیم، نشانه‌های غیرکلامی کمتر بود. همچنین، ساختار جلسات مجازی انعطاف بیشتری داشت. شرکت‌کننده شماره ۲۰ بیان کرد: جلسات مجازی کوتاه‌تر بود، ولی راحت‌تر می‌توانستم زمانش را تنظیم کنم.

### مضمون ششم: ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی

در جلسات مجازی، مراجعان از راحتی در بیان خود سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۱۳ بیان کرد: مجازی راحت‌تر از مشکلاتم گفتم، چون حس نمی‌کردم کسی مرا نگاه می‌کند. تغییر در این بستر بیشتر به صورت تدریجی گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۱۷ اظهار کرد: تغییراتم آرام بود، ولی حس کردم پایدارتر است. بسیاری از مراجعان از احساس استقلال در این روش سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۱۶ بیان کرد: اینکه خودم زمان جلسه را انتخاب می‌کردم، حس استقلال بیشتری داد.

جدول ۵. تجربه زیسته مراجعان از روان‌درمانی ترکیبی چگونه است؟

| مفاهیم اولیه                                                                                                          | زیرمضامین                        | مضمون اصلی                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| شروع حضوری برای اعتماد، ادامه مجازی برای راحتی، امکان پیگیری بهتر، انتخاب آزاد، کاهش محدودیت زمانی، رضایت بیشتر.      | ترکیب مزایا                      | کیفیت ارتباط درمانی                   |
| تغییر بین حضوری و مجازی، سازگاری با شرایط فردی، مدیریت بهتر زمان، کاهش فشار، آزادی در تصمیم‌گیری، تجربه متوازن.       | انعطاف در انتخاب                 |                                       |
| احساس پیگیری، کاهش اضطراب، حفظ ارتباط، رضایت بالا، کاهش قطع ارتباط، تجربه پایدار                                      | تداوم ارتباط                     |                                       |
| شروع حضوری برای اعتماد، ادامه مجازی برای راحتی، کاهش اضطراب، سازگاری هیجانی، احساس پیگیری، تجربه متوازن.              | تجربه تدریجی                     | تجربه هیجانی مراجع                    |
| ترکیب شرایط، کاهش فشار، احساس کنترل، رضایت بالاتر، انعطاف هیجانی، پذیرش بهتر تغییرات.                                 | سازگاری بیشتر                    |                                       |
| پیگیری مستمر، کاهش نگرانی، تجربه پایدار، اعتماد بیشتر، رضایت کلی، احساس امنیت.                                        | احساس تداوم                      |                                       |
| انتخاب بین حضوری و مجازی، کاهش هزینه رفت‌وآمد، امکان تغییر برنامه، انعطاف در شرایط خاص، تجربه مثبت، کاهش فشار زمانی.  | مدیریت بهتر زمان                 | عوامل عملی و محیطی                    |
| ترکیب مزایا، دسترسی آسان، کاهش فشار مالی، مدیریت شرایط فردی، رضایت بیشتر، کاهش مشکلات فنی.                            | کاهش محدودیت‌ها                  |                                       |
| احساس آزادی، تجربه متوازن، افزایش اعتماد، کاهش مشکلات محیطی، رضایت کلی، احساس کنترل.                                  | رضایت بیشتر                      |                                       |
| پیشرفت پایدار، رضایت بالا، احساس تداوم، ترکیب تجربه، کاهش محدودیت‌ها، تجربه مثبت.                                     | اثربخشی متوازن                   | ادراک اثربخشی روان‌درمانی             |
| عمق روان‌درمانی حضوری، راحتی مجازی، افزایش اعتماد، رضایت بیشتر، انعطاف در فرآیند.                                     | ترکیب مزایا                      |                                       |
| احساس کنترل، کاهش اضطراب، تجربه پایدار، اعتماد به فرآیند، احساس امنیت.                                                | افزایش رضایت                     |                                       |
| توانایی سازگاری، مدیریت شرایط، همدلی حضوری و مجازی، انعطاف بالا، تخصص ترکیبی، حمایت‌گری.                              | ویژگی‌های روان‌درمانگر در دو فضا | ادراک نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان |
| ترکیب تکنیک‌های حضوری و مجازی، آموزش مهارت‌ها، بازخورد متوازن، تمرکز بر نیاز فردی، پیگیری دوگانه، استفاده از مثال‌ها. | سبک روان‌درمانگری ترکیبی         |                                       |
| شروع حضوری، ادامه مجازی، پیگیری مستمر، انعطاف در محتوا، مدیریت زمان بهتر، وضوح اهداف.                                 | ساختار جلسات ترکیبی              |                                       |
| شروع حضوری برای اعتماد، ادامه مجازی برای تمرین، رشد پایدار، ترکیب تجربه‌ها، افزایش انعطاف، تغییر تدریجی اما عمیق.     | تجربه متوازن تغییر               | ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی     |
| یادگیری مهارت‌ها، افزایش اعتماد به نفس، کاهش اضطراب، تجربه تغییر پایدار، پذیرش شرایط، خودشناسی بیشتر.                 | ترکیب رشد حضوری و مجازی          |                                       |
| پیگیری مستمر، کاهش نگرانی، تجربه پایدار، اعتماد بیشتر، احساس توانمندی.                                                | احساس تداوم                      |                                       |

### مضمون اول: کیفیت ارتباط درمانی

در جلسات ترکیبی، مراجعان بیشترین تأکید را بر ترکیب مزایا داشتند. شرکت‌کننده شماره ۲۱ بیان کرد: *اول حضوری آمدم تا اعتماد کنم، بعد مجازی ادامه دادم و راحت‌تر بود. ویژگی دیگر این گروه، انعطاف در انتخاب بود. شرکت‌کننده شماره ۳۵ اظهار کرد: خوب بود که می‌توانستم بین حضوری و مجازی جابه‌جا شوم، بسته به شرایط خودم. همچنین، تداوم ارتباط در این گروه پررنگ بود. شرکت‌کننده شماره ۲۳ بیان کرد: حتی وقتی جلسه مجازی بود، حس کردم ارتباطم با روان‌درمانگر قطع نمی‌شود.*

