The Islamic Journal of Women and the Family
Print ISSN: 2538-6190 Online ISSN: 2717-4085
Homepage: https://pzk.journals.miu.ac.ir

The Pathology of Family Counseling in Iran

Mohammad Hassan Husseini[1], and **Mojtaba Hafezi**[2]✉

1. Corresponding Author, Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran.
Email: mhhoseini@rihu.ac.ir 0009-0001-6713-1107
2. Department of Psychology, Research Institute of Hawzah and University, Qom, Iran.
Email: mhafezi@rihu.ac.ir 0000-0002-8980-1714

Article Info

Article type:
Research Article

Article history:
Received 12 September 2025
Received in revised form 20 October 2025
Accepted 24 October 2025
Available online 22 December 2025

Keywords:
pathology,
family counseling,
ounseling center,
Iranian-Islamic culture.

ABSTRACT

Objective: This research aimed to identify the pathologies of family counseling in Iran, specifically pinpointing theoretical, practical, and structural weaknesses. It seeks to provide a comprehensive picture of the current situation and lay the groundwork for improving the quality of counseling services.

Method: This study employed a qualitative content analysis method based on Shieh and Shannon (2005). The target population included expert professors in the field of family counseling and Ph.D. graduates in psychology and counseling. Data was collected through semi-structured interviews with 9 purposefully selected individuals from this group. The unit of analysis was the theme, and data analysis was conducted using open, axial, and selective coding.

Results: The findings revealed that family counseling centers in Iran face challenges such as the incongruity of theories and therapeutic approaches with Iranian-Islamic culture, a lack of scientific and ethical competence among some counselors, weaknesses in the supervision and evaluation of centers, and insufficient cultural promotion for seeking counseling. Limited use of religious and spiritual values in the treatment process and excessive focus on imported theories were other identified weaknesses. Furthermore, factors such as high service costs, lack of insurance coverage, and negative cultural attitudes were additional barriers to seeking help from these centers.

Conclusions: The results of this research can contribute to improving policy-making and enhancing the efficiency and effectiveness of family counseling in Iran.

Cite this article: Husseini, M. H., & Hafezi, M. (2026), The Pathology of Family Counseling in Iran. *The Islamic Journal of Women and the Family,* 13 (4), 93 - 115. https://doi.org/10.22034/ijwf.2025.20240.2377

© The Author(s).retain the copyright and full publishing rights. **Publisher**: Al-Mustafa International University.
DOI: https://doi.org/10.22034/ijwf.2025.20240.2377

Introduction

The family, as the most fundamental social institution, plays a vital role in the health and dynamism of society. Extensive transformations in the last century, such as the transition from extended to nuclear families, an increase in the age of marriage, a decrease in marriage rates, a rise in definitive singleness, changing criteria for spouse selection, and an increase in divorce, indicate significant shifts (Chitsaz, 2023; Rasteh Moghadam & Abbasi, 2023; Kazemipour, 2022). These changes highlight the necessity of paying attention to family interaction and the role of family therapy in preventing failure, conflict, and disharmony within the family (Suhartivi., & et al, 2009). Family therapy, as a form of counseling and psychotherapy, provides a platform for promoting growth in various aspects of life and requires therapists to possess theoretical and practical competencies and adhere to professional ethical principles (Canino & Inclan, 2001). However, in the field of pathology of family counseling centers, especially in Iran, limited research has been conducted. Foreign studies such as Gerald and et al (2023), Jeffrey (2015), Peace and et al (1996), and Sokoll (2009) have addressed the challenges of counseling centers and solutions such as government support, prevention, innovation in services, the use of interns, and adaptation to current needs. In Iran, the National Youth Organization (2008) and Bajelan (2022) have also reported problems such as multiple supervisory bodies, ambiguity in the nature of counseling, lack of an accreditation and ranking system, weak supervision, the presence of unqualified individuals, and the absence of a localized definition of counseling services. Research by Ghazarian (2000), Jafari (1994), Mikaeil (1994), Akhavan Tafti (2008), Raji (2016), Mohammadi (2006), Hadian et al. (2006), Rastegar and et al (2021), Motaghi and et al (2017), Mirzaeifar and et al (2021), Arshi and et al (2016), and Biglarian and et al (2001) also emphasize the importance of service quality, accurate needs assessment, and client satisfaction. Furthermore, the widespread use of Western theoretical models incompatible with Iranian-Islamic culture is one of the fundamental challenges of family counseling in Iran (Epstein., & et al 2012; Dwairy, 2006). Studies such as Liu and et al (2023) and Singh and et al (2020) have shown that culturally congruent interventions are more effective. Accordingly, the present research aims to identify the pathologies of family counseling in Iran and identify theoretical, practical, and structural weaknesses, seeking to provide a comprehensive picture of the current situation and pave the way for improving the quality of counseling services.

Method

The present study was conducted using Shieh and Shannon's (2005) qualitative content analysis method, and data were collected through semi-structured interviews. The unit of analysis was considered to be the theme (Maroufi & Yousefzadeh, 2009). The population included expert professors in the field of family counseling and Ph.D. graduates in psychology and counseling, and samples were selected purposefully. The sample size consisted of 9 university

and seminary professors specializing in family counseling with doctoral degrees and over 10 years of professional experience, determined based on the principle of theoretical saturation (Glaser & Strauss, 1967; Brinkmann & Kvale, 2009). Interviews were transcribed, and data were analyzed through a three-stage process of open, axial, and selective coding (Strauss & Corbin, 1990). To enhance the reliability, member checking was used, and the final report was refined based on participants' feedback (Mohammadpour, 2018; Brinkmann & Kvale, 2009).

Results

The findings were organized into several major categories, including "Theories in Family Counseling in Iran", "Critique and Review of Family Counseling", "Pathology of Counselors' Scientific and Ethical Competencies", "Pathology of Family Counseling Centers", and "Main Reasons for Not Referring Counseling". In the domain of theories, the most frequently used theories reported were CBCT, Structural, EFT, and ACT, respectively. The primary reasons cited for using these theories included their relative cultural adaptability, lack of complexity, technique-oriented nature, immediate effectiveness, and reduction in the number of therapy sessions. CBCT was identified as the most common and effective approach, with interviewees emphasizing its role in correcting couples' thought and behavioral patterns. The Structural theory was also found to be more compatible with Iranian-Islamic culture due to its focus on boundaries, roles, and power hierarchies within Iranian families. ACT, by focusing on values and acceptance of emotions, and EFT, by addressing emotional regulation and intimacy, were considered by some experts to have suitable proximity to Iranian-Islamic culture.

In the critique and review section, identified gaps included the absence of a family therapy theory based on indigenous culture, disregard for the importance of religion and spirituality, scarcity of indigenous tools, incongruence between methods based on materialistic theories and Islamic content, reinforcement of feminist ideologies and neglect of gender roles, insufficient use of interventions based on ethical values, inadequate attention to family legal-jurisprudential rules, prioritization of individualistic perspectives, desacralization of the family, and facilitation of divorce. Regarding the scientific and ethical competencies of counselors, the most significant pathologies included distrust in counselors, insufficient skill in adapting methods to Iranian culture, exclusive use of palliative techniques, lack of incorporating spirituality in treatment, mismatch between the scope of activity and educational background, sole reliance on academic courses, weakness in observing the principle of confidentiality and professional ethics, an economic view of clients, non-observance of working within one's scope, failure to refer clients, and limited collaboration with psychiatrists. In the case of family counseling centers, reported issues included a lack of supervision over the centers' processes and counselors, failure to assess session quality, a low number of centers and counselors relative to the population, and improper distribution of centers within the city. The main reasons for not seeking counseling included

a lack of counseling culture, inability to afford costs, perceived ineffectiveness of counselors, fear of stigmatization, lack of insurance support, and a false sense of temporary improvement.

Conclusions

The present study revealed that although CBCT, Structural, EFT, and ACT approaches are most commonly used in family counseling in Iran, and CBCT and Structural approaches are considered more effective by experts, the absence of an indigenous theoretical framework based on Iranian-Islamic culture, weaknesses in the cultural adaptation of theories, serious shortcomings in the scientific and ethical competencies of counselors, and structural deficiencies in counseling centers have challenged the quality of services. The results emphasize the necessity of considering religion and spirituality, designing indigenous tools, improving practical training and internships, strengthening the supervisory system, developing an accreditation and ranking system for centers, expanding insurance coverage for counseling services, and promoting a culture of seeking counseling. These findings can provide a basis for scientific and practical policymaking to promote the health of Iranian families and improve the family counseling system in Iran.

Author Contributions

All authors participated equally in the design of the study, writing the article, and editing the final versions.

Data Availability Statement

Data available on request from the authors.

Acknowledgements

The authors express their gratitude to all individuals who spiritually and scientifically supported this research, especially the seminary and university experts who contributed to its improvement. They also thank the counselors who participated in the research interviews and patiently and meticulously answered the questions.

Ethical Considerations

Cases such as falsification of data, distortion of results, plagiarism, and any other unethical behavior have been strictly avoided in this study. The authors emphasize that all ethical principles have been observed in conducting and publishing this research. This has been confirmed by all authors.

Funding

This study was conducted without receiving any financial support from government, commercial, or non-profit organizations.

Conflict of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest in connection with this study. In other words, there were no financial or personal interests that could affect the results of the study.

پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده

شاپا چاپی: ۶۱۹۰-۲۵۳۸ شاپا الکترونیکی: ۴۰۸۵-۲۷۱۷

Homepage: https://pzk.journals.miu.ac.ir

آسیب‌شناسی مشاوره خانواده در ایران

محمدحسن حسینی[۱]، و مجتبی حافظی[۲]✉

۱. نویسنده مسئول، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. رایانامه: Mhhoseini@rihu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران. رایانامه: mhafezi@rihu.ac.ir

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۶/۲۱
تاریخ بازنگری: ۰۴۰۳/۰۷/۲۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۲
تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:
آسیب‌شناسی،
مشاوره خانواده،
مرکز مشاوره،
فرهنگ ایرانی اسلامی.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف آسیب‌شناسی مشاوره خانواده در ایران و شناسایی نقاط ضعف نظری، عملی و ساختاری انجام شد و درصدد ارائه تصویری جامع از وضعیت موجود و زمینه‌سازی برای بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر با روش تحلیل محتوای کیفی شی‌یه و شانون (۲۰۰۵) انجام شد. جامعه هدف شامل اساتید متخصص در حوزه مشاوره خانواده و فارغ‌التحصیلان دکتری روان‌شناسی و مشاوره بود که داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۹ نفر از ایشان که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند، گردآوری شد. واحد تحلیل، مضمون بود که تحلیل داده‌ها با رمزگذاری باز، محوری و گزینشی انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مراکز مشاوره خانواده در ایران با چالش‌هایی مانند عدم تناسب نظریه‌ها و رویکردهای درمانی با فرهنگ ایرانی- اسلامی، کمبود صلاحیت علمی و اخلاقی برخی مشاوران، ضعف در نظارت و ارزیابی مراکز و عدم فرهنگ‌سازی برای مراجعه به مشاوره مواجه است. استفاده محدود از ارزش‌های دینی و معنوی در فرآیند درمان و تمرکز زیاد بر نظریه‌های وارداتی از دیگر نقاط ضعف شناسایی‌شده بودند. همچنین، عواملی مانند هزینه‌های بالای خدمات، عدم حمایت بیمه‌ای و نگرش‌های منفی فرهنگی از دیگر موانع مراجعه به این مراکز بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به بهبود سیاست‌گذاری و ارتقای کارایی و اثربخشی مشاوره خانواده در ایران کمک کند.

استناد: حسینی، محمدحسن.، و حافظی، مجتبی (۱۴۰۴). آسیب‌شناسی مشاوره خانواده در ایران. *پژوهشنامه اسلامی زنان و خانواده*، ۱۳ (۴)، ۹۳-۱۱۵. https://doi.org/10.22034/ijwf.2025.20240.2377

ناشر: جامعه المصطفی العالمیه.

© نویسندگان.

