




## Optimizing Telephone Psychotherapy Service Quality Based on Therapists' Experiences: A Qualitative Study

Fahimeh Bahonar <sup>\*1</sup>, mahya Sanieemanesh<sup>2</sup>

### Abstract

Given the increasing expansion of psychotherapy services delivered via telephone and the importance of ensuring the quality of these services, attention to the factors affecting their effectiveness is essential. This research aimed to explore and deeply interpret therapists' experiences in order to extract practical insights for optimizing the quality of telephone psychotherapy services. The present research employed an applied methodology using an interpretive phenomenological qualitative design. The study population consisted of active therapists in Tehran during the years 2024-2025. Purposeful criterion-based sampling was used and continued until data saturation was reached, ultimately selecting 15 therapists. Participants underwent semi-structured interviews. Data analysis was performed using Colaizzi's seven-step method, with MAXQDA.20 software utilized for coding. Data analysis resulted in the identification of 80 initial concepts, 11 sub-themes, and 4 main themes. To examine the validity and accuracy of the research data, four measurement criteria were used, including credibility, transferability, dependability, and confirmability. The main themes included: Therapists' Personal Competencies (Basic counseling skills, Psychological capacities of therapists, Therapists' mental health management, Objective indicators of effectiveness), Effective Contexts in Telephone Counseling Services (Infrastructural and Psychosocial), Individual Therapist Strategies (Physical self-care and Psychological-spiritual self-care), Macro-level Strategies (Operational support, Psychological support, and Professional development). The identification of the "need for organizational psychological support" for therapists is highlighted as a novel achievement of this research. The present findings represent a significant step toward improving remote psychological services, and given the expansion of such services, they call for the attention and planning of policymakers and center managers, particularly in the area of systematic support for therapists.

**Keywords:** Psychotherapy, Telephone psychotherapy, Quality of psychotherapy services.

<sup>1</sup> Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Email: [f\\_bahonar@sbu.ac.ir](mailto:f_bahonar@sbu.ac.ir)

<sup>2</sup> Ph.D Student of Counseling, Faculty of Literature and Humanities, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran

Email: [Mahya.sanieemanesh@uok.ac.ir](mailto:Mahya.sanieemanesh@uok.ac.ir)



### Introduction

Teletherapy, which involves the use of text-based or audio/video tools to connect clients and counselors remotely, has been recognized as a legitimate means of conducting psychotherapy (Calkins, 2021). This approach, characterized by its accessibility and rapid responsiveness, has gained particular popularity among certain groups (Paul et al., 2016). Overall, the topic of telephone-based psychological services — including their advantages, disadvantages, and potential improvements — has long been of interest to researchers (Haas, 1996).

Moreover, given the professional role of psychotherapists in society and the occupational challenges they commonly face, the need for strategies aimed at improving their working conditions is evident. Although the body of research on online therapy continues to expand (Khan et al., 2021), there remains a notable lack of qualitative studies that explore how to enhance or more effectively utilize the potential of this method—particularly in Iran, where distinct cultural characteristics may influence its application. Therefore, the researchers in this study sought to address the following question:

How can the quality of telephone-based psychotherapy services be optimized from the perspective of professionals active in this field?

### Method

This study employed a qualitative approach using the interpretative phenomenological analysis (IPA). The study population consisted of counselors and therapists practicing in Tehran Province during the years 2024–2025. Accordingly, participants were selected using purposive sampling.

Participants were recruited through public announcements on social media and direct researcher presence at telephone counseling centers officially registered with the Iranian Psychological and Counseling Organization. Data were collected using a semi-structured, researcher-designed interview whose main focus was to explore therapists' perspectives on factors contributing to success. For data analysis, the Colaizzi's Method was applied, and MAXQDA 20 software was used.

### Findings

The average age of the participants was 33.35 years. About 80% held a Master's degree, one participant held a Ph.D., and the rest were Ph.D. candidates. About 73.33% worked in the public sector, whereas 26.66% were employed in private telephone counseling centers. The average years of experience in telephone counseling was 4.5. Most participants worked in the fields of family counseling or clinical psychology.

**Table 1.**  
*Main Themes, Sub-Themes, and Initial Concepts of Participants' Experiences*

Main Themes	Sub-Themes	Number of participants expressing this theme	Initial Concepts
<b>Therapists' Personal Competencies</b>	<i>Basic Counseling Skills</i>	14	keeping knowledge up to date; continuous learning; active listening ability; clear expression; calm tone; verbal fluency; empathy; appropriate reflection; work experience; time management; unconditional acceptance; managing transference and countertransference; observing professional ethics
	<i>Therapist's Psychological Capacities</i>	10	patience; acceptance of diverse clients; awareness of own emotions; awareness of own beliefs; behavior management; resilience; use of emotional intelligence
	<i>Therapist's Mental Health Management</i>	9	having a personal therapist; consulting with colleagues; taking leaves or breaks; sharing emotions; reducing mental preoccupation; closing client cases after completion of counseling
	<i>Objective indicators of improvement</i>	11	client satisfaction level; providing continuity of treatment; reduction in complaints; improvement of clients' symptoms; accurate diagnosis
<b>Effective Contexts in Telephone Counseling Services</b>	<i>Infrastructural</i>	13	eliminating geographical limitations; saving time; clients' comfort in expressing problems; broad population coverage
	<i>Psychosocial</i>	7p	Reducing social stigma; Increasing honesty; Psychological safety; Compatibility with modern lifestyles
<b>Therapists' Individual Strategies</b>	<i>Physical Self-care</i>	10	exercise; attention to sleep and nutrition; practicing muscle relaxation; focusing on proper breathing
	<i>Psychological-Spiritual Self-care</i>	15	learning from experienced professionals; reading/studying; traveling; resting ; listening to instrumental music; maintaining friendships; timely service to clients; mindfulness; gratitude; meaning reconstruction
<b>Macro-level Strategies (Organizational and Counseling Center)</b>	<i>Operational Support</i>	13	holding necessary workshops for therapists and specific internships in telephone counseling; receiving supervision; promoting telephone counseling culture; reducing prank or nuisance calls; managing call volume; allocating sufficient time for counseling; financial support for therapists; providing supervisor feedback; continuous monitoring; ensuring transparency of the counseling process for clients
	<i>Psychological Support</i>	12	motivating therapists; addressing job burnout; professional incentives; considering occupational acceptance and suitability
	<i>Professional Development and Improvement</i>	13	obtaining professional telephone counseling certifications; creating personalized client portals; forming a specialized telephone counseling committee; developing a comprehensive telephone counseling protocol; establishing a client feedback rating system on counseling quality; establishing a therapist feedback rating system on service quality; creating secure digital platforms; implementing client follow-up systems; enabling audio and video communication systems; developing performance evaluation systems; improving workplace environments; providing dedicated physical spaces for counselors

### Discussion

The aim of the present study was to examine ways to optimize the quality of telephone psychotherapy services based on therapists' lived experiences. The first main theme identified was therapists' personal competencies. This theme indicates that a therapist's competence is not solely based on theoretical knowledge; rather, it involves an interconnection of skill, capacity, and well-being, which together make it possible to optimize therapy in the context of telephone-based psychotherapy. The two concepts of basic counseling skills and objective indicators of effectiveness are consistent with the findings of Khan et al. (2021).

The second main theme, unlike the first—which was at the micro level—was identified as effective contexts in telephone counseling services. This theme aligns with many previous studies. Convenience and ease due to the absence of geographical and temporal restrictions (Bird et al., 2019), as well as continuous accessibility (Zainudin et al., 2021), are among the capacities of this therapeutic modality that have contributed to its increasing use. Moreover, comfort and anonymity, reduction of stigma and labeling (Nagarajan & S, 2021), flexibility of the therapeutic process (Khan et al., 2021), and the creation of a safe therapeutic environment (Cipolletta & Mocellin, 2021) are additional characteristics that have expanded the application of online services, particularly telephone psychotherapy.

The third main theme consisted of individual strategies that, according to therapists, could enhance the success and optimization of telephone psychotherapy if implemented. Emphasis on self-care—both physical and psycho-spiritual—as a factor that can improve this therapeutic process has not been explicitly mentioned in previous research within the Iranian cultural context, making it a novel contribution of the present study. This is significant because self-care also has a cultural dimension: In some cultures, mental health professionals are encouraged toward excessive self-sacrifice, which can be detrimental (Ko & Min Lee, 2021).

Finally, the fourth main theme concerned macro-level strategies (organizational and counseling center). This theme emphasizes the necessity for institutions to evolve from being service-oriented organizations to learning organizations, where support is multidimensional and continuous. It underscores that quality improvement interventions must simultaneously target all three levels. Counseling centers and organizations can enhance therapeutic service quality by supporting therapists through the triad of operational strategies, psychological support, and professional development initiatives.

## مقاله پژوهشی

## بهینه‌سازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی بر پایه تجربیات درمانگران: یک مطالعه کیفی

فهیمه باهنر<sup>\*۱</sup>، محیا صنیعی‌منش<sup>۲</sup>

### چکیده

با توجه به گسترش روزافزون ارائه خدمات روان‌درمانی از طریق بستر تلفن و اهمیت تضمین کیفیت این خدمات، توجه به عوامل مؤثر بر اثربخشی آن ضروری است. این پژوهش با هدف کشف و تفسیر عمیق تجربیات درمانگران به منظور استخراج بینش‌های کاربردی برای بهینه‌سازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی انجام شد. روش پژوهش حاضر کاربردی و از نوع کیفی پدیدارشناسی تفسیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل درمانگران فعال شهر تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از نوع ملاکی بود و تا مرز اشباع داده‌ها و در نهایت، انتخاب ۱۵ درمانگر ادامه یافت. با شرکت‌کنندگان به مدت ۷ ماه مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انجام شد. به منظور تحلیل داده‌ها، از روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی و نرم‌افزار MAXQDA.20 برای کدگذاری استفاده شد. تحلیل داده‌ها به شناسایی ۸۰ مفهوم اولیه، ۱۱ مضمون فرعی و ۴ مضمون اصلی منجر شد. برای بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار سنجش شامل اعتبار، انتقال‌پذیری، اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری استفاده شد. مضامین اصلی شامل شایستگی‌های شخصی درمانگران (مهارت‌های پایه‌ای مشاوره، ظرفیت‌های روان‌شناختی درمانگر، مدیریت سلامت روان درمانگر و شاخص‌های عینی بهبود)، بسترهای مؤثر در خدمات مشاوره تلفنی (زیرساختی و روانی-اجتماعی)، راهکارهای فردی درمانگران (خودمراقبتی جسمانی و خودمراقبتی روانی-معنوی) و راهکارهای کلان (حمایت‌های عملیاتی، حمایت‌های روان‌شناختی و به‌سازی حرفه‌ای) بودند. شناسایی «نیاز به حمایت روان‌شناختی سازمانی» برای درمانگران به عنوان یک دستاورد نوین این پژوهش برجسته بود. یافته‌های حاضر گامی مهم در راستای ارتقای خدمات روان‌شناختی از راه دور است و با توجه به گسترش این نوع خدمات، توجه و برنامه‌ریزی سیاست‌گذاران و مدیران مراکز را به ویژه در زمینه پشتیبانی نظام‌مند از درمانگران طلب می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی، روان‌درمانی تلفنی، کیفیت خدمات روان‌درمانی.