### مضمون دوم: تجربه هیجانی مراجع

مراجعان ترکیبی از تجربه تدریجی سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۲۵ بیان کرد: *اول حضوری باعث شد اعتماد کنم، بعد مجازی ادامه دادم و آرام‌تر بودم. این گروه سازگاری بیشتری را گزارش کردند. شرکت‌کننده شماره ۲۸ اظهار کرد: وقتی جلسات ترکیبی بود، راحت‌تر با تغییرات کنار آمدم، در نهایت، احساس تداوم در این گروه برجسته بود. شرکت‌کننده شماره ۳۳ بیان کرد: اینکه جلسات هم حضوری بود و هم مجازی، باعث شد روند درمانم قطع نشود.*

### مضمون سوم: عوامل عملی و محیطی

یکی از مزایای ترکیبی، مدیریت بهتر زمان بود. شرکت‌کننده شماره ۳۴ بیان کرد: *وقتی وقت نداشتیم حضوری بیایم، مجازی ادامه دادم و مشکلی پیش نیامد. کاهش محدودیت‌ها در این گروه گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۲۲ اظهار کرد: جلسات ترکیبی باعث شد هم هزینه کمتر شود، هم دسترسی راحت‌تر باشد. مراجعان از رضایت بیشتر نیز سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۳۱ بیان کرد: اینکه انتخاب داشتیم، باعث شد رضایت بیشتری از روند درمان داشته باشیم.*

### مضمون چهارم: ادراک اثربخشی روان‌درمانی

اثربخشی در جلسات ترکیبی، متوازن گزارش شد. شرکت‌کننده شماره ۲۴ بیان کرد: *ترکیب جلسات باعث شد تغییراتم پایدارتر باشد. مراجعان بر ترکیب مزایا نیز تأکید داشتند. شرکت‌کننده شماره ۲۵ اظهار کرد: حضوری عمق بیشتری داشت، مجازی راحت‌تر بود؛ ترکیب‌شان عالی شد. افزایش رضایت در این گروه برجسته بود. شرکت‌کننده شماره ۳۵ بیان کرد: وقتی جلسات ترکیبی بود، حس کردم کنترل بیشتری دارم و آرام‌تر شدم.*

### مضمون پنجم: ادراک نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان

در جلسات ترکیبی، ویژگی‌های روان‌درمانگر در دو فضا اهمیت داشت. شرکت‌کننده شماره ۳۰ بیان کرد: *روان‌درمانگر هم حضوری خوب بود، هم مجازی توانست ارتباط را حفظ کند. سبک روان‌درمانی ترکیبی نیز تجربه‌ای متوازن ایجاد کرد. شرکت‌کننده شماره ۲۶ بیان کرد: روان‌درمانگر هم تمرین حضوری داد، هم مجازی پیگیری کرد، خیلی متعادل بود. ساختار جلسات ترکیبی نظم و انعطاف بیشتری داشت. شرکت‌کننده شماره ۳۲ بیان کرد: جلسات ترکیبی ساختار داشت، ولی انعطاف هم داشت؛ اهداف روشن بود.*

### مضمون ششم: ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی

مراجعان ترکیبی بیش از هر چیز از تجربه متوازن تغییر سخن گفتند. شرکت‌کننده شماره ۳۳ بیان کرد: *اول حضوری اعتماد کردم، بعد مجازی تمرین کردم و تغییرم پایدارتر شد. این گروه ترکیب رشد حضوری و مجازی را تجربه کردند. شرکت‌کننده شماره ۲۳ اظهار کرد: جلسات ترکیبی باعث شد هم اعتماد به نفس بگیرم، هم اضطرابم کمتر شود. احساس تداوم در این گروه برجسته بود. شرکت‌کننده شماره ۲۹ بیان کرد: اینکه جلسات قطع نمی‌شد، باعث شد احساس توانمندی بیشتری داشته باشم.*

جدول ۶. مقایسه تجربه مراجعان در سه بستر روان‌درمانی

| مضمون اصلی                | حضوری                                                         | مجازی                                                    | ترکیبی                                            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| کیفیت ارتباط درمانی       | ارتباط چهره به چهره، اعتماد بیشتر، دریافت نشانه‌های غیرکلامی. | راحتی در خانه، آزادی بیان، محدودیت زبان بدن و تماس چشمی. | ترکیب مزایا، انعطاف در انتخاب، حفظ ارتباط پایدار. |
| تجربه هیجانی مراجع        | احساس حمایت، کاهش اضطراب، تغییر سریع‌تر.                      | راحتی بیان، احساس فاصله، هیجان‌های متناقض.               | تجربه تدریجی، سازگاری بیشتر، احساس تداوم.         |
| عوامل عملی و محیطی        | محدودیت زمان و مکان، هزینه رفت و آمد، فضای رسمی.              | دسترسی آسان، کاهش هزینه، مشکلات فنی و حواس‌پرتی.         | مدیریت بهتر زمان، کاهش محدودیت‌ها، رضایت بیشتر.   |
| ادراک اثربخشی روان‌درمانی | اثربخشی بالا، عمق درمان، محدودیت وابستگی به حضور فیزیکی.      | اثربخشی نسبی، وابستگی به کیفیت ارتباط، رضایت متناقض.     | اثربخشی متوازن، ترکیب مزایا، افزایش رضایت.        |

|                                       |                                                            |                                                                |                                                           |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| ادراک نقش روان‌درمانگر و فرایند درمان | ویژگی‌های شخصیتی مشاور، بازخورد مستقیم، ساختار منظم جلسات. | مدیریت تکنولوژی، تمرکز بر گفتار، ساختار انعطاف‌پذیر اما محدود. | توانایی سازگاری، سبک ترکیبی، ساختار جلسات حضوری و مجازی.  |
| ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی     | افزایش خودآگاهی، تغییر نگرش، رشد فردی.                     | راحتی در بیان، تغییر تدریجی، احساس استقلال.                    | تجربه متوازن تغییر، ترکیب رشد حضوری و مجازی، احساس تداوم. |

جدول بالا نشان می‌دهد که تجربه مراجعان در سه بستر روان‌درمانی، واجد شباهت‌ها و تفاوت‌های مشخصی است. در روان‌درمانی حضوری، تمرکز اصلی بر ارتباط چهره‌به‌چهره، دریافت نشانه‌های غیرکلامی و احساس حمایت مستقیم قرار داشت و این امر موجب شکل‌گیری اعتماد و عمق درمان بیشتر شد. در روان‌درمانی مجازی، سهولت دسترسی، انعطاف زمانی و راحتی در محیط شخصی برجسته بود، هرچند محدودیت‌هایی مانند مشکلات فنی، کاهش نشانه‌های غیرکلامی و تجربه سطحی‌تر ارتباط گزارش گردید. در روان‌درمانی ترکیبی، مراجعان توانستند از مزایای هر دو بستر بهره‌مند شوند؛ اعتماد ناشی از جلسات حضوری در کنار انعطاف و راحتی جلسات مجازی موجب شد تجربه‌ای متوازن‌تر و پایدارتر شکل گیرد.