مقدمه

خانواده، بنیادی‌ترین نهاد اجتماعی است که نقش حیاتی در سلامت و پویایی جامعه ایفا می‌کند. مطالعات انجام‌شده درباره نهاد خانواده در قرن اخیر نشان‌دهنده تغییرات و تحولات اساسی در این نهاد است. (چیت‌ساز، ۱۴۰۲) خانواده در مقایسه با گذشته، بیش‌ازپیش در معرض دگرگونی‌ها و تغییرات قرار گرفته است (رسته‌مقدم و عباسی، ۱۳۹۴). این تغییرات مانند گذار از خانواده گسترده به هسته‌ای، افزایش سن ازدواج، کاهش میزان ازدواج، افزایش تجرد قطعی، تغییر در معیارهای همسرگزینی و افزایش طلاق بوده است (کاظمی‌پور، ۱۴۰۱). ازاین‌رو، تعامل خانوادگی برای جلوگیری از شکست و تعارض و ناهماهنگی در خانواده بسیار مهم است. افرادی که با مشکلات خانوادگی روبه‌رو هستند به‌کمک یک خانواده‌درمان‌گر[1] نیاز دارند تا به حل مشکلات آنها کمک کند (کار[2]، ۲۰۰۹). خانواده‌درمانی، یکی از اقسام مشاوره و روان‌درمانی است که در قالب یک هنر، بستری برای ارتقای رشد در ابعاد مختلف زندگی فراهم می‌کند. برای دستیابی به این هدف، درمانگران باید افرادی هوشمند، پرتلاش و پایبند به اصول اخلاق حرفه‌ای باشند. آنها همچنین نیازمند صلاحیت‌های نظری و عملی مطلوب هستند و باید به‌طور مداوم دانش و آگاهی خود را در زمینه‌های مختلف مرتبط با حرفه خود ارتقا دهند. این امر به آنها امکان می‌دهد تا با کارآمدی بیشتری در تحقق ابعاد مختلف رشد مراجعان نقش‌آفرینی کنند (کانینو و اینکلن،[3] ۲۰۰۱).

در مورد آسیب‌شناسی مراکز مشاوره خانواده تحقیقات اندکی انجام شده است. استون و آرچر[4] (۱۹۹۰) چالش‌های مراکز مشاوره دانشگاه‌ها در دهه ۱۹۹۰ آمریکا را بررسی کرده و راهکارهایی مانند حمایت دولتی، تأکید بر پیشگیری، اجرای طرح‌های نوآورانه مانند مشاوره تلفنی، استفاده از کارآموزان، گروه‌درمانی و منابع خودیار مثل کتاب و بسته‌های آموزشی پیشنهاد داده‌اند. پرینس[5] (۲۰۱۵) نیز وضعیت مشاوره در دانشگاه‌های آمریکا را تحلیل کرده است. پیس و همکاران[6] (۱۹۹۶) با بررسی آسیب‌ها مدلی چندوجهی برای افزایش تعامل مراکز مشاوره با مراجعین ارائه دادند. سوکال[7] (۲۰۰۹) نیز بر لزوم به‌روزرسانی دانش مشاوران و انطباق خدمات با نیازهای روز دانشجویان تأکید کرده است. در ایران، پژوهش‌های محدودی درباره آسیب‌شناسی مراکز مشاوره انجام شده است. سازمان ملی جوانان (۱۳۸۷) مشکلاتی مانند چندنظارتی بودن، عدم پژوهش‌های جامع در مورد کیفیت مراکز مشاوره، حضور افراد غیرمتخصص در مشاوره، نگاه سطحی عامه مردم به خدمات مشاوره و نبود نظام جامع آموزش را از مهمترین نقاط ضعف مراکز مشاوره خانواده در ایران می‌داند.

باجلان (۱۴۰۱) در گزارشی برای مرکز پژوهش‌های مجلس با بررسی مراکز مشاوره خانواده وابسته به بیش از ۱۰ دستگاه مختلف، مشکلاتی مانند ابهام در تعریف و ماهیت مشاوره، تعدد مراجع تصمیم‌گیر در شکل‌گیری مراکز مشاوره، پیچیدگی در تعامل با دستگاه‌های مجوزدهنده، فقدان شفافیت اطلاعاتی، نبود نظام اعتبارسنجی و رتبه‌بندی و استفاده نشدن از ظرفیت فارغ‌التحصیلان کارشناسی مشاوره و روان‌شناسی را نشان می‌دهد. در مقابل به‌کارگیری تعریف دقیق خدمات مشاوره با رویکرد بومی- اسلامی، تعیین ساختارهای مجوزدهی، ایجاد سامانه سنجش صلاحیت و تشکیل نظام رتبه‌بندی با منضبط کردن نظارت‌های پیشینی و پسینی برای ساماندهی مراکز مشاوره مستقل و وابسته به دستگاه‌ها و بهبود خدمات‌رسانی آنها پیشنهاد می‌شود. قازاریان (۱۳۷۹) در پژوهشی با نمونه ۸۹۸ نفری به بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری بهزیستی پرداخت. در این مطالعه، چهار مقوله دسترسی به مراکز، آگاهی از خدمات و رضایت از خدمات

1. Family therapist
2. Carr, A.
3. Canino, I. A., & Inclan, J. E.
4. Stone, G. L., & Archer, J.
5. Prince, J. P., & et al
6. Pace, D.
7. Sokol, J. T.

تخصصی و غیرتخصصی را بررسی کرده است. نتایج نشان می‌دهد که مراجعان از دسترسی به مراکز رضایت دارند، اما بسیاری از آنها از خدماتی مانند مشاوره گروهی و کلاس‌های آموزش خانواده بی‌اطلاع هستند، اما باوجود امکانات محدود، مراکز مشاوره توانسته‌اند تاحدی نیازهای مراجعان را برطرف کنند.

درباره ارزیابی میزان رضایت مراجعین به مراکز مشاوره، مطالعاتی توسط جعفری (۱۳۷۳)، میکائیل (۱۳۷۳)، اخوان تفتی (۱۳۸۷)، راجی (۱۳۹۵)، محمدی (۱۳۸۵)، هادیان و همکاران (۱۳۸۵)، رستگار و همکاران (۱۴۰۰)، متقی و همکاران (۱۳۹۶)، میرزایی‌فر و همکاران (۱۴۰۰)، عرشی و همکاران (۱۳۹۵) و بیگلریان و همکاران (۱۳۸۰) انجام شده است. این تحقیقات، اهمیت کیفیت خدمات، نیازسنجی دقیق و رضایت‌مندی مراجعان را عوامل کلیدی در موفقیت مراکز مشاوره می‌دانند. در مورد بررسی وضعیت مشاوره دستگاه‌ها در ایران نیز پژوهش‌هایی صورت گرفته است مانند پژوهش احمدی نوده‌انیسی و همکاران (۱۳۸۴) وضعیت خدمات مشاوره‌ای در سپاه پاسداران انقلاب اسلامی را بررسی کرده‌اند. آنها در پژوهشی دیگر (۱۳۸۵) نیازهای خانواده‌های کارکنان نظامی نسبت به خدمات مشاوره‌ای را بررسی کردند. راجی (۱۳۹۵) کیفیت خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی مراکز مشاوره نیروی انتظامی را ارزیابی کرده است. حقوقی و همکاران (۱۴۰۱) عوامل و نشان‌گرهای مرتبط با کیفیت مراکز خدمات مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده را واکاوی کردند. راهب و همکاران (۱۳۹۶) خدمات مشاوره انجمن اولیا و مربیان شهر تهران را ارزیابی کیفی کردند. به‌طورکلی، این پژوهش‌ها بر لزوم انطباق خدمات مشاوره‌ای با نیازهای خاص گروه‌های هدف و ارتقای کیفیت خدمات تأکید دارند.

مشاوره خانواده در ایران با چالش‌هایی مواجه است که مهمترین آنها استفاده از مدل‌های نظری غربی ناسازگار با فرهنگ ایرانی- اسلامی است. این مدل‌ها که بیشتر در غرب توسعه یافته‌اند به‌ندرت ازمنظر تطابق فرهنگی برای جوامع غیرغربی ارزیابی شده‌اند. (اپستین.، و همکاران،[1] ۲۰۱۲) کوماس دیاز[2] (۲۰۰۵) دراین‌باره معتقد است که هر جامعه‌ای، فرهنگ و باور دینی خاصی دارد که بر تمام ابعاد درمانی تأثیر گذاشته و بر اهمیت شناخت عمیق فرهنگ، محیط و باورهای مذهبی مراجعان برای ارائه مشاوره مؤثر تأکید دارد. ازاین‌رو، اگر مشاور قصد تعامل سازنده با مراجع را دارد باید عناصر فرهنگی، عوامل محیطی و باورهای مذهبی اثرگذار بر رفتار مراجع را به‌خوبی بشناسد تا بتواند براساس آن، راهکارهای عملی و کاربردی مناسب‌تری ارائه کند (سو و سو،[3] ۲۰۰۸). بیشتر مدل‌های منتشر شده ریشه در فرهنگ غربی به‌ویژه ایالات متحده و اروپا دارند و با ورود این مدل‌ها به جوامع دیگر، ضروری است متخصصان میزان تطابق آنها با هر فرهنگ را ارزیابی کرده و راهکارهایی برای بومی‌سازی و سازگاری فرهنگی آنها در نظر بگیرند (اپستین.، و همکاران، ۲۰۱۲)، به‌ویژه آنکه اثرات درمان اختلالات می‌تواند بسته به فرهنگ متفاوت باشد؛ زیرا درک و درمان اختلالات روانی به‌بهترین شکل در چارچوبی مرتبط با فرهنگ قابل فهم است (لی.، و همکاران،[4] ۲۰۲۳). باوجود این، کمتر به این موضوع پرداخته شده است که چگونه می‌توان مفروضات بنیادی و روش‌های درمانی را با تنوع فرهنگی جوامع مختلف هماهنگ کرد (اپستین.، و همکاران، ۲۰۱۲).

درصد بسیار بالایی از مقالات مربوط به خانواده‌درمانی در ایران نیز از مدل‌های خارجی استفاده کرده‌اند. بررسی بیش از ۸۰ مقاله با کلیدواژه مشاوره خانواده نشان می‌دهد که فقط ۸ مورد به روش‌های بومی پرداختند و بررسی بیش از ۳۰۰ مقاله با کلیدواژه خانواده‌درمانی از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۴۰۰ نیز وضع مشابهی دارد. این نتایج نشان می‌دهد که مشاوره خانواده در خرده‌فرهنگ‌های ایران بیشتر نیازمند پشتوانه تحقیقات بومی است، هرچند تحقیق مرادی عباس‌آبادی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که روان‌درمان‌گران، هم‌خوانی و ناهم‌خوانی رویکردهای درمانی با فرهنگ ایرانی را مورد توجه قرار می‌دادند، ولی میزان استفاده از مدل‌های بومی کمتر شواهدی دارد. لی و همکاران (۲۰۲۳) در یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز نشان

1. Epstein, N. B., & et al
2. Comas- Diaz, L.
3. Sue, D. W., & Sue, D.
4. Li, S., & et al

دادند که مداخلات روان‌شناختی سازگار با فرهنگ چینی تأثیر مثبت و معناداری بر کاهش علائم اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب دارد. با بررسی ۶۷ مطالعه از ۳۲۷۹۱ رکورد و ۶۱۹۹ شرکت‌کننده، اندازه اثر این مداخلات برای علائم خودگزارشی و بالینی به‌ترتیب ۰٫۷۷ و ۰٫۷۵ بود. پژوهش حاضر بر اهمیت تطبیق مداخلات با زمینه‌های فرهنگی و ضرورت توجه به عوامل فرهنگی در طراحی و اجرای مداخلات تأکید دارد. سنگ و همکاران[1](۲۰۲۰) در مقاله‌ای با بررسی مشاوره خانواده در پنج کشور منطقه شرق آسیا یعنی، چین، هنگ‌کنگ، تایوان، کره جنوبی و ژاپن بر اهمیت انطباق رویکردهای غربی با فرهنگ محلی و در نظر گرفتن ویژگی‌های تاریخی و خانوادگی جوامع آسیایی تأکید کردند.