<sup>۱</sup> نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

ایمیل: [f\\_bahonar@sbu.ac.ir](mailto:f_bahonar@sbu.ac.ir)

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری رشته مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

ایمیل: [Mahya.sanieemanesh@uok.ac.ir](mailto:Mahya.sanieemanesh@uok.ac.ir)



## مقدمه

درمان از راه دور که شامل استفاده از ابزارهای متنی یا صوتی/تصویری برای اتصال مراجع و مشاور از راه دور است، به عنوان روشی مشروع برای داشتن فرایند روان‌درمانی به رسمیت شناخته شده است (Calkins, 2021; De Jaegere et al., 2019; Gaggioli, 2018). از دیرباز، از تلفن برای ارائه خدمات روان‌درمانی در شرایط بحران و خطر خودکشی استفاده شده است (Lester & Rogers, 2012). در طول دهه گذشته، درمان آنلاین به شیوه‌ای رایج‌تر برای انجام جلسات روان‌درمانی تبدیل شده است، اما راهنمایی‌های مربوط به درمان الکترونیکی هنوز در حال توسعه هستند و توسط نهادهایی مختلف مانند انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA)<sup>۱</sup>، هیئت ملی درمانگران مجاز (NBCC)<sup>۲</sup>، انجمن بریتانیایی روان‌درمانی و مشاوره (BACP)<sup>۳</sup>، انجمن مشاوره و روان‌درمانی کانادا (CCPA)<sup>۴</sup> و انجمن روان‌شناسی کانادا (CPA)<sup>۵</sup> تدوین می‌شوند. این سازمان‌های حرفه‌ای رویکردهایی متفاوت اتخاذ کرده‌اند و بر جنبه‌های مختلف درمان آنلاین تمرکز کرده‌اند (Khan et al., 2022). به ویژه بعد از شیوع ویروس کرونا، توجه به مباحث سلامت روان از راه دور بیش از گذشته شده است که در میان انواع شیوه‌های خدمات از راه دور، مشاوره و روان‌درمانی تلفنی به سبب دسترسی راحت‌تر بیش از سایر روش‌ها کاربرد دارد (Manikappa et al., 2024; Ribeiro et al., 2021). بر اساس برخی از پژوهش‌ها، این شیوه ظرفیت لازم برای ایجاد بستری امن برای ارتباط درمانی را دارد (Cipolletta & Mocellin, 2018) و از طرفی، به مراجعان کمک خواهد کرد تا برخی از موانع ساختاری را پشت سر بگذارند و از متخصصان سلامت روان حمایت‌های لازم را دریافت کنند (Bird et al., 2019; Yellowlees et al., 2008). از این رو، این روش با دو ویژگی اصلی در دسترس بودن و پاسخ‌گویی سریع توانسته است طرفداران خاص خود را داشته باشد (Paul et al., 2016). به طور کلی، بررسی مبحث خدمات روان‌شناختی تلفنی به لحاظ مزایا، معایب و شرایط بهبود آن از دیرباز مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (Haas et al., 1996). با این حال، ارائه خدمات در این بستر همچنان پیچیده و بحث‌برانگیز است (Sanders, 2019).

بر اساس نتایج پژوهش صنیعی‌منش و باهنر (۱۴۰۴)، چالش‌های ارتباطی، فنی، روان‌شناختی، توسعه‌ای و سازمانی-ساختاری از جمله مسائلی هستند که روان‌درمانگران اختصاصاً در زمینه مشاوره تلفنی با آن مواجه هستند. در نتیجه، بررسی ادبیات پژوهشی حاکی از پیچیدگی‌ها و چالش‌های ویژه این حرفه است؛ به طوری که در این بستر، ظرایفی ویژه برای برقراری ارتباط درمانی وجود دارند (Liu et al., 2020). از این رو، لازم است درمانگران با حساسیت‌های بیشتری از فنون پایه و پیشرفته مشاوره و روان‌درمانی استفاده کنند (Sickels, 2025). علاوه بر این، دلایل رایج مراجعان برای تماس خودکشی، افسردگی و مشکلات بین‌فردی گزارش شده است (Matthews et al., 2023; Dadfar & Lester, 2021). در نتیجه، متخصصان در این زمینه با مسائلی متعدد روبه‌رو هستند (Chandrasekaran et al., 2024). از این رو، اشتغال در این حیطه نیازمند احتیاط‌ها و دانش بیشتری نسبت به سایر روش‌های روان‌درمانی است (Dores et al., 2020).

<sup>1</sup> American Psychological Association

<sup>2</sup> National Board of Certified Counselors

<sup>3</sup> British Association for Counselling and Psychotherapy

<sup>4</sup> Canadian Counselling and Psychotherapy Association

<sup>5</sup> Canadian Psychological Association

بر اساس پژوهش ناگاراگان و اس (Nagarajan & S, 2021) در رابطه با فناوری در حیطه مشاوره سلامت روان، مباحثی از جمله شیوه نگرش به این نوع از خدمات، نقاط قوت و ضعف، مناسب‌بودن برای برخی از مراجعان، مهارت و آموزش‌های ویژه، اتحاد درمانی و رویکردهای نظری کاربردی‌تر در این حیطه، از اهمیت بسیاری برخوردار هستند. بر اساس نتایج این پژوهش، بررسی مهارت‌های اضافی و تقویت آموزش برای مشاوران در این حیطه به همراه تدوین سیاست‌های حقوقی و اخلاقی، صدور گواهینامه و مجوز به منظور محافظت از مراجع و مشاور، از جمله اقدامات ضروری برای بهبود این نظام خدماتی هستند. از این رو، بدیهی است که این روش به ویژه مشاوره تلفنی از ظرایف بیشتری برخوردار باشد (Leffert, 2003). این موضوع نشان‌دهنده اهمیت حیطه یادشده در مبحث سلامت روان است؛ به طوری که به نظر می‌رسد چنین حیطه‌ای در بسترهای فرهنگی متفاوت ممکن است نیازمند تعابیر و پروتکل‌های منحصر به شرایطی باشد. از طرفی، با توجه به اهمیت نقش حرفه‌ای روان‌درمانگران در جوامع و آسیب‌هایی که عموماً در این شغل با آن مواجه خواهند شد، نیاز به راهبردهایی برای بهبود شرایط شغلی آنها مشهود است؛ به ویژه در حیطه مشاوره تلفنی، با توجه به کاربرد این حیطه به خصوص در ایران (Hashemzadeh et al., 2024; Khademi et al., 2023) و فقدان‌های اساسی که برنامه‌های مشاوره تلفنی به لحاظ زیرساخت‌های ارتباطی و پروتکل‌های خاص در تمام جوامع دارند (Ibragimov et al., 2022). اگرچه ادبیات پژوهشی مربوط به درمان آنلاین همچنان رو به رشد است (Khan et al., 2022)، کمبود پژوهش‌های کیفی که مبحث بهبود یا استفاده جامع‌تر از ظرفیت‌های این بستر به ویژه در ایران با توجه به ویژگی‌های فرهنگی متمایزی، مانند سطح بالای انگ مرتبط با مشکلات روان‌شناختی، اولویت‌دهی به مسائل جسمی بر روانی، نقش پررنگ خانواده در تصمیم‌گیری‌های درمانی و حساسیت‌های خاص حول حریم خصوصی و اعتماد را بررسی کرده باشند، بسیار مشهود است. همچنین، با وجود رسمیت‌یافتن روان‌درمانی از راه دور و توجه فزاینده به آن، بیشتر راهنمایی‌های حرفه‌ای و مطالعات موجود متمرکز بر بافت‌های غربی و مدل‌های عمومی درمان آنلاین هستند. این در حالی است که مشاوره تلفنی محض، به دلیل ویژگی‌های منحصر به فرد ارتباطی، چالش‌ها و ظرایف خاص خود را طلب می‌کند (Liu et al., 2020). از این رو، پژوهشگران در این پژوهش درصدد پاسخ‌گویی به این مسأله برآمدند که بهینه‌سازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی از نظر متخصصان فعال در این حیطه چگونه خواهد بود.