در بعد هیجانی، روان‌درمانی حضوری بیشتر با کاهش اضطراب و تغییر سریع‌تر همراه بود. در حالی که روان‌درمانی مجازی آزادی بیان و خودافشایی آسان‌تر را فراهم کرد؛ اما فاصله روانی و هیجانات متناقض را به همراه داشت. روان‌درمانی ترکیبی تجربه‌ای تدریجی و همراه با احساس تداوم ایجاد کرد و سازگاری هیجانی بیشتری را فراهم ساخت.

از نظر عوامل عملی و محیطی، روان‌درمانی حضوری با محدودیت زمان و هزینه مشخص شد. روان‌درمانی مجازی با دسترسی آسان و صرفه‌جویی در زمان شناخته شد؛ اما مشکلات فنی و حواس‌پرتی محیط خانه را به همراه داشت. روان‌درمانی ترکیبی توانست مدیریت بهتر زمان، کاهش محدودیت‌ها و رضایت بیشتر را ایجاد کند.

در ادراک اثربخشی، روان‌درمانی حضوری اثربخشی بالا و عمق درمان را نشان داد. روان‌درمانی مجازی اثربخشی نسبی و وابستگی به کیفیت ارتباط داشت و روان‌درمانی ترکیبی اثربخشی متوازن‌تر و رضایت بالاتر را به همراه داشت.

در نقش روان‌درمانگر، روان‌درمانی حضوری با ویژگی‌های شخصیتی و بازخورد مستقیم برجسته شد. روان‌درمانی مجازی با توانایی مدیریت تکنولوژی و سبک گفتاری شناخته شد و روان‌درمانی ترکیبی با سبک دوگانه و توانایی سازگاری روان‌درمانگر تجربه‌ای متعادل‌تر ایجاد کرد. در تغییرات شخصی، روان‌درمانی حضوری بیشتر به افزایش خودآگاهی و رشد فردی منجر شد. روان‌درمانی مجازی با احساس استقلال و تغییر تدریجی شناخته شد و روان‌درمانی ترکیبی تجربه متوازن تغییر را فراهم کرد که ترکیب رشد حضوری و مجازی و احساس تداوم را در پی داشت.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تطبیقی تجربه زیسته‌ی مراجعان از روان‌درمانی در سه بستر حضوری، مجازی، و ترکیبی بود. در مجموع ۶ مضمون اصلی شامل کیفیت ارتباط درمانی، تجربه هیجانی مراجع، عوامل عملی و محیطی، ادراک اثربخشی روان‌درمانی، ادراک نقش روان‌درمانگر و فرایند درمان و ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی شناسایی شد.

کیفیت ارتباط درمانی اولین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. روان‌درمانی حضوری با فراهم کردن امکان تماس چهره‌به‌چهره، دریافت نشانه‌های غیرکلامی و حضور فیزیکی درمانگر، کیفیت ارتباطی عمیق‌تری ایجاد کرده است. مراجعان در این بستر احساس اعتماد و صمیمیت بیشتری داشتند و توانستند هیجانات خود را با اطمینان بیشتری ابراز کنند. در مقابل، روان‌درمانی مجازی اگرچه راحتی در محیط شخصی و آزادی بیان بیشتری فراهم کرده بود، اما نبود تماس چشمی مستقیم و محدودیت زبان بدن باعث شده عمق ارتباط کاهش یابد و گاه احساس فاصله ایجاد شود. روان‌درمانی ترکیبی توانسته مزایای هر دو شیوه را تلفیق کند؛ شروع حضوری اعتماد اولیه را شکل داده و ادامه مجازی راحتی و انعطاف بیشتری فراهم آورده است.

پژوهش‌های قادری و محرابی (۱۴۰۲)، مصلحی و همکاران (۱۴۰۴) نشان داده‌اند که اتحاد درمانی در جلسات حضوری قوی‌تر است، زیرا نشانه‌های غیرکلامی نقش مهمی در شکل‌گیری اعتماد دارند. در مقابل، پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۲۳)، فومیچیوا و همکاران (۲۰۲۴) درباره روان‌درمانی مجازی، بر محدودیت‌های ارتباط غیرکلامی و دشواری درک هیجانات تأکید کرده‌اند. روان‌درمانی ترکیبی به‌عنوان رویکردی نوین توانسته تعادل ایجاد کند و نشان دهد که ترکیب دو بستر می‌تواند کیفیت ارتباطی پایدارتر ایجاد کند (زاهو و اکسو، ۲۰۲۵). یافته‌های این مطالعه همسو با این نتایج است. چرایی این تفاوت‌ها را می‌توان در نقش حضور فیزیکی در پردازش هیجانی و اهمیت آزادی بیان در فضای مجازی دانست. ترکیب این دو تجربه، به مراجعان امکان می‌دهد هم ارتباط حضوری عمیق را تجربه کنند و هم از مزایای راحتی و

انعطاف مجازی بهره‌مند شوند. این امر نشان می‌دهد که کیفیت ارتباط درمانی نه تنها به حضور فیزیکی بلکه به انعطاف در انتخاب بستر نیز وابسته است.

در تبیین این یافته می‌توان به نقش اتحاد درمانی به‌عنوان یکی از مهم‌ترین سازوکارهای اثرگذاری مداخلات روان‌شناختی اشاره کرد. اتحاد درمانی معمولاً شامل سه مؤلفه اصلی یعنی پیوند عاطفی میان درمانگر و مراجع، توافق بر اهداف درمان و توافق بر تکالیف درمانی است. هنگامی که مراجع احساس می‌کند درمانگر او را درک می‌کند و نسبت به تجربه‌های هیجانی او پذیرش و همدلی نشان می‌دهد، سطح اعتماد و گشودگی هیجانی افزایش می‌یابد و این امر زمینه شکل‌گیری رابطه درمانی باکیفیت‌تر را فراهم می‌کند. از سوی دیگر، در رویکردهای مبتنی بر شفقت یا مداخلاتی که بر همدلی و پذیرش هیجانی تأکید دارند، درمانگر به‌طور فعال فضایی امن و غیرقضاوت‌گر ایجاد می‌کند که در آن مراجع می‌تواند تجربه‌های شخصی خود را بدون ترس از ارزیابی منفی بیان کند. چنین فضایی به تقویت احساس امنیت روان‌شناختی و افزایش مشارکت فعال مراجع در فرایند درمان منجر می‌شود و در نهایت کیفیت رابطه درمانی را ارتقا می‌دهد.