دانش روان‌شناسی موجود در ایران بیشتر برگرفته از منابع غربی است که در بسیاری از موارد با فرهنگ ایرانی هماهنگ نبوده و پاسخ‌گوی کامل نیازهای جامعه نیست. (آذربایجانی، ۱۳۹۱) باوجود نقش مهم مشاوره خانواده در بهبود روابط و رفاه خانوادگی، همچنان نگرانی‌هایی درباره تناسب فرهنگی نظریه‌های مشاوره غربی در بافت‌های غیرغربی وجود دارد (دوایری[2]، ۲۰۰۶). پژوهش حاضر باهدف تحلیل چشم‌انداز فعلی شیوه‌های مشاوره خانواده در ایران با تمرکز بر مبانی نظری، رویکردهای درمانی و شایستگی‌های مشاور انجام شد. اگرچه پژوهش‌های خوبی در این زمینه صورت گرفته است، اما جامعیت لازم را ندارد و بیشتر به ساختار مراکز مشاوره پرداخته است. پژوهش‌های انجام شده توجهی به آسیب‌شناسی رویکردها و نظریه‌های درمانی نداشته و در آنها خانواده‌درمانی به‌صورت اختصاصی بررسی نشده است. باتوجه به این چالش‌ها، پژوهش حاضر باهدف آسیب‌شناسی مشاوره خانواده در ایران درصدد است تا با شناسایی نقاط ضعف و ارائه راهکارهای علمی و عملی به بهبود کیفیت خدمات مشاوره‌ای و ارتقای سلامت خانواده‌های ایرانی کمک کند.

روش انجام پژوهش

پژوهش حاضر باروش تحلیل محتوای کیفی انجام شده است. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه و ازنوع نیمه‌ساختاریافته است. واحد تحلیل[3]در پژوهش حاضر، مضمون در نظر گرفته شده است. به‌گفته معروفی و یوسف‌زاده (۱۳۸۸) مضمون به‌معنای خاصی اشاره دارد که از یک جمله یا پاراگراف استخراج می‌شود. جامعه هدف پژوهش حاضر، تمام اساتید متخصص در حوزه مشاوره خانواده و فارغ‌التحصیل دکتری روان‌شناسی و مشاوره بودند. نمونه‌ها به‌شیوه هدفمند انتخاب شدند.[4] تعداد نمونه مورد مصاحبه ۹ نفر از اساتید دانشگاهی و حوزوی متخصص در حوزه مشاوره خانواده با مدرک دکتری روان‌شناسی و از اعضای هیئت علمی دانشگاه با سابقه بیش از ۱۰ سال ارائه مشاوره خانواده بودند که براساس اصل اشباع[5] در نظر گرفته شدند. (گلیسر و استراوس،[6] ۱۹۶۷) براساس این اصل هنگامی‌که محقق به اشباع برسد یعنی، مصاحبه‌ها داده جدیدی نداشته باشد مصاحبه متوقف می‌شود (برینکمن و کوال،[7] ۲۰۰۹). تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شده و پس از مصاحبه با نفر هفتم، اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها تکرار شد و اشباع نظری صورت گرفت. برای حصول اطمینان، مصاحبه‌ها با دو متخصص دیگر ادامه یافت و به‌دلیل اشباع اطلاعات، مصاحبه‌ها درمجموع با نه متخصص پایان یافت. تمام مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شد.

در این روش از رویکرد پرسش و کاوش بازپاسخ[8] و نیمه‌ساختاریافته[9] بهره گرفته شد. در ابتدا براساس مرور ادبیات پژوهش،

1. Tseng, C. F., & et al
2. Dwairy, M.
3. Unit of analysis
4. sampling Purposive
5. Saturation
6. Glaser, B. G., & Strauss, A, L.
7. Brinkman, S., & Kvale, S.
8. Open ended
9. Semi structure interview

سؤالات مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مرتبط با آسیب‌شناسی مراکز مشاوره خانواده در ایران تدوین شد. سپس، باتوجه به داده‌های به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها، ساختار سؤالات برای مصاحبه‌های بعدی بازنگری و اصلاح شد تا فرآیند جمع‌آوری اطلاعات دقیق‌تر و کامل‌تر انجام شود. تحلیل مصاحبه‌های انجام‌شده طی فرایندی منظم و مداوم از مقایسه داده‌ها صورت گرفت و از فرایند سه‌مرحله‌ای رمزگذاری باز[1]، رمزگذاری محوری[2] و رمزگذاری گزینشی[3] استفاده شد. (استراوس و کوبین،۱۹۹۰[4]) بسیاری از روش‌شناسان کیفی به‌جای استفاده از واژگان اعتبار و روایی کمی از معیار اعتمادپذیری یا قابلیت اعتماد[5]برای ارجاع به ارزیابی کیفیت نتایج کیفی استفاده می‌کنند (محمدپور، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر نیز برای دستیابی به معیار قابلیت اعتماد که معادل روایی[6] و پایایی[7] در تحقیقات کمی است از روش اعتباریابی توسط اعضا[8] استفاده شده است. در این روش از گروهی از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا گزارش نهایی پژوهش را بازبینی کرده و نظر خود را اعلام کنند (برینکمن و کوال، ۲۰۰۹). گزارش نهایی باتوجه به نظرات شرکت‌کنندگان اصلاح و بازبینی شد.

یافته‌های پژوهش

جدول ۱. یافته‌های کیفی پژوهش

مقولات عمده	طبقات	زیرطبقات
نظریه‌ها در مشاوره خانواده در ایران	بیشترین نظریه‌های به‌کار گرفته شده توسط مشاورین خانواده	نظریه CBCT
		نظریه ساختاری
		نظریه EFT
		نظریه ACT
	بیشترین تناسب نظریه‌های مشاوره با فرهنگ ایرانی- اسلامی	نظریه CBCT
		نظریه ساختاری
		نظریه ACT
		نظریه EFT
	اثربخش‌ترین نظریه درمانی	نظریه CBCT
		نظریه ساختاری
		رویکرد تلفیقی
نقد و بررسی مشاوره خانواده در ایران	خلأهای نظریه خانواده‌درمانی مبتنی بر فرهنگ بومی	بی‌توجهی به اهمیت دین و معنویت در خانواده‌های ایرانی
		کمبود ابزارهای بومی برای بررسی تعارضات خانوادگی
	ناهمسانی روش‌های خانواده‌درمانی متداول با فرهنگ بومی ایرانی	ناهمسانی روش‌های مبتنی بر نظریه‌های مادی‌گرایی با محتواهای اسلامی
		تقویت تفکرات فمینیستی و نادیده گرفتن نقش‌های جنسیتی
		استفاده ناکافی از مداخله‌های مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی به‌ویژه فضائل اخلاقی در خانواده
		استفاده ناکافی از مداخله‌های معنوی
		توجه ناکافی به قوانین فقهی- حقوقی خانواده در فرهنگ اسلامی ایرانی

1. Open Coding
2. Axial Coding
3. Selective Coding
4. Strauss, A., & Corbin, J.
5. Credibility
6. Validity
7. Reliability
8. Member Check

		اولویت‌دهی به نگرش‌های فردگرایانه
		تقدس‌زدایی از خانواده و تسهیل امر طلاق
	آسیب‌شناسی صلاحیت‌های علمی و اخلاقی مشاوران	بی‌اعتمادی به مشاوران
		مهارت ناکافی برخی مشاوران در تطبیق روش‌ها با فرهنگ ایرانی
		استفاده از فنون صرفاً تسکینی
		عدم استفاده از معنویت در روش‌ها و فنون درمان
		عدم تناسب حوزه فعالیت مشاورین با رشته تحصیلی
		مطالعه صرف دروس دانشگاهی
		عدم رعایت اصل رازداری توسط مشاور، منشی، مسئول فنی
		ضعف رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای
		نگاه اقتصادی به مراجعان
		عدم رعایت فعالیت در حوزه کاری
		عدم ارجاع مراجع
		همکاری کم‌رنگ بین تیم درمان روان‌پزشک
	آسیب‌شناسی مراکز مشاوره خانواده	عدم نظارت بر روند مراکز مشاوره و مشاوران
		عدم نظارت و بررسی کیفیت جلسات مشاوره
		تعداد کم مراکز مشاوره و مشاورین نسبت به جمعیت
		توزیع نامناسب مراکز مشاوره در سطح شهر
	مهمترین علل عدم رجوع به مشاوره در مشکلات خانوادگی	عدم فرهنگ مراجعه به مشاور
		عدم توان پرداخت هزینه‌های مشاوره
		احساس ناکارآمدی مشاورین
		ترس از برچسب خوردن
		مسئله عدم حمایت بیمه
		احساس کاذب بهبودی در اثر بهبودی موقت

۱. نظریه‌ها در مشاوره خانواده در ایران

۱-۱. بیشترین نظریه‌های به‌کار گرفته شده توسط مشاورین خانواده

از نگاه مصاحبه‌شوندگان متخصص پژوهش حاضر، بیشترین نظریه به‌کار گرفته شده توسط مشاوران خانواده در ایران به‌ترتیب CBCT، ساختاری، EFT و ACT است. مصاحبه‌شوندگان اظهار داشتند که مهمترین علت استفاده مشاوران از این روش‌ها تطابق نسبی فرهنگی، عدم پیچیدگی نظریه‌ها، تکنیکال بودن، اثربخشی فوری، کمتر شدن تعداد جلسات درمان، توجه به حال و اکنون و گسترش و رونق این روش‌ها در محافل علمی و دانشگاهی ایران است.

الف) نظریه CBCT: هفت‌نفر از مصاحبه‌شوندگان تأکید داشتند بیشترین نظریه به‌کارگیری شده توسط مشاورین خانواده در ایران، CBCT است. برای نمونه متخصص شماره۹ گفت: «تحت تأثیر چارچوبی که اشخاص و دانشگاه‌های کشور دارد قرار داریم. برای مثال CBCT رونق بیشتری داره، بعدش act و هیجان‌مداره که اینها در واقع جزئی از CBT هستش. ساختاری رونق بالایی نداره و رتبه چهارمه». همچنین متخصص شماره۵ بیان کرد: «رویکردهای تلفیقی و آمیخته بیشتر در زمینه خانواده کاربرد داره، اما به‌صورت کلی CBCT سردمدار هست». متخصص شماره ۱ نیز گفت: «برداشتی که کدوم

روش بیشتر داره اتفاق می‌افته ندارم، اما عملاً سه گروه هستن یکی CBCT چون چارچوب نظریش بیشتر فراهم بوده فرمول‌بندی شده، تکنیک‌مداره، راحته و اجراش پیچیدگی نداره» و متخصص شماره۴ اظهار داشت: «بیشترین رویکرد خطی فردگرایانه‌ست و غالباً شناختی رفتاری. نقد من اینه که در حکم مسکنه، هرچند مسکن قوی. بنابراین، توصیه می‌کنم در زوج CBCT کار بشه، چرا این‌قدر CBT رونق داره: طنز تلخیه، اما چون کوتاه‌مدت، عینی، واضح و مشخصه. در خارج هم شرکت‌های بیمه CBT رو قبول دارن».

ب) نظریه ساختاری: دونفر از مصاحبه‌شوندگان، رویکرد ساختاری را در پله اول و چهارنفر از مصاحبه‌شوندگان، این نظریه را در پله دوم به‌کارگیری توسط مشاورین خانواده در ایران می‌دانند. برای نمونه متخیصص شماره ۶ بیان داشت: «اونچه که فهم منه از مشاوره‌ها و مراجعین نمیشه گفت که پایبند به پروتکل‌ها و نظریه‌های روان‌درمانی خانواده هستن و به‌صورت تلفیقی از نظریه‌های مختلف مشاوره‌ای استفاده میکنن و معمولاً پایبند نیستن به یک نظریه، اما به‌طورکلی می‌شه گفت: CBCT، رفتاردرمانی صرف، ACT، ذهن‌آگاهی، EFT برای افرادی که تخصصی در حوزه خانواده کار نمی‌کنن بیشتر کاربرد داره، اما افرادی که تخصصی در حوزه خانواده‌درمانی کار میکنن ساختاری و سیستمی رو بیشتر کار میکنن».

