

نقش هوش مصنوعی در تحول رفتارهای جست‌وجوی کمک روان‌شناختی: تحلیل اجتماعی- رفتاری اعتماد، پذیرش و مقاومت کاربران

شیوه استناددهی به این مقاله: احمدی، مریم، و حسینی، سینا. (۱۴۰۴). نقش هوش مصنوعی در تحول رفتارهای جست‌وجوی کمک روان‌شناختی: تحلیل اجتماعی- رفتاری اعتماد، پذیرش و مقاومت کاربران. *مطالعات رفتاری و اجتماعی در سلامت روان*، ۱(۱)، ۴۱-۲۲.

© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



چکیده

پژوهش حاضر با هدف تبیین چگونگی تأثیر هوش مصنوعی بر رفتارهای جست‌وجوی کمک روان‌شناختی و تحلیل فرایندهای اجتماعی- رفتاری شکل‌گیری اعتماد، پذیرش و مقاومت کاربران انجام شد. این مطالعه با رویکرد کیفی و روش تحلیل مضمون انعکاسی انجام شد. مشارکت‌کنندگان ۲۶ نفر از ساکنان شهر تهران بودند که طی شش ماه گذشته حداقل سه بار از چت‌بات‌ها یا سامانه‌های هوش مصنوعی مولد برای جست‌وجوی اطلاعات، دریافت حمایت هیجانی یا تصمیم‌گیری درباره مراجعه به متخصص سلامت روان استفاده کرده بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با پیشینه‌سازی تنوع در جنسیت، سن، تحصیلات و تجربه استفاده انجام شد. داده‌ها صرفاً از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شدند. مصاحبه‌ها پس از کسب رضایت آگاهانه ضبط، به صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده و در نرم‌افزار NVivo ۱۴ سازمان‌دهی و تحلیل شدند. اشباع نظری در مصاحبه بیست‌وسوم حاصل شد و سه مصاحبه تکمیلی برای اطمینان از کفایت داده‌ها انجام گرفت. تحلیل داده‌ها به استخراج چهار مقوله اصلی منجر شد: «دسترسی کم‌اصطکاک و کاهش آستانه کمک‌خواهی»، «اعتماد مشروط و ارزیابی گرانه»، «پذیرش ابزاری و ترجیح الگوی ترکیبی انسان-هوش مصنوعی» و «مقاومت اجتماعی-هیجانی و دفاع از یگانگی رابطه انسانی». مشارکت‌کنندگان، دسترسی شبانه‌روزی، ناشناس‌ماندن، هزینه پایین، امکان بیان موضوعات شرم‌آور و دریافت پاسخ فوری را از عوامل تسهیل‌کننده جست‌وجوی کمک دانستند. با این حال، اعتماد آنان پایدار و مطلق نبود و براساس دقت پاسخ، شفافیت، همخوانی فرهنگی، حفظ حریم خصوصی و امکان ارجاع به متخصص تغییر می‌کرد. بیشتر کاربران هوش مصنوعی را برای آموزش روان‌شناختی، نام‌گذاری هیجان‌ها، آماده‌شدن برای مراجعه حرفه‌ای و دریافت حمایت اولیه پذیرفتند، اما با جایگزینی کامل درمانگر مخالفت داشتند. هوش مصنوعی مسیر کمک‌خواهی روان‌شناختی را از یک تصمیم دوگانه میان مراجعه یا عدم مراجعه، به فرایندی تدریجی، آزمایشی و چندمنبعی تبدیل کرده است. پذیرش کاربران نه حاصل اعتماد کامل، بلکه نتیجه موازنه مستمر میان سهولت، سودمندی، آسیب‌پذیری ادراک‌شده و نیاز به ارتباط انسانی است. بنابراین، کاربرد مسئولانه هوش مصنوعی در سلامت روان مستلزم شفافیت، حفاظت از داده‌ها، حساسیت فرهنگی، نظارت متخصص و طراحی مسیرهای روشن ارجاع به خدمات انسانی است.

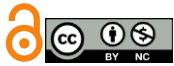
واژگان کلیدی: هوش مصنوعی، کمک‌خواهی روان‌شناختی، اعتماد به فناوری، پذیرش کاربر، مقاومت الگوریتمی، سلامت روان دیجیتال، چت‌بات.

مشخصات نویسندگان

- مریم احمدی: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
- سینا حسینی*: گروه روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیک نویسنده مسئول: sina.hosseini.gen@gmail.com

The Role of Artificial Intelligence in Transforming Psychological Help-Seeking Behaviors: A Social–Behavioral Analysis of User Trust, Acceptance, and Resistance

How to cite this article: Ahmadi, M. & Hosseini, S. (2025). The Role of Artificial Intelligence in Transforming Psychological Help-Seeking Behaviors: A Social–Behavioral Analysis of User Trust, Acceptance, and Resistance. *Behavioral and Social Studies in Mental Health*, 1(1), 22–41.



© 2025 the authors.

Abstract

This study aimed to explain how artificial intelligence transforms psychological help-seeking behaviors and to analyze the social and behavioral processes underlying users' trust, acceptance, and resistance. This qualitative study employed a reflexive thematic analysis approach. Participants were 26 residents of Tehran who had used generative artificial intelligence systems or conversational chatbots at least three times during the previous six months to obtain mental health information, seek emotional support, or decide whether to consult a mental health professional. Purposive maximum-variation sampling was used to ensure diversity in gender, age, educational level, occupational status, and experience with artificial intelligence. Data were collected exclusively through individual semistructured interviews. After obtaining informed consent, the interviews were audio-recorded, transcribed verbatim, and organized and analyzed using NVivo 14. Theoretical saturation was reached during the twenty-third interview, followed by three additional interviews to confirm informational adequacy. Four main categories were identified: “low-friction access and a reduced threshold for help-seeking,” “conditional and evaluative trust,” “instrumental acceptance and preference for a human–AI hybrid model,” and “social–emotional resistance and protection of the uniqueness of human relationships.” Participants perceived continuous availability, anonymity, affordability, immediate responses, and the opportunity to disclose embarrassing concerns without fear of judgment as important facilitators of help-seeking. Nevertheless, trust was provisional and was repeatedly reassessed according to response accuracy, transparency, cultural relevance, privacy protection, consistency, and the system's ability to recognize its limitations. Most participants accepted artificial intelligence as a resource for psychoeducation, emotional clarification, preliminary support, symptom monitoring, and preparation for professional consultation, but rejected its use as a complete substitute for therapists. Artificial intelligence appears to transform psychological help-seeking from a binary decision to seek or avoid professional care into a gradual, experimental, and multi-resource process. User acceptance does not necessarily indicate complete trust; rather, it reflects a continuing negotiation among convenience, perceived usefulness, vulnerability, risk, and the need for human understanding. Responsible integration of artificial intelligence into mental health services therefore requires transparent communication, culturally and linguistically appropriate design, strong data protection, professional oversight, crisis safeguards, and explicit referral pathways to qualified human professionals.

Keywords: artificial intelligence, psychological help-seeking, trust in technology, user acceptance, algorithmic resistance, digital mental health, chatbot.

Authors' Information

1. Maryam Ahmadi: Department of General Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran

2. Sina Hosseini*: Department of General Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding Author). sina.hosseini.gen@gmail.com

سلامت روان یکی از ارکان اساسی سلامت فردی و اجتماعی است، اما وجود نشانه‌های روان‌شناختی لزوماً به دریافت کمک تخصصی منجر نمی‌شود. میان تجربه ناراحتی روانی و ورود به نظام درمان، زنجیره‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی، اجتماعی و رفتاری قرار دارد که شامل تشخیص مشکل، نام‌گذاری تجربه، ارزیابی شدت، سنجش مشروعیت درخواست کمک، انتخاب منبع، افشای مسئله و پیگیری خدمات است. رفتار جست‌وجوی کمک روان‌شناختی را نمی‌توان صرفاً به مراجعه حضوری به روان‌شناس یا روان‌پزشک محدود کرد؛ این رفتار طیفی از گفت‌وگو با اعضای خانواده و دوستان تا جست‌وجوی اینترنتی، استفاده از شبکه‌های اجتماعی، مطالعه محتوای خودیاری، تماس با خطوط حمایتی و دریافت مداخله حرفه‌ای را دربرمی‌گیرد. تصمیم افراد در هر مرحله تحت تأثیر سواد سلامت روان، نگرش به درمان، تجربه‌های قبلی، هزینه، دسترس‌پذیری، هنجارهای فرهنگی، انگ اجتماعی، نگرانی از افشای اطلاعات و اعتماد به ارائه‌دهندگان خدمات قرار می‌گیرد. مرور نظام‌مند Clement و همکاران نشان داده است که انگ، پیش‌بینی قضاوت منفی و تمایل به پنهان‌سازی مشکل از موانع مهم استفاده از خدمات سلامت روان هستند؛ خودآنگ‌زنی نیز می‌تواند نگرش فرد به مشاوره و آمادگی او برای افشای آسیب‌پذیری را تضعیف کند (Clement et al., ۲۰۱۵; Vogel et al., ۲۰۰۷).