تجربه هیجانی مراجع دومین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. در جلسات حضوری، مراجعان بیشترین احساس حمایت، کاهش اضطراب و تغییر سریع‌تر را گزارش کرده‌اند. حضور فیزیکی درمانگر و دریافت نشانه‌های غیرکلامی مانند لبخند یا زبان بدن، تجربه هیجانی مثبت‌تری ایجاد کرده است. در جلسات مجازی، آزادی بیان بیشتر گزارش شده اما هیجانات متناقض نیز وجود داشته است. برخی احساس راحتی و کنترل بیشتری داشته‌اند؛ در حالی که برخی دیگر تجربه‌ای سطحی‌تر و فاصله‌دار را گزارش کرده‌اند. روان‌درمانی ترکیبی توانسته تجربه‌ای تدریجی و پایدار ایجاد کند که با سازگاری بیشتر و احساس تداوم همراه بوده است.

پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند روان‌درمانی حضوری هیجان مثبت بیشتری ایجاد می‌کند (هابسی و همکاران، ۲۰۲۴)؛ روان‌درمانی مجازی تجربه‌ای متناقض دارد (سیاری‌فرد و همکاران، ۱۴۰۴) و روان‌درمانی ترکیبی می‌تواند تعادل برقرار کند (اولفسون و همکاران، ۲۰۲۵). این یافته‌ها نشان می‌دهد که تجربه هیجانی مراجعان به شدت تحت تأثیر بستر درمان است و ترکیب دو شیوه می‌تواند تجربه‌ای متوازن‌تر ایجاد کند. چرایی این تفاوت‌ها را می‌توان در همدلی مستقیم روان‌درمانی حضوری، نبود حضور فیزیکی در روان‌درمانی مجازی و تلفیق اعتماد و آزادی در روان‌درمانی ترکیبی جست‌وجو کرد. در واقع، روش ترکیبی توانسته است هیجان‌های مثبت حضوری را با آزادی بیان مجازی ترکیب کند و تجربه‌ای متوازن‌تر برای مراجعان فراهم آورد. این امر نشان می‌دهد که تجربه هیجانی نه تنها به حضور درمانگر بلکه به انعطاف در انتخاب بستر نیز وابسته است.

یکی از تبیین‌های مهم برای شکل‌گیری احساس حضور درمانی را می‌توان در چارچوب نظری حضور اجتماعی و تعامل تجسم‌یافته توضیح داد. در تعاملات درمانی، احساس حضور زمانی شکل می‌گیرد که مراجع تجربه کند درمانگر به‌طور واقعی و کامل در تعامل با او قرار دارد. در درمان حضوری، وجود نشانه‌های غیرکلامی مانند تماس چشمی، حرکات بدن، تغییرات ظریف در لحن صدا و واکنش‌های هیجانی آنی موجب می‌شود ارتباط انسانی عمیق‌تر و ملموس‌تر تجربه شود. این نشانه‌ها فرایند هم‌تنظیمی هیجانی میان درمانگر و مراجع را تسهیل می‌کنند و به ایجاد حس باهم‌بودن در فضای درمان کمک می‌کنند. از منظر نظریه تعامل تجسم‌یافته نیز بخش مهمی از درک متقابل انسانی از طریق ادراکات حسی و بدنی شکل می‌گیرد؛ بنابراین هنگامی که تعامل در یک فضای فیزیکی مشترک رخ می‌دهد، انتقال همدلی و درک هیجانی به شکل مؤثرتری صورت می‌گیرد و احساس حضور درمانی تقویت می‌شود.

عوامل علمی و محیطی سومین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. روان‌درمانی حضوری با محدودیت‌های زمان، مکان و هزینه‌های رفت‌وآمد همراه بوده است. فضای رسمی کلینیک تمرکز بیشتری ایجاد کرده اما دسترسی را دشوار ساخته است. روان‌درمانی مجازی این محدودیت‌ها را کاهش داده و دسترسی آسان‌تر و هزینه‌ی کمتر فراهم کرده، هرچند مشکلات فنی و حواس‌پرتی محیطی چالش‌زا بوده‌اند. روان‌درمانی ترکیبی توانسته با مدیریت بهتر زمان و کاهش محدودیت‌ها، رضایت بیشتری ایجاد کند و تجربه‌ای متوازن‌تر فراهم آورد.

پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند روان‌درمانی مجازی دسترسی را افزایش می‌دهد اما مشکلات فنی دارد (چین و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین روان‌درمانی حضوری نیز محدودیت‌های عملی بیشتری دارد (کایرکیرید و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های این مطالعه همسو با این نتایج است و نشان می‌دهد روان‌درمانی ترکیبی توانسته محدودیت‌ها را کاهش دهد. چرایی این تفاوت‌ها ناشی از وابستگی روان‌درمانی حضوری به حضور فیزیکی، وابستگی روان‌درمانی مجازی به تکنولوژی و توانایی روان‌درمانی ترکیبی در تلفیق این دو است. در نتیجه، روش ترکیبی توانسته دسترسی آسان در روش مجازی و تمرکز عمیق در روش حضوری را کنار هم قرار دهد. این امر نشان می‌دهد که عوامل علمی و محیطی نقش مهمی در تجربه مراجعان دارند و ترکیب دو بستر می‌تواند این محدودیت‌ها را کاهش دهد.

در تبیین نقش عوامل علمی و محیطی در تجربه درمان، می‌توان به این نکته اشاره کرد که شرایط فیزیکی و سازمانی ارائه خدمات درمانی بخش مهمی از ادراک مراجع از فرایند درمان را شکل می‌دهد. محیط درمانی آرام، محرمانه و منظم می‌تواند احساس امنیت روان‌شناختی را در مراجع تقویت کند و زمینه مناسبی برای بیان آزادانه افکار و هیجان‌ها فراهم آورد. هنگامی که مراجع احساس کند فضای درمان از نظر

محرمانگی، نظم و تمرکز مناسب است، احتمال بیشتری وجود دارد که با آرامش بیشتری در فرایند درمان مشارکت کند و تجربه درمانی را مثبت ارزیابی نماید. علاوه بر این، عوامل عملی مانند دسترسی آسان به خدمات درمانی، زمان‌بندی مناسب جلسات و کاهش موانع رفت‌وآمد نیز می‌توانند نقش مهمی در استمرار مشارکت مراجع در درمان داشته باشند. در مقابل، هرگونه اختلال در محیط درمانی، محدودیت‌های زمانی یا دشواری‌های دسترسی ممکن است تمرکز مراجع را کاهش دهد و کیفیت تجربه درمانی را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین می‌توان گفت که عوامل عملی و محیطی، اگرچه مستقیماً به محتوای مداخله درمانی مربوط نیستند، اما از طریق تأثیر بر احساس امنیت، راحتی و دسترس‌پذیری خدمات، می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری تجربه کلی مراجع از فرایند درمان ایفا کنند.