ج) نظریه EFT: از نظر متخصصان مصاحبه‌شونده پژوهش حاضر، نظریه EFT در مرحله سوم نظریات رایج در بین مشاوران خانواده در ایران است. دو نفر از مصاحبه‌شوندگان آن را دومین نظریه و سه‌نفر آن‌را سومین نظریه رایج دربین مشاوران خانواده در ایران می‌دانند. برای نمونه متخص شماره ۱ بیان داشت: «EFT موج جدیدیه که خیلی چارچوب خوبی داره که قبلاً آموزشش نبوده و یکی دو گروه هستند که آوردن در کشور و دارن کار میکنن. خیلی مبتنی و وابسته به یک نظریه نیستند، اما در عمل خیلی کاربردی و قویه» و متخصص شماره۱ نیز گفت: «سوم، رویکرد هیجان‌مداره. این رویکرد در تنظیم هیجانات داغ کار می‌کنه و شدت و جو هیجانی بین زوجین رو کاهش می‌ده، اما در درازمدت پاسخ‌گوی مشکلات کارکردی مشکلات نیست».

د) نظریه ACT: نظریه ACT چهارمین نظریه متداول در ایران است. یک‌نفر آن را دومین نظریه و یک‌نفر سومین نظریه رایج دانسته است. برای نمونه یکی از متخصصین گفت: «به‌نظر من، نظریه ACT یکی از بهترین و کاربردی‌ترین نظریه‌ها در مشاوره خانواده توی ایران شده. دلیلش اینه که خیلی روی پذیرش احساسات و تعهد به ارزش‌ها تمرکز داره. توی خانواده‌ها معمولاً با کلی تنش و چالش روبه‌رو هستیم و این روش کمک می‌کنه آدم‌ها یاد بگیرن به‌جای فرار از احساسات منفی، باهاشون کنار بیان و به چیزایی که واقعاً براشون مهمه پایبند بمونن. این روش به خانواده‌ها کمک می‌کنه بهتر همدیگه رو بفهمن و به‌جای گیر کردن تو گذشته، رو حال و آینده‌شون تمرکز کنن».

۱- ۲. نظریه‌های مشاوره‌ای متناسب با فرهنگ ایرانی- اسلامی

بسیاری از مصاحبه‌شوندگان نسبت به تفاوت‌ها و تطبیق ناکافی نظریه‌ها با فرهنگ ایرانی- اسلامی منتقد بودند، اما برخی هیچ‌کدام از نظریه‌ها را متعارض با فرهنگ ایرانی- اسلامی نمی‌دانستند. برای نمونه متخصص شماره ۲ گفت: «این نظریه‌ها هیچ‌کدوم با آموزه‌های ایرانی و اسلامی تنافی نداره. حداقل تداخل جدی نداره». مصاحبه‌شوندگان بیشترین تطابق را به‌ترتیب در رویکردهای CBCT، ساختاری، ACT و EFT می‌دیدند.

الف) نظریه CBCT: نظریه CBCT به‌دلیل تمرکز ویژه بر شناخت‌ها و کوتاه بودن جلسات درمان، تناسب بیشتری با فرهنگ ایرانی- اسلامی دارد. متخصص شماره ۵ در این مورد گفت: «بسیاری از نظریه‌ها رویکرد امانیستی داره و اگر درمانگر حواسش نباشه به نسبی‌گرایی می‌ره، اما باتوجه به فرهنگ ما که حوصله مشاوره ندارن و جلسه مشاوره نمیان رویکرد CBT موفق‌تره». همچنین متخصص شماره۶ گفت: «رویکرد CBCT هم نسبتاً مناسبه چون بایدها و نبایدهای شناختی مطرح میشه، البته این بایدها و نبایدها باید مبتنی بر فرهنگ ما باشه و در اینجا تعارض‌هایی ایجاد خواهد کرد، ولی درمانگران ما

در حوزه شناختی فرهنگی عمل میکنن و پالایش میکنن بایدها و نبایدها رو».

ب) نظریه ساختاری: نظر به اینکه در فرهنگ ایرانی- اسلامی توجه ویژه‌ای به سلسله‌مراتب قدرت و نقش‌ها در نظام خانواده می‌شود از نگاه متخصصان پژوهش حاضر، رویکرد ساختاری با موضوع، تناسب بهتری دارد. برای نمونه متخصص شماره۴ بیان داشت: «تحقیقاتی که به‌کار رفته چه در قالب پایان‌نامه‌ها، مقالات و... رویکرد ساختاری به‌دلیل اینکه در فرهنگ ما بزرگ و کوچکی و سلسله‌مراتب قدرت، جا افتاده است در مواضع عملکردی و نقش‌ها مؤثرتره. این نظریه روی بیومنظومه‌ها و نظریه‌های قدرت کار می‌کنه و این نظریه‌ها به سطح بالای انتزاعی و هوشی نیازی نداره و همه‌فهمه و مینوچین هم برای فقرا این نظریه رو ساخت. نکته دوم اینکه در فرهنگ ما معتقدیم که مرد قائم بر خانواده و زن محوریت خانواده را داره و هر قائمیتی بر محوریتی استواره و در نظریه سیستم‌ها تعریف این اقتدار به‌سمت مرده»؛ همچنین متخصص شماره۶ گفت: «در مرحله بعد ساختاری مناسبه چون در خانواده ایرانی ما سلسله‌مراتب داریم. نظام والدینی و فرزندان و مرزها رو داریم» و متخصص شماره۸ اظهار داشت: «ساختاری مینوچین باتوجه به اینکه یهودیه و ادیان ابراهیمی در مسائل غیرسیاسی به ما خیلی نزدیکند، اما به‌صورت کلی باید پالایش بشه».

ج) نظریه ACT: در نگاه برخی مصاحبه‌شوندگان متخصص پژوهش حاضر، نظریه ACT توجه ویژه‌ای به ارزش‌ها دارد، هرچند این ارزش‌ها کلی و مطلق است، اما می‌تواند قرابت مناسبی با فرهنگ ایرانی اسلامی داشته باشد. برای نمونه متخصص شماره۶ گفت: «رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT چون مبتنی بر ارزش‌هاست خیلی متناسبه، هرچند این ارزش‌ها مطلق و به‌طور کلیه. خانواده‌درمانی باید نگاه متناسب با فضای کار فرهنگی ما باشه، چون در فرهنگ ما انتظار از درمانگر اینه که راهبرد و تجویز ارائه کنه».

د) نظریه EFT: باتوجه به اینکه تنظیم هیجان، عنصری حیاتی در روابط بین فردی موفق زوجین است (بلوخ.، و همکاران،[1] ۲۰۱۴) نظریه EFT نیز از نگاه برخی می‌تواند کمک خوبی به بهبود روابط زوجین و حل تعارضات داشته و تناسب مناسبی با فرهنگ ایرانی اسلامی داشته باشد. برای نمونه متخصص شماره۱ اظهار داشت: «به‌نظرم EFT (درمان متمرکز بر هیجان) خیلی خوب با فرهنگ ایرانی- اسلامی جور در می‌آد، چون توی این فرهنگ، احساسات و عواطف توی خانواده خیلی مهمه. این نظریه به عاطفه و ارتباط نزدیک بین اعضای خانواده اهمیت می‌ده و همین چیزیه که توی فرهنگ ما هم ارزش بالایی داره. یه چیز دیگه‌ای که EFT رو برای خانواده‌های ایرانی مناسب می‌کنه، تأکیدش روی صمیمیت و درک متقابل اعضای خانواده‌ست. توی فرهنگ ما، خانواده یه پناهگاه عاطفی محسوب می‌شه و این روش دقیقاً همون چیز رو تقویت می‌کنه».

۱- ۳. اثربخش‌ترین نظریه درمانی

براساس نظر مصاحبه‌شوندگان، بیشتر مراجعان از رویکرد CBCT و ساختاری اعلام رضایت داشته‌اند؛ زیرا این‌دو رویکرد تمرکز بر وضعیت فعلی و کنونی مراجعین دارد و هم اثربخشی زودتر و محسوس‌تری دارد. ازاین‌رو، مراجعان هم تأثیر بیشتری را احساس کرده و هم هزینه کمتری را پرداخت می‌کنند. از نگاه متخصصان نیز این‌دو رویکرد نه‌تنها در کشور ایران، بلکه در سطح دنیا اثربخشی بالایی دارد و چنانچه مشاوری، متخصص این رویکردها باشد به‌طور قطع اثربخشی خوبی خواهد داشت. رویکردهای تلفیقی CBCT و ساختاری نیز اثربخشی مناسبی دارد. ازآنجاکه در فرهنگ اسلامی- ایرانی به نقش‌ها و ساختار قدرت در خانواده اهمیت بیشتری داده شده است نظریه ساختاری مینوچین تناسب بیشتری با وضعیت خانواده‌های ایرانی دارد. مینوچین نیز در نظریه خود متأثر از فرهنگ مذهبی است. بسیاری از فنون خانواده‌درمانی با روی‌آورد اسلامی نیز پایه شناختی رفتاری یا ساختاری دارد.

1. Bloch, L., & et al

الف) نظریه CBCT: نظریه CBCT بیشترین اثربخشی را از نگاه بسیاری از متخصصان پژوهش حاضر داشت. برای نمونه متخصص شماره۳ گفت: «به‌نظر من، روش درمان شناختی- رفتاری زوجین (CBCT) خیلی توی ایران جواب می‌ده، چون روی الگوهای فکری و رفتاری تأثیر می‌ذاره. برای مثال، وقتی زن و شوهر میان می‌گن که هر دعوایی به سرزنش ختم می‌شه با این روش یاد می‌گیرن چطور افکارشون رو اصلاح کنن و به‌جای قضاوت، همدیگه رو بفهمن. توی فرهنگ ما که خیلی از مسائل به باورهای غلط یا انتظارات غیرواقعی مربوط می‌شه، این روش عالی عمل می‌کنه».

ب) نظریه ساختاری: در درجه بعدی نظریه ساختاری به‌دلیل توجه به مرزهای خانواده بیشترین اثربخشی را ازنظر متخصصان دارد. برای نمونه متخصص شماره۱ بیان داشت: «من فکر می‌کنم روش خانواده‌درمانی ساختاری توی ایران خیلی خوب جواب می‌ده، چون به ساختار و مرزهای خانواده توجه می‌کنه. برای مثال، توی خانواده‌های ایرانی گاهی نقش‌ها قاطی می‌شه. مادر می‌خواد جای دوست دختربچه رو بگیره یا پدر بیش‌ازحد تو کار بچه‌ها دخالت می‌کنه. این روش کمک می‌کنه مرزها مشخص بشه و هرکسی سر جای خودش باشه» و متخصص شماره۶ گفت: «ساختاری خب اثربخشی بالاتری داره. زیاد تجربه‌اش کردیم. یه نمونه برای مثال، خودم داشتم خانواده‌ای بود که مادر می‌گفت: شوهرم همیشه برای پسرم تصمیم می‌گیره. با روش ساختاری، کمک کردیم که پدر بفهمه پسر باید استقلال داشته باشه و نقش‌ها بازتعریف شدن و این خیلی مهمه همیشه».

ج) رویکرد تلفیقی: از نظر برخی متخصصان، رویکردهای تلفیقی CBCT و ساختاری نیز اثربخشی بالاتری نسبت به دیگر درمان‌ها دارد. برای نمونه متخصص شماره۴ گفت: «راستش، من معتقدم هردو روش CBCT و ساختاری توی ایران می‌تونه مؤثر باشه. بستگی داره به اینکه مشکل خانواده چی باشه. مثلاً اگر مسئله‌شون بیشتر به ساختار خانواده و دخالت‌های بیرونی برمی‌گرده، روش ساختاری بهتره، اما اگه مشکلشون بیشتر به باورها و افکار اشتباه خودشون برمی‌گرده CBCT فوق‌العاده است. یه‌مورد داشتم که زن و شوهر هم از دخالت خانواده‌ها شاکی بودن، هم خودشون تو دعواها دائم قضاوت و سرزنش می‌کردن. اینجا ترکیب این‌دو روش واقعاً جواب داد، چون هم مرزها رو مشخص کردیم، هم روی الگوهای فکری‌شون کار کردیم».