در ایران نیز نیاز به خدمات سلامت روان قابل توجه است. پیمایش ملی سلامت روان ایران نشان داد که شیوع دوازده‌ماهه حداقل یک اختلال روان‌پزشکی در جمعیت بزرگسال قابل ملاحظه است و اختلالات اضطرابی و افسردگی سهم مهمی از این بار را تشکیل می‌دهند (Sharifi et al., ۲۰۱۵). وجود نیاز بالینی به معنای استفاده متناسب از خدمات نیست. هزینه جلسات، توزیع نامتوازن متخصصان، نگرانی درباره محرمانگی، آگاهی ناکافی از نشانه‌ها، ترس از برچسب‌خوردن و ترجیح حل مسئله در خانواده می‌توانند مراجعه حرفه‌ای را به تأخیر بیندازند. مطالعات انجام‌شده در تهران نیز نشان داده‌اند که تشخیص نشانه‌های افسردگی، آگاهی از منابع معتبر و نگرش به کمک‌خواهی در میان گروه‌های مختلف یکسان نیست (Ghadirian & Sayarifard, ۲۰۱۹). در چنین بافتی، فرد ممکن است پیش از مراجعه رسمی مدت زیادی را به جست‌وجوی غیررسمی اختصاص دهد یا تنها زمانی به متخصص مراجعه کند که مشکل مزمن، شدید یا مختل‌کننده شده باشد. یافته‌های ملی و مطالعات مرتبط با سواد سلامت روان ایران، اهمیت بررسی مسیرهای جدید جست‌وجوی اطلاعات و کمک را برجسته می‌کنند.

گسترش اینترنت و تلفن‌های هوشمند پیش‌تر ساختار دسترسی به اطلاعات سلامت روان را تغییر داده بود، اما ظهور هوش مصنوعی مولد و سامانه‌های گفت‌وگومحور، مرحله متفاوتی از این تحول را رقم زده است. موتور جست‌وجوی سنتی فهرستی از منابع را در اختیار کاربر قرار می‌دهد و مسئولیت انتخاب، تفسیر و ترکیب مطالب عمدتاً بر عهده او باقی می‌ماند؛ در مقابل، چت‌بات مبتنی بر هوش مصنوعی پاسخی شخصی‌سازی‌شده، تعاملی و ظاهراً متناسب با روایت کاربر تولید می‌کند. کاربر می‌تواند تجربه خود را به زبان روزمره شرح دهد، پرسش تکمیلی بپرسد، پاسخ را اصلاح کند و بدون خروج از فضای گفت‌وگو درباره نشانه‌ها، روابط، اضطراب، افسردگی، سوگ یا تصمیم به مراجعه حرفه‌ای اطلاعات دریافت کند. این ویژگی‌ها، هوش مصنوعی را از یک مخزن منفعل اطلاعات به یک کنشگر ارتباطی تبدیل می‌کند که می‌تواند در ادراک کاربر نقش «شنونده»، «راهنما»، «مری»، «همراه» یا حتی «شبه‌درمانگر» پیدا کند. همین دگرگونی، مطالعه هوش مصنوعی را از محدوده کارایی فنی خارج می‌سازد و آن را به مسئله‌ای اجتماعی-رفتاری درباره اعتماد، افشا، وابستگی، پذیرش و مقاومت تبدیل می‌کند. یکی از مهم‌ترین ظرفیت‌های ادراک‌شده هوش مصنوعی در حوزه سلامت روان، کاهش اصطکاک ورود به فرایند کمک‌خواهی است. بسیاری از افراد برای تعیین وقت، پرداخت هزینه، رفت‌وآمد، معرفی خود، مواجهه با نگاه دیگران یا بیان مستقیم موضوعات شرم‌آور آمادگی کافی ندارند. چت‌بات می‌تواند در هر ساعت از شبانه‌روز در دسترس باشد، از کاربر مدرک یا ارجاع نخواهد و پاسخ اولیه را در چند ثانیه ارائه دهد. ناشناس بودن نسبی تعامل ممکن است نگرانی از قضاوت را کاهش دهد و بیان موضوعاتی مانند افکار مزاحم، تعارض‌های جنسی، تنهایی، احساس بی‌ارزشی یا مشکلات خانوادگی را آسان‌تر کند. پژوهش‌های مربوط به مداخلات گفت‌وگومحور نشان داده‌اند که دسترسی‌پذیری، سهولت استفاده و امکان تعامل خصوصی از انگیزه‌های مهم کاربران برای استفاده از این ابزارها هستند. در ایران نیز اینترنت یکی از منابع اصلی جست‌وجوی اطلاعات سلامت روان در میان دانشجویان شناخته شده است، هرچند میزان اعتماد آنان به منابع اینترنتی از اعتماد به کارکنان سلامت کمتر بوده است (Mahmoodi et al., 2022). این ناهم‌خوانی میان «استفاده زیاد» و «اعتماد محدود» نشان می‌دهد که رفتار دیجیتال را نباید معادل پذیرش بدون تردید دانست.

شواهد اولیه درباره اثربخشی چت‌بات‌های سلامت روان نیز بر افزایش توجه عمومی و علمی به این فناوری مؤثر بوده‌اند. در یک کارآزمایی تصادفی، استفاده کوتاه‌مدت از عامل گفت‌وگومحور Woebot با کاهش نشانه‌های افسردگی در جوانان همراه بود (Fitzpatrick et al., 2017). ارزیابی داده‌های واقعی Wysa نیز تعامل قابل‌توجه کاربران و نشانه‌هایی از بهبود در افراد دارای علائم خودگزارش‌شده افسردگی را گزارش کرد، هرچند پژوهشگران بر مقدماتی‌بودن شواهد و ضرورت مطالعات بزرگ‌تر تأکید داشتند (Inkster et al., 2018). مرورهای

علمی نشان داده‌اند که چت‌بات‌ها برای غربالگری، آموزش روان‌شناختی، تمرین مهارت‌های شناختی-رفتاری، پایش خلق و حمایت روزمره ظرفیت دارند، اما کیفیت شواهد، ایمنی، ماندگاری اثر، قابلیت تعمیم و شیوه مدیریت بحران در سامانه‌های مختلف یکسان نیست (Abd-
(۲۰۱۹; Vaidyam et al., ۲۰۱۹; Alrazaq et al., ۲۰۱۹) بنابراین، جذابیت کاربردی هوش مصنوعی نباید با اثبات جایگزینی آن برای مراقبت حرفه‌ای یکسان تلقی شود.

اعتماد متغیری محوری در تبدیل قابلیت فنی به استفاده واقعی است. در الگوی پذیرش فناوری، سودمندی ادراک‌شده و سهولت استفاده از پیش‌بین‌های مهم قصد رفتاری محسوب می‌شوند. (Davis, ۱۹۸۹) نظریه یکپارچه پذیرش و استفاده از فناوری نیز نقش انتظار عملکرد، انتظار کوشش، نفوذ اجتماعی و شرایط تسهیل‌کننده را برجسته می‌کند. (Venkatesh et al., ۲۰۰۳) بااین‌حال، در سلامت روان، اعتماد صرفاً به این معنا نیست که سامانه سریع، هوشمند یا کاربرپسند باشد. کاربر باید درباره صحت اطلاعات، محرمانگی، خیرخواهی، بی‌طرفی، توانایی تشخیص خطر، سازگاری فرهنگی و حدود صلاحیت سامانه نیز داوری کند Choudhury و Shamszare نشان دادند که اعتماد به ChatGPT با قصد استفاده و استفاده واقعی رابطه دارد، اما هم‌زمان هشدار دادند که اعتماد افراطی در کاربردهای سلامت می‌تواند به پذیرش اطلاعات نادرست و پیامدهای آسیب‌زا منجر شود. (Choudhury & Shamszare, ۲۰۲۳) بدین ترتیب، وضعیت مطلوب نه بی‌اعتمادی مطلق و نه اعتماد کورکورانه، بلکه اعتماد کالیبره‌شده و متناسب با توان واقعی سامانه است.

در سوی دیگر، کاربران ممکن است حتی در صورت مشاهده مزایای عملی در برابر واگذاری تصمیم‌های سلامت به الگوریتم مقاومت کنند. مفهوم «بیزاری از الگوریتم» به تمایل افراد برای نادیده گرفتن توصیه الگوریتمی یا ترجیح داوری انسانی اشاره دارد، به‌ویژه هنگامی که فرد خطای سامانه را مشاهده می‌کند یا پیامد تصمیم را مهم و شخصی می‌داند. (Dietvorst et al., ۲۰۱۵) در حوزه پزشکی، Longoni و همکاران نشان دادند که یکی از سرچشمه‌های مقاومت این باور است که هوش مصنوعی نمی‌تواند ویژگی‌های منحصر به فرد فرد را به درستی درک کند؛ پدیده‌ای که «غفلت از یگانگی» نامیده شده است. (Longoni et al., ۲۰۱۹) این مسئله در روان‌درمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند، زیرا کاربران انتظار دارند تاریخچه زندگی، سکوت، لحن، تناقض، ارزش‌ها، بافت خانوادگی و معنای شخصی رنج آنان دیده شود. پاسخی که از نظر اطلاعاتی درست است، ممکن است از نظر هیجانی نابجا، کلیشه‌ای یا فاقد حساسیت تلقی شود.