ادراک اثربخشی روان‌درمانی چهارمین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. روان‌درمانی حضوری اثربخشی بالاتر و تغییرات سریع‌تر ایجاد کرده است. مراجعان عمق درمان بیشتری تجربه کرده‌اند و رضایت بالاتری داشته‌اند. روان‌درمانی مجازی به دلیل وابستگی به کیفیت ارتباط و مشکلات فنی، اثربخشی نسبی داشته و پیشرفت آهسته‌تر تجربه شده است. روان‌درمانی ترکیبی توانسته اثربخشی متوازن ایجاد کند؛ به‌گونه‌ای که تغییرات پایدارتر و رضایت بیشتر گزارش شده است.

این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین نظیر پژوهش‌های زاهو و اکسو (۲۰۲۵)، ون‌بویتریلار و همکاران (۲۰۲۵)، فومپچوا و همکاران (۲۰۲۴) همخوانی دارد که روان‌درمانی حضوری را اثربخش‌تر و روان‌درمانی مجازی را نسبی دانسته‌اند. چرایی تفاوت‌ها در عمق ارتباط حضوری، محدودیت ارتباط مجازی و ترکیب این دو در روان‌درمانی ترکیبی نهفته است (چین و همکاران، ۲۰۲۳). روان‌درمانی ترکیبی توانسته است هم تغییرات سریع روان‌درمانی حضوری و هم تغییرات تدریجی روان‌درمانی مجازی را در کنار هم قرار دهد و تجربه‌ای پایدارتر ایجاد کند. این امر نشان می‌دهد که اثربخشی روان‌درمانی نه تنها به حضور فیزیکی بلکه به انعطاف در انتخاب بستر نیز وابسته است.

در تبیین ادراک اثربخشی روان‌درمانی می‌توان به این نکته اشاره کرد که برداشت مراجعان از مؤثر بودن درمان تنها به نتایج عینی یا کاهش علائم محدود نمی‌شود، بلکه تا حد زیادی به تجربه ذهنی آنان از فرایند درمان نیز وابسته است. هنگامی که مراجع در طول جلسات درمانی احساس کند که مشکلات او به‌درستی درک می‌شود، راهبردهای درمانی با نیازهای شخصی او همخوانی دارد و تغییراتی هرچند تدریجی در افکار، هیجان‌ها یا رفتارهای او ایجاد می‌شود، ادراک او از اثربخشی درمان تقویت می‌گردد. این ادراک همچنین می‌تواند تحت تأثیر میزان مشارکت فعال مراجع در جلسات، انجام تکالیف درمانی و مشاهده پیشرفت‌های ملموس در زندگی روزمره قرار گیرد. از سوی دیگر، شکل‌گیری رابطه درمانی مبتنی بر اعتماد و همدلی نیز می‌تواند احساس امید و انتظار مثبت نسبت به درمان را افزایش دهد و همین انتظار مثبت خود به‌عنوان یک عامل تقویت‌کننده در تجربه اثربخشی درمان عمل می‌کند. بنابراین ادراک اثربخشی روان‌درمانی را می‌توان حاصل تعامل میان تغییرات واقعی ایجادشده در وضعیت روان‌شناختی فرد و برداشت ذهنی او از میزان مفید بودن فرایند درمان دانست.

نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان، پنجمین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. در روان‌درمانی حضوری ویژگی‌های شخصیتی درمانگر مانند صبر، همدلی و بازخورد مستقیم بیش‌ترین اهمیت را داشته و ساختار منظم جلسات نیز به موفقیت درمان کمک کرده است. در جلسات مجازی، توانایی درمانگر در مدیریت تکنولوژی و تمرکز بر گفتار اهمیت یافته است؛ هرچند ساختار جلسات انعطاف‌پذیر اما محدود بوده است. روان‌درمانی ترکیبی نیز نیازمند درمانگری انعطاف‌پذیر است که بتواند سبک حضوری و مجازی را تلفیق کند و ساختار جلسات را متناسب با شرایط فردی تنظیم نماید.

قادری و محرابی (۱۴۰۴)، تدین‌چهارسوقی و همکاران (۱۴۰۰)، مک‌گورن و همکاران (۲۰۲۴)، تیان و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که نقش درمانگر در روان‌درمانی حضوری پررنگ‌تر و در روان‌درمانی مجازی وابسته به مهارت‌های تکنولوژیک است. یافته‌های این مطالعه همسو با این نتایج است و نشان می‌دهد درمانگر در روان‌درمانی ترکیبی باید انعطاف بیشتری داشته باشد. چرایی این تفاوت‌ها ناشی از ماهیت هر بستر و نیاز به سازگاری بیشتر در روان‌درمانی ترکیبی است. در واقع، درمانگر در روان‌درمانی ترکیبی باید بتواند هم ویژگی‌های شخصیتی روش حضوری و هم مهارت‌های تکنولوژیک روش مجازی را کنار هم داشته باشد. این امر نشان می‌دهد که نقش درمانگر نه تنها به ویژگی‌های شخصیتی بلکه به مهارت‌های تکنولوژیک نیز وابسته است.

در تبیین نقش روان‌درمانگر و فرآیند درمان می‌توان بیان کرد که تجربه درمانی مراجعان تا حد زیادی تحت تأثیر شیوه تعامل، ویژگی‌های حرفه‌ای و سبک مداخله درمانگر قرار دارد. درمانگری که بتواند با رویکردی همدلانه، پذیرنده و غیرقضاوت‌گرانه با مراجع ارتباط برقرار کند، زمینه شکل‌گیری فضایی امن برای بیان آزادانه افکار و هیجان‌ها را فراهم می‌آورد. چنین فضایی موجب می‌شود مراجع احساس کند که مشکلات و نگرانی‌های او به‌درستی شنیده و درک می‌شود و در نتیجه با اعتماد و انگیزه بیشتری در فرایند درمان مشارکت کند. افزون بر این، نحوه هدایت جلسات، شفافیت در بیان اهداف درمانی، استفاده از تکنیک‌های متناسب با نیازهای مراجع و ایجاد ساختار منظم در روند جلسات می‌تواند به درک بهتر مسیر درمان و افزایش احساس پیشرفت در مراجع کمک کند. در واقع، فرآیند درمان زمانی برای مراجع معنادار و مؤثر تلقی می‌شود که درمانگر بتواند میان دانش تخصصی، مهارت‌های ارتباطی و انعطاف‌پذیری در به‌کارگیری مداخلات درمانی تعادل برقرار کند.