۲. نقد و بررسی مشاوره خانواده در ایران

۲-۱. خلأهای نظریه خانواده‌درمانی مبتنی بر فرهنگ بومی

شش‌نفر از مصاحبه‌شوندگان، خلأ نظریه خانواده‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی- اسلامی را محسوس و جدی دانستند. از نظر دونفر از مصاحبه‌شوندگان، ضرورتی به ایجاد نظریه نیست، بلکه باید به فرهنگ ایرانی- اسلامی در به‌کارگیری نظریه‌ها توجه ویژه داشت.

۲-۲. بی‌توجهی به اهمیت دین و معنویت در خانواده‌های ایرانی

برای نمونه متخصص شماره۳ اظهار داشت: «تو ایران، دین و معنویت خیلی تو ساختار خانواده‌ها جا افتاده. خانواده‌ها معمولاً وقتی مشکلی دارن دنبال معنویت و حتی دعا میرن، اما توی بعضی نظریه‌ها اصلاً این بعد دیده نمی‌شه، درحالی‌که می‌تونه منبع قدرت و آرامش برای خانواده‌ها باشه»؛ همچنین متخصص شماره۷ گفت: «ما خیلی وقت‌ها توی جلسات مشاوره می‌بینیم که خانواده‌ها وقتی مشکلی دارن، می‌گن به امامزاده میرن یا نماز حاجت می‌خونن. این یعنی، معنویت بخشی از راه‌حل برای اونهاست، اما این موضوع توی خیلی از نظریه‌ها جایگاهی نداره» و متخصص شماره۸ بیان داشت: «نگاه سکولار، معنویت رو از علم و روان‌شناسی جدا کرده. نظریه‌پردازایی مثل آدلر و ستیر به معنویت پرداختن و بخش اصلی خانواده می‌دونند. افراد مذهبی استفاده می‌کنند، اما بقیه خیر. نه باور دارند و نه تسلطی دارند».

۲- ۳. کمبود ابزارهای بومی برای بررسی تعارضات خانوادگی

برای نمونه متخصص شماره۷ گفت: «ما هنوز ابزارهای سنجشی که کاملاً با فرهنگ ایرانی هماهنگ باشه، کم داریم. مثلاً مدل‌هایی که در آن تفاوت‌های نسل‌ها یا ارزش‌های سنتی و مدرن بررسی بشه. خیلی وقت‌ها مجبوریم ابزارهای خارجی را ترجمه کنیم که اونم همه جزئیات رو نمی‌پوشونه».

۲- ۴. ناهمسانی روش‌های مبتنی بر نظریه‌های مادی‌گرایی با محتواهای اسلامی

برای نمونه متخصص شماره۷ بیان داشت: «ببینید، توی خیلی از روش‌های درمانی غربی، مثلاً اومانیستی، همه‌چیز حول محور انسان و نیازهاش می‌چرخه و خدا و معنویت کلاً نادیده گرفته می‌شه. این تو فرهنگ ما که معنویت بخش مهمی از زندگی مردم رو تشکیل می‌ده واقعاً جواب نمی‌ده. یه‌بار خانواده‌ای اومدن که زن و شوهر داشتن دعوا می‌کردن. یکی از مشاورها بهشون گفته بود شما باید جدا شید تا خودتون شاد باشید، اما این نگاه اصلاً با فرهنگ اسلامی ما نمی‌خونه که توش خانواده اساسه» و متخصص شماره ۵ گفت: «علاوه‌بر مبانی امانیستی و نسبی‌گرایی، بخشی از موارد مثل اجازه، ارث و تعدد زوجات و... مبتنی بر دینه و اینها ممکنه اشکال و تداخل ایجاد کنه».

۲- ۵. تقویت تفکرات فمینیستی و نادیده گرفتن نقش‌های جنسیتی

برای نمونه متخصص شماره۷ در این مورد گفت: «متأسفانه توی بعضی روش‌ها، نقش‌های جنسیتی مثل مادری یا سرپرستی شوهر کم‌رنگ دیده می‌شه. مشاورها گاهی زنها رو تشویق می‌کنن که مستقل باش و هیچ نیازی به شوهر نداشته باش. این تفکرات برای خانواده‌های ما که معمولاً نقش‌های مشخصی دارن خیلی آسیب‌زاست. یه‌خانمی اومده بود که مشاور بهش گفته بود که تو نباید اجازه بدی شوهرت هیچ نقشی توی تصمیم‌گیری داشته باشه. این حرف باعث شده بود رابطه‌شون به‌هم بخوره».

۲- ۶. استفاده ناکافی از مداخله‌های مبتنی بر ارزش‌های اخلاقی به‌ویژه فضائل اخلاقی در خانواده

برای نمونه متخصص شماره۴ بیان داشت: «توی خانواده‌های ما، صبر، بخشش و گذشت خیلی ارزش داره، اما توی بعضی از روش‌ها اصلاً به این چیزا پرداخته نمی‌شه و بیشتر روی حقوق فردی تأکید می‌کنن. مثلاً توی یه پرونده، شوهر عذرخواهی کرده بود و واقعاً پشیمون بود، اما مشاور به زن گفت: تو حق داری، نباید کوتاه بیای. این حرف‌ها اصلاً با فرهنگ ما جور در نمیاد».

۲- ۷. توجه ناکافی به قوانین فقهی حقوقی خانواده در فرهنگ اسلامی ایرانی

برای نمونه متخصص شماره۵ گفت: «در بحث زوج‌درمانی در دانشگاه از مبانی فقهی نمی‌تونیم جدا بشیم و چون کار نشده صرفاً با دروس دانشگاهی اتفاق خاصی نمی‌افتد. یه‌مرد اومده بود، می‌گفت: مشاور به زنش گفته که تو نیازی نداری از شوهرت اجازه بگیری. این حرف‌ها توی خیلی از خانواده‌ها باعث تنش می‌شه. قوانینی مثل اجازه همسر برای خروج از منزل، حقوق مالی در خانواده، حضانت فرزند و تعدد زوجات».

۲- ۸. اولویت‌دهی به نگرش‌های فردگرایانه

برای نمونه متخصص شماره۶ اظهار داشت: «پارادیم‌های غربی، فردگرایانه و خودشکوفایی فردیه یا اینکه مبتنی بر داد و ستد و تبادله. می‌گه نگاه کن ببین در رابطه چقدر منفعت می‌بری و سود و زیانت چقدره. این مبتنی بر یه اصل مادی‌گرایانه‌ست درحالی‌که مثلث زن و مرد و خداوند درسته».

۲- ۹. تقدس‌زدایی از خانواده و تسهیل امر طلاق

برای نمونه متخصص شماره۳ گفت: «بعضی مشاورها طلاق رو به‌عنوان اولین راه‌حل معرفی می‌کنن، درحالی‌که توی

فرهنگ ما خانواده حرمت داره و تلاش برای حفظش مهمه. یه زوج اومده بودن، مشاور بهشون گفت: زندگی که به‌درد نمی‌خوره رو ادامه ندین. این نگاه باعث شد از تلاش برای حل مشکل دست بردارن».

۳. آسیب‌شناسی صلاحیت‌های علمی و اخلاقی مشاوران

۳-۱. بی‌اعتمادی به مشاوران

برای نمونه متخصص شماره ۱ بیان کرد: «مشکل مردم فقط اقتصادی نیست، بلکه بی‌اعتمادی نسبت به روان‌شناسا هم وجود داره و پر و بال هم داده میشه توی تلویزیون».

۳-۲. مهارت ناکافی برخی مشاوران در تطبیق روش‌ها با فرهنگ ایرانی

برای نمونه متخصص شماره۱ گفت: «بعضی مشاورها صرفاً روش‌هایی که تو کتابا خوندن رو اجرا می‌کنن و به فرهنگ مراجع توجه نمی‌کنن. این باعث می‌شه مراجع حس کنه حرف مشاور به دردش نمی‌خوره».

۳-۳. استفاده از فنون تسکینی صرف

خانواده‌درمانی، تلفیقی از فنون تسکینی و درمانی است و این فنون توسط هر مشاور متخصص هم‌زمان استفاده می‌شود. فنون تسکینی بیشتر در جلسات اولیه برای کاهش تنش و تثبیت وضعیت به‌کار گرفته می‌شود و در ادامه، فنون روان‌درمانی استفاده می‌شود. متأسفانه بسیاری از مشاوران فقط به فنون تسکینی پرداخته و به‌صورت عمیق وارد درمان تخصصی نمی‌شوند و همین مسئله موجب برگشت مشکل پس از مدتی می‌شود. به‌نظر مصاحبه‌شوندگان، بسیاری از مشاوران فعال در مراکز مشاوره درحد راهنمایی هستند و به سطح مشاوره و درمان‌گری نرسیده‌اند. مداخله تخصصی در خانواده نیازمند سال‌ها مطالعه، تحقیق، پژوهش، کارورزی و سوپرویژنی در خانواده‌درمانی است که این مهم در بیشتر مشاوران شکل نمی‌گیرد و در سطح راهنمایی باقی می‌مانند، البته نباید از این مسئله غفلت کرد که برخی مسائل مراجعان نیاز به راهنمایی و برخی مشکلات نیاز به مشاوره و درمان دارد و در هر مسئله خانوادگی نیاز به مشاوره و درمان نیست. برای نمونه متخصص شماره۲ بیان کرد: «متأسفانه بعضی مشاورها فقط می‌خوان مراجع آروم بشه و روی راه‌حل‌های اساسی کار نمی‌کنن. مثلاً به مراجع می‌گن: فقط نفس عمیق بکش. و اصلاً به ریشه مشکل نمی‌پردازن».

۳-۴. عدم استفاده از معنویت در روش‌ها و فنون درمان

درحال حاضر بسیاری از مشاوران با مفاهیم و فنون معنوی در مشاوره خانواده ناآشنا هستند. همین مسئله باعث شده است که معنویت‌درمانی در حوزه خانواده بسیار کم‌رونق باشد، البته باتوجه به آزادی عملی که CBT در حوزه فنون و روش‌ها به روان‌درمان‌گر می‌دهد برخی مشاوران مذهبی براساس توانمندی‌هایشان از فنون معنوی در درمان استفاده می‌کنند. هفت‌نفر از مصاحبه‌شوندگان میزان استفاده از معنویت در تکنیک‌ها و فنون درمانی را بسیار کم ارزیابی کرده‌اند. برای نمونه متخصص شماره۴ اظهار داشت: «خیلی از خانواده‌ها با مشکلاتی که دارن از معنویت کمک می‌گیرن. اگه مشاور نتونه این جنبه رو توی درمان بیاره احساس می‌کنن حرفشون به دل نمی‌شینه».

۳-۵. عدم تناسب حوزه فعالیت مشاورین با رشته تحصیلی

متخصص شماره۱ در این مورد بیان کرد: «یکی از مشکلات اینه که بعضی مشاورها تخصصشون خانواده‌درمانی نیست، ولی دارن این کارو انجام می‌دن. یه زوج اومده بودن که می‌گفتن مشاور قبلیشون بیشتر درباره تست‌های شخصیت حرف زده بود، چون تخصصش روان‌سنجی بود. یا بعضی از مشاورها فقط یه دوره کوتاه دیدن و شروع به کار کردن. این باعث می‌شه که نتونن توی حوزه تخصصی کمک درست بکنن».