## روش پژوهش

### جامعه و نمونه‌گیری

این پژوهش با رویکردی کیفی<sup>۱</sup> و با روش پدیدارشناسی تفسیری انجام شد. در روش پدیدارشناسی، فهم و درک پدیده مورد پژوهش از طریق بررسی تجربیات کسانی به دست می‌آید که به نحوی پدیده مدنظر را تجربه کرده‌اند (De-Castro, 2018). در این شیوه پژوهشی، پژوهشگر تلاش می‌کند تا وارد دنیای ذهنی مشارکت‌کنندگان شود و از دیدگاه آنها به پدیده مدنظر بنگرد (Patton, 2003). به این دلیل، برای درک تجربیات زیسته درمانگران، روش پدیدارشناسی اتخاذ شد که ساختار

<sup>1</sup> Qualitative research

یا ماهیت تجربیات زندگی شغلی و معنابخشیدن به آنها و توصیف دقیق پدیده‌ها از خلال تجربیات زندگی شغلی روزمره را تشریح می‌کند. جمعیت مورد مطالعه را مشاوران و درمانگران فعال استان تهران در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ تشکیل دادند؛ از این رو، مشارکت‌کنندگان مدنظر با روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۱</sup> از نوع ملاکی انتخاب شدند. در نمونه‌گیری ملاکی، ضرورت دارد افراد بر اساس ملاکی خاص مانند داشتن تجربه پدیده‌ای خاص انتخاب می‌شوند (بازرگان، ۱۳۹۹). در این پژوهش نیز همه شرکت‌کنندگان تجربه درمانگری به صورت مشاوره تلفنی را داشتند. برای به حداقل رساندن ناهمگنی افراد شرکت‌کننده در پژوهش، ملاک‌های ورود در نظر گرفته شدند که این ملاک‌ها عبارت بودند از: (۱) داشتن تمایل برای حضور در پژوهش، (۲) درمانگر بودن با داشتن عضویت و پروانه اشتغال توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، (۳) سکونت شهر تهران، (۴) داشتن سابقه مشاوره تلفنی دست‌کم دو سال و (۵) بین بازه سنی ۳۰-۴۵ سال. ملاک‌های خروج نیز شامل (۱) داشتن سابقه بیماری جسمانی و روانی مزمن، (۲) نداشتن توانایی در ارائه پاسخ‌های مرتبط و مناسب و (۳) بی‌ارتباط بودن اظهارات با اهداف پژوهش بودند. حجم نمونه تا اشباع داده‌ها<sup>۲</sup> ادامه یافت و در نهایت، ۱۵ نفر انتخاب شدند. اشباع داده‌ها رویکردی در پژوهش کیفی برای تعیین کفایت نمونه‌گیری است و زمانی رخ می‌دهد که داده بیشتری که سبب توسعه، بزرگ‌تر شدن یا اضافه شدن به مفاهیم موجود شود، در پژوهش وارد نشود (Burns & Grove, 2018).

### جمع‌آوری داده‌ها

روش دسترسی به مشارکت‌کنندگان به صورت اعلام فراخون در شبکه‌های اجتماعی و حضور پژوهشگران در مراکز مشاوره تلفنی دارای شماره سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره بود. پس از حضور در مراکز، برای درمانگرانی که بنا بر نظر خودشان مشاوره تلفنی داشتند، اهداف و ضرورت پژوهش و همچنین پرسش‌های کلی توضیح داده می‌شد و سپس، آنها در صورت تمایل همکاری خود را اعلام می‌کردند. در آغاز مصاحبه، به مصاحبه‌شوندگان درباره هدف پژوهش، روش مصاحبه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و حق آنها برای شرکت یا عدم شرکت در مطالعه توضیحات کامل ارائه شد. رضایت آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان به صورت کتبی اخذ شد. زمان و محل مصاحبه نیز با هماهنگی و توافق آنها مشخص شد تا اختلالی در زندگی روزانه آنها رخ ندهد. اصل رازداری و محرمانه بودن تمامی اطلاعات در هر مرحله از پژوهش به طور دقیق رعایت شد. برای ضبط مصاحبه از شرکت‌کنندگان اجازه گرفته شد.

در این پژوهش، به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختاریافته<sup>۳</sup> پژوهشگر ساخته استفاده شد و محور اصلی پرسش‌های مصاحبه در راستای کشف دیدگاه‌های درمانگران درباره عوامل موفقیت و راهکارهای پیشنهاد درباره مشاوره تلفنی بود. سایر پرسش‌ها عبارت بودند از: به نظر شما یک جلسه درمان تلفنی باکیفیت و مؤثر چه ویژگی‌هایی دارد؟ چه نشانه‌هایی در مراجع یا روند کار به شما می‌گوید که درمان دارد به خوبی پیش می‌رود؟ برای غلبه بر این چالش‌ها یا افزایش اثربخشی، خودتان چه راهکارهای شخصی ابداع یا استفاده می‌کنید؟ اگر قدرت تغییر داشته باشید، برای ارتقای کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی در سطح کلان (سازمانی یا ملی) چه پیشنهادهایی دارید؟ آموزش‌های ویژه‌ای که برای

<sup>1</sup> Purposive sampling

<sup>2</sup> Data saturation

<sup>3</sup> Semi-structured interview

توانمندسازی درمانگران این حوزه ضروری است، چیست؟ پرسشنامه اصلی مصاحبه بر اساس نظر دو متخصص باتجربه و آگاه به موضوع در این زمینه توسط پژوهشگران ساخته و تهیه شد تا دارای روایی محتوایی<sup>۱</sup> کافی باشد و پس از تأیید متخصصان در خصوص روایی آن، استفاده شد. نخستین نسخه پرسش‌ها توسط پژوهشگران طرح‌ریزی شد. سپس، این نسخه در اختیار ۳ نفر از متخصصان روان‌درمانی با سابقه کار در حیطه خدمات از راه دور و یک روش‌شناس کیفی قرار گرفت. از آنان خواسته شد تا پرسش‌ها را از نظر تناسب با اهداف پژوهش، وضوح، قابلیت تولید داده غنی و پوشش ابعاد مسأله، تحت بررسی قرار دهند.

در مرحله سوم، نظرات متخصصان (مانند ادغام دو پرسش مشابه، تغییر واژگان گنگ و افزودن یک محور خاص درباره بافت فرهنگی) جمع‌آوری و اعمال شد. نسخه نهایی پس از این اصلاحات، مورد اجماع و تأیید نهایی همه متخصصان قرار گرفت. در نهایت، راهنما در یک مصاحبه مقدماتی (پایلوت) با یک درمانگر (که در نمونه اصلی مشارکت نداشت) آزموده شد تا روانی و کارایی آن در عمل ارزیابی و تنظیم نهایی شد.

شرکت‌کنندگان به پرسش‌ها پاسخ می‌دادند و بر اساس پاسخ‌های ارائه‌شده، پرسش‌های بعدی هدایت می‌شدند. سپس، برای انجام تحلیل‌های بعدی، مصاحبه‌ها به دقت روی کاغذ نگاشته شدند. گفتنی است، برای محفوظ‌ماندن مشخصات آزمودنی‌ها، در گزارش نقل‌قول‌ها از عبارات شرکت‌کننده شماره ۱، ۲ و ... استفاده شد و مصاحبه‌ها بین ۴۰-۶۰ دقیقه متناسب با روایت‌ها، میزان تحمل و علاقه مشارکت‌کنندگان به مدت ۷ ماه از آذر ماه ۱۴۰۳ تا خرداد ماه ۱۴۰۴ طول کشید.

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و اعتبارسنجی

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش کلایزی<sup>۲</sup> و نرم‌افزار MAXQDA.20 برای کدگذاری استفاده شد که یکی از رویه‌های پرکاربرد تحلیل در پژوهش‌های پدیدارشناسی است (Shosha, 2012). طبق این روش، در این پژوهش پس از انجام مصاحبه و نوشتن مصاحبه بر روی کاغذ، چندین بار متن خوانده شد و در ادامه، خواندن یافته‌های مهم هر مصاحبه و هم‌احساس شدن با افراد مشارکت‌کننده به منظور درک آنها از تجربه مشاوره تلفنی، استخراج جملات مهم در رابطه با مراجعان، دادن مفاهیم خاص به جملات استخراج‌شده (فرمول‌بندی)، دسته‌بندی مفاهیم مشترک به دست‌آمده مانند مهارت‌های پایه، ظرفیت‌های روان‌شناختی، مدیریت سلامت روان و شاخص‌های عینی بهبود، رجوع به مطالب اصلی و مقایسه ایده‌ها و ترکیب آنها و در نهایت، بازگردانی توصیف شایستگی‌ها و راهکارها به مشارکت‌کنندگان در راستای معتبرسازی نتایج انجام شد.

برای بررسی اعتبار و صحت داده‌های پژوهش، از چهار معیار قضاوت شامل اعتبار<sup>۳</sup>، انتقال‌پذیری<sup>۴</sup>، اطمینان‌پذیری<sup>۵</sup> و تأییدپذیری<sup>۱</sup> استفاده شد که توسط لینکلن و همکاران (Lincoln et al., 2011) پیشنهاد شده‌اند. برای تضمین اعتبار،

<sup>1</sup> Content validity

<sup>2</sup> Colaizzi method

<sup>3</sup> Credibility

<sup>4</sup> Transferability

<sup>5</sup> Dependability

مشغولیت پیوسته و طولانی مدت حدود ۷ ماه با موضوع پژوهش و یافته‌ها مدنظر بود. چند مشارکت‌کننده یافته‌های پژوهش را تأیید کردند که این امر نشان داد یافته‌ها بیانگر تجربیات حقیقی و درست آنهاست (Hays & McKibben, 2021). برای بررسی اطمینان‌پذیری داده‌ها، از نظارت همکاران متخصص استفاده شد و متن مصاحبه‌ها برای بررسی دقیق‌تر کدگذاری‌ها به همکاران ارائه شد. برای رسیدن به اصل انتقال‌پذیری، سعی شد از درمانگران در سطوح مختلف تحصیلی و مراکز دولتی و خصوصی استفاده شود. افزون بر این، برای تأمین تأییدپذیری، سعی شد پژوهشگران قضاوت‌ها و سوگیری‌های خود را تا حد امکان در کار دخالت ندهند و با ثبت همه مراحل انجام کار و داده‌های حاصل و حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش، به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک کنند.

### یافته‌های پژوهش

#### توصیف جمعیت شناختی

نمونه پژوهش حاضر شامل ۱۵ نفر از درمانگران بود که اطلاعات جمعیت شناختی آنها در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، از میان ۱۵ نفر شرکت‌کننده، میانگین سنی ۳۵/۳۳ سال بود. ۸۰ درصد (۱۲ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی‌ارشد، ۱ نفر دکتری و ۲ نفر دانشجوی دکتری بودند. ۷۳/۳۳ درصد (۱۱ نفر) در بخش دولتی و ۲۶/۶۶ درصد (۴ نفر) در بخش مشاوره تلفنی خصوصی مشغول کار بودند. میانگین سابقه فعالیت مشاوره تلفنی شرکت‌کنندگان نیز ۴/۵ سال بود و بیشتر در حیطه خانواده یا بالینی مشغول کار بودند. در ادامه، مضامین اصلی، فرعی و مفاهیم اولیه استخراج‌شده از مصاحبه‌ها را تشریح می‌کنیم.

جدول ۱: مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

Table 1: Demographic Characteristics of Participants

شرکت‌کننده	سن	تحصیلات	مرکز دولتی یا خصوصی	سابقه فعالیت در مشاوره تلفنی	حیطه تخصصی
۱	۳۱ سال	دانشجوی دکتری	دولتی	۴ سال	خانواده، پیش از ازدواج
۲	۴۴ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۷ سال	بالینی
۳	۴۲ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۴ سال	کودک و نوجوان
۴	۴۳ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۴ سال	بالینی
۵	۳۲ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۴ سال	خانواده، بالینی
۶	۳۳ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۳ سال	خانواده، بالینی
۷	۳۹ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۲/۵ سال	خانواده، پیش از ازدواج
۸	۳۰ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۳ سال	بالینی
۹	۴۰ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۱۴ سال	بالینی
۱۰	۳۰ سال	کارشناسی ارشد	خصوصی	۲ سال	بالینی، زوج
۱۱	۴۲ سال	کارشناسی ارشد	دولتی	۵ سال	کودک و نوجوان
۱۲	۳۱ سال	دانشجوی دکتری	دولتی	۴ سال	خانواده، پیش از ازدواج
۱۳	۳۲ سال	کارشناسی ارشد	خصوصی	۵ سال	نوجوان، تحصیلی
۱۴	۳۱ سال	کارشناسی ارشد	خصوصی	۳ سال	نوجوان
۱۵	۳۰ سال	دکتری	خصوصی	۳ سال	تحصیلی، شغلی

### تحلیل داده‌ها

فرایند تحلیل داده‌ها شامل مراحل زیر بود:

۱. آماده‌سازی و غوطه‌وری: ابتدا تمامی مصاحبه‌ها به‌دقت نوشته و مطالعه شدند تا پژوهشگران با عمق و کلیت داده‌ها آشنا شوند.
۲. کدگذاری اولیه (باز): در این مرحله، متن هر مصاحبه به صورت خط‌به‌خط بررسی شد و واحدهای معنادار آن با کدهایی مختصر و توصیفی (همان مفاهیم اولیه) برچسب زده شدند. هدف ثبت همه ایده‌ها، تجربیات و گزاره‌های کلیدی مشارکت‌کنندگان بود.
۳. ایجاد مضامین فرعی: کدهای اولیه مشابه از نظر محتوایی، در کنار یکدیگر دسته‌بندی و ادغام شدند تا مفاهیمی انتزاعی‌تر و غنی‌تر شکل گیرند. این دسته‌بندی‌ها مضامین فرعی را تشکیل دادند که جنبه‌های خاص‌تر و متمرکزتر یافته‌ها را نمایندگی می‌کنند.

۴. خوشه‌بندی و استخراج مضامین اصلی: در مرحله بعد، مضامین فرعی مرتبط از نظر مفهومی، حول یک محور یا ایده مرکزی بزرگ‌تر گرد هم آمدند. این خوشه‌بندی به شکل‌گیری چهار مضمون اصلی فراگیر منجر شد که دربرگیرنده کلیت تجربه درمانگران در رابطه با بهینه‌سازی کیفیت خدمات تلفنی است.
۵. بازبینی، نام‌گذاری و تعریف مضامین: در نهایت، کل فرایند و انسجام درونی کدها، مضامین فرعی و اصلی توسط تیم پژوهش بازبینی شد. نام هر مضمون به گونه‌ای انتخاب شد که به بهترین نحو، جوهره محتوای درون آن را بازتاب دهد. نتیجه نهایی این فرایند تحلیلی در **جدول ۲** ارائه شده است.

جدول ۲: مضامین اصلی، فرعی و مفاهیم اولیه تجربیات شرکت‌کنندگان

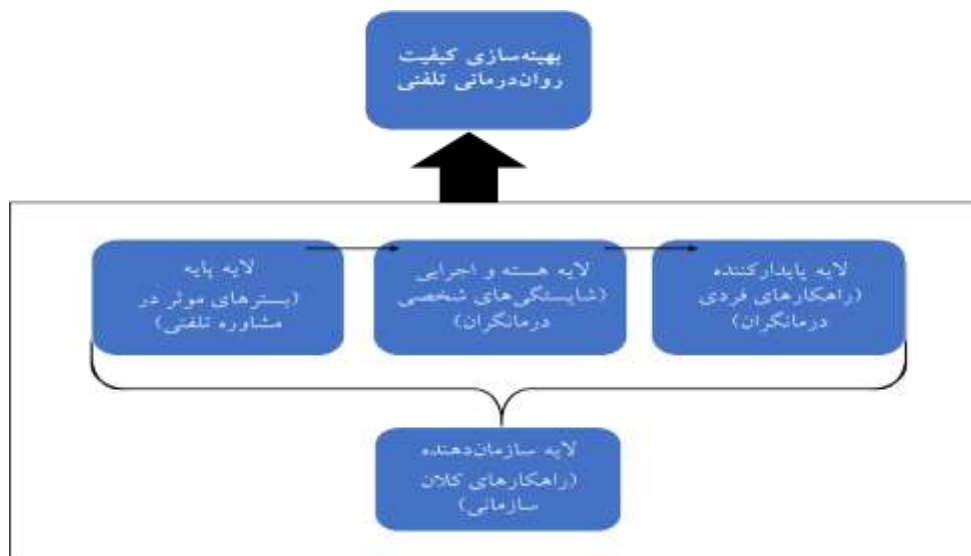
Table 2: Main Themes, Subthemes, and Initial Concepts of Participants' Experiences

مضامین اصلی	مضامین فرعی	تعداد مشارکت‌کنندگان بیان‌کننده این مضمون	مفاهیم اولیه
مهارت‌های پایه‌ای مشاوره		۱۴ نفر	به‌روزبودن اطلاعات
			یادگیری مستمر
			توانایی گوش‌دادن فعال
			بیان واضح
			لحن آرام
			قدرت کلام
			همدلی کردن
			انعکاس مناسب
			تجربه کاری
			مدیریت زمان
شایستگی‌های شخصی درمانگران		۱۰ نفر	پذیرش بی‌قیدوشرط
			مدیریت انتقال و انتقال متقابل
			رعایت اخلاق حرفه‌ای
			صبوری
			پذیرا بودن مراجعان مختلف
			شناخت هیجان‌های خود
			شناخت باورهای خود
			مدیریت رفتار
			تاب‌آوری
			استفاده از هوش هیجانی
مدیریت سلامت روان درمانگر		۹ نفر	داشتن درمانگر شخصی
			صحبت با همکاران
			استفاده از مرخصی‌ها
			اشتراک‌گذاری احساسات
			کاهش درگیری ذهنی

بستن پرونده‌ها بعد از اتمام مشاوره			
میزان رضایت مراجع			
ایجاد بستر ادامه درمان			
کاهش ثبت شکایات	۱۱ نفر	شاخص‌های عینی بهبود	
بهبود علائم مراجع			
تشخیص صحیح			
حذف محدودیت جغرافیایی			
صرفه‌جویی در زمان	۱۳ نفر	زیرساختی	
احساس راحتی مراجع در بیان مشکلات			
پوشش جمعیتی گسترده			بسترهای موثر در خدمات مشاوره تلفنی
کاهش انگ اجتماعی			
افزایش صداقت	۷ نفر	روانی-اجتماعی	
امنیت روانی			
هماهنگی با سبک زندگی مدرن			
ورزش			
توجه به خواب و خوراک	۱۰ نفر	خودمراقبتی جسمانی	
تمرین آرمیدگی عضلانی			
توجه به تنفس صحیح			
تجربه‌اندوزی از پیشکسوتان			
مطالعه			
سفر			
استراحت بین مراجعان			راهکارهای فردی درمانگران
شنیدن موسیقی بی‌کلام	۱۵ نفر	خودمراقبتی روانی- معنوی	
ارتباط با دوستان			
ارجاع به‌موقع مراجع			
ذهن‌آگاهی			
شکرگذاری			
معنایابی مجدد			
برگزاری کارگاه‌های لازم برای درمانگران			
کارورزی خاص مشاوره تلفنی			
دریافت ناظر بالینی			
فرهنگ‌سازی مشاوره تلفنی			راهکارهای کلان (سازمانی و مراکز مشاوره)
کاهش مزاحمت‌های تلفنی	۱۳ نفر	حمایت‌های عملیاتی	
کاهش حجم تماس‌ها			
اختصاص زمان کافی برای مشاوره			
حمایت مالی از درمانگران			
ارائه بازخورد توسط ناظر بالینی			
نظارت مستمر			

شفافیت فرایند مشاوره برای مراجع		
ایجاد انگیزه در درمانگران		
توجه به فرسودگی شغلی	۱۲ نفر	حمایت روان‌شناختی
تشویق‌های شغلی		
توجه به میزان پذیرا بودن این شغل		
کسب گواهی‌های تخصصی مشاوره تلفنی		
پرتال کاربری خاص هر مراجع		
تشکیل کمیته تخصصی مشاوره تلفنی		
تدوین پروتکل جامع مشاوره تلفنی		
ایجاد نظام امتیازدهی به کیفیت خدمات مشاور توسط مراجع		
ایجاد نظام امتیازدهی به کیفیت خدمات مشاوره‌ای توسط درمانگر	۱۳ نفر	به‌سازی توسعه حرفه‌ای
ایجاد پلتفرم‌های امن		
نظام پیگیری مراجع		
ایجاد نظام برقراری ارتباط صوتی و تصویری با مراجع		
نظام ارزیابی عملکرد		
بهبود محیط کاری		
اختصاص فضای فیزیکی خاص به مشاوران		

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در مجموع، ۸۰ مفهوم اولیه، ۱۱ مضمون فرعی و ۴ مضمون اصلی حاصل شدند. در ادامه، مضامین اصلی و فرعی به همراه نقل‌قول‌ها را به صورت مختصر شرح می‌دهیم. (شکل ۱)



شکل ۱: مدل مفهومی بهینه‌سازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی بر پایه تجربیات درمانگران

Fig. 1: Conceptual Model for Optimizing the Quality of Telephone Psychotherapy Services based on Therapists' Experiences

### مضمون اصلی اول: شایستگی‌های شخصی درمانگران

این مضمون نشان می‌دهد صلاحیت درمانگر صرفاً مبتنی بر دانش نظری نیست، بلکه درهم‌تنیدگی «مهارت-ظرفیت-سلامت» است که بهینه‌سازی درمان را ممکن می‌کند. طبق گفته‌ی درمانگران حاضر در پژوهش، شایستگی فردی به عنوان پیش‌نیاز بنیادین در مشاوره‌ی تلفنی موفق عمل می‌کند؛ از این رو، لازم است درمانگران به شکل مستمر در حال ارتقای دانش، مهارت و سلامت روان‌شناختی خود باشند. این مضمون نشان‌دهنده‌ی مجموعه‌ای از ویژگی‌ها، مهارت‌ها و توانمندی‌های فردی درمانگر است که شرکت‌کنندگان آن را پیش‌شرط ضروری ارائه‌ی خدمت باکیفیت در بستر تلفنی می‌دانند. در شرایطی که نشانه‌های غیرکلامی محدود است، این شایستگی‌ها نقشی تعیین‌کننده در ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص صحیح و مدیریت فرایند درمان ایفا می‌کند.

این مضمون چهار مضمون فرعی به‌هم‌پیوسته را شامل می‌شود که در ادامه آنها را شرح می‌دهیم:

مهارت‌های پایه‌ای مشاوره: ترکیبی از صلاحیت‌های فنی (گوش‌دادن فعال، انعکاس، مدیریت زمان، مدیریت انتقال، تجربه‌ی کاری) و ارتباطی (لحن آرام، بیان واضح، پذیرش بی‌قیدوشرط، قدرت کلام، همدلی، یادگیری مستمر؛ به‌روزرودن اطلاعات و رعایت اخلاق حرفه‌ای) برای مشاوران تلفنی لازم و ضروری است. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «گوش‌دادن فعال طوری که مراجع احساس کند مشاور داره دقیق به حرفاش گوش میده و به جاهایی حرفاشو به خودش انعکاس میده که نشون میده که داره به حرفای مراجع اهمیت میده و اخلاق رو داری رعایت میکنی» (۵). «از دید مراجع به مسئله نگاه کنه و باهش بتونه همدلی کنه ولی همدردی نه، همدلی اینه که تو بخوای از زاویه‌ی طرف مقابل درد و رنجش رو بفهمی و همدردی یعنی اینکه تو با مراجع همانندسازی کنی و بعد توش گیر کنی و زمانو از دست میدی» (۷). ظرفیت‌های روان‌شناختی: قابلیت‌های درونی مانند صبوری، پذیرا بودن مراجعان مختلف، شناخت هیجانات خود، شناخت باورهای خود، مدیریت رفتار، تاب‌آوری و استفاده از هوش هیجانی است که ثبات روانی درمانگر در مواجهه با چالش‌های احتمالی مشاوره‌ی تلفنی را تضمین می‌کند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «فکر میکنم صبور بودن قطعاً کسی که تماس میگیره اول صحبتش نمیره اون اصل مطلبی» (۳).

مدیریت سلامت روان: طبق گفته‌ی مشارکت‌کنندگان حاضر در پژوهش، داشتن درمانگر شخصی، صحبت با همکاران، استفاده از مرخصی‌ها، اشتراک‌گذاری احساسات، کاهش درگیری ذهنی و بستن پرونده‌ها بعد از اتمام مشاوره جزو شایستگی‌هایی هستند که به مشاوره‌ی تلفنی کمک می‌کنند تا در انجام خدمات روان‌درمانی به شکل بهینه و موفق عمل کند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «یه وقتایی از مرخصی‌هام استفاده میکنم و اگه شد میرم سراغ تفریح، اما اگه خودم در طول ماه حداقل یکی دو بار با درمانگرم در ارتباط باشم واقعاً بهترین کمک برای مشاوره‌ی موفق بوده» (۱). «من سعی میکنم هر وقت احساس سنگینی دارم با همکاران مطرح کنم و همونجا پرونده‌ی مراجع را ببندم و توی ذهنم باز نزارم» (۱۵).

شاخص‌های عینی بهبود: در نهایت، معیارهای قابل‌سنجش موفقیت شامل رضایت مراجع و بهبود بالینی هستند که به عنوان خروجی نهایی شایستگی‌ها عمل می‌کنند. به عبارت دیگر، طبق گفته‌ی مشارکت‌کنندگان، میزان رضایت مراجع، میزان نگهداشت مراجع، کاهش ثبت شکایات، بهبود علائم مراجع و تشخیص صحیح در مشاوره‌ی تلفنی نقش کلیدی را دارند و

اگر مشاوران در این شاخص‌ها عملکرد مناسبی نداشته باشند، احتمال خطا در درمان وجود دارد. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «اینکه علائم رفتاری یا شناختی یا اختلالات مراجعان کم بشه یعنی مشاور تشخیص و درمانش درست بوده و خوب عمل کرده. من میگم این مشاور به شکل تلفنی کارش درسته» (۱۲).

### مضمون اصلی دوم: بسترهای مؤثر در خدمات مشاوره‌ی تلفنی

مضمون اصلی دوم، برخلاف مضمون اصلی اول که در سطح خرد بود، دو رکن اساسی محیطی را پوشش می‌دهد که موفقیت مشاوره‌ی تلفنی را در سطح کلان تسهیل می‌کند. به عبارتی، ارتقای کیفیت خدمات مشاوره فقط در سطح خرد قابل دستیابی نیست، بلکه نیازمند بسترهایی کلان است که از ابتدا در خدمات روان‌درمانی تلفنی وجود داشته‌اند؛ از این رو، این مضمون به عوامل زمینه‌ای و محیطی اشاره دارد که به عنوان زیرساخت یا چارچوبی بیرونی، کیفیت خدمات تلفنی را تسهیل یا محدود می‌کنند. این بسترها در دو دسته‌ی عینی (زیرساختی) و ذهنی (روانی-اجتماعی) شناسایی شدند و از دید درمانگران، به‌کارگیری مؤثر «شایستگی‌های شخصی» در گرو وجود یا بهبود این بسترهاست.

در ادامه، مضامین فرعی بسترهای مؤثر در خدمات مشاوره‌ی تلفنی را شرح می‌دهیم:

زیرساختی: وجود بسترهای زیرساختی مانند حذف محدودیت جغرافیایی، صرفه‌جویی در زمان، احساس راحتی مراجع در بیان مشکلات و پوشش جمعیتی گسترده از جمله مواردی هستند که زمینه را برای انجام مشاوره‌ی تلفنی موفق و بهینه آمده می‌کنند. از نگاهی دیگر، طبق بیان مشارکت‌کنندگان، مشاوره‌ی تلفنی به خاطر وجود این بسترها می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات مشاوره‌ای کمک کند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «مشاوره‌ی تلفنی چون افراد راحت میتونن حرفشونو بزنن و شما رو نمیبینن به نظرم خیلی خوبه» (۱۳). «همین که از همه جای ایران میتونن تماس بگیرن و فرد هر جایی باشه میتونه به مشاور دسترسی پیدا کنه واقعاً خوبه» (۱۴).

روانی-اجتماعی: دومین مضمون فرعی بسترهای روانی-اجتماعی است که مشاوره‌ی تلفنی فراهم آورده و امکان موفقیت را بیشتر از مشاوره‌ی حضوری کرده است. کاهش انگ مراجعه و افزایش امنیت روانی در مشاوره‌ی تلفنی که با سبک زندگی مدرن مطابقت دارد، امکان بیان صادقانه‌ی مشکلات را ممکن می‌کند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره‌ی این مضمون ارائه شده‌اند: «همین که توی مشاوره‌ی تلفنی افراد کلینیک نمیان و ترسشون کمتر میشه و اگر مشاور خوب عمل کنه میتونه موفق باشه» (۱۰). «مراجع توی مشاوره‌ی تلفنی خیلی صادق‌تر حرف می‌زنه و به نظرم مراجع حس امنیت بیشتری داره که راحت‌تر حرف می‌زنه و این نصف موفقیت توی مشاوره هست» (۹).

### مضمون اصلی سوم: راهکارهای فردی درمانگران

مضمون اصلی بعدی راهکارهایی است که به نظر درمانگران، در صورت انجام آنها، امکان موفقیت و بهینه‌سازی مشاوره‌ی تلفنی فراهم می‌شود. این راهکارها نه فقط دفاعی در برابر فشارهای شغلی هستند، بلکه پیش‌نیاز ضروری برای ارائه‌ی خدمات انسان‌محور به شمار می‌روند. این مضمون بر کنش‌گری فعال درمانگر در مواجهه با فشارهای شغلی تأکید دارد و

نشان می‌دهد کیفیت خدمت صرفاً محصول دانش نظری نیست، بلکه نیازمند مدیریت هوشمندانه خودِ درمانگر در بستر پرتنش است؛ از این رو، درمانگران برای حفظ پایداری حرفه‌ای، از راهبردهای خودمراقبتی در دو سطح استفاده می‌کنند.

در ادامه، مضامین فرعی راهکارهای فردی درمانگران را شرح می‌دهیم:

خودمراقبتی‌های جسمانی: اولین مضمون فرعی در خصوص راهکارهای فردی خودمراقبتی جسمانی است. اقدامات فیزیولوژیک مانند ورزش و تنفس دیافراگمی پاسخ استرس را تنظیم می‌کنند و توجه به خوراک و خواب به فرد آرامشی می‌دهد تا بتواند با نیرویی تازه خدمات درمانی را ارائه کند؛ از این رو، طبق گفته مشارکت‌کنندگان، این اولین خودمراقبتی است که همه درمانگران برای حفظ انرژی و انگیزه خود باید انجام دهند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره این مضمون ارائه شده‌اند: «بلدم چیکار کنم کارایی مثل یوگا، ارتباط با دوستانم، جلسات تریپی خودم، کلاس ورزش میرم و حواسم به خودم هست» (۹). «من خیلی حواسم به خواب و خوراکم هست. به نظرم خیلی روی روان آدم تأثیر داره» (۱۱).

خودمراقبتی‌های روانی-معنوی: دومین نوع خودمراقبتی، طبق گفته درمانگران حاضر در پژوهش، خودمراقبتی روانی-معنوی است که شامل تجربه‌اندوزی از پیشکسوتان، مطالعه، سفر، استراحت بین مراجعان، شنیدن موسیقی بی‌کلام، ارتباط با دوستان، ذهن‌آگاهی، شکرگزاری (تکنیک‌های شناختی-هیجانی) و معنابخشی حرفه‌ای و ارجاع به موقع است. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره این مضمون ارائه شده‌اند: «تونستم با استراحت کردن وسط مشاوره‌ها، ریلکس کردن، موسیقی بی‌کلام گوش دادن، مدیتیشن کردن، رسیدگی به تغذیه‌ام، یا صحبت کردن با آدمایی که حالمو خوب میکنن تا اندازه‌ای کنترل کنم» (۵).

#### مضمون اصلی چهارم: راهکارهای کلان (سازمانی و مراکز مشاوره)

در نهایت، مضمون اصلی چهارم بر ضرورت تحول نهادها از «سازمان‌های خدمت‌محور» به «سازمان‌های یادگیرنده» تأکید دارد که پشتیبانی آنها چندبُعدی و مستمر است. این مضمون تأکید می‌کند مداخلات بهبود کیفیت باید هم‌زمان هر سه سطح را هدف قرار دهند. برای مثال، آموزش مهارت‌های گوش‌دادن فعال (سطح خرد) بدون کاهش حجم تماس‌ها (سطح کلان) یا بدون تمرین آرمیدگی توسط درمانگر (سطح میانی) اثربخشی پایدار ایجاد نمی‌کند. سازمان‌ها یا مراکز مشاوره با سه‌گانه راهبرد زیر می‌توانند از درمانگران پشتیبانی کنند و کیفیت خدمات درمانی را ارتقا دهند. شرکت‌کنندگان تأکید داشتند بهینه‌سازی کیفیت فقط با تلاش فردی میسر نیست و نیازمند تغییرات ساختاری، حمایتی و توسعه‌ای در سطح سازمان‌ها و مراکز ارائه‌دهنده خدمت است. این راهکارهای سه‌گانه در واقع زیرساخت حرفه‌ای لازم برای پشتیبانی از درمانگر و در نهایت، مراجع را فراهم می‌کنند.

در ادامه، مضامین فرعی راهکارهای کلان را شرح می‌دهیم:

عملیاتی: برگزاری کارگاه‌های لازم برای درمانگران، کارورزی خاص مشاوره تلفنی، دریافت ناظر بالینی، فرهنگ‌سازی مشاوره تلفنی، کاهش مزاحمت‌های تلفنی، کاهش حجم تماس‌ها، اختصاص زمان کافی برای مشاوره، حمایت مالی از درمانگران، ارائه بازخورد توسط ناظر بالینی، نظارت مستمر و شفافیت فرایند مشاوره برای مراجع از جمله راهکارهایی هستند که می‌توانند ارائه خدمات درمانی را بهبود ببخشند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره این مضمون ارائه شده‌اند: «ما به دوره کارورزی داشتیم و یه اطلاعاتی ارائه دادن و با همراهی سوپروایزرها، کارها نمیشد و تا ماه‌ها کنارت بودن» (۸).

«تایم مشاوره رو زیادتر کنن، حجم تماس‌ها رو محدودتر کنن. از سوپروایزرها اطلاعات بیشتری بگیریم، خطوط بیشتری رو گوش بده، یا خود سوپروایزر خطوط مدیریت کنه و گوش بده» (۵).

حمایت روان‌شناختی: سازوکارهای انگیزشی در یک سازمان مانند توجه به انگیزه، تشویق، میزان پذیرا بودن این شغل و فرسودگی شغلی هستند که سرمایه انسانی را ارج می‌نهند و باعث بهبود کیفیت خدمات درمانی می‌شوند. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره این مضمون ارائه شده‌اند: «به عنوان یه درمانگر، اگه سیستم میخواد رشد بکنه باید از خود درمانگر پرسید نه اینکه کاملاً نادیده‌اش گرفت حتی معاون و مدیر ما هم داره نادیده گرفته میشه، اینجا انگیزه کجاس؟ کسی توی این سیستم به دنبال پیشرفت نیست و این به شدت زنگ خطر بده، در حالی که میشه با تشویق انگیزه ایجاد کرد» (۴).

به‌سازی توسعه حرفه‌ای: در نهایت، به‌سازی توسعه حرفه‌ای با مفاهیم اولیه‌ای حاصل شد که در جدول به آنها اشاره شد. در ادامه، نقل‌قول‌هایی درباره این مضمون ارائه شده‌اند: «یه کمیته از تمام متخصصان سلامت روان که اختصاصاً افرادی که سابقه مشاوره تلفنی داشتن رو تشکیل میدادم، شامل مددکار، روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاوره‌های خانواده، شغلی، تحصیلی و فردی و حتی یه جامعه‌شناس که پروتکل‌های سازمان یافته تنظیم کنن» (۱). «اصلاً همش همینه بحث توجه به مشاور که میگم چند بعد داره، به‌سازی محیط-فضای سبزی، امکانات تفریحاتی و یک فضای امنی باشه که راحت بتونی حرف بزنی» (۸).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، بر پایه تجربیات درمانگران، چهار مضمون اصلی را در بهینه‌سازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تلفنی شناسایی کرد: شایستگی‌های شخصی درمانگران، بسترهای مؤثر در خدمات مشاوره تلفنی، راهکارهای فردی درمانگران و راهکارهای کلان (سازمانی و مراکز مشاوره). این مضامین نشان‌دهنده تعامل سطوح خرد (فردی) و کلان (محیطی) در بهبود کیفیت خدمات هستند و بر اساس تحلیل تجربیات مشارکت‌کنندگان، تأکید می‌کنند موفقیت روان‌درمانی تلفنی نیازمند ترکیبی از توانمندی‌های شخصی، بسترهای حمایتی و مداخلات سازمانی است.

مضمون اصلی اول تحت عنوان شایستگی‌های شخصی درمانگران، از تجربیات مشارکت‌کنندگان استخراج شد و نشان‌دهنده درم‌تیدگی مهارت‌های پایه‌ای مشاوره (مانند گوش دادن فعال، همدلی، بیان واضح، لحن آرام، قدرت کلام، انعکاس مناسب، تجربه کاری، مدیریت زمان، پذیرش بی‌قیدوشرط، مدیریت انتقال و انتقال متقابل و رعایت اخلاق حرفه‌ای)، ظرفیت‌های روان‌شناختی (مانند صبوری، پذیرا بودن مراجعان مختلف، شناخت هیجان‌ها و باورهای خود، مدیریت رفتار، تاب‌آوری و استفاده از هوش هیجانی)، مدیریت سلامت روان (مانند داشتن درمانگر شخصی، صحبت با همکاران، استفاده از مرخصی‌ها، اشتراک‌گذاری احساسات، کاهش درگیری ذهنی و بستن پرونده‌ها پس از اتمام مشاوره) و شاخص‌های عینی بهبود (مانند میزان رضایت مراجع، ایجاد بستر ادامه درمان، کاهش ثبت شکایات، بهبود علائم مراجع و تشخیص صحیح) است. بر اساس مصاحبه‌های انجام‌شده، می‌توان این‌طور تبیین کرد که شایستگی‌های یادشده که درمانگران را ملزم به ارتقای مستمر دانش، مهارت و سلامت روان‌شناختی خود می‌کنند، در غیاب نشانه‌های غیرکلامی، در روان‌درمانی تلفنی نقش کلیدی در ایجاد اتحاد درمانی، تشخیص صحیح و مدیریت فرایند درمان ایفا می‌کنند. این یافته‌ها با پژوهش خان و همکاران (Khan et al., 2022) هم‌خوانی دارد؛ جایی که بر توسعه مهارت‌های پایه‌ای مانند گوش دادن فعال، همدلی و ساخت رابطه

در مشاوره آنلاین تأکید و اشاره می‌شود عدم ارتباط فیزیکی نیازمند مهارت‌هایی قوی‌تر و حساس‌تر مانند توجه به لحن صدا، سکوت و انتخاب کلمات است. با این حال، تفاوت کلیدی پژوهش حاضر برجسته‌سازی ظرفیت‌های روان‌شناختی و مدیریت سلامت روان است که کمتر در ادبیات موجود پوشش داده شده است و به عنوان نوآوری این مطالعه محسوب می‌شود. همچنین، تجربیات مشارکت‌کنندگان نشان‌دهنده چالش‌های منحصر به فرد در روان‌درمانی تلفنی است که نیازمند توجه بیشتر به ابعاد سلامت روان درمانگران است. این یافته با پژوهش چاندراسکاران و همکاران (Chandrasekaran et al., 2024) شباهت دارد که فشارهای شغلی در مشاوره آنلاین را بررسی کرده‌اند. با وجود این، پژوهش حاضر، با تأکید بر جنبه‌های عملی مانند اشتراک‌گذاری احساسات با همکاران و شناخت باورهای خود، تفاوت ایجاد می‌کند.

مضمون اصلی دوم که تحت عنوان بسترهای موثر در خدمات مشاوره تلفنی نام‌گذاری شده است، بر ابعاد کلان بهینه‌سازی کیفیت روان‌درمانی تلفنی تأکید دارد. این مضمون شامل ویژگی‌های بالقوه خدمات روان‌درمانی از طریق تلفن است. این نوع خدمات ذاتاً دارای ویژگی‌هایی مهم است که می‌توان از آنها در راستای بهینه‌سازی روان‌درمانی تلفنی استفاده کرد. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، این بسترها فضایی را ایجاد می‌کنند که روان‌درمانی تلفنی را بسیار ویژه و بااهمیت‌تر می‌کنند؛ در نتیجه، توجه به آنها می‌تواند امکان بهینه‌سازی این خدمات را در سطح کلان فراهم کند و از طرفی، بستری رشددهنده‌تر برای درمانگران ماهر در این حیطه ایجاد کند. بسترهای زیرساختی مانند حذف محدودیت جغرافیایی، صرفه‌جویی در زمان، احساس راحتی مراجع در بیان مشکلات و پوشش جمعیتی گسترده، یکی از ارکان اصلی این مضمون است. روان‌درمانی تلفنی، با حذف موانع فیزیکی و زمانی، دسترسی به خدمات را تسهیل می‌کند و مراجعان را از فشارهای رفت‌وآمد، هزینه‌های جانبی و محدودیت‌های مکانی رها می‌کند؛ از این رو، جایی که مناطق روستایی و دورافتاده عمدتاً از خدمات تخصصی محروم هستند، این بستر به معنای واقعی کلمه، پلی برای عدالت در دسترسی به مراقبت‌های روانی ایجاد می‌کند و امکان پوشش جمعیتی گسترده‌تری را فراهم می‌آورد. این مضمون با یافته‌های پیشین هم‌خوانی دارد که دسترسی و راحتی را به عنوان عوامل کلیدی گسترش خدمات تلفنی برجسته می‌کند (Bird et al., 2019; Zainudin et al., 2020). علاوه بر این، بسترهای روانی-اجتماعی مانند کاهش انگ اجتماعی، افزایش صداقت، امنیت روانی و هماهنگی با سبک زندگی مدرن، یکی دیگر از ارکان اصلی این مضمون است که پتانسیل لازم برای بهبود روان‌درمانی تلفنی را به همراه دارد. به نظر می‌رسد ناشناس بودن نسبی بستر تلفنی فضایی امن‌تر برای بیان مسائل حساس ایجاد می‌کند و مراجعان را از ترس قضاوت اجتماعی یا برچسب‌زنی رها می‌کند که این امر صداقت در بیان مشکلات را افزایش می‌دهد و اتحاد درمانی را عمیق‌تر می‌کند. بر اساس تجربیات مشارکت‌کنندگان، به نظر می‌رسد این بستر در روان‌درمانی تلفنی به عنوان یک سپر حفاظتی عمل می‌کند و امنیت روانی مراجع را تقویت می‌کند، به ویژه برای افرادی که در مشاوره حضوری احساس شرم یا تهدید می‌کنند؛ از این رو، روان‌درمانی تلفنی می‌تواند نه فقط معادل، بلکه در برخی از جنبه‌ها، کاربردی‌تر از شیوه حضوری باشد، زیرا با سبک زندگی پرشتاب مدرن هماهنگ است و امکان بیان صادقانه‌تر را فراهم می‌آورد. این یافته‌ها با پژوهش‌هایی مانند ناگاراچان و اس (Nagarajan & S, 2021) هم‌سو است که کاهش انگ و ناشناس بودن را عامل کلیدی می‌دانند. به طور کلی، بسترهای مؤثر روان‌درمانی تلفنی این شیوه از درمان را از یک جایگزین ساده به یک فرصت راهبردی برای

بهبودسازی کیفیت خدمات روان‌درمانی تبدیل می‌کنند؛ به ویژه در جوامعی با چالش‌های دسترسی و انگ اجتماعی زیاد، این عوامل کلان می‌توانند شکاف‌های ساختاری خدمات سلامت روان را پر کنند.

مضمون اصلی سوم راهکارهای فردی است که به نظر درمانگران، در صورت انجام آنها، امکان موفقیت و بهبودسازی روان‌درمانی تلفنی فراهم می‌شود. درمانگران برای حفظ پایداری حرفه‌ای، از راهبردهای خودمراقبتی در دو سطح خودمراقبتی جسمانی (مانند ورزش، توجه به خواب و خوراک، تمرین آرمیدگی عضلانی، و توجه به تنفس صحیح) و خودمراقبتی روانی-معنوی (مانند تجربه‌اندوزی از پیشکسوتان، مطالعه، سفر، استراحت بین مراجعان، شنیدن موسیقی بی‌کلام، ارتباط با دوستان، ارجاع به موقع مراجع، ذهن‌آگاهی، شکرگذاری، و معنایابی مجدد) استفاده می‌کنند. به طور کلی، خودمراقبتی، به منزله یکی از رویکردهای ارتقای کیفیت زندگی، شامل فعالیت‌ها و رفتارهای مؤثر آموخته‌شده، آگاهانه و عینی فرد است که در موقعیت‌های مختلف زندگی اعمال می‌شود. این امر در نهایت به بهبود کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی منجر خواهد شد (ثناگوی زاده، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد خودمراقبتی اذعان‌شده توسط شرکت‌کنندگان نه فقط دفاع در برابر فشارهای شغلی، بلکه پیش‌نیاز ضروری برای ارائه خدمات انسان‌محور است که پایداری حرفه‌ای درمانگران را تضمین می‌کند. چنین می‌توان تبیین کرد که این راهکارها کیفیت خدمت را از طریق مدیریت هوشمندانه خود درمانگر در بستر پرتنش روان‌درمانی تلفنی ارتقا می‌دهند که در نهایت، چنین بستر درمانی را بهینه‌تر می‌کند. این یافته‌ها با پژوهش ون هوی و رزشتوک (Van Hoy & Rzeszutek, 2022) هم‌سو است که اهمیت خودمراقبتی برای متخصصین سلامت روان را برجسته می‌کند و به نظر می‌رسد این خودمراقبتی به ویژه در مشاوره تلفنی که درمانگران عمدتاً با مراجعان بحرانی مواجه هستند (Dadfar & Lester, 2021)، دوچندان می‌شود. از این رو، قابل تبیین است که شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر نیز از خودمراقبتی به عنوان عوامل بهبود این شغل یاد کرده‌اند. علاوه بر این، بر اساس کدهای اخلاقی انجمن روان‌شناسی و مشاوره، خودمراقبتی به عنوان یک مسئولیت اجتماعی در روان‌درمانگران و نوعی شفقت به خود محسوب می‌شود (McCade et al., 2021). با وجود این، توجه به خودمراقبتی در ابعاد جسمانی و روانی-معنوی به عنوان عاملی که می‌تواند این فرایند درمانی را بهبود بخشد، به صورت مشخص در پژوهش‌های پیشین در فرهنگ ایران بیان نشده است؛ از این رو، به عنوان نتایج بدیع پژوهش حاضر است، زیرا خودمراقبتی جنبه فرهنگی نیز دارد و در برخی از فرهنگ‌ها، متخصصان سلامت روانی را به از خودگذشتگی افراطی تشویق می‌کند که آسیب‌زننده است (Ko & Min Lee, 2021). در پژوهش‌های اخیر، متخصصان سلامت روان بیان کردند خودمراقبتی در آنها ارتباطی نزدیک با سالم و سازنده بودن فرایندهای درمانی و مشاوره‌ای دارد (Bjerk-Amundsen et al., 2022). بنابراین، بررسی این موضوع در فرهنگ ایران نیز طبق نظر شرکت‌کنندگان باید اهمیت داده شود.

در نهایت، مضمون اصلی چهارم، راهکارهای کلان (سازمانی و مراکز مشاوره)، از تجربیات مشارکت‌کنندگان استخراج شد و شامل مضامین فرعی حمایت‌های عملیاتی (مانند برگزاری کارگاه‌های لازم، کارورزی خاص مشاوره تلفنی، دریافت ناظر بالینی، فرهنگ‌سازی، کاهش مزاحمت‌های تلفنی، کاهش حجم تماس‌ها، اختصاص زمان کافی، حمایت مالی، ارائه بازخورد و نظارت مستمر)، حمایت روان‌شناختی (مانند ایجاد انگیزه، توجه به فرسودگی شغلی، تشویق‌های شغلی و توجه به میزان پذیرا بودن شغل)، و به‌سازی توسعه حرفه‌ای (مانند کسب گواهی‌های تخصصی، پرتال کاربری خاص، تشکیل کمیته

تخصصی، تدوین پروتکل جامع، ایجاد نظام امتیازدهی توسط مراجع و درمانگر، پلتفرم‌های امن، نظام پیگیری، ارتباط صوتی و تصویری، ارزیابی عملکرد، بهبود محیط کاری و اختصاص فضای فیزیکی) است. معنای این مضامین تحول سازمان‌ها از خدمت‌محور به یادگیرنده است که پشتیبانی چندبُعدی و مستمر فراهم می‌کند و مداخلات بهبود کیفیت را در سطوح خرد، میانی و کلان هدف قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد بهینه‌سازی کیفیت فقط با تلاش فردی میسر نیست و نیازمند تغییرات ساختاری برای پشتیبانی از درمانگران و مراجعان است، به ویژه در سیستم‌های مشاوره ایرانی که زیرساخت‌های دیجیتال محدودتر هستند. این یافته‌ها با پژوهش ناگاراچان و اس (Nagarajan & S, 2021) که بر نیاز به دوره‌های آموزشی خاص تأکید می‌کنند و با پژوهش بارکر و بارکر (Barker & Barker, 2022) که عملکرد فنی و زیرساختی را حیاتی می‌دانند، هم‌خوانی دارد. همچنین، با مطالعه ابراگیمو و همکاران (Ibragimov et al., 2022) شباهت دارد که به فقدان پروتکل‌های خاص اشاره می‌کنند. با وجود این، تفاوت پژوهش حاضر در برجسته‌سازی حمایت روان‌شناختی (مانند توجه به فرسودگی و انگیزه) است که کمتر در ادبیات موجود به عنوان عامل به‌سازی روان‌درمانی تلفنی پوشش داده شده است و نوآوری ایجاد می‌کند؛ در نتیجه، این پژوهش نشان می‌دهد بهینه‌سازی خدمات روان‌درمانی تلفنی نیازمند رویکردی جامع است که شایستگی‌های فردی را با بسترهای محیطی و راهکارهای سازمانی ترکیب کند.

با این حال، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود؛ از جمله آنکه به دلیل کاوش در عمق تجربیات زیسته درمانگران، مدت زمان تعدادی از مصاحبه‌ها طولانی شد که بر روی خستگی شرکت‌کنندگان و دقت پاسخ‌ها بی‌تأثیر نبوده است. همچنین، شرکت‌کنندگان این پژوهش درمانگران در حیطه‌های مختلف بودند که این امر به ارائه پیشنهادها بهینه‌سازی کلی در روان‌درمانی تلفنی منجر شد و لازم است در پژوهش‌های آتی نظر متخصصان در خصوص حیطه خاص درمان مورد واکاوی قرار گیرد. همچنین، بررسی خدمات روان‌درمانی تلفنی در مناطق مختلف کشور می‌تواند ما را نسبت به گوناگونی فرهنگی-اجتماعی و تفاوت در شکل سرمایه‌گذاری انسانی و مالی آگاه‌تر کند. بر این اساس، می‌توان تجربه مراجعانی که از مشاوره تلفنی استفاده کرده‌اند را بررسی کرد. همچنین، با توجه به نتایج این پژوهش، مهم‌ترین نکته‌ای که در سطح مراکز دولتی و غیردولتی باید انجام داد، شیوه‌گزینش و انتخاب روان‌درمانی تلفنی و در مرحله دوم تعلیم و توانمندسازی آنان است. برگزاری کارگاه‌ها و ساعات توانمندسازی برای آشنایی بیشتر درمانگران با دانش به‌روز درمان از راه دور نیز می‌تواند گامی در راستای تثبیت و رضایت درمانگران در این حیطه باشد. در سطح اجرایی، پیشنهادهایی مشخص شامل تدوین دستورالعمل‌گزینش درمانگران توسط سازمان نظام روان‌شناسی (در ۶ ماه)، راه‌اندازی دوره کارورزی تخصصی توسط دانشگاه‌ها (در ۱ سال)، ایجاد سامانه پشتیبانی روان‌شناختی برای درمانگران توسط مراکز بزرگ خدمات‌دهنده (در ۱ سال)، برگزاری کارگاه‌های ادواری توسط انجمن علمی مشاوره (مستمر) و توسعه پلتفرم امن ملی با قابلیت ارزیابی توسط وزارت بهداشت (در ۲-۳ سال) به عنوان نقشه راه عملیاتی ارائه می‌شوند.

### تشکر و قدردانی

به این وسیله، از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که با صبر و بردباری ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، قدردانی می‌کنیم.

## منابع

- بازرگان، ع. (۱۳۹۹). *مقدمه‌ای بر روش‌های تحقیق کیفی و آمیخته: رویکردهای متداول در علوم رفتاری*. نشر دیدار.
- ثناگویی زاده، م. (۱۴۰۰). الگوی خودمراقبتی منظم در صمیمیت زناشویی برخاسته از دیدگاه اسلامی. *روانشناسی فرهنگی*، ۵(۱)، ۱۶۶-۱۹۴. <https://doi.org/10.30487/jcp.2021.274559.1238>
- صنّعی‌منش، م.، و باهنر، ف. (۱۴۰۴). واکاوی چالش‌های مسیر شغلی روان‌درمانگران در مشاوره تلفنی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۶(۴)، ۳-۱۸. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.392856.645206>

## References

- Barker, G. G., & Barker, E. E. (2022). Online therapy: Lessons learned from the COVID-19 health crisis. *British Journal of Guidance & Counselling*, 50(1), 66-81. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1889462>
- Bazargan, A. (2023). *An introduction to qualitative and mixed research methods: Common approaches in behavioral sciences* (5<sup>th</sup> ed.). Didar Publishing. [In Persian]
- Bird, M. D., Chow, G. M., Meir, G., & Freeman, J. (2019). The influence of stigma on college students' attitudes toward online video counseling and face-to-face counseling. *Journal of College Counseling*, 22(3), 256-269. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jocc.12141>
- Bjerk-Amundsen, F., Opsah, T., & Emilliusen, J. (2022). The interaction between good life conceptions and psychotherapeutic practice on interpretative phenomenological study of Psychologists' experiences. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(1), 8-18. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/sjop.12778>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2018). *Understanding nursing research-ebook: Building an evidence-based practice*. Elsevier Health Sciences.
- Calkins, H. (2021). Online therapy is here to stay. *Monitor on Psychology*, 52(1), 78-82. <https://www.apa.org/monitor/2021/01/trends-online-therapy>
- Chandrasekaran, A., Currano, R., Batool, V., Chen, K., Murnane, E. L., Sirkin, D., & Mauriello, M. L. (2024). Therapy for therapists: Design opportunities to support the psychological well-being of mental health workers. *Proceedings of the ACM on Human-Computer Interaction*, 8(CSCW2), 1-34. <https://doi.org/10.1145/3686957>
- Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2018). Online counseling: An exploratory survey of Italian psychologists' attitudes towards new ways of interaction. *Psychotherapy Research*, 28(6), 909-924. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1259533>
- Dadfar, M., & Lester, D. (2021). A study of callers to a telephone counseling service. *Illness, Crisis & Loss*, 29(4), 275-289. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1054137319833299>
- De Castro, A. (2018). Introduction to Giorgi's existential phenomenological research method. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 6, 136-144. <https://doi.org/10.33361/RPQ.2018.v.6.n.11.228>
- De Jaegere, E., van Landschoot, R., Van Heeringen, K., van Spijker, B. A., Kerkhof, A. J., Mokkenstorm, J. K., & Portzky, G. (2019). The online treatment of suicidal ideation: a randomised controlled trial of an unguided web-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 119, 103406. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.05.003>

- Dores, A. R., Geraldo, A., Carvalho, I. P., & Barbosa, F. (2020). The use of new digital information and communication technologies in psychological counseling during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7663. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207663>
- Gaggioli, A. (2018). The bright future of technology in mental health. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*, 21(6). <https://B2n.ir/bz2631>
- Haas, L. J., Benedict, J. G., & Kobos, J. C. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27(2), 154-160. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0735-7028.27.2.154>
- Hashemzadeh, S., Emamgholi Khoshechin, T., Rastegari, L., & Zenoozian, S. (2024). The effect of telephone counseling with a positive psychology approach on quality of life in postmenopausal women: A randomized controlled trial. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal*, 14(4), 69-79. <http://nmcjournal.zums.ac.ir/article-1-874-en.html>
- Hays, D. G., & McKibben, W. B. (2021). Promoting rigorous research: Generalizability and qualitative research. *Journal of Counseling & Development*, 99(2), 178-188. <https://doi.org/10.1002/jcad.12365>
- Ibragimov, K., Palma, M., Keane, G., Ousley, J., Crowe, M., Carreño, C. (2022). Shifting to tele-mental health in humanitarian and crisis settings: An evaluation of Médecins Sans Frontières experience during the COVID-19 pandemic. *Conflict and Health*, 16(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00437-1>
- Khademi, M., Vaziri-Harami, R., Mashadi, A. M., Seif, P., & Babazadehdezfoley, A. (2023). The effectiveness of telephone-based psychological services to COVID-19. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 19, <http://dx.doi.org/10.2174/17450179-v19-230824-2023-11>
- Khan, S., Shapka, J. D., & Domene, J. F. (2022). Counsellors' experiences of online therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 50(1), 43-65. <https://doi.org/10.1080/03069885.2021.1885009>
- Ko, H., & Min Lee, S. (2021). Effects of imbalance of self-and other-care on counselors' burnout. *Journal of Counselling & Development*, 99(3), 252-262. <https://doi.org/10.1002/jcad.12372>
- Leffert, M. (2003). Analysis and psychotherapy by telephone: Twenty years of clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51(1), 101-130. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/00030651030510011301>
- Lester, D., & Rogers, J. R. (2012). *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet*. Charles C Thomas Publisher.
- Lincoln, Y. S., Lynham, S. A., & Guba, E. G. (2011). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (pp. 97-128). Sage. <https://B2n.ir/xm8333>
- Liu, S., Zhang, M., Gao, B., & Jiang, G. (2020). Physician voice characteristics and patient satisfaction in online health consultation. *Information & Management*, 57(5), 103233. <https://doi.org/10.1016/j.im.2019.103233>
- Manikappa, S. K., Shetty, K. V., Ashalatha, K., Bamney, U., & Sachetha, G. M. (2024). Tele-counseling services for COVID-19 patients: Experiences from a state mental health institute in South India. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 505. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_292\\_23](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_292_23)

- Matthews, S., Cantor, J. H., Brooks Holliday, S., Eberhart, N. K., Breslau, J., Bialas, A., & McBain, R. K. (2023). Mental health emergency hotlines in the United States: A scoping review (2012–2021). *Psychiatric Services*, 74(5), 513-522. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220128>
- McCade, D., Frewen, A., & Fassnacht, D. B. (2021). Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of Self-Compassion. *Australian Psychologist*, 56(2), 111-122. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1890979>
- Nagarajan, M., & S, Y. (2021). Mental health counsellors' perceptions on use of technology in counselling. *Current Psychology*, 40(4), 1760-1766. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0104-4>
- Patton, M. Q. (2003). *Qualitative research and evaluation methods* (3<sup>rd</sup> ed). Sage. <https://people.ucsc.edu/~ktellez/Patton2003.pdf>
- Paul, C. L., Boyes, A. W., O'Brien, L., Baker, A. L., Henskens, F. A., Roos, I., ... & Barker, D. (2016). Protocol for a randomized controlled trial of proactive web-based versus telephone-based information and support: can electronic platforms deliver effective care for lung cancer patients?. *JMIR Research Protocols*, 5(4), e6248. <https://doi.org/10.2196/resprot.6248>
- Ribeiro, E., Sampaio, A., Gonçalves, M. M., Taveira, M. D. C., Cunha, J., Maia, Â., ..., & Soares, T. (2021). Telephone-based psychological crisis intervention: The Portuguese experience with COVID-19. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3-4), 432–446. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1772200>
- Sanagoei Zadeh, M. (2021). Regular Self-Care Pattern (RSC) in marital intimacy arising from an Islamic Perspective. *Cultural Psychology*, 5(1), 166-194. <https://doi.org/10.30487/jcp.2021.274559.1238> [In Persian]
- Sanders, J. E. (2019). Phenomenology and intersubjectivity: Considerations for webcam-facilitated psychotherapy. *Journal of Social Work Practice*, 33(2), 173–184. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/02650533.2019.1604498>
- Sanieemanesh, M., & Bahonar, F. (2025). Investigating the career challenges of psychotherapists in telephone counseling. *Journal of Applied Psychological Research*, 16(4), 3-18. <https://doi.org/10.22059/japr.2025.392856.645206> [In Persian]
- Shosha, G. A. (2012). Employment of Colaizzi's strategy in descriptive phenomenology: A reflection of a researcher. *European Scientific Journal*, 8, 31-43. <https://core.ac.uk/download/pdf/236417203.pdf>
- Sickels, M. (2025). Counselor empathic response via telephonic counseling during the COVID-19 pandemic: A deductive content analysis. *The Journal of Humanistic Counseling*, 64(2), 158-169. <https://B2n.ir/mr3007>
- Van Hoy A., & Rzeszutek M. (2022). Burnout and psychological well-being among psychotherapists: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13, 928191. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.928191>
- Yellowlees, P., Marks, S., Hilty, D., & Shore, J. H. (2008). Using e-health to enable culturally appropriate mental healthcare in rural areas. *Telemedicine and e-Health*, 14(5), 486-492. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2007.0070>
- Zainudin, Z. N., Hassan, S. A., Abu Talib, M., Ahmad, N. A., Yusop, Y. M., & Asri, A. S. (2020). Technology-assisted career counselling: Application, advantages and challenges as career counselling services and resources. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 10, 67-93. <http://dx.doi.org/10.6007/IJARBS/v10-i11/8047>