از این رو، نقش درمانگر نه تنها در ارائه تکنیک‌های درمانی، بلکه در هدایت کلی فرایند تعامل درمانی و ایجاد شرایطی که مراجع بتواند فعالانه در مسیر تغییر و بهبود مشارکت کند، اهمیت اساسی دارد.

ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی آخرین تجربه زیسته مصاحبه‌شوندگان بود. روان‌درمانی حضوری بیشترین تأثیر را بر افزایش خودآگاهی، تغییر نگرش و رشد فردی داشته است. مراجعان در این بستر توانسته‌اند احساسات خود را بهتر بشناسند، افکارشان را بازبینی کنند و به بینش‌های تازه‌ای درباره مشکلاتشان دست یابند. این فرآیند موجب افزایش اعتماد به نفس، کاهش خودانتقادی و شکل‌گیری نگرش مثبت‌تر نسبت به زندگی شده است.

روان‌درمانی مجازی تغییرات تدریجی‌تر ایجاد کرده است. مراجعان گزارش کرده‌اند که آزادی بیان در روان‌درمانی مجازی به آن‌ها کمک کرده تا راحت‌تر درباره مشکلاتشان صحبت کنند و احساس استقلال بیشتری داشته باشند. با این حال، نبود حضور فیزیکی درمانگر باعث شده، تغییرات ایجادشده سطحی باشد. این تغییرات، آهسته اما پایدار بوده و به مرور موجب سازگاری بیشتر با شرایط فردی شده است. روان‌درمانی ترکیبی توانسته تجربه‌ای متوازن‌تر فراهم کند. شروع جلسات به‌صورت حضوری، اعتماد و خودآگاهی اولیه را شکل داده و ادامه جلسات به‌صورت مجازی فرصت تمرین و تثبیت تغییرات را فراهم آورده است. مراجعان در این بستر هم رشد فردی و بینش عمیق حضوری و هم استقلال و آزادی بیان روان‌درمانی مجازی را تجربه کرده‌اند. نتیجه این ترکیب، احساس تداوم، توانمندی و رشد پایدار بوده است. چین و همکاران (۲۰۲۳)، فومچیوا و همکاران (۲۰۲۴)، بوندارنکو و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که روان‌درمانی حضوری تغییرات عمیق‌تر ایجاد می‌کند؛ در حالی که تغییرات ناشی از روان‌درمانی مجازی بسیار کند است. یافته‌های این پژوهش همسو با این نتایج است و نشان می‌دهد روان‌درمانی ترکیبی می‌تواند تغییرات پایدارتر و متوازن‌تری ایجاد کند. چرایی این تفاوت‌ها در عمق ارتباط حضوری، آزادی بیان مجازی و تلفیق این دو در ترکیبی نهفته است.

در تبیین ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی می‌توان بیان کرد که یکی از مهم‌ترین پیامدهای فرایند روان‌درمانی، تحول در نحوه درک فرد از خود، هیجان‌ها و الگوهای رفتاری خویش است. در جریان جلسات درمانی، مراجع به‌تدریج فرصت می‌یابد تا تجربیات، باورها و واکنش‌های هیجانی خود را در فضایی امن و حمایتی بازنگری کند و از طریق گفت‌وگو، بازتاب و بینش‌یابی به درک عمیق‌تری از خود دست یابد. این فرایند می‌تواند به افزایش آگاهی فرد نسبت به الگوهای فکری و رفتاری پیشین، بازتعریف برخی باورهای ناکارآمد و شکل‌گیری راهبردهای سازگارانه‌تر برای مواجهه با مسائل زندگی منجر شود. هنگامی که مراجع چنین تغییراتی را در نگرش، تنظیم هیجان‌ها یا شیوه تعامل خود با دیگران تجربه می‌کند، احساس رشد شخصی و پیشرفت در او تقویت می‌شود و در نتیجه ارزیابی مثبت‌تری از تجربه درمانی شکل می‌گیرد. در این چارچوب، ادراک تغییرات شخصی نه صرفاً به معنای کاهش علائم یا مشکلات روان‌شناختی، بلکه به معنای تجربه نوعی تحول در خودآگاهی، توانمندی روان‌شناختی و نحوه مواجهه فرد با چالش‌های زندگی تلقی می‌شود؛ تحولی که می‌تواند در بسترهای مختلف ارائه خدمات روان‌درمانی نیز به شیوه‌های گوناگون تجربه و معناگذاری شود.

بررسی مجموع یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تجربه مراجعان از روان‌درمانی، فارغ از بستر ارائه خدمات (حضوری، مجازی یا ترکیبی)، در قالب مجموعه‌ای از مؤلفه‌های مرتبط با یکدیگر شکل می‌گیرد که هر یک بخشی از تجربه کلی درمان را توضیح می‌دهند. مؤلفه‌هایی مانند کیفیت رابطه درمانی، احساس حضور، اعتماد، مشارکت در درمان، عوامل عملی و محیطی، ادراک اثربخشی درمان، نقش روان‌درمانگر و در نهایت ادراک مراجع از خود و تغییرات شخصی، در کنار یکدیگر شبکه‌ای از عوامل روان‌شناختی و تعاملی را تشکیل می‌دهند که تجربه درمانی مراجع را معنا می‌بخشند. در واقع، این مؤلفه‌ها را می‌توان اجزای یک فرایند پویا دانست که در آن تعامل میان ویژگی‌های درمانگر، ویژگی‌های مراجع و شرایط ارائه خدمات درمانی به شکل‌گیری تجربه درمان منجر می‌شود.