۳- ۶. مطالعه صرف دروس دانشگاهی

همه مصاحبه‌شوندگان، صرف گذراندن دروس دانشگاهی برای خانواده‌درمانگری را بسیار ناکافی می‌دانند و به لزوم طی دوره‌های کارآموزی و کارورزی اشاره کردند. دروس دانشگاهی بیشتر به‌صورت نظری تدریس می‌شود و حال آنکه مشاوره خانواده علاوه‌بر تسلط علمی نیاز به کارورزی زیر نظر استاد دارد. این مهم، در دانشگاه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و فقط علاقه‌مندان به مشاوره پس از فارغ‌التحصیلی با گذراندن کارگاه‌های تخصصی وارد عرصه مشاوره می‌شوند. برای نمونه متخصص شماره۷ اظهار داشت: «مشاورهایی که فقط به دروس دانشگاهی اکتفا می‌کنن و هیچ تجربه عملی یا مطالعه بیشتر ندارن، نمی‌تونن مراجع رو درست راهنمایی کنن. حرفایی میزنن که انگار از کتاب خوندن، ولی اصلاً به شرایط واقعی زندگی مراجع نمی‌خوره».

۳- ۷. عدم رعایت اصل رازداری توسط مشاور، منشی، مسئول فنی

براساس نظر مصاحبه‌شوندگان، به‌طورکلی رعایت این اصل مورد توجه مشاوران، مدیران مراکز، مسئولان فنی و پرسنل مراکز است و بسیاری از مراکز، محل مناسبی برای نگهداری پرونده‌ها برای عدم دسترسی دیگران به اطلاعات مراجعان ندارند. برای نمونه متخصص شماره۲ بیان کرد: «حتی برای سوپروایزر حق نداریم رازداری رو خدشه‌دار کنیم. یه مراجعم می‌گفت: «مشاورم درباره جلسه من با همکارش صحبت کرده بود و این موضوع باعث شد دیگه به اون مرکز مراجعه نکنم». این نشون می‌ده رازداری همیشه رعایت نمی‌شه».

۳- ۸. ضعف رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای

برای نمونه متخصص شماره۲ اظهار داشت: «مسئله اصلی درمانگران ما اینه که با چارچوب‌ها و اصول اخلاقه حرفه‌ای که در دنیا مطرحه آشنا نیستند، اونها نمیدونن که مرزشون با جنس مخالف باید چطور باشه، نمیدونن که باید به‌عنوان درمانگر باید خیلی مراقب رفتار و چارچوب‌های رفتاریشون با مراجع باشن. فکر میکنن حفظ این چهارچوب‌ها به‌خاطر این هست که ما مسلمون هستیم چون در ایران هستیم. این را میگیم درحالی‌که قواعد آن‌طرف خیلی سرسخته. مثلاً درباره رابطه جنسی با مراجع حتی تا دو سال پس از درمان حق ندارید داشته باشید، ولی متأسفانه برخی درمانگران در جلسه درمان با مراجعینشون ارتباط میگیرن و این واقعاً مرتبط با اصول اخلاق حرفه‌ای نیست. بنابراین، گام اول چون دین هم بر این اصول اخلاق حرفه‌ای خیلی تأکید داره این هست که اصول اخلاق حرفه‌ای رو کنار هم قرار بدهیم، اما متأسفانه برخی نه خوانده‌اند و نه بلدن».

۳- ۹. نگاه اقتصادی به مراجعان

برای نمونه متخصص شماره۴ گفت: «بعضی مشاورها به‌جای کمک به مراجع به‌فکر جیب خودشون هستن. مثلاً می‌گن: «برای هر مشاوره باید یک‌جلسه جدید رزرو کنی»، حتی وقتی نیازی به جلسه اضافی نیست».

۳- ۱۰. عدم رعایت فعالیت در حوزه کاری

برای نمونه متخصص شماره۵ بیان داشت: «بعضی مشاورها فکر می‌کنن می‌تونن توی همه مسائل نظر بدن. مثلاً مشاوری که تخصصش خانواده‌درمانی هست درباره افسردگی شدید مراجع هم صحبت می‌کنه، درحالی‌که باید به متخصص ارجاع بده».

۳- ۱۱. عدم ارجاع مراجع

برای نمونه متخصص شماره۱ اظهار داشت: «بعضی مشاورها فکر می‌کنن اگر مراجع را ارجاع بدن، ممکنه درآمدشون کم بشه. در نتیجه، حتی وقتی تخصص ندارن، مراجع رو نگه می‌دارن و این به‌ضرر مراجع تموم می‌شه».

۳- ۱۲. همکاری کم‌رنگ بین تیم درمان روان‌پزشک

برای نمونه متخصص شماره۷ بیان کرد: «باید بین مشاور و روان‌پزشک حداقل یه هماهنگی باشه. طرف اومده میگه روان‌پزشک و مشاورم اصلاً هماهنگ نبودن. یکی دارو تجویز می‌کرد، اون یکی می‌گفت دارو لازم نیست. این همکاری کم‌رنگ باعث می‌شه مراجع سردرگم بشه».

۴. آسیب‌شناسی مراکز مشاوره خانواده

۴-۱. عدم نظارت بر روند مراکز مشاوره و مشاوران

برای نمونه متخصص شماره۳ گفت: «سیستم نظارتی خوبی نداریم چون سازمان نظام هیچ بودجه‌ای در این زمینه ندارد، درآمد ندارد و دولت هم کمک نمی‌کند و متأسفانه نظارت نیست».

۴-۲. عدم نظارت و بررسی کیفیت جلسات مشاوره

براساس قانون، صلاحیت‌های علمی مشاوران توسط سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره در قالب اعطای پروانه اشتغال حرفه‌ای صورت می‌گیرد و نظارت بر روند فعالیت مشاور و مراکز مشاوره برعهده سازمان‌هایی است که پروانه مراکز را صادر می‌کنند. درحال‌حاضر، نظارت منسجم و منظمی بر مراکز مشاوره و مشاوران نیست و درصورت شکایت مراجعان، موضوع توسط مراکز صادرکننده پروانه بررسی می‌شود. برای نمونه تخصص شماره ۸ بیان کرد: «در خیلی از مراکز مشاوره، هیچ‌کس بررسی نمی‌کنه که جلسات با چه کیفیتی برگزار می‌شن. حداقل یک تست ارزیابی از مراجعین که باید بگیرن، ولی نمیگیرن».

۴-۳. تعداد کم مراکز مشاوره و مشاورین نسبت به جمعیت

درحال‌حاضر، مشاوره خانواده در نهادهای متعددی ارائه می‌شود. اکنون علاوه‌بر مراکز مشاوره زیر نظر مستقیم سازمان نظام روان‌شناسی و بهزیستی، مراکزی در قوه قضائیه، نیروی انتظامی، آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، نهاد رهبری در دانشگاه‌ها، حوزه‌های علمیه و... مشاوره خانواده ارائه می‌دهند، البته تعیین تعداد دقیق مراکز مشاوره خانواده در ایران نیازمند پژوهشی مستقل است. بنابراین، هم از نظر تعداد مشاور و هم تعداد مراکز مشاوره کمبود هست. همچنین نسبت تقسیم مراکز مشاوره در برخی مناطق کلان‌شهرها ازجمله مناطق مرفه‌نشین و شهرستان‌ها عادلانه و متوازن نیست. برای متخصص شماره۳ در این مورد گفت: «اولاً، [تعداد مشاورها] کافی نیست؛ برای هر هزارنفر باید یک مشاور داشته باشیم و تعداد فعلی کافی نیست و ازسوی‌دیگر توزیعش نامناسب است. شمال شهر زیاد و متراکم و در پایین شهر بسیار پایین هست» و متخصص شماره ۴ گفت: «اگر ۸۰ میلیون نفر باشیم و برای هر ۳۵۰ نفر یک‌نفر مشاور بخواهیم...، و اگر هر مرکز ۵ مشاور داشته باشد بیش از ۴۵ هزار مرکز مشاوره می‌خواهیم. الان فکر می‌کنم یک‌پنجم این تعداد را داریم».

۴-۴. توزیع نامناسب مراکز مشاوره در سطح شهر

برای نمونه متخصص شماره۳ اظهار داشت: «اولاً، [تعداد مشاورها] کافی نیست؛ برای هر هزارنفر باید یک‌مشاور داشته باشیم و تعداد فعلی کافی نیست و ازسوی دیگر، توزیعش نامناسب است. شمال شهر زیاد و متراکم و در پایین شهر بسیار پایین».

۵. مهمترین علل عدم رجوع به مشاوره در مشکلات خانوادگی

۵-۱. عدم فرهنگ مراجعه به مشاور

علت عمده عدم رجوع به مشاور در مرحله اول، عدم فرهنگ مراجعه به مشاور است. متخصص شماره ۵ در این مورد گفت: «خیلی وقتا توی خانواده‌ها می‌گن: "چرا باید بریم مشاوره؟ خودمون می‌تونیم مشکلمون رو حل کنیم." این طرز فکر قدیمی باعث می‌شه وقتی مشکل شدید می‌شه تازه بفهمن که باید از اول کمک می‌گرفتن. یا میگن: "شوهرم گفته مگه من

دیوونه‌ام که برم مشاوره. تو مشکل داری"».

۵- ۲. عدم توان پرداخت هزینه‌های مشاوره

متخصص شماره ۳ بیان کرد: «یه خانم مراجعه‌کننده می‌گفت: "جلسه‌ای ۳۰۰ تومن؟ مگه می‌خوایم خونه بخریم!" واقعیت اینه که خیلیا توان پرداخت این هزینه‌ها را ندارن، مخصوصاً توی شرایط اقتصادی الان». و متخصص شماره ۲ گفت: «یه آقایی می‌گفت: "با این درآمدی که دارم ترجیح می‌دم پولمو برای نیازای ضروری خرج کنم. اگر اینقدر پول داشتم که افسرده نمی‌شدم اصلاً". این هزینه‌ها باعث می‌شه خیلی خانواده‌ها از خیر مشاوره بگذرن، حتی اگه بهش نیاز داشته باشن».

۵- ۳. احساس ناکارآمدی مشاورین

مشاهده عدم درمان مراجعین به مراکز مشاوره نیز موجب بی‌رغبتی به مشاور می‌شود. برای نمونه متخصص شماره۴ اظهار داشت: «خیلی وقتا مراجع‌ها می‌گن: "رفتم مشاوره، ولی هیچ راهکاری نگرفتم. فقط گوش داد". این حس ناکارآمدی، دید مردم رو نسبت به مشاوره خراب می‌کنه».

۵- ۴. ترس از برچسب خوردن

برای نمونه متخصص شماره ۱ بیان کرد: «هنوزم مردم میترسن برن مشاوره. توی ذهن قدیمی‌ها اینه که دیوونه‌ها میرن مشاوره و رفتنش عیبه. اگه همسایه‌ها بفهمن رفتم مشاوره، پشت سرم حرف درمیارن. این ترس از قضاوت و برچسب خوردن یکی از بزرگ‌ترین موانع برای مراجعه به مشاوره است».

۵- ۵. مسئله عدم حمایت بیمه

متخصص شماره۳ در این مورد گفت: «یه مراجع می‌گفت: "کاش مشاوره هم مثل دکتر رفتن بود و بیمه هزینه‌هاشو می‌داد"». وقتی بیمه حمایتی نداره، خیلی از خانواده‌ها نمی‌تونن مشاوره رو توی بودجه‌شون جا بدن. مسئله بیمه یه مشکل بزرگه. مردم وقتی می‌بینن هیچ کمک‌هزینه‌ای براشون نیست، ترجیح می‌دن مشکلشون رو خودشون حل کنن، حتی اگه سخت باشه».

۵- ۶. احساس کاذب بهبودی در اثر بهبودی موقت

برای نمونه متخصص شماره۶ بیان کرد: «خیلیا وقتی یه مشکل کوچیک حل می‌شه، فکر می‌کنن همه‌چی درست شده و نیازی به ادامه جلسات نیست. این حس کاذب بهبودی موقتی، بیشتر از اینکه کمک‌کننده باشه به ضررشونه».

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با تمرکز بر آسیب‌شناسی مراکز مشاوره خانواده در ایران تلاش کرده است تا جنبه‌های نظری، عملی و ساختاری این حوزه را بررسی کند. اگرچه بیشترین نظریه به‌کار گرفته شده توسط مشاوران خانواده در ایران به‌ترتیب CBCT، ساختاری، EFT و ACT است و مهمترین علت استفاده مشاوران از این روش‌ها، تطابق نسبی فرهنگی، عدم پیچیدگی نظریه‌ها، تکنیکال بودن، اثربخشی فوری، کمتر شدن تعداد جلسات درمان، توجه به حال و اکنون و گسترش و رونق این روش‌ها در محافل علمی و دانشگاهی ایران است، اما نتایج نشان می‌دهد که یکی از چالش‌های اصلی در این حوزه استفاده از رویکردها و نظریه‌های مبتنی بر مبانی غربی است که تطابق کافی با فرهنگ بومی ایران ندارند. این چالش، پیش‌تر نیز در تحقیقات مرتبط، به‌ویژه در زمینه‌های فرهنگی دیگر تأکید شده است. (ر.ک.، اپستین.، و همکاران، ۲۰۱۲؛ سو و سو، ۲۰۰۸؛ کوماس دیاز، ۲۰۰۵؛ لی.، و همکاران ۲۰۲۳؛ سنگ.، و همکاران، ۲۰۲۰؛ گرینر.، و اسمیت،[1] ۲۰۰۶) همچنین لزوم

1. Griner, D., & Smith, T. B.

بومی‌سازی نظریه‌های مشاوره و توجه به باورهای مذهبی نیز با تحقیقات آذربایجانی (۱۳۹۱) و سو و سو (۲۰۰۸) هم‌خوان است. باجلان (۱۴۰۰) یکی از چالش‌ها را لزوم توجه مشاوران و روان‌شناسان در برنامه‌های مداخله‌ای به وضعیت محیط فرهنگی- بومی و دینی- ارزشی زوج‌ها می‌داند. برای مثال مفهوم‌سازی افراد از ازدواج یا معنای آن برای آنها تأثیراتی بر روی رفتارهای زناشویی خواهد داشت و این مفهوم‌سازی تاحد زیادی از ارزش‌های دینی و محیط فرهنگی و بومی افراد تأثیر می‌پذیرد. بنابراین، توجه به ارزش‌های دینی و بومی افراد و تمرکز بر آن می‌تواند در اثربخشی بهتر خدمات مؤثر باشد.

دانش فعلی مشاوره و روان‌شناسی در دانشگاه‌های ایران بیشتر برگرفته از منابع غربی است که به‌دلیل تفاوت در مبانی پارادایمی، هماهنگی لازم با فرهنگ و آموزه‌های دینی ایرانی ندارد. این ناهماهنگی علاوه‌بر عدم پاسخ‌گویی به مسائل جامعه، گاه به ایجاد ناپایداری در خانواده منجر می‌شود. درمقابل، آموزه‌های دینی و ملی ایرانی ظرفیت مؤثری برای ترویج ازدواج موفق و محیط خانوادگی پایدار دارند. همچنین، یافته‌ها بر ضرورت توجه به معنویت و باورهای دینی در فرایند مشاوره تأکید دارند. مشاوران و مراکز مشاوره باید نقش دین و معنویت را به‌مثابه یکی از منابع قدرت و آرامش در خانواده‌های ایرانی در نظر بگیرند. این موضوع در تحقیقات پیشین مانند پژوهش‌های کومس دیاز (۲۰۰۵) نیز مطرح شده است که بر ضرورت درک عوامل فرهنگی و باورهای مذهبی برای بهبود اثربخشی درمان تأکید دارند. نتایج پژوهش حاضر بر توجه به معنویت در درمان با پژوهش‌های پارگامنت[1](۲۰۱۱)، جان‌بزرگی (۱۳۹۸)، ناکترینگ و همکاران[2] (۲۰۲۴) و آدام و همکاران[3](۲۰۲۳) همسوست. ازنظر ساختاری و نظارتی، نتایج نشان می‌دهد که ضعف در نظارت بر مراکز مشاوره، نبود نظام رتبه‌بندی و اعتبارسنجی و کمبود آموزش‌های عملی برای مشاوران از چالش‌های عمده است. این مسائل می‌تواند به بی‌اعتمادی مراجعان و کاهش کیفیت خدمات منجر شود. این یافته‌ها با مطالعاتی که اهمیت نظارت و توسعه حرفه‌ای مشاوران را برجسته می‌کنند، هم‌خوانی دارد(ر.ک.، باجلان، ۱۴۰۱).

یکی از یافته‌های پژوهش حاضر، نبود نیروی متخصص در مراکز مشاوره خانواده است. این خلأ در پژوهش احمدی‌نوده و همکاران (۱۳۸۴) که درباره بررسی وضعیت خدمات مشاوره‌ای در سپاه صورت گرفت، تأکید شده است. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، شناسایی علل عدم رجوع به مشاوره در مشکلات خانوادگی بود که متخصصان این مطالعه به مواردی مانند عدم فرهنگ مراجعه به مشاور، عدم توان پرداخت هزینه‌های مشاوره، احساس ناکارآمدی مشاورین، ترس از برچسب خوردن، عدم حمایت بیمه در تأمین هزینه‌های مشاوره و احساس کاذب بهبودی در اثر بهبودی موقت اشاره کرده‌اند. این درحالی است که در پژوهش احمدی‌نوده و همکاران (۱۳۸۵) در تبیین عوامل عدم رجوع به مراکز مشاوره نیروهای نظامی به مواردی مانند عدم تطابق مراکز مشاوره با سلیقه مراجعین، عدم استانداردسازی و نبود استقلال مراکز مشاوره، اشاره کردند. همچنین در پژوهش احمدی‌نوده و همکاران (۱۳۸۵) به کمبود متخصص و مراکز مشاوره اشاره و بیان شده است که به‌ازای هر ۱۰ هزارنفر نیروی نظامی، یک‌متخصص روان‌شناس وجود دارد. این درحالی است که مطابق استاندار، برای هر ۲۰۰ تا ۳۰۰ نیروی نظامی، یک‌مشاور و روان‌شناس لازم است (مارتین و فغان،[4] ۱۹۹۶)، اما یافته‌های قازاریان (۱۳۷۹) حاکی از رضایت مراجعان از سهولت دسترسی به مراکز مشاوره و رضایت نسبی از دریافت وقت مشاوره بود.

یکی دیگر از طبقات شناسایی شده در پژوهش حاضر، برخی مسائل غیراخلاقی در مراکز مشاوره و مشاورین ازجمله ضعف رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای، کم‌توجهی به مسائل شرعی و داشتن نگاه اقتصادی به مراجعان است. درحالی‌که در برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش نوابی‌نژاد (۱۳۸۴)، در ۸۸٪ مراکز مشاوره، مشاوران معیارهای اخلاقی را رعایت کرده‌اند؛ در جلسات زوج‌درمانی ۸۲٪ مراکز، اصول اخلاقی حاکم بوده است؛ در ۷۰٪ مراکز، تلاش زیادی برای آَشنایی مراجعان با اصول

1. Pargament, K. I.
2. Knegtering, H., & et al
3. Adam B., & et al
4. Martin, J. A., & Fagan, J. G.

اخلاقی و مذهبی جامعه صورت گرفته است و در ۷۰٪ مراکز کمتر از ۲۵٪ مراجعان با مسائل اخلاقی مرتبط بوده است. از دیگر مؤلفه‌های شناسایی شده در پژوهش حاضر، احساس کاذب بهبودی در اثر بهبودی موقت است که همسو با پژوهش منادیان و همکاران (۱۳۸۵) است. آنها نشان دادند که بین رضایت‌مندی از خدمات مشاوره و علت قطع درمان، رابطه معناداری وجود دارد.

محدودیت‌های پژوهش: از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- نمونه کوچک پژوهشی: تعداد ۹ متخصص با بیش از ۱۰ سال تجربه دانشگاهی و حوزوی، هرچند برای دستیابی به اشباع نظری کافی است، تعمیم‌پذیری یافته‌ها به کل جامعه مشاوران خانواده در ایران را محدود می‌کند و دیدگاه‌های مشاوران تازه‌کار یا دیگر مناطق جغرافیایی (مانند شهرستان‌های کوچک) را پوشش نمی‌دهد. ازاین‌رو، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

- اتکّا به مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته که می‌تواند تحت تأثیر سوگیری گزارش‌دهی شرکت‌کنندگان یا تفسیر محقق قرار گیرد.

- عدم استفاده از روش‌های ترکیبی پژوهشی مانند عدم استفاده از داده‌های کمی یا عدم مشاهده مستقیم مراکز مشاوره که برای افزایش اعتبار یافته‌ها مناسب است.

پیشنهادات پژوهشی: برای پرکردن خلأها و اشکالات احتمالی پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود:

مطالعات ترکیبی (کیفی- کمی) برای بررسی چالش‌های شناسایی‌شده و نیز مقایسه آن با دیدگاه‌های کیفی متخصصان انجام شود. این کار می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را افزایش دهد و اعتبار نتایج را تقویت نماید.

دیدگاه‌های مراجعان و خانواده‌ها با انجام پژوهش‌های کیفی یا پدیدارشناختی با تمرکز بر تجربه زیسته مراجعان واقعی (زوج‌ها، خانواده‌ها و کودکان) از خدمات مشاوره خانواده بررسی شود. به‌ویژه علل عدم رجوع (مانند ترس از برچسب، هزینه‌های مالی، احساس کاذب بهبودی) و رضایت/نارضایتی از تناسب فرهنگی رویکردها بررسی شود. این بررسی‌ها می‌تواند شکاف بین دیدگاه متخصصان و تجربه واقعی مراجعان را پر کند.

نقش سازمان‌های نظارتی بر عملکرد مراکز مشاوره بیشتر شود و مطالعاتی جهت واکاوی عمیق‌تر چالش‌های نظارتی بر مراکز مشاوره انجام شود؛ این موضوع برای برطرف کردن اشکالاتی همچون عدم نظارت بر کیفیت جلسات مشاوره، تعدد مراکز مجوزدهنده برای مشاوره، ضعف رتبه‌بندی مراکز مشاوره ضروری است. برای رفع این اشکال مدل‌های عملی نظارت یکپارچه مانند نظام رتبه‌بندی ملی یا سامانه ارزیابی کیفیت جلسات مشاوره پیشنهاد می‌شود.

عوامل اقتصادی خانواده و میزان دسترسی به مراکز مشاوره (در شهرهای بزرگ، شهرستان‌ها و مناطق جغرافیایی محروم)، برای تحلیل تأثیر میزان مراجعه به مراکز مشاوره و کیفیت خدمات ارائه شده در این مراکز بررسی شود.

مطالعات تطبیقی فرهنگی از جمله مقایسه چالش‌های مشاوره خانواده در ایران با کشورهای هم‌فرهنگ (مانند کشورهای عربی یا آسیای شرقی) برای شناسایی الگوهای مشترک و راهکارهای موفق برای بومی‌سازی نظریه‌ها انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مواردی مانند جعل داده‌ها، تحریف نتایج، سرقت ادبی (پلجیاریسم) و هرگونه رفتار غیراخلاقی دیگر در این پژوهش به‌طور جدی پرهیز شده است.

عدم سوء رفتار علمی

نویسندگان تأکید می‌کنند که کلیه اصول اخلاقی در انجام و انتشار این پژوهش رعایت شده است. این موضوع توسط تمامی نویسندگان تأیید شده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان به‌صورت مساوی در طراحی پژوهش، نگارش مقاله، و ویرایش نسخه‌های نهایی مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

نویسندگان عدم وجود تعارض منافع (Conflict of Interest) را در ارتباط با این پژوهش اعلام می‌کنند. به عبارت دیگر، هیچگونه منافع مالی یا شخصی که بر نتایج تحقیق تأثیرگذار باشد، وجود نداشته است.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله، از کلیه افرادی که این پژوهش با حمایت معنوی و علمی ایشان انجام شد، به ویژه متخصصان حوزوی و دانشگاهی که در انجام بهتر پژوهش مؤثر بودند، قدردانی می‌کنند. همچنین از مشاورینی که در مصاحبه‌های پژوهش حضور داشتند و با دقت و حوصله سؤالات را پاسخ دادند، سپاسگزاری می‌نمایند.

حامی مالی

این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از سازمان‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی انجام شده است.

منابع

احمدی نوده، خدابخش.، انیسی، جعفر.، فتحی آشتیانی، علی.، امیری، ماندانا.، ملازمانی، علی.، آزادمرزآبادی، اسفندیار.، احمدی‌زاده، محمدجواد.، و سوری، فاطمه (۱۳۸۴). بررسی وضعیت خدمات مشاوره‌ای در سپاه پاسداران. *نشریه طب نظامی*، ۷(۱)، ۳۹- ۴۸.

احمدی نوده، خدابخش.، سوری، فاطمه.، فتحی آشتیانی، علی.، میرزمانی بافقی، سیدمحمود.، و عرب‌نیا، علیرضا (۱۳۸۵). بررسی نیازهای خانواده‌های کارکنان نظامی نسبت به خدمات مشاوره‌ای. *نشریه دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۴(۱)، ۷۶۱- ۷۶۹.

اخوان تفتی، مهناز (۱۳۸۷). ارزیابی کارکردهای مراکز مشاوره دانشگاهی شهر تهران: نظرپرسی و رضایت‌سنجی از مراجعان. *نشریه پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۷(۲۸)، ۶۷- ۹۴.

آذربایجانی، مسعود (۱۳۹۱). کاستی‌های دانش روان‌شناسی در ایران. *نشریه راهبرد فرهنگ*، ۱۶(۱۹)، ۷-۲۶.

آزادارمکی، تقی.، زند، مهناز.، و خزاعی، طاهره (۱۳۸۲). روند تغییرات فرهنگی اجتماعی خانواده تهرانی طی سه نسل. *نشریه علوم انسانی الزهرا*، ۱۳ (۴۵)، ۱-۲۴. https://sid.ir/paper/420208/fa

باجلان، اکرم (۱۴۰۰). *بررسی سازوکارهای سیاستی ارائه خدمات روان‌شناسی و مشاوره در تحکیم نهاد خانواده*. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

باجلان، اکرم (۱۴۰۱). *رصد و تحلیل وضعیت مراکز مشاوره خانواده وابسته به دستگاه‌ها*. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. https://sid.ir/paper/1048709/fa

جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۸). *درمان چندبعدی معنوی یک رویکرد خداسو*. قم: انتشارات پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.

جعفری، احمد (۱۳۷۳)، *بررسی عملکرد مراکز مشاوره وابسته به انجمن اولیا و مربیان شهر تهران از دیدگاه مراجعان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم.

چیت‌ساز، محمدجواد (۱۴۰۲). خانواده ایرانی و تحولات فرهنگی- اجتماعی: تحلیل نسلی. *نشریه مسائل اجتماعی ایران*، ۱۴(۱)، ۸۹- ۱۱۲.

حسن‌زاده، رمضان (۱۳۹۰). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات ساوالان.

حقوقی، سمیرا.، صالحی، کیوان.، شکوهی یکتا، محسن.، و خدایی، ابراهیم (۱۴۰۱). واکاوی عوامل و نشانگرهای مرتبط با کیفیت مراکز خدمات مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده: مروری منظم. *نشریه مطالعات راهبردی ورزش و جوانان*، ۲۲(۶۲)، ۵۶۹- ۵۹۸. doi: 10.22034/ssys.2022.2256.2694

راهب، غنچه.، لطیفیان، مریم.، و پاشاشریفی، حسن (۱۳۹۶). ارزیابی کیفی خدمات مشاوره انجمن اولیا و مربیان در شهر تهران. *نشریه*

مددکاری اجتماعی، ۶(۲)، ۱۴- ۲۳.
رستگار، احمد.، طالبی، سعید.، و زهرایی، مرضیه (۱۴۰۰). ارزیابی کیفیت خدمات مشاوره‌ای و جایگاه سنجش نیازهای ذینفعان: مطالعه موردی مقطع متوسطه شهر شیراز. *نشریه علمی پژوهش‌های نوین در آموزش و پرورش*، ۲(۳)، ۱۲- ۲۵.
رسته‌مقدم، فاطمه.، و عباسی، علی (۱۳۹۴). *بررسی جایگاه خانواده در ساختار برنامه‌های اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی*. اولین همایش ملی روان‌شناسی و خانواده. دانشگاه سیستان و بلوچستان. ایران.
عرشی، ملیحه.، سبزی خوشنامی، محمد.، حمیدی‌فر، علیرضا.، فتحی، منصور.، و تکفلی، مرضیه (۱۳۹۵). بررسی وضعیت خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی نیروی انتظامی (مراکز و کلانتری‌ها)، تحلیل روند سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۲. *نشریه طب انتظامی*، ۵(۵)، ۳۴۱- ۳۵۰.
قازاریان، ماریت (۱۳۷۹). بررسی رضایت مراجعان از مراکز مشاوره حضوری سازمان بهزیستی کشور. *نشریه پژوهش‌های مشاوره (تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره)*، ۲(۸- ۷)، ۶۷- ۸۸.
کاظمی‌پور، شهلا (۱۴۰۱). تحولات خانواده در ایران معاصر با تأکید بر ازدواج و طلاق. *نشریه پژوهش مسائل اجتماعی ایران*، ۱(۴)، ۹۵ - ۱۲۶.
گودرزی، محمدعلی.، برجعلی، زهرا.، و فراهانی، جواد (۱۳۹۸). *تطابق جنسیتی درمانگر- مراجع در روان‌درمانی*. اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش و مطالعات در روان‌شناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی. دانشگاه شیراز.
متقی، زهرا.، کرامت، افسانه.، دامغانیان، مریم.، گرگانی، نعمان.، و مرتضوی، فروغ (۱۳۹۶). دیدگاه زوجین و ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره‌ای در مورد برنامه مشاوره ازدواج: یک مطالعه کیفی. *نشریه پایش*، ۱۶(۲)، ۱۹۱- ۱۹۹.
محمدپور، احمد (۱۳۹۷). *ضد روش*. قم: نشر لوگوس.
محمدی، شهناز (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی و کارایی خدمات روان‌شناسی و مشاوره‌ای مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی دانش‌آموزان وزارت آموزش و پرورش. *نشریه تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۵(۱۹)، ۷۳- ۹۰.
مرادی عباس‌آبادی، فریبا.، صرامی فروشانی، غلامرضا.، و رباط میلی، سمیه (۱۴۰۰). ارزیابی نحوه شناخت روان‌درمانگران مراکز خانواده از روان‌درمانی. *نشریه خانواده‌پژوهی*، ۱۷(۱)، ۹۹- ۱۱۵.
معاونت مطالعات و تحقیقات سازمان ملی جوانان (۱۳۸۷). *گزارش بررسی وضعیت و جایگاه مشاوره در کشور*. تهران: سازمان ملی جوانان.
معروفی، یحیت.، و یوسف‌زاده، محمدرضا (۱۳۸۸). تحلیل محتوا در علوم انسانی (راهنمای عملی تحلیل کتاب‌های درسی)، همدان: سپهر دانش.
منادی، مرتضی (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی خانواده: تحلیل روزمرگی و فضای درون خانواده*. تهران: انتشارات دانژه.
میرزایی‌فر، داوود.، شریفی رهنمو، سعید.، حیات الغیبی، سیده صدیقه.، و عزیزی، عباس (۱۴۰۰). بررسی نگرش مراجعان درباره کیفیت خدمات مشاوره و مددکاری اجتماعی کلانتری ۱۱ فرماندهی انتظامی شهرستان همدان: ایجاد امنیت روانی. *پژوهش‌های مدیریت انتظامی* (مطالعات مدیریت انتظامی)، ۱۶(۲)، ۱۶۵- ۱۹۱.
میکائیل، سعدالله (۱۳۷۳)، *بررسی علل عدم مراجعه بعدی به بخش درمان مراکز ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی شاهد*. پایان‌نامه کارشناسی مشاوره. دانشکده علوم تربیتی. دانشگاه تربیت معلم.
نوابی‌نژاد، شکوه (۱۳۸۴). بررسی مراکز مشاوره خانواده در ایران و مقایسه آن با استانداردهای جهانی. *نشریه خانواده و پژوهش*، ۴(۲)،۱- ۲۴.
هادیان، مینا.، جلیلوند، مریم.، سالاری‌فر، محمدحسن.، و صالحی، منصور (۱۳۸۵). بررسی عوامل مؤثر در رضامندی مراجعین از خدمات مشاوره‌ای. نشریه مطالعات روان‌شناختی، ۲(۲- ۱)، ۱۹- ۳۲.

References

Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: More than a wives› tale. *Emotion*, 14(1), 130– 144. https://doi.org/10.1037/a0034272

Canino, I. A., & Inclan, J. E. (2001). Culture and family therapy. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 10(3), 601- 612.

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of family therapy,* 31(1), 46- 74.

Comas-Díaz, L. (1992). The future of psychotherapy with ethnic minorities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice,* Training, 29(1), 88– 94. https:/10.10373204.29.1.88-0033/

David, A. B., Park, C. L., Awao, S., Vega, S., Zuckerman, M. S., White, T. F., & Hanna, D. (2023). Religiousness in the first year of COVID-19: A systematic review of empirical research. *Current Research in Ecological and Social Psychology,* 4, 100075.

Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach.*New York: Teachers College Press.

Epstein, N. B., Berger, A. T., Fang, J. J., Messina, L. A., Smith, J. R., Lloyd, T. D., ... & Liu, Q. X. (2012). Applying western- developed family therapy models in China. *Journal of Family Psychotherapy*, 23(3), 217-237.

Glaser, B, G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative theory,* New Brunswick: Aldine Transaction.

Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A meta- analytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 43(4), 531- 548.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research,* 15(9), 1277- 1288.

Knegtering, H., Bruggeman, R., & Spoelstra, S. K. (2024). Spirituality as a Therapeutic Approach for Severe Mental Illness: Insights from Neural Networks. *Religions,* 15(4), 489.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun.* Studentlitteratur.

Li, S., Xi, Z., Barnett, P., Saunders, R., Shafran, R., & Pilling, S. M. (2023). Efficacy of culturally adapted interventions for common mental disorders in people of Chinese descent: A systematic review and meta- analysis. *Lancet Psychiatry,* 10(6), 426- 440. https://doi.org/10.1016/S2215- 0366(23)00118- 9

Martin, J. A., & Fagan, J. G. (1996). *Army mental health units in theater of operations: An overview of the Gulf War.* Westport, CT: Praeger.

Pace, D., Lee Stamler, V., Yarris, E., & June, L. (1996). Rounding out the cube: Evolution to a global model for counseling centers. *Journal of Counseling & Development,* 74(4), 321-325.

Pargament, K. I. (2011). *Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred.* New York, NY: Guilford press.

Prince, J. P. (2015). University student counseling and mental health in the United States: Trends and challenges. *Mental Health & Prevention,* 3(1-2), 5-10.

Sokol, J. T. (2009). Counseling Psychology Within the University: A Study of Roles and Functions. *Graduate Journal of Counseling Psychology,* 1(2), 121-129.

Stone, G. L., & Archer, J. (1990). College and university counseling centers in the 1990s: Challenges and limits. *The Counseling Psychologist,* 18(4), 539– 607. https://doi.org/10.1177/0011000090184001

Strauss, A., & Corbin, J. (1990). Basics of qualitative research, Sage publications. Tan, Chee- Seng; Low, Sew-Kim; & Viapude, Glory Nancy, 2018, «Extraversion and happiness: The mediating role of social support and hope». *PsyCh journal,* 7(3),133- 143.

Sue, D. W., & Sue, D. (2008). *Counseling the culturally diverse; Theory & practice.* New York: Hoboken, NJ.

Tseng, C. F., Wittenborn, A. K., Blow, A. J., Chao, W., & Liu, T. (2020). The development of marriage and family therapy in East Asia (China, Taiwan, Japan, South Korea and Hong Kong): past, present and future. *Journal of Family Therapy,* 42(4), 477- 498.