مطالعات جدید نشان می‌دهند که رابطه کاربران با هوش مصنوعی در سلامت روان پیچیده‌تر از تقابل ساده پذیرش و رد است. در پژوهش Varghese و همکاران، مزایایی مانند دسترسی، هزینه کمتر، حضور شبانه‌روزی و کاهش انگ در کنار نگرانی‌هایی درباره حریم خصوصی،

تشخیص نادرست و فقدان تماس انسانی گزارش شد و بیشتر پاسخ‌دهندگان برای مداخلات انسانی اعتماد بیشتری قائل بودند (Varghese et al., ۲۰۲۴). مطالعه کیفی Lee و همکاران نیز نشان داد که بیماران ظرفیت هوش مصنوعی را برای افزایش دسترسی می‌پذیرند، اما خواهان باقی ماندن انسان در چرخه مراقبت هستند و درباره همدلی، ایمنی و پیچیدگی مسائل روان‌شناختی نگرانی دارند (Lee et al., ۲۰۲۵). در یک مطالعه کیفی دیگر، کاربران چت‌بات‌های مولد از احساس پناهگاه هیجانی، دریافت بینش و لذت ارتباط سخن گفتند، ولی هم‌زمان خواستار حفاظت‌های ایمنی قوی‌تر، حافظه بهتر و توانایی هدایت مسئولانه گفت‌وگو شدند (Siddals et al., ۲۰۲۴). این یافته‌ها بیانگر آن‌اند که کاربر ممکن است در یک موقعیت به هوش مصنوعی نزدیک شود و در موقعیتی دیگر از آن فاصله بگیرد.

پذیرش هوش مصنوعی همچنین ماهیتی وظیفه‌محور دارد. ممکن است کاربر سامانه را برای تعریف اصطلاحات، ارائه تمرین تنفس، ثبت خلق، تنظیم پرسش‌های جلسه درمان یا پیشنهاد منابع معتبر مناسب بداند، اما تشخیص اختلال، تصمیم درباره دارو، ارزیابی خطر خودکشی یا تفسیر آسیب‌های پیچیده را به متخصص انسانی واگذار کند. بنابراین، پرسش اصلی تنها این نیست که «آیا افراد به هوش مصنوعی اعتماد دارند؟»، بلکه باید بررسی شود که به کدام قابلیت، در چه شرایطی، برای چه مسئله‌ای و تا چه حد اعتماد می‌کنند. اعتماد می‌تواند در طول یک گفت‌وگو افزایش یا کاهش یابد؛ پاسخ همدلانه ممکن است نزدیکی ایجاد کند، ولی یک تناقض، توصیه کلی یا بی‌توجهی به زمینه فرهنگی می‌تواند اعتماد را ناگهان تضعیف کند. مطالعه اتحاد درمانی دیجیتال نیز نشان داده است که شکل‌گیری پیوند با چت‌بات به هماهنگی سبک گفت‌وگو با ترجیحات کاربر، احساس مراقبت، سودمندی توصیه‌ها، انعطاف ورودی و تجربه فضای خصوصی و غیرقضاوتی وابسته است (Xu et al., ۲۰۲۵).

از منظر اجتماعی، هوش مصنوعی می‌تواند قواعد افشای روان‌شناختی را بازآرایی کند. در تعامل سنتی، افشای مشکل غالباً با خطر ارزیابی اجتماعی همراه است؛ فرد می‌اندیشد که خانواده، درمانگر یا اطرافیان درباره او چه برداشتی خواهند داشت. در تعامل با سامانه، هزینه اجتماعی فوری کاهش می‌یابد، زیرا کاربر در برابر یک بدن انسانی و نگاه مستقیم قرار ندارد. این وضعیت ممکن است به بیان صریح‌تر تجربه‌ها کمک کند، اما هم‌زمان ادراک ناشناس بودن می‌تواند کاذب باشد؛ زیرا داده‌ها ممکن است ذخیره، تحلیل یا برای بهبود سامانه استفاده شوند. کاربر معمولاً نمی‌داند اطلاعات در کجا نگهداری می‌شود، چه کسی به آن دسترسی دارد یا حذف داده چگونه انجام می‌شود. سازمان جهانی بهداشت بر ضرورت حفاظت از خودمختاری، شفافیت، پاسخ‌گویی، ایمنی، فراگیری و نظارت انسانی در هوش مصنوعی سلامت تأکید کرده است

(World Health Organization, ۲۰۲۱) در سلامت روان که داده‌ها شامل آسیب‌پذیرترین روایت‌های فرد هستند، اعتماد به محرمانگی

بخشی جدایی‌ناپذیر از پذیرش مسئولانه است.

بافت فرهنگی و زبانی نیز در تجربه کاربر نقش تعیین‌کننده دارد. سامانه‌ای که عمدتاً با داده‌های انگلیسی یا الگوهای ارتباطی غربی آموزش دیده است، ممکن است معنای اصطلاحات فارسی، کنایه‌ها، روابط خویشاوندی، ملاحظات دینی، حساسیت‌های جنسیتی یا پیچیدگی‌های هنجاری خانواده ایرانی را به درستی درک نکند. توصیه‌ای مانند تعیین مرز، قطع رابطه یا افشای مسئله ممکن است در یک بافت فردگرایانه مناسب به نظر برسد، ولی در ساختارهای وابسته خانوادگی پیامدهای متفاوتی داشته باشد. دانشجویان در مطالعه AlMaskari و همکاران نیز در کنار دسترسی و کاهش انگ، نگرانی درباره امنیت داده، حساسیت فرهنگی و مسائل اخلاقی را مطرح کردند (AlMaskari et al., ۲۰۲۵). از این رو، تحلیل رفتار کاربران تهرانی می‌تواند نشان دهد که چگونه یک فناوری جهانی در تعامل با زبان، هنجار و ساختار خدمات محلی معنا پیدا می‌کند.

خلاً موجود در ادبیات آن است که بخش قابل‌توجهی از پژوهش‌ها بر اثربخشی کوتاه‌مدت، قصد استفاده یا ارزیابی کمی نگرش‌ها تمرکز کرده‌اند، درحالی‌که تحول واقعی کمک‌خواهی در روایت‌های روزمره کاربران رخ می‌دهد. لازم است روشن شود کاربران چه زمانی به هوش مصنوعی مراجعه می‌کنند، چه چیزی را با آن در میان می‌گذارند، چگونه پاسخ را می‌آزمایند، در چه نقطه‌ای اعتماد می‌کنند، چه زمانی مقاومت نشان می‌دهند و آیا تعامل دیجیتال آنان را به مراقبت حرفه‌ای نزدیک یا از آن دور می‌کند. رویکرد کیفی امکان می‌دهد تناقض‌هایی مانند استفاده زیاد همراه با بی‌اعتمادی، احساس صمیمیت همراه با آگاهی از مصنوعی بودن، یا پذیرش اطلاعات همراه با رد درمان الگوریتمی آشکار شوند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش هوش مصنوعی در تحول رفتارهای جست‌وجوی کمک روان‌شناختی و تحلیل اجتماعی-رفتاری اعتماد، پذیرش و مقاومت کاربران ساکن تهران انجام شد. پرسش محوری مطالعه این بود که کاربران چگونه جایگاه هوش مصنوعی را در مسیر شناخت مشکل، افشای تجربه، ارزیابی گزینه‌ها و تصمیم‌گیری برای دریافت کمک روان‌شناختی تعریف می‌کنند.

مواد و روش

پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل مضمون انعکاسی بود. این رویکرد به منظور شناسایی الگوهای معنایی مشترک در روایت کاربران و تبیین نحوه تجربه آنان از هوش مصنوعی در مسیر جست‌وجوی کمک روان‌شناختی انتخاب شد. تحلیل مضمون انعکاسی امکان می‌دهد داده‌ها نه صرفاً به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های توصیفی، بلکه به صورت روایت‌هایی اجتماعی و زمینه‌مند درباره اعتماد، آسیب‌پذیری،

عاملیت، کنترل و رابطه انسان-فناوری تحلیل شوند. پژوهش با جهت‌گیری استقرایی انجام شد؛ بدین معنا که چارچوب نهایی مقوله‌ها از تعامل مستمر پژوهشگر با داده‌ها شکل گرفت و طبقات از پیش تعیین‌شده بر مصاحبه‌ها تحمیل نشدند. با این حال، مفاهیمی مانند کمک‌خواهی، اعتماد فناورانه، پذیرش و مقاومت به عنوان مفاهیم حساس‌کننده در طراحی پرسش‌ها و تفسیر نهایی مورد توجه قرار گرفتند. مراحل آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه، ساخت مضامین، بازبینی، تعریف و نام‌گذاری مضامین و تدوین گزارش براساس منطق پیشنهادی Braun و Clarke انجام شد. (Braun & Clarke, ۲۰۰۶)

جامعه مورد مطالعه شامل بزرگسالان ساکن شهر تهران بود که تجربه استفاده از چت‌بات‌ها یا سامانه‌های هوش مصنوعی مولد برای موضوعات مرتبط با سلامت روان داشتند. در مجموع ۲۶ نفر در پژوهش شرکت کردند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و با راهبرد بیشینه‌سازی تنوع انجام شد تا تجربه‌های افراد با جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، سابقه مراجعه به روان‌شناس و میزان استفاده از هوش مصنوعی متفاوت پوشش داده شود. فراخوان مشارکت از طریق شبکه‌های اجتماعی، گروه‌های دانشگاهی و حرفه‌ای و معرفی زنجیره‌ای محدود منتشر شد. نمونه‌گیری زنجیره‌ای تنها برای دسترسی به افرادی به کار رفت که تجربه مستقیم و مرتبط داشتند و از وابستگی نمونه به یک شبکه اجتماعی خاص جلوگیری شد. همه مشارکت‌کنندگان هنگام مصاحبه در مناطق مختلف شهر تهران سکونت داشتند.

معیارهای ورود شامل سن حداقل ۱۸ سال، سکونت در تهران، توانایی گفت‌وگو به زبان فارسی، استفاده حداقل سه‌بار از یک سامانه هوش مصنوعی گفت‌وگو محور در شش ماه گذشته برای جست‌وجوی اطلاعات روان‌شناختی، بیان نگرانی هیجانی، دریافت پیشنهاد خودیاری یا تصمیم‌گیری درباره مراجعه به متخصص و تمایل به ارائه رضایت آگاهانه بود. افرادی که استفاده آنان صرفاً به امور تحصیلی، ترجمه یا فعالیت‌های شغلی غیرمرتبط با سلامت روان محدود می‌شد، وارد مطالعه نشدند. همچنین افرادی که در زمان تماس اولیه در بحران حاد روان‌شناختی قرار داشتند یا مصاحبه می‌توانست وضعیت آنان را تشدید کند، برای ورود به مطالعه مناسب تشخیص داده نشدند و اطلاعات تماس با خدمات حرفه‌ای و اورژانسی در اختیار آنان قرار گرفت. مشارکت یا عدم مشارکت هیچ اثری بر دریافت خدمات احتمالی افراد نداشت.

داده‌ها صرفاً از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته فردی گردآوری شدند. مصاحبه‌ها در فاصله آوریل تا ژوئیه ۲۰۲۶ و در محیطی خصوصی و آرام انجام گرفتند. مدت مصاحبه‌ها بین ۴۷ تا ۷۹ دقیقه و میانگین تقریبی آنها ۶۱ دقیقه بود. راهنمای مصاحبه با پرسش‌های باز آغاز می‌شد؛ از جمله: «نخستین بار در چه شرایطی برای یک موضوع روان‌شناختی از هوش مصنوعی استفاده کردید؟»، «چه چیزی باعث شد به جای فرد

یا متخصص، ابتدا از هوش مصنوعی سؤال کنید؟»، «چه ویژگی‌هایی باعث می‌شود پاسخ را باور یا رد کنید؟»، «در چه موضوعاتی حاضر نیستید به سامانه اعتماد کنید؟»، «آیا گفت‌وگو با هوش مصنوعی تصمیم شما برای مراجعه به متخصص را تغییر داده است؟» و «چه تفاوتی میان بیان مشکل برای هوش مصنوعی و یک انسان احساس می‌کنید؟» پرسش‌های کاوشی متناسب با پاسخ هر فرد مطرح می‌شدند تا نمونه‌های رفتاری، تجربه‌های متناقض، تغییرات اعتماد و دلایل پذیرش یا مقاومت روشن شوند.

پیش از شروع مصاحبه، هدف پژوهش، ماهیت داوطلبانه مشارکت، امکان خودداری از پاسخ، حق خروج بدون پیامد و نحوه حفاظت از اطلاعات توضیح داده شد. رضایت آگاهانه برای مشارکت و ضبط صدا اخذ شد. فایل‌های صوتی پس از مصاحبه به صورت کلمه به کلمه پیاده و مشخصات شناسایی‌کننده، نام افراد، مراکز، محل‌های کار و سایر نشانه‌های قابل ردیابی حذف شدند. به هر مشارکت‌کننده یک کد از P۰۱ تا P۲۶ اختصاص یافت. فایل‌ها در فضای رمزگذاری شده نگهداری شدند و تنها پژوهشگران مجاز به نسخه‌های کامل دسترسی داشتند. در متن گزارش، نقل قول‌هایی انتخاب شدند که ضمن بازنمایی روشن مضمون، اطلاعات قابل شناسایی نداشته باشند. اجرای پژوهش منوط به تصویب کمیته اخلاق مؤسسه مجری بود و شماره مصوبه اخلاق باید پیش از ارسال مقاله در نسخه نهایی درج شود.

تحلیل هم‌زمان با گردآوری داده‌ها آغاز شد. متن هر مصاحبه چند بار خوانده شد و بخش‌های مرتبط با زمان مراجعه، محرک استفاده، نوع مسئله، ادراک از فایده، نشانه‌های اعتماد، راهبردهای راستی‌آزمایی، نگرانی‌های اخلاقی، تجربه افشا، ترجیح منبع و پیامد رفتاری کدگذاری شدند. کدگذاری در سطح معنایی و نهفته انجام شد؛ بنابراین، علاوه بر محتوای آشکار گفته‌ها، منطق زیربنایی رفتارهایی مانند جست‌وجوی اطمینان، حفظ کنترل، اجتناب از قضاوت، آزمون سامانه و دفاع از نقش درمانگر نیز مورد توجه قرار گرفت. در مرحله اولیه ۴۱۸ کد تولید شد. پس از ادغام موارد تکراری و بررسی روابط مفهومی، ۹۶ خوشه کدی، ۱۴ زیرمقوله و در نهایت چهار مقوله اصلی شکل گرفت. نرم‌افزار NVivo ۱۴ برای ذخیره متن‌ها، مدیریت کدها، بازیابی قطعات مرتبط، مقایسه موارد و ثبت یادداشت‌های تحلیلی استفاده شد؛ با این حال، تصمیم‌گیری تفسیری و ساخت مقوله‌ها توسط پژوهشگران انجام گرفت و نرم‌افزار جایگزین تحلیل انسانی نبود.

نمونه‌گیری و مصاحبه‌ها تا دستیابی به اشباع نظری ادامه یافت. در مصاحبه بیست‌وسوم، داده‌های جدید دیگر تغییری اساسی در ساختار چهار مقوله ایجاد نکردند و کدهای تازه عمدتاً نمونه‌های دیگری از مفاهیم موجود بودند. سه مصاحبه اضافی برای بررسی ثبات الگوها، یافتن موارد منفی احتمالی و اطمینان از کفایت تنوع انجام شد. پس از مصاحبه بیست‌وششم، گردآوری داده متوقف شد. برای افزایش استحکام یافته‌ها، مسیر تصمیم‌های تحلیلی ثبت شد، نمونه‌های ناسازگار با الگوهای غالب بررسی شدند، تعاریف مقوله‌ها چند بار با متن کامل مصاحبه‌ها تطبیق

یافتند و نسخه تحلیلی توسط یک پژوهشگر آشنا با روش‌های کیفی بازبینی شد. اعتبار، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری و تأییدپذیری به‌عنوان معیارهای کیفیت پژوهش کیفی مورد توجه قرار گرفتند. (Lincoln & Guba, ۱۹۸۵)

یافته‌ها

از ۲۶ مشارکت‌کننده، ۱۵ نفر زن و ۱۱ نفر مرد بودند. سن آنان بین ۲۱ تا ۵۳ سال و میانگین سنی تقریبی ۳۴.۷ سال بود. ۹ نفر در گروه سنی ۲۰ تا ۲۹ سال، ۱۰ نفر در گروه ۳۰ تا ۳۹ سال، ۵ نفر در گروه ۴۰ تا ۴۹ سال و ۲ نفر ۵۰ سال یا بیشتر داشتند. از نظر تحصیلات، ۹ نفر دارای مدرک کارشناسی، ۱۳ نفر دارای کارشناسی ارشد و ۴ نفر دارای دکتری بودند. ۷ نفر دانشجوی، ۸ نفر شاغل بخش خصوصی، ۵ نفر کارمند بخش دولتی، ۴ نفر خوداشتغال و ۲ نفر در زمان مصاحبه فاقد اشتغال بودند. پانزده نفر سابقه حداقل یک دوره مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک داشتند و ۱۱ نفر هرگز از خدمات تخصصی سلامت روان استفاده نکرده بودند. شش نفر تقریباً هر روز، ۱۱ نفر حداقل هفته‌ای یک بار و ۹ نفر چند بار در ماه برای موضوعات روان‌شناختی با هوش مصنوعی تعامل داشتند. موضوعات متداول شامل اضطراب، تعارض عاطفی، مشکلات ارتباطی، فرسودگی شغلی، بی‌خوابی، سوگ، افکار مزاحم، عزت‌نفس و تصمیم‌گیری درباره مراجعه به متخصص بود. تحلیل مصاحبه‌ها چهار مقوله اصلی را آشکار کرد که در کنار یکدیگر نشان می‌دادند هوش مصنوعی برای کاربران نه یک جایگزین ساده برای درمانگر، بلکه ایستگاهی جدید و سیال در مسیر کمک‌خواهی است.

مقوله نخست، «دسترسی کم‌اصطکاک و کاهش آستانه کمک‌خواهی»، به این تجربه اشاره داشت که هوش مصنوعی فاصله میان احساس ناراحتی و انجام نخستین اقدام کمک‌خواهانه را کوتاه می‌کرد. مشارکت‌کنندگان توضیح دادند که در گذشته ممکن بود چند روز یا چند هفته برای جست‌وجوی اطلاعات، صحبت با نزدیکان یا تعیین وقت درمان تعلل کنند، اما اکنون در همان لحظه‌ای که اضطراب، تعارض یا سردرگمی شدت می‌گرفت، تلفن همراه را باز کرده و مسئله را می‌نوشتند. فوری بودن پاسخ، عدم نیاز به هماهنگی، نبود هزینه مستقیم، دسترسی شبانه‌روزی و امکان پرسیدن سؤال‌های متوالی از مهم‌ترین عوامل این تجربه بودند. برای برخی افراد، ناشناس بودن نسبی به معنای آزادی از نگاه ارزیاب دیگری بود. مشارکت‌کننده P۰۷ گفت: «ساعت دو شب بود و نمی‌توانستم به کسی زنگ بزنم؛ فقط نوشتم که چرا بعد از یک دعوا این قدر بدتم می‌لرزد. همان جواب اولیه باعث شد حس کنم حداقل یک کاری کرده‌ام.» مشارکت‌کننده P۱۹ بیان کرد: «برای رفتن پیش روان‌شناس باید اول قبول کنی که مسئله داری، وقت بگیری و جلوی یک نفر توضیح بدهی. اینجا لازم نیست از همان اول همه این مرحله‌ها را رد کنی.» بعضی کاربران هوش مصنوعی را فضایی برای تمرین افشا می‌دانستند؛ ابتدا روایت خود را برای سامانه می‌نوشتند، واژه‌های مناسب را پیدا

می کردند و سپس درباره گفت و گو با همسر، دوست یا درمانگر تصمیم می گرفتند P۰۳. گفت: «چیزی را که خجالت می کشیدم به درمانگر بگویم اول برای چت بات نوشتم؛ بعد فهمیدم چطور جمله بندی اش کنم.» در عین حال، کاهش آستانه ورود همیشه به مراجعه حرفه ای منجر نمی شد. برخی افراد پس از دریافت آرامش موقت، تصمیم مراجعه را به تعویق می انداختند. بنابراین، هوش مصنوعی هم می توانست پل ورود به مراقبت باشد و هم در مواردی به توقف در سطح حمایت اولیه بینجامد.

مقوله دوم، «اعتماد مشروط و ارزیابی گرانه»، نشان داد که اعتماد کاربران یک ویژگی ثابت یا تصمیم یک باره نبود، بلکه در طول تعامل ساخته، آزموده و بازتنظیم می شد. مشارکت کنندگان پاسخ ها را براساس میزان انطباق با تجربه شخصی، منطق درونی، جزئی بودن، ثبات در پرسش های تکراری، لحن، وجود هشدار، پذیرش محدودیت و توصیه به مراجعه حرفه ای ارزیابی می کردند. پاسخ های مطمئن اما کلی، تشخیص های سریع و توصیه های قطعی اعتماد را کاهش می دادند P۱۱. گفت: «وقتی با دو جمله گفت احتمالاً اختلال دلبستگی داری، به نظرم خطرناک آمد. از کجا با این اطلاعات کم به چنین نتیجه ای رسیدی؟» در مقابل، عباراتی که عدم قطعیت را روشن می کردند و چند احتمال را از هم تفکیک می ساختند، معتبرتر تلقی می شدند P۲۲. توضیح داد: «وقتی گفت من تشخیص نمی دهم ولی این نشانه ها می تواند با چند حالت مرتبط باشد و بهتر است فلان چیزها را بررسی کنی، بیشتر اعتماد کردم.» کاربران برای کنترل خطر، پاسخ را در موتورهای جستجو بررسی می کردند، همان سؤال را با صورت بندی دیگر می پرسیدند، از چند سامانه استفاده می کردند یا نتیجه را با درمانگر و دوستان آگاه مقایسه می کردند P۰۵. گفت: «من هیچ جواب مهمی را همان لحظه قبول نمی کنم؛ دوباره از خودش می پرسم، بعد سرچ می کنم و اگر موضوع جدی باشد از روان شناسم می پرسم.» نگرانی درباره ذخیره مکالمات اعتماد را محدود می کرد. برخی برای کاهش آسیب پذیری نام ها، محل ها و جزئیات را تغییر می دادند P۱۶. اظهار کرد: «از یک طرف چون آدم نیست راحت تر حرف می زنم، از طرف دیگر چون نمی دانم متن کجا می رود، هیچ وقت همه واقعیت را نمی نویسم.» اعتماد در این مقوله نوعی «اعتماد همراه با نظارت» بود؛ کاربر از سامانه بهره می گرفت، اما حق داوری نهایی را برای خود یا متخصص انسانی حفظ می کرد.

مقوله سوم، «پذیرش ابزاری و ترجیح الگوی ترکیبی انسان-هوش مصنوعی»، بیانگر آن بود که اکثر مشارکت کنندگان هوش مصنوعی را برای وظایف مشخص می پذیرفتند، نه به عنوان مرجع جامع درمان. کاربردهای پذیرفته شده شامل دریافت توضیح ساده درباره مفاهیم، شناسایی نام احتمالی هیجان، تنظیم برنامه خواب، یادآوری تمرین های تنفسی، ثبت افکار، بازسازی اولیه افکار منفی، آماده کردن فهرست پرسش ها برای درمانگر و مرور مطالب جلسه درمان بود P۰۹. گفت: «برای اینکه بفهمم دقیقاً چه احساسی دارم خیلی کمک می کند؛ گاهی بین خشم و ترس

گیر می‌کنم و با سؤال‌هایی که می‌پرسد موضوع روشن‌تر می‌شود.» برای افراد دارای تجربه درمان، هوش مصنوعی غالباً مکمل فاصله میان جلسات بود P۱۴. بیان کرد: «بین دو جلسه که چیزی پیش می‌آید، از آن می‌خواهم کمک کند افکارم را مرتب کنم، ولی تصمیم اصلی را جلسه بعد با درمانگر می‌گیرم.» افراد فاقد سابقه درمان نیز از سامانه برای ارزیابی اولیه آمادگی خود استفاده می‌کردند P۲۴. گفت: «اول فکر می‌کردم مشکل آن‌قدر مهم نیست که پیش روان‌شناس بروم، اما وقتی چند بار دیدم روی کار و خوابم اثر دارد، جدی‌تر شدم و وقت گرفتم.» در عین حال، پذیرش به شدت مسئله وابسته بود. کاربران برای استرس روزمره، تعارض محدود یا آموزش عمومی آمادگی بیشتری داشتند، اما در موضوعاتی مانند خودآسیب‌رسانی، تروما، خشونت، دارو، تشخیص و تصمیم‌های مهم رابطه‌ای بر حضور انسان تأکید می‌کردند. الگوی مطلوب آنان «هوش مصنوعی در کنار انسان» بود: سامانه می‌توانست غربالگری، آموزش، حمایت اولیه و پیگیری را تسهیل کند و متخصص مسئول ارزیابی، معن‌پردازی، تصمیم‌بالی و مدیریت خطر باقی بماند. پذیرش، در نتیجه، نه تسلیم نقش حرفه‌ای به فناوری، بلکه تقسیم کار کنترل‌شده میان دو منبع بود.

مقوله چهارم، «مقاومت اجتماعی-هیجانی و دفاع از یگانگی رابطه انسانی»، مجموعه‌ای از مرزها، تردیدها و واکنش‌های منفی را دربرمی‌گرفت. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که هوش مصنوعی می‌تواند زبان همدلانه تولید کند، اما لزوماً تجربه‌ای از همدلی ندارد. هنگامی که پاسخ‌ها بیش از حد مثبت، تکراری یا فرمولی بودند، احساس دیده‌شدن کاهش می‌یافت P۰۲. گفت: «می‌نویسد حق داری این احساس را داشته باشی، ولی وقتی هر بار همین الگو را می‌بینی، متوجه می‌شوی فقط جمله مناسب را کنار هم گذاشته است.» کاربران تفاوت میان «پاسخ همدلانه» و «رابطه همدلانه» را مهم می‌دانستند. از نظر آنان، درمانگر می‌تواند مکث، تغییر صدا، تناقض، شرم، اجتناب و تاریخچه رابطه را در طول زمان درک کند، درحالی‌که سامانه ممکن است هر پیام را به‌صورت مسئله‌ای جداگانه پردازش کند. مقاومت فرهنگی نیز آشکار بود P۱۸. اظهار کرد: «وقتی درباره خانواده حرف می‌زنی، گاهی خیلی سریع می‌گویند مرز بگذار یا فاصله بگیر؛ در خانواده ما موضوع به این سادگی نیست.» ترس از وابستگی، جایگزینی ارتباط واقعی، دریافت تأیید دائمی و تشدید اجتناب از درمان نیز مطرح شد P۱۲. گفت: «هوش مصنوعی همیشه آماده است و خسته نمی‌شود؛ همین می‌تواند آدم را عادت بدهد که به‌جای روبه‌روشدن با آدم‌ها، فقط با آن حرف بزنند.» برخی مشارکت‌کنندگان نگران بودند سامانه به‌دلیل تمایل به همراهی، فرض‌های نادرست کاربر را تقویت کند یا در بحران نتواند شدت خطر را تشخیص دهد. مقاومت آنان لزوماً رد فناوری نبود؛ بلکه تلاشی برای حفظ مرز میان حمایت محاسباتی و مسئولیت انسانی، میان تولید زبان و فهم تجربه و میان راحتی فوری و مراقبت درمانی پایدار بود.

در مجموع، روابط میان چهار مقوله نشان داد که هوش مصنوعی مسیر کمک‌خواهی را به فرایندی مرحله‌ای تبدیل می‌کند. کاربر ابتدا به دلیل دسترسی آسان وارد گفت‌وگو می‌شود، سپس پاسخ‌ها را می‌آزماید و سطح اعتماد را تعیین می‌کند، در وظایف کم‌خطر یا روشن پذیرش ابزاری نشان می‌دهد و در برابر واگذاری حوزه‌های پیچیده، هویتی یا بحرانی مقاومت می‌کند. پیامد نهایی به نحوه حرکت میان این مراحل وابسته بود. در بعضی موارد، تعامل به شناخت بهتر مشکل، کاهش شرم، آمادگی برای افشا و مراجعه حرفه‌ای منجر می‌شد؛ در موارد دیگر، رضایت موقت، تأییدشدن یا تصور کفایت پاسخ، اقدام تخصصی را به تأخیر می‌انداخت. از این رو، نقش هوش مصنوعی را نمی‌توان ذاتاً تسهیل‌کننده یا بازدارنده دانست؛ این نقش برآیند ویژگی سامانه، شدت مسئله، سواد کاربر، کیفیت پاسخ، دسترسی به خدمات انسانی و شیوه تنظیم اعتماد بود.

بحث

هدف پژوهش حاضر تبیین نقش هوش مصنوعی در تحول رفتارهای جست‌وجوی کمک روان‌شناختی و تحلیل فرایندهای اعتماد، پذیرش و مقاومت کاربران بود. یافته‌ها نشان دادند که هوش مصنوعی با ایجاد دسترسی فوری، خصوصی و کم‌هزینه، آستانه انجام نخستین رفتار کمک‌خواهانه را کاهش می‌دهد؛ با این حال، این دسترسی لزوماً به اعتماد کامل یا ورود به درمان حرفه‌ای منجر نمی‌شود. کاربران در طول تعامل به‌طور مستمر اعتبار پاسخ، حریم خصوصی، تناسب فرهنگی و حدود صلاحیت سامانه را ارزیابی می‌کردند. پذیرش آنان عمدتاً ابزاری، مرحله‌ای و وظیفه‌محور بود و بیشتر مشارکت‌کنندگان الگوی ترکیبی را ترجیح می‌دادند که در آن هوش مصنوعی برای آموزش، خودنظارتی و حمایت اولیه استفاده شود و انسان مسئول تشخیص، تصمیم‌بالی و مدیریت بحران باقی بماند. مقاومت نیز نه به معنای فناوری‌هراسی، بلکه سازوکاری برای حفاظت از حریم خصوصی، یگانگی تجربه شخصی و ارزش رابطه انسانی بود.

مقوله دسترسی کم‌اصطکاک نشان داد که هوش مصنوعی می‌تواند مرحله پیش از مراجعه را به‌طور اساسی بازسازی کند. در الگوهای سنتی، فرد باید ناراحتی خود را به‌عنوان مسئله‌ای مشروع تشخیص دهد و سپس بر موانعی مانند انگ، هزینه، زمان و دشواری افشا غلبه کند. در مقابل، گفت‌وگو با سامانه نیازی به تعهد رسمی ندارد و می‌تواند به‌صورت یک «آزمایش کم‌خطر» آغاز شود. این یافته با نتایج Varghese و همکاران همسو است که دسترسی شبانه‌روزی، مقرون‌به‌صرفه‌بودن و کاهش انگ را از مزایای اصلی مداخلات مبتنی بر هوش مصنوعی گزارش کردند (Varghese et al., ۲۰۲۴). دانشجویان مطالعه AlMaskari و همکاران نیز در دسترس‌بودن و کاهش انگ را از ظرفیت‌های

مهم چت بات‌ها دانستند (AlMaskari et al., ۲۰۲۵) در مطالعه حاضر، این مزایا فقط ویژگی‌های خدماتی نبودند، بلکه بر توالی رفتار اثر گذاشتند؛ فرد به جای باقی ماندن در مرحله انکار یا تعلل، حداقل یک اقدام اولیه انجام می‌داد.

این اقدام اولیه را می‌توان نوعی «کمک‌خواهی مقدماتی» دانست. کاربر هنوز وارد رابطه درمانی نشده، اما تجربه خود را به زبان تبدیل کرده، درباره آن پرسش ساخته و گزینه‌های اقدام را بررسی کرده است. این مرحله می‌تواند سواد سلامت روان و خودشناسی را افزایش دهد. یافته‌های Mahmoodi و همکاران نشان داد که اینترنت در میان دانشجویان ایرانی یکی از منابع اصلی جست‌وجوی اطلاعات سلامت روان است، درحالی‌که کارکنان سلامت معتبرترین منبع تلقی می‌شوند (Mahmoodi et al., ۲۰۲۲) یافته حاضر این الگو را به دوره هوش مصنوعی مولد گسترش می‌دهد: فناوری نخستین منبع قابل دسترس است، ولی مرجع نهایی اعتماد الزاماً نیست. کاربران میان سرعت منبع دیجیتال و اعتبار منبع حرفه‌ای نوعی تقسیم کار ایجاد می‌کنند. این تقسیم کار می‌تواند مفید باشد، مشروط بر آنکه پاسخ اولیه مسیر مراجعه را روشن کند؛ در غیر این صورت، آرامش موقت یا تصور خودبستگی ممکن است درمان را به تعویق بیندازد.

تجربه آسان‌تر افشا نیز با ادبیات مربوط به کاهش موانع اجتماعی کمک‌خواهی همخوانی دارد. انگ و ترس از قضاوت می‌تواند فرد را از بیان مشکل برای خانواده یا متخصص بازدارند (Clement et al., ۲۰۱۵) سامانه فاقد نگاه انسانی، سابقه اجتماعی و رابطه قدرت آشکار است و از این رو برخی کاربران احساس می‌کنند می‌توانند محتوای شرم‌آور را راحت‌تر بیان کنند Siddals. و همکاران مفهوم «پناهگاه هیجانی» را در توصیف تجربه بعضی کاربران چت بات‌های مولد گزارش کردند؛ فضایی که در آن گفت‌وگو خصوصی، در دسترس و فاقد داوری مستقیم احساس می‌شد (Siddals et al., ۲۰۲۴) یافته‌های مطالعه حاضر نیز نشان داد که چنین فضایی می‌تواند تمرینی برای افشای بعدی باشد. با این حال، ناشناس بودن ادراک شده نباید با محرمانگی تضمین شده اشتباه شود. هرچه داده افشاشده حساس‌تر باشد، پیامدهای نقص امنیت، استفاده ثانویه از داده یا دسترسی غیرمجاز جدی‌تر خواهد بود.

مقوله اعتماد مشروط نشان داد که کاربران مصرف‌کنندگان منفعل پاسخ نبودند. آنان اعتبار سامانه را از طریق پرسش مجدد، مقایسه منابع، جست‌وجوی اینترنتی و مشورت با متخصص ارزیابی می‌کردند. این یافته با نقش اعتماد در مدل‌های پذیرش فناوری سازگار است، اما نشان می‌دهد در کاربردهای روان‌شناختی، اعتماد فراتر از سودمندی و سهولت استفاده است Choudhury و Shamszare رابطه مثبت اعتماد با قصد و رفتار استفاده را نشان دادند، اما درباره خطر اعتماد بیش از حد در تصمیم‌های سلامت هشدار دادند (Choudhury & Shamszare, ۲۰۲۳). مطالعه حاضر، کاربران باتجربه‌تر اغلب میان اعتماد به قابلیت‌های مختلف تفکیک قائل می‌شدند؛ برای نمونه، به توضیح یک مفهوم

اعتماد داشتند ولی تشخیص یا توصیه درمانی را نمی‌پذیرفتند. این تفکیک را می‌توان نشانه سواد الگوریتمی دانست، زیرا کاربر به جای یک داوری کلی، اعتبار سامانه را متناسب با وظیفه تنظیم می‌کند.

پذیرش عدم قطعیت از سوی سامانه یکی از عوامل تقویت اعتماد بود. پاسخ‌هایی که محدودیت خود را اعلام می‌کردند، گزینه‌های احتمالی را تفکیک می‌کردند و کاربر را در موقعیت‌های پرخطر به متخصص ارجاع می‌دادند، معتبرتر از پاسخ‌های قاطع و تشخیصی تلقی شدند. این یافته با اصول هوش مصنوعی مسئولانه سازگار است. سازمان جهانی بهداشت بر شفافیت، توضیح‌پذیری، پاسخ‌گویی، حفاظت از خودمختاری و نظارت انسانی تأکید کرده است (World Health Organization, ۲۰۲۱). اعتماد پایدار زمانی شکل می‌گیرد که سامانه تنها توانایی‌های خود را نمایش ندهد، بلکه ناتوانی‌ها، احتمال خطا و موارد نیازمند ارجاع را نیز آشکار سازد. پنهان کردن عدم قطعیت ممکن است در کوتاه‌مدت پاسخ را مقتدرانه‌تر نشان دهد، اما پس از مشاهده تناقض یا خطا، اعتماد کاربر را به‌طور شدیدتری کاهش می‌دهد.

نگرانی درباره حریم خصوصی یکی از عوامل محدودکننده اعتماد بود. کاربران هم‌زمان دو ادراک متعارض داشتند: از یک سو، چون طرف گفت‌وگو انسان نبود، احتمال قضاوت اجتماعی کمتر احساس می‌شد؛ از سوی دیگر، چون شیوه ذخیره و استفاده از داده روشن نبود، آنان از ارائه جزئیات واقعی خودداری می‌کردند. این تناقض نشان می‌دهد حریم خصوصی در تجربه کاربر دو سطح دارد. سطح نخست «حریم اجتماعی» است؛ یعنی کاهش احتمال مشاهده مستقیم توسط خانواده، دوست یا درمانگر. سطح دوم «حریم داده‌ای» است؛ یعنی کنترل بر ثبت، پردازش، انتقال و حذف اطلاعات. هوش مصنوعی ممکن است سطح نخست را تقویت و هم‌زمان سطح دوم را مبهم کند. بنابراین، طراحی اخلاقی باید به زبان قابل‌فهم توضیح دهد چه اطلاعاتی ذخیره می‌شود، هدف پردازش چیست، چه کسانی دسترسی دارند و کاربر چگونه می‌تواند سابقه خود را حذف کند.

پذیرش ابزاری و ترجیح الگوی ترکیبی با پژوهش‌های پیشین همخوان بود Lee و همکاران دریافتند که بیماران ظرفیت عوامل گفت‌وگومحور را برای افزایش دسترسی می‌پذیرند، اما خواستار حضور انسان در چرخه مراقبت هستند و فقدان همدلی، محدودیت فنی و خطر جایگزینی درمان را نگران‌کننده می‌دانند (Lee et al., ۲۰۲۵). مطالعه Varghese و همکاران نیز نشان داد که کاربران هوش مصنوعی را برای توصیه‌های عمومی، ارزیابی اولیه و نگهداری سلامت روان مناسب‌تر از جایگزینی کامل مداخلات انسانی می‌دانند (Varghese et al., ۲۰۲۴). یافته حاضر نشان داد که این ترجیح ترکیبی، صرفاً مصالحه‌ای نظری نیست، بلکه در رفتار واقعی کاربران ظاهر می‌شود؛ افراد از هوش مصنوعی برای سامان‌دهی افکار یا آماده‌شدن برای جلسه استفاده می‌کنند و سپس تصمیم پیچیده را به درمانگر می‌سپارند.

اثر بخشی گزارش شده برخی چت بات ها نیز می تواند پذیرش ابزاری را توضیح دهد Woebot و Wysa نمونه هایی هستند که در مطالعات اولیه با مشارکت کاربر و بهبود برخی نشانه ها همراه بوده اند (Fitzpatrick et al., ۲۰۱۷; Inkster et al., ۲۰۱۸) با این حال، این نتایج مربوط به سامانه ها، جمعیت ها و دوره های مشخص اند و نمی توان آنها را به همه ابزارهای مولد تعمیم داد. چت بات ساختاریافته ای که تمرین های محدود و مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری ارائه می دهد، از نظر هدف، کنترل محتوا و ارزیابی خطر با یک مدل زبانی عمومی تفاوت دارد. کاربران ممکن است این ابزارها را یکسان تصور کنند، زیرا هر دو در قالب گفت و گو ظاهر می شوند. بنابراین، آموزش عمومی باید تفاوت میان ابزار درمانی ارزیابی شده، برنامه بهزیستی، چت بات همراه و مدل زبانی عمومی را روشن سازد.

مقوله مقاومت اجتماعی-هیجانی با مفهوم غفلت از یگانگی همسو بود Longoni و همکاران نشان دادند که افراد ممکن است تصور کنند هوش مصنوعی قادر نیست ویژگی های منحصر به فرد آنان را در تصمیم پزشکی لحاظ کند (Longoni et al., ۲۰۱۹) مشارکت کنندگان مطالعه حاضر نیز میان تولید جمله های هم دلانه و تجربه واقعی فهمیده شدن تمایز قائل شدند. آنان معتقد بودند رابطه درمانی شامل حافظه مشترک، مسئولیت، حساسیت به نشانه های غیر کلامی و توان تحمل ابهام است. مطالعه Xu و همکاران نشان داد که شکل گیری اتحاد درمانی دیجیتال به هماهنگی سبک تعامل، انتظار مراقبت، انعطاف گفت و گو و سودمندی توصیه وابسته است (Xu et al., ۲۰۲۵) بنابراین، پیوند با چت بات امکان پذیر است، اما این پیوند برای همه افراد و همه سامانه ها رخ نمی دهد و نباید بدون ارزیابی با اتحاد درمانی انسانی معادل دانسته شود.

مقاومت فرهنگی یافته مهم دیگری بود. بعضی پاسخ ها از نظر زبانی روان، اما از نظر اجتماعی نامتناسب تلقی شدند. توصیه هایی که بر استقلال فردی، قطع رابطه یا افشای مستقیم تأکید داشتند، همیشه با ساختار خانواده، وابستگی اقتصادی، جنسیت، ملاحظات آبرویی یا روابط نسلی کاربران سازگار نبودند. نگرانی درباره حساسیت فرهنگی در مطالعه AlMaskari و همکاران نیز گزارش شده است (AlMaskari et al., ۲۰۲۵). این موضوع نشان می دهد بومی سازی تنها ترجمه واژه ها نیست؛ سامانه باید تفاوت میان ارزش ها را بشناسد، از تعمیم نسخه های واحد اجتناب کند و پیش از ارائه توصیه، زمینه اجتماعی را بپرسد. در غیر این صورت، پاسخ ظاهراً حمایتی می تواند تعارض خانوادگی را افزایش دهد یا کاربر را به اقدامی سوق دهد که پیامدهای آن در مدل محاسباتی دیده نشده است.

یافته ها همچنین نشان دادند که پذیرش و مقاومت دو قطب مستقل نیستند. یک کاربر می تواند از سرعت و ناشناس بودن سامانه استقبال کند، به توضیحات عمومی اعتماد داشته باشد، نسبت به ذخیره داده نگران باشد و هم زمان جایگزینی درمانگر را رد کند. این ترکیب را می توان

«پذیرش انتقادی» نامید. پذیرش انتقادی از کاربر می‌خواهد فواید فناوری را به کار گیرد، ولی مرزهای آن را بشناسد و مسئولیت تصمیم‌نهایی را واگذار نکند. چنین الگویی از اعتماد کالبره‌شده برای حوزه سلامت روان مطلوب‌تر از شیفتگی یا طرد کامل فناوری است. طراحی سامانه نیز باید این موضع را تقویت کند؛ برای مثال، به‌جای ایجاد توهم اقتدار درمانی، کاربر را به بررسی منابع، ثبت نشانه‌ها، گفت‌وگو با متخصص و مراجعه در شرایط خطر تشویق کند.

از منظر نظری، مطالعه حاضر نشان می‌دهد رفتار کمک‌خواهی در عصر هوش مصنوعی بهتر است به‌صورت یک اکوسیستم اجتماعی-فناورانه تحلیل شود. فرد ممکن است بین هوش مصنوعی، موتور جست‌وجو، شبکه اجتماعی، دوست، خانواده، درمانگر و پزشک حرکت کند و نقش هر منبع را براساس هزینه، فوریت، حساسیت موضوع و سطح اعتماد تغییر دهد. هوش مصنوعی یک کانال مجزا نیست، بلکه می‌تواند سایر کانال‌ها را میانجی‌گری کند؛ پرسش جلسه درمان را آماده سازد، توصیه دوست را بررسی کند، نشانه‌ها را نام‌گذاری کند یا تصمیم مراجعه را به تعویق اندازد. از این‌رو، اثر آن باید در کل مسیر مراقبت سنجیده شود، نه فقط براساس رضایت کاربر از یک مکالمه. پیامدهای مهم شامل کیفیت تصمیم، زمان مراجعه، شدت افشا، ایمنی، وابستگی و تداوم درمان هستند.

محدودیت‌های پژوهش حاضر باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. مشارکت‌کنندگان از میان کاربران ساکن تهران و دارای تجربه قبلی استفاده از هوش مصنوعی انتخاب شدند؛ بنابراین، تجربه افراد فاقد دسترسی دیجیتال، سالمندان کم‌تجربه، کاربران مناطق روستایی یا کسانی که به‌طور کامل فناوری را رد می‌کنند کمتر بازنمایی شده است. ماهیت خودگزارشی مصاحبه‌ها نیز احتمال خطای یادآوری و ارائه تصویری مطلوب از رفتار را ایجاد می‌کند. تفاوت میان سامانه‌های مورد استفاده، نسخه مدل، زبان تعامل و نوع اشتراک می‌تواند تجربه کاربران را تغییر دهد، اما همه این عوامل به‌طور تجربی کنترل نشدند. همچنین، مطالعه حاضر پیامد بالینی پاسخ‌ها را ارزیابی نکرد و نمی‌توان از روایت رضایت یا ناراحتی کاربران درباره اثربخشی درمانی نتیجه قطعی گرفت.

پژوهش‌های آینده بهتر است تجربه کاربران را به‌صورت طولی و از نخستین تعامل تا تصمیم مراجعه یا عدم مراجعه دنبال کنند. مقایسه کاربران دارای اختلال‌های مختلف، گروه‌های سنی، سطوح سواد دیجیتال و بافت‌های فرهنگی می‌تواند شرایط شکل‌گیری اعتماد یا مقاومت را دقیق‌تر روشن کند. ترکیب مصاحبه با تحلیل رضایت‌مندان متن گفت‌وگوها، مشاهده رفتار واقعی و سنجش پیامدهای بالینی می‌تواند فاصله میان نگرش گزارش‌شده و استفاده واقعی را کاهش دهد. بررسی جداگانه چت‌بات‌های درمانی ساختاریافته، مدل‌های زبانی عمومی و سامانه‌های

طراحی شده برای زبان فارسی نیز ضروری است. مطالعات آینده باید اثر هوش مصنوعی بر زمان مراجعه، خودتشخیصی، وابستگی، مدیریت بحران و تداوم درمان را نیز ارزیابی کنند.

از نظر کاربردی، سامانه‌های سلامت روان مبتنی بر هوش مصنوعی باید نقش خود را به‌روشنی به‌عنوان ابزار حمایتی و نه جایگزین قطعی متخصص معرفی کنند. سیاست‌های محرمانگی باید کوتاه، قابل‌فهم و در دسترس باشند و امکان کنترل و حذف داده به کاربر داده شود. پاسخ‌های مرتبط با تشخیص، دارو، خودآسیب‌رسانی، خشونت و بحران باید با محدودیت‌های سخت‌گیرانه، غربالگری خطر و مسیر ارجاع فوری همراه شوند. طراحی برای کاربران فارسی‌زبان مستلزم مشارکت روان‌شناسان، متخصصان اخلاق، زبان‌شناسان و افراد دارای تجربه زیسته است. مراکز مشاوره نیز می‌توانند به‌جای نادیده‌گرفتن استفاده مراجعان، درباره پاسخ‌های دریافت‌شده گفت‌وگو کنند و آموزش سواد هوش مصنوعی را در فرایند درمان بگنجانند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان دادند که هوش مصنوعی رفتار جست‌وجوی کمک روان‌شناختی را از یک تصمیم نسبتاً دوگانه میان مراجعه و عدم مراجعه، به فرایندی تدریجی، آزمایشی و چندمرحله‌ای تبدیل کرده است. کاربران می‌توانند پیش از ورود به خدمات رسمی، تجربه خود را بیان کنند، واژگان مناسب بیابند، اطلاعات اولیه دریافت کنند و آمادگی خود برای افشا یا مراجعه را بسنجند. دسترسی شبانه‌روزی، پاسخ فوری، هزینه پایین و کاهش احتمال قضاوت اجتماعی، هوش مصنوعی را به یک درگاه کم‌اصطکاک برای آغاز کمک‌خواهی تبدیل می‌کند. بااین‌حال، استفاده از هوش مصنوعی به معنای اعتماد کامل نیست. اعتماد کاربران ماهیتی مشروط، پویا و وظیفه‌محور دارد و براساس دقت، شفافیت، پذیرش محدودیت، تناسب فرهنگی، امنیت داده و امکان ارجاع به متخصص تنظیم می‌شود. کاربران عمدتاً سامانه را برای آموزش، روشن‌سازی هیجان، حمایت اولیه، خودنظارتی و آماده‌شدن برای مراقبت حرفه‌ای می‌پذیرند، اما در برابر واگذاری تشخیص، تصمیم درمانی، مدیریت بحران و رابطه درمانی عمیق مقاومت نشان می‌دهند. این مقاومت را باید بخشی از عاملیت و مدیریت خطر کاربر دانست، نه صرفاً مانعی در برابر نوآوری.

در نتیجه، مطلوب‌ترین مسیر برای استفاده از هوش مصنوعی در سلامت روان، الگوی مکمل و انسان‌محور است. هوش مصنوعی می‌تواند دسترسی را توسعه دهد و فاصله میان احساس نیاز و نخستین اقدام را کاهش دهد، اما مسئولیت بالینی، اخلاقی و ارتباطی باید در نهایت در یک ساختار پاسخ‌گو و دارای نظارت انسانی باقی بماند. توسعه سامانه‌های شفاف، ایمن، بومی، حساس به فرهنگ و متصل به مسیرهای معتبر

ارجاع می‌تواند ظرفیت این فناوری را برای تسهیل کمک‌خواهی افزایش دهد و خطر خودتشخیصی، اطلاعات نادرست، وابستگی و تأخیر در درمان را کاهش دهد.

موازن اخلاقی

در این مطالعه تمامی اصول اخلاقی نشر و اجرای پژوهش رعایت گردیده است.

سپاسگزاری

از همه افرادی که در مسیر این پژوهش ما را باری نمودند کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

در این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

Reference List

- Abd-Alrazaq, A. A., Alajlani, M., Alalwan, A. A., Bewick, B. M., Gardner, P., & Househ, M. (2019). An overview of the features of chatbots in mental health: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 132, 103978. doi:10.1016/j.ijmedinf.2019.103978
- AlMaskari, A. M., Al-Mahrouqi, T., Al Lawati, A., Al Aufi, H., Al Riyami, Q., & Al-Sinawi, H. (2025). Students' perceptions of AI mental health chatbots: An exploratory qualitative study at Sultan Qaboos University. *BMJ Open*, 15(10), e103893. doi:10.1136/bmjopen-2025-103893
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Choudhury, A., & Shamszare, H. (2023). Investigating the impact of user trust on the adoption and use of ChatGPT: Survey analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47184. doi:10.2196/47184
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. doi:10.1017/S0033291714000129
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3), 319–340. doi:10.2307/249008
- Dietvorst, B. J., Simmons, J. P., & Massey, C. (2015). Algorithm aversion: People erroneously avoid algorithms after seeing them err. *Journal of Experimental Psychology: General*, 144(1), 114–126. doi:10.1037/xge0000033
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A., & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2), e19. doi:10.2196/mental.7785

- Ghadirian, L., & Sayarifard, A. (2019). Depression literacy in urban and suburban residents of Tehran, the capital of Iran: Recognition, help seeking, stigmatizing attitude, and predicting factors. *International Journal of Preventive Medicine*, 10, 134. doi:10.4103/ijpvm.IJPVM_166_18
- Inkster, B., Sarda, S., & Subramanian, V. (2018). An empathy-driven, conversational artificial intelligence agent (Wysa) for digital mental well-being: Real-world data evaluation mixed-methods study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(11), e12106. doi:10.2196/12106
- Kauer, S. D., Mangan, C., & Sancu, L. (2014). Do online mental health services improve help-seeking for young people? A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(3), e66. doi:10.2196/jmir.3103
- Lee, H. S., Wright, C., Ferranto, J., Buttner, J., Palmer, C. E., Welchman, A., Mazor, K. M., Fisher, K. A., Smelson, D., O'Connor, L., Fahey, N., & Soni, A. (2025). Artificial intelligence conversational agents in mental health: Patients see potential, but prefer humans in the loop. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1505024. doi:10.3389/fpsy.2024.1505024
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Longoni, C., Bonezzi, A., & Morewedge, C. K. (2019). Resistance to medical artificial intelligence. *Journal of Consumer Research*, 46(4), 629–650. doi:10.1093/jcr/ucz013
- Mahmoodi, S. M. H., Ahmadzad-Asl, M., Eslami, M., Abdi, M., Hosseini Kahnamoui, Y., & Rasoulia, M. (2022). Mental health literacy and mental health information-seeking behavior in Iranian university students. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 893534. doi:10.3389/fpsy.2022.893534
- Sharifi, V., Amin-Esmaili, M., Hajebi, A., Motevalian, A., Radgoodarzi, R., Hefazi, M., & Rahimi-Movaghar, A. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84.
- Siddals, S., Torous, J., & Coxon, A. (2024). "It happened to be the perfect thing": Experiences of generative AI chatbots for mental health. *npj Mental Health Research*, 3, 48. doi:10.1038/s44184-024-00097-4
- Vaidyam, A. N., Wisniewski, H., Halamka, J. D., Kashavan, M. S., & Torous, J. B. (2019). Chatbots and conversational agents in mental health: A review of the psychiatric landscape. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(7), 456–464. doi:10.1177/0706743719828977
- Varghese, M. A., Sharma, P., & Patwardhan, M. (2024). Public perception on artificial intelligence-driven mental health interventions: Survey research. *JMIR Formative Research*, 8, e64380. doi:10.2196/64380
- Venkatesh, V., Morris, M. G., Davis, G. B., & Davis, F. D. (2003). User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3), 425–478. doi:10.2307/30036540
- Vogel, D. L., Wade, N. G., & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40–50. doi:10.1037/0022-0167.54.1.40
- World Health Organization. (2021). *Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance*. World Health Organization.
- Xu, Z., Lee, Y.-C., Stasiak, K., Warren, J., & Lottridge, D. (2025). The digital therapeutic alliance with mental health chatbots: Diary study and thematic analysis. *JMIR Mental Health*, 12, e76642. doi:10.2196/76642