در این چارچوب، تفاوت میان بسترهای حضوری، مجازی و ترکیبی را می‌توان بیشتر در نحوه تجلی این مؤلفه‌ها دانست تا در اصل وجود آنها. برای مثال، در درمان حضوری نشانه‌های غیرکلامی، تماس چهره‌به‌چهره و فضای فیزیکی درمان می‌تواند احساس حضور و نزدیکی بیشتری ایجاد کند؛ در حالی که در درمان مجازی عواملی مانند دسترس‌پذیری، انعطاف‌پذیری زمانی و راحتی محیط شخصی مراجع ممکن است نقش پررنگ‌تری در تجربه درمانی ایفا کند. در درمان ترکیبی نیز ترکیب این دو بستر می‌تواند امکان بهره‌مندی هم‌زمان از مزایای تعامل حضوری و دسترسی‌پذیری درمان آنلاین را فراهم سازد. با این حال، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که صرف‌نظر از نوع بستر ارائه خدمات، آنچه بیش از همه در شکل‌گیری تجربه مثبت درمانی اهمیت دارد، کیفیت تعامل درمانی، احساس درک شدن و فرصت بازاندیشی در خود و تجربه‌های شخصی است. از این رو می‌توان گفت که بسترهای مختلف ارائه روان‌درمانی بیش از آنکه ماهیت تجربه درمان را تغییر دهند، شیوه بروز و تجربه این مؤلفه‌های اساسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

این مطالعه نشان داد که هر یک از سه بستر روان‌درمانی دارای نقاط قوت و محدودیت‌های خاص خود هستند. تأثیر روان‌درمانی حضوری در بهبود مشکلات فردی مراجعین در سطح بسیار بالایی قرار دارد؛ با این حال همه افراد به مراکز مشاوره و روان‌درمانی دسترسی آسان ندارند.

بدین معنی که در بسیاری از شهرها مخصوصاً شهرهای کوچک، مراکز تخصصی روان‌درمانی وجود ندارد. از سوی دیگر مراجعه به این مراکز در شهرهای دیگر نیز، به هزینه مالی و زمان بیش‌تری نیاز دارد که امکان آن برای بسیاری از افراد وجود ندارد. در نقطه مقابل، روان‌درمانی مجازی، از لحاظ میزان اثرگذاری بر بهبود نشانه‌ها و مشکلات فرد، عمق کم‌تری دارد؛ با این حال دسترسی به آن آسان‌تر و هزینه پرداختی کم‌تر است و همچنین افراد در تعیین زمان برگزاری جلسات آزادی بیش‌تری دارند. نهایتاً روان‌درمانی ترکیبی نیز توانسته مزایای هر دو شیوه را تلفیق کند و تجربه‌ای پایدار، متوازن و رضایت‌بخش‌تر برای مراجعان فراهم آورد.

از نظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های درمانی ترکیبی طراحی شوند که جلسات اولیه آن به‌صورت حضوری برای شکل‌دهی اعتماد و اتحاد درمانی برگزار شوند و جلسات بعدی به صورت مجازی برای پیگیری و تمرین ادامه یابند. همچنین، آموزش روان‌درمانگران برای توسعه مهارت‌های ارتباطی مجازی و سازگاری با دو فضا ضروری است. به‌ویژه آموزش استفاده از شبکه‌های مجازی مورد استفاده از ضرورت بسیار بالایی برخوردار است. بهبود زیرساخت‌های تکنولوژیک نیز می‌تواند مشکلات فنی رایج در روان‌درمانی مجازی نظیر کیفیت و سرعت پایین را کاهش دهد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی، اثربخشی این سه مدل را بر کاهش عینی مشکلات و اختلالات روانشناختی مختلف با تکیه بر روش‌های کمی بررسی کنند و همچنین می‌توانند این بررسی را در میان گروه‌های مختلف از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و جنس انجام داده و حتی مقایسه کنند. به‌طور کلی نتایج این پژوهش بیانگر آن است که روان‌درمانی ترکیبی می‌تواند به‌عنوان رویکردی نوین و کارآمد در آینده مطرح شود؛ رویکردی که هم نیازهای هیجانی و ارتباطی مراجعان را برآورده می‌سازد و هم محدودیت‌های عملی و محیطی را کاهش می‌دهد.

### ملاحظات اخلاقی

شرکت‌کنندگان رضایت شفاهی خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند و اطمینان لازم درباره‌ی محرمانگی اطلاعات به آن‌ها داده شد.

### حامی مالی

این مطالعه بدون حمایت مالی انجام گرفته است.

### تعارض منافع

یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی زنان و مردانی که در این پژوهش شرکت کردند سپاسگزاری می‌شود.

## References

- تدین چهارسوقی، بتول؛ ایزدی، راضیه و نقوی، اعظم (۱۴۰۰). اتحاد درمانی در مشاوره از راه دور: تجربیات افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و مشاوران. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۱(۲)، ۱۰۶-۱۳۳.
- <https://doi.org/10.22108/cbs.2022.132192.1616>
- حسینی، حداد؛ خلیلی‌سامانی، صفرعلی؛ غلامی، امین؛ موسوی، سیدعلی و موسوی، سامان (۱۴۰۱). تعیین رابطه بین رفاه اجتماعی با سلامت روان و شادی فردی معلمان شهرستان لردگان. *پژوهش‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی (موسسه آموزش عالی نگاره)*، ۸۵(۵)، ۴۳۱-۴۴۷.
- <https://civilica.com/doc/1757663>
- سیاری‌فرد، آزاده؛ مرادی، علی؛ جمشیدی، انسیه؛ مرادی، مازیار؛ امری، پگاه و امجدیان، محی‌الدین (۱۴۰۴). واکاوی چالش‌ها و راهکارهای اجرای برنامه کمک‌های اولیه سلامت روان در مدارس ایران: یک مطالعه کیفی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳۱(۱)، ۲۲-۳۴.
- <https://doi.org/10.32598/ijpcp.31.5420.1>
- شعبانی، امیر؛ ناصرخت، مرتضی؛ قالیچی، لیلا؛ حاجبی، احمد؛ اسدی، علی و رسولیان، مریم (۱۴۰۴). نیاز به احیای سامانه عمومی خدمات سلامت روان. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۳۱(۱)، ۱۳-۱۳.
- <https://doi.org/10.32598/ijpcp.31.4.3>
- عموشاهی، محمدحسن و فرهادی، هادی (۱۴۰۳). مروری بر شیوع، اثرات روان‌شناختی-اجتماعی و جسمانی نوموفوبیا. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۲۱(۲۵)، ۳۱-۳۱.
- <http://jnip.ir/article-1-1175-fa.html>

فیضی، زینب؛ موسیوند، اعظم؛ برخوردار، لیلا و عزیزی، ابراهیم (۱۴۰۳). بررسی آسیب اجتماعی خودکشی در لرستان: علل، پیامدها و راهکارهای پیشگیری. *پژوهش‌های روان‌شناسی و علوم تربیتی (مرکز توسعه آموزش‌های نوین ایران)*، ۴۹ (۱۰)، ۱۷۹-۱۹۲.

<http://noo.rs/DSrmH>

قادری، فرزاد و محرابی، علی (۱۴۰۲). مروری بر درمان فرایند مدار؛ پارادایمی نوین در مداخلات روان‌درمانی. *تشریه تعالی بالینی*، ۲ (۱)، ۴۵-۵۶.

<http://ce.mazums.ac.ir/article-1-764-fa.html>

محمدی، الهام (۱۴۰۴). وضعیت مواجهه با افراد آسیب دیده و آسیب پذیر اجتماعی در اسناد قانونی (تحلیل محتوا). *فصلنامه رفاه اجتماعی*، ۲۵ (۹۶)، ۱-۱۱.

<https://doi.org/10.32598/refahj.25.96.4503.1>

مصلحی، حامد؛ پورموسوی، سیده مریم؛ زاکانی، زینب و فیاض، ریحانه (۱۴۰۳). شناسایی عوامل احتمالی مرتبط با روان‌درمانی اثربخش از منظر درمانگران و مراجعان: یک پژوهش کیفی. *مجله دانشکده بهداشت و انیستو تحقیقات بهداشتی*، ۲ (۱)، ۲۱۱-۲۳۲.

<http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-6280-fa.html>

Bekes, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2022). Psychotherapists' experiences with online therapy during the COVID-19 pandemic: A mixed-methods study. *Psychotherapy Research*, 32(6), 694-708. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1921304>

Bekes, V., & Aafjes-van Doorn, K. (2023). The impact of telepresence on therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 79(4), 1166-1180. <https://doi.org/10.1002/jclp.23477>

Boldt, S., Shires, A., & Beattie, J. (2025). Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy: a Scoping Review of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*, 2(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s12671-025-02715-4>

Bondarenko, A., Kucherovska, N., & Fedko, S. (2024). Status and Problems of Counseling Psychology in the Modern World and Ukraine. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, (21), 29-36. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-05>

Chen, W. C., Chan, H. Y., Sung, Y. H., Chen, P. L., Hung, Y. F., Huang, K. C., & Hsu, S. S. (2023). Therapists' practical implementation and preparation of online counseling in the post-pandemic era. *Current Psychology*, 42(34), 30548-30560. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04614-0>

Chen, X. (2023). Research on counseling therapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Social Science Humanities and Literature*, 6(6), 83-87. [https://doi.org/10.53469/jsshl.2023.06\(06\).15](https://doi.org/10.53469/jsshl.2023.06(06).15)

Colaizzi, P. F. (1978). *Psychological research as the phenomenologist views it*. In R. S. Valle & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). New York: Oxford University Press. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=573953>

Connolly, S. L., Miller, C. J., Lindsay, J. A., & Bauer, M. S. (2022). A systematic review of providers' attitudes toward tele mental health via videoconferencing. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 29(1), 5-19. <https://doi.org/10.1037/cps0000052>

Fomicheva, E., Jyrgalbek, J., & Mikhaylova, O. (2024). What explains trust in online mental health therapy provision platforms? An online descriptive survey. *Digital Health*, 10(1), 2-11. <https://doi.org/10.1177/20552076241272616>

Giorgi, A. P., & Giorgi, B. M. (2003). The descriptive phenomenological psychological method. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 243-273). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10595-013>

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage Publications. [http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767\(85\)90062-8](http://dx.doi.org/10.1016/0147-1767(85)90062-8)

Habsy, B. A., Febiyanti, D., Arsalan, F. I. P., Maulana, H., & Arfianti, Y. P. (2024). Basic Concepts of The Group Approach in Guidance and Counseling. *Journal Kajian Pendidikan Dan Psychology*, 1(3), 207-217. <https://doi.org/10.61397/jkpp.v1i3.122>

Hilty, D. M., Chan, S., Hwang, T., Wong, A., & Bauer, A. M. (2023). Advances in digital mental health and telepsychiatry: Implications for clinical practice and continuity of care. *Psychiatric Clinics of North America*, 46(3), 487-502. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.04.002>

- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World psychiatry*, 23(1), 58-90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- McGovern, R., Balogun-Katung, A., Artis, B., Bareham, B., Spencer, L., Alderson, H., & Kaner, E. (2024). The effectiveness of preventative interventions to reduce mental health problems in at-risk children and young people: A systematic review of reviews. *Journal of Prevention*, 45(4), 651-684. <https://doi.org/10.1007/s10935-024-00785-z>
- Olfson, M., McClellan, C., Zuvekas, S. H., Wall, M., & Blanco, C. (2025). Psychotherapy trends in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 182(5), 483-492. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240492>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., & Tyler, C. M. (2022). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *American Psychologist*, 77(1), 14-25. <https://doi.org/10.1037/amp0000722>
- Shklarski, L., Abrams, A., & Bakst, E. (2022). Navigating changes in the therapeutic frame during online therapy: Therapist perspectives. *Psychotherapy*, 59(3), 360-370. <https://doi.org/10.1037/pst0000385>
- Tian, S., Wang, Q., Wu, T., Chang, S., Dun, W., Zhang, L., & Wang, G. (2025). Healthy lifestyle and risk of incidence, mortality and life expectancy of mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 388(1), 28-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119592>
- Van Boetelaer, E., Sleit, R., Rodriguez, E., Barathi, G. K., Escobio, F., Browne, J. L., & Keating, P. (2025). Differences in mental health between younger and older adults in complex humanitarian settings in low-income and middle-income countries: retrospective analysis from Médecins Sans Frontières-supported mental health services, 2019-2024. *BMJ Global Health*, 10(9), 29-42. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2025-019822>
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G., & Riper, H. (2023). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 32, 100620. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100620>
- World Health Organization (2020). *Archived: WHO timeline - COVID-19*. 2020 [Update 2020 April 27]. Available from. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Zhao, X., & Xu, J. (2025). Exploring User Satisfaction in Online Mental Health Platform: An Integrated Framework Analysis of Trust, Quality, and Value Perceptions. *The Journal of Medicine, Humanity and Media*, 3(4), 81-133. <https://doi.org/10.62787/mhm.v3i4.202>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی