

Assessment of Psychometric Properties of the Persian Version of California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS) among Individuals Seeking Counseling at Tehran Counseling Center

Fateme Askari: Ph.D. student in educational psychology, department of psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. f.askari.2011@gmail.com

Davood Manavipour*: Associate professor, department of psychology, Islamic Azad University, Garmsar Branch, Iran. manavipor53@yahoo.com

Abstract

Introduction: Contract therapy is a significant aspect of treatment that establishes a connection of empathy between the therapist and client. It is known to be a major indicator of the effectiveness of psychotherapy and therapeutic outcomes. The purpose of this study was to evaluate the psychometric properties of the Persian version of the California Therapeutic Alliance Questionnaire (CALPAS) among individuals who were referred to the Tehran Counseling Center.

Methods: This is a descriptive-analytical research study. The statistical population of the study included all individuals who visited the Tehran Counseling Center between 2017-2018. A sample size of two hundred participants was selected using convenience sampling based on the inclusion criteria. Participants completed a demographic checklist and a CALPAS questionnaire. Data was analyzed using exploratory and confirmatory factor analysis, Cronbach's alpha coefficient, and divergent validity.

Results: The results indicated strong validity $P < 0.001$ and favorable fit of the CALPAS four-dimensional questionnaire.

Conclusions: Due to the questionnaire's favorable psychometric properties, it is a suitable tool for individualized contractual therapy.

Keywords

Psychometric Properties, California Psychotherapy Alliance Scales, Tehran

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 08 Mar 2020
Accepted: 04 Nov 2023

Please cite this article as follows:

Askari F, and Manavipour D. Assessment of psychometric properties of the Persian version of California therapy contract questionnaire (CALPAS) among individuals seeking counseling at Tehran counseling center. Quarterly Journal of Social Work. 2023; 12 (2); 42-48

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا (CALPAS) در افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر تهران

فاطمه عسکری: دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران.

f.askari.2011@gmail.com.

داود معنوی پور*: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار، ایران. manavipor53@yahoo.com

واژگان کلیدی

ویژگی‌های روان‌سنجی،
پیمان‌درمانی کالیفرنیا،
تهران

* نویسنده مسوول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۳

چکیده

مقدمه: پیمان‌درمانی از طریق ایجاد توافق همدلانه بین درمانگر و مراجع، کاربست مهمی در درمان دارد و پیش‌بینی کننده اصلی نتایج درمانی و زیربنای اساسی اثربخشی روان‌درمانی است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا CALPAS در افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر تهران انجام گرفت.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود. دویست نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود به پژوهش به عنوان حجم نمونه این پژوهش انتخاب شدند. سپس چک لیست ویژگی‌های جمعیت شناختی و پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا را تکمیل نمودند. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، ضریب آلفای کرونباخ و روایی واگرا استفاده شد.

نتایج: یافته‌ها نشان داد تحلیل عاملی تاییدی از روایی چهار بُعد پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا CALPAS حمایت می‌کند، همچنین ابعاد پرسشنامه از برازش مطلوبی $P < 0/001$ برخوردار می‌باشند.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین با توجه به خصوصیات روان‌سنجی مطلوب این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای پیمان‌درمانی در افراد می‌باشد.

فاطمه عسکری و داود معنوی پور. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۲): ۴۸-۴۲.

نحوه استناد به مقاله:

مقدمه

بافت ارتباطی و مهمتر از آن، نوع رابطه‌ای که افراد با یکدیگر برقرار می‌کنند از عواملی محسوب می‌شوند که تاثیر چشمگیری در نوع رفتار اجتماعی انسان دارند. یکی از موقعیت‌های ویژه‌ای که در آن تجلی روابط بین‌فردی از اهمیت قابل توجهی برخوردار می‌شود، تعامل میان روان‌درمانگر و مراجع است. [۱] به‌طوری که امروزه تقریباً همه مشاوران و روان‌درمانگران صرف‌نظر گرایش‌های درمانی خود، اذعان دارند که اساسی‌ترین بخش فرآیند درمان و نیز مصاحبه کارآمد، رابطه متخصص و مراجع است. [۱] اصطلاح پیمان یا اتحاد به جنبه خاصی از رابطه مربوط می‌شود که بین مراجع و درمانگر در طول درمان شکل می‌گیرد. پیمان‌درمانی، تعامل خاصی است که در ساده‌ترین حالت بین دو فرد، یکی به‌عنوان درمانگر و دیگری به‌عنوان مراجع شکل می‌گیرد. از زمانی که فروید در اوایل قرن بیستم مفاهیم انتقال و انتقال متقابل را مطرح کرد، علاقه وافری به مفهوم پیمان‌درمانی ایجاد شده است. بی‌تردید بخشی از این علاقه، ناشی از این نگرش است که پیمان‌درمانی از بنیادی‌ترین بخش‌های تمام رویکردهای روان‌درمانی به‌ویژه رویکردهای روان‌پویشی، شناختی، روایتی و طرحواره‌ای به‌شمار می‌آید. [۱] بوردین [۲] معتقد است، پیمان‌درمانی یا اتحاد درمانی شامل سه مولفه، توافق بین درمانگر و مراجع در مورد اهداف درمان، تعهد مراجع در انجام وظایف درمان و پیوند بین مراجع و درمانگر می‌باشد. همچنین وی پیشنهاد داد که با پیشرفت در درمان، قدرت پیمان‌درمانی در دوره عادی وقایع، شکوفا خواهد شد. [۳] پیمان‌درمانی از طریق ایجاد توافق همدلانه بین درمانگر و مراجع کاربست مهمی در درمان دارد. [۴] به‌طوری که پژوهشگران معتقدند نگرانی اصلی همه درمانگران، پیمان‌درمانی یا همان قدرت رابطه درمانگر با مراجعان، می‌باشد. [۵] فروید پیمان‌درمانی را به‌عنوان شکلی از انتقال دید که بر اساس آن مراجع با درمانگر به گونه‌ای ارتباط برقرار می‌کند که کار درمانی را میسر می‌سازد. [۶] در حالی که از دیدگاه مکتب شناختی-رفتاری، پیمان‌درمانی چارچوبی است که تمام مراحل، مداخلات و پیامدهای درمان در آن رخ می‌دهد. به‌طوری که مدیریت انتقال، انتقال متقابل و مقاومت مراجع، نقش بسیار مهمی در تحکیم پیمان‌درمانی و پیامدهای مثبت درمان ایفا می‌کنند. [۷] مارتین و همکاران [۲۰۰۳] معتقدند رابطه درمانگر-مراجع و انتظارات بیماران از درمان و پیمان‌درمانی، پیش‌بین‌های مناسبی برای درجه‌بندی میزان کناره‌گیری یا پیامد درمانی است. البته انتظار مثبت به‌جای این که فرآیند اصلی تغییر باشد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان است. [۴] به‌طوری که در تمام مداخلات روان‌درمانی، پیمان‌درمانی به‌عنوان یکی از ضروریات درمانی مطرح شده است. [۸] اگرچه رابطه درمانی بین درمانگر یا مشاور و مراجع، از ابعاد گوناگونی برخوردار است اما بسیاری از پژوهشگران و درمانگران، پیمان‌درمانی را بنیادی‌ترین جنبه از این رابطه به‌شمار می‌آورند. از آنجایی که این سازه نظری به‌طور چشمگیری مهم است، طی سه دهه اخیر بستر پژوهش‌های فراوانی در زمینه مشاوره و روان‌درمانی بوده است، [۱] با این که اثبات تاثیرگذار بودن عوامل درمانی که منجر به پیشرفت درمان می‌شوند کار سختی می‌باشد. [۳، ۷، ۹-۱۱] اما محققین معتقدند، متغیر پیمان‌درمانی پیش‌بینی‌کننده اصلی نتایج درمانی و زیربنای اساسی اثربخشی روان‌درمانی است [۱۴-۱۲] و معمولاً مطابق توافق هدف، توافق وظیفه و پیوند درمانی مفهوم‌سازی می‌شود. [۲] از سویی دیگر، پیمان‌درمانی همیشه ثابت نمی‌ماند موقعیت‌هایی وجود دارند که باعث می‌شوند اتحاد تضعیف شود. برای درمانگر ضروری است که فوراً آن را تشخیص دهد و در مورد ترمیم آن کار کند با توجه به این که یکی از حیاتی‌ترین مهارت‌های مورد نیاز برای درمانگران، مهارت‌های ارتباطی بوده و پژوهش‌های متعددی موید وجود رابطه معنادار بین پیمان‌درمانی و نتایج درمان است، بنابراین داشتن پرسشنامه بومی‌سازی شده برای اندازگیری پیمان‌درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است. لذا هدف از این پژوهش بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا CALPAS در افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران است و در پی پاسخ به این سوال بود که آیا ترجمه فارسی پرسشنامه مذکور در بین افراد جامعه ایرانی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است یا خیر؟

روش

جامعه آماری این پژوهش توصیفی-تحلیلی، شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد دویست نفر براساس معیارهای ورود و خروج به پژوهش انتخاب شدند به این صورت که ابتدا لیستی از مراکز مشاوره تهیه و از بین آن‌ها، پنج مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شدند، سپس، با

مجذور خی، درجه آزادی، ریشه میانگین استاندارد شده مجذور باقی مانده‌ها، شاخص نیکویی برازش، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده، شاخص برازش هنجار شده، شاخص برازش نسبی بود. براساس معیارهای متداول، هر مدلی با معیار برازش بالاتر از نه دهم به عنوان مدلی قابل قبول پذیرفته می‌شود. با این حال نقطه برش نود و پنج صدم برای معیارهای برازش تعیین شد. همچنین مقادیر RMSEA کوچکتر از پنج صدم حاکی از برازش قابل قبول مدل، بین پنج صدم تا هشت صدم نشان دهنده برازش تقریباً خوب، بین هشت صدم تا یک دهم نشان دهنده برازش متوسط و بزرگتر از یک دهم حاکی از برازش ضعیف مدل است.

ابزار پژوهش: پرسشنامه اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیا CALPAS آخرین نسخه، برای ارزیابی چهار موردی که از دیدگاه نظری ابعاد اتحاد مشتق شده است، طراحی شده است. سازگار با این نظریه پردازی، تجزیه و تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس بارها و بارها این ابعاد را شناسایی کرده است. این پرسشنامه شامل بیست و چهار سوال است که هر کدام در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از «نه اصلاً» معادل یک «تاخیلی زیاد» برابر هفت ارزیابی شده است. مقیاس اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیا شامل چهار خرده مقیاس می‌باشد. **ظرفیت و گنجایش در حال کار بیمار PWC:** این مقیاس نشان‌دهنده توانایی بیمار برای کار فعالانه و هدفمند در درمان است. مولفه‌های این مقیاس خود آشکارسازی، افشاگری و خود بازتابی در زمینه موضوعات برجسته و مهم، تجربه احساسات قوی به شکل تعدیل شده استفاده فعالانه از نظرات درمانگر در زمینه حل مشکل‌ها است. سوال‌های سه، شش، هشت، یازده، هفده و بیست و دو این خرده مقیاس را اندازه‌گیری می‌کنند.

تعهد بیمار PC: این مقیاس نشان‌دهنده طرز تفکر بیمار نسبت به درمان، و تعهد به وارد شدن به فرایند کامل درمان است. اطمینانی که نشان می‌دهد تلاش‌ها منجر به ایجاد تغییر می‌شود. سوال‌های یک، چهار، دوازده، پانزده، هجده و بیست و یک این خرده مقیاس را اندازه‌گیری می‌کنند.

توافقات بر سر استراتژی کاری WSC: نشان‌دهنده درجه‌ای از توافقات ضمنی و آشکار بین بیمار و درمانگر است که چگونه درمان باید ادامه یابد. در واقع بیمار و درمانگر با یکدیگر در یک تلاش مشترک کار می‌کنند. سوال‌های ده، چهارده، شانزده، نوزده، بیست و بیست و سه این خرده مقیاس را اندازه‌گیری می‌کنند.

فهم و مشارکت درمانگر TUI: این مقیاس نمایانگر شرح دادن پذیرش بدون قضاوت بیمار، فهم رنج و درد و دیدگاه ذهنی بیمار، مداخله در زمان‌بندی و موقع‌شناسی و تعهد درمانگر به بیمار برای غلبه بر مشکل‌ها است. سوال‌های دو، پنج، هفت، نه، سیزده و بیست و

حضور در مراکز، در خصوص هدف طرح، نحوه تکمیل پرسشنامه، محرمانه ماندن اطلاعات و ملاحظات اخلاقی توضیحات لازم داده شد. در ابتدا عملیات ترجمه باز مقیاس اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیا به شرح ذیل انجام شد. دو نفر از همکاران پژوهش این پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند سپس دو ترجمه با هم مقایسه شدند. یک نسخه از مقیاس ترجمه شده فارسی به مترجم سوم داده شد. نسخه‌های به انگلیسی برگردانده شده با نسخه اصلی تطبیق داده شد و توسط تیم پژوهش مورد بررسی و تایید قرار گرفت. برای بررسی مقدماتی مقیاس، پرسشنامه‌ها در اختیار سی نفر از اعضا گروه‌های مورد بررسی قرار گرفت و بعد بررسی‌های لازم، پیش‌نویس نسخه ایرانی اصلاح شد. در مرحله اعتباریابی ابتدا با نظر خواهی از متخصصین روانشناسی و استادان دانشگاه متخصص در رشته روانشناس، روایی محتوا و سپس با نظر شرکت‌کنندگان پژوهش روایی صورتی و با تکمیل پرسشنامه توسط نمونه مورد بررسی و تکمیل مجدد آن در ده روز بعد مورد تایید قرار گرفت.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: حداقل یک جلسه در جلسات مشاوره و روان‌درمانی شرکت کرده باشند، دارای مشکل‌های روانی حاد که بر نتیجه پژوهش تأثیر بگذارد نباشند، از تحصیلات حداقل دیپلم بهره‌مند باشند.

خروج: مشکل روانی حاد که بر نتیجه پژوهش تأثیر بگذارد. تمایل نداشتن به پاسخگویی به پرسشنامه.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، جهت بررسی پایایی ابزار از روش‌های همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و برای محاسبه روایی از روایی واگرا و روایی سازه با کمک تحلیل عاملی به شیوه چرخش از نوع واریماکس استفاده شد. همچنین شاخص‌های نیکویی برازش مدل شامل

چهار این خرده مقیاس را اندازگیری می‌کند.

کل هشتاد و سه صدم است. همبستگی بین مقیاس‌های پرسشنامه از سی و هفت صدم تا شصت و دو صدم است.

سوال‌های یک، دو، پنج، شش، هشت، نه، چهارده، پانزده، هجده، بیست، بیست و دو و بیست و سه به صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. نمره کل خرده مقیاس‌ها نشان دهنده میزان کیفیت پیمان درمانی است. نتایج پژوهش گاستون ۱۹۹۱ [۱۵] نشان داد ضرایب ثبات درونی از چهل و سه صدم تا هفتاد و سه صدم برای زیر مقیاس‌ها متغیر بوده و برای

یافته‌ها

در این پژوهش دو بیست نفر نمونه مورد بررسی قرار گرفتند که توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی‌شان در جدول شماره یک آمده است. در جدول شماره دو توزیع نسبی گویه‌های سازنده پرسشنامه پیمان درمانی پرداخته شد. برای سنجش پیمان درمانی، چهار بعد و بیست و چهار گویه در نظر گرفته شده بود اما از آن‌جا

جدول (۳) بارعاملی ابعاد و گویه‌های سازنده پیمان درمانی		
ابعاد	بارعاملی	بارعاملی
ظرفیت و گنجایش در حال درمان بیمار	۰/۹۱۹	۳
	۰/۳۴۸	۶
	۰/۳۷۳	۸
	۰/۳۱۸	۱۱
	۰/۵۴۹	۱۷
	۰/۵۳۵	۱
	۰/۵۸۳	۴
	۰/۴۸۴	۱۲
	۰/۵۳۲	۱۵
	۰/۳۷۸	۱۸
	۰/۴۳۲	۲۱
توقعات بر سر استراتژی کاری	۰/۹۸۰	۱۰
	۰/۶۲۶	۱۴
	۰/۶۴۸	۱۶
	۰/۶۳۷	۲۳
فهم و مشارکت درمانگر	۰/۹۸۵	۲
	۰/۴۵۷	۵
	۰/۴۴۶	۷
	۰/۵۶۵	۹
	۰/۷۳۶	۱۳
	۰/۶۰۷	۲۴
	۰/۶۳۱	

جدول (۴) توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب گویه‌های سازنده ابعاد چهارگانه مفهوم پیمان درمانی									
طیف نظرات بر حسب درصد									
جمع	خیلی زیاد	کاملاً زیاد	بیش از حد معمول	در حد	تا حدی	کمی	نه	گویه	بعد
۱۰۰	۲۰	۳۵	۱۸/۵	۹	۱۰	۵	۲/۵	۳	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۳	۷/۵	۸/۵	۱۵/۵	۱۸/۵	۲۸	۱۹	۶	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۱	۵/۵	۱۵/۵	۱۸	۱۰	۳۵	۱۵	۸	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۱۸/۵	۲۸	۲۲	۱۵	۹/۵	۴/۵	۱/۵	۱۱	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۲۵	۲۹/۵	۱۱/۵	۱۵/۵	۱۰	۶	۲/۵	۱۷	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۵	۳	۳	۹	۱۹	۲۵/۵	۳۵/۵	۱	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۳۲	۲۳/۵	۲۳	۵/۵	۹/۵	۴	۲/۵	۴	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۱۸/۵	۳۹/۵	۱۴	۱۴	۸	۴/۵	۱/۵	۱۲	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۴	۵/۵	۶	۱۲/۵	۱۹	۲۴	۲۹	۱۵	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۷	۴	۹/۵	۱۰	۱۶	۳۵/۵	۱۸	۲۱	ظرفیت و گنجایش بیمار
۱۰۰	۱۸	۲۲/۵	۱۸	۲۱/۵	۶/۵	۹/۵	۴	۱۰	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۲۴	۳۳/۵	۱۵/۵	۱۵/۵	۸/۵	۳	۰	۱۰	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۴	۳/۵	۱۱	۱۷	۱۴	۲۰/۵	۳۰	۱۴	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۲۱/۵	۳۸/۵	۱۷	۱۵	۴/۵	۲/۵	۱	۱۶	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۳/۵	۴	۶/۵	۱۳/۵	۱۶	۳۴	۲۲/۵	۲۳	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۱/۵	۱	۶/۵	۸	۱۲	۱۷/۵	۵۱/۵	۲	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۰/۵	۳/۵	۳	۷/۵	۱۰/۵	۲۲/۵	۵۱/۵	۵	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۴۱/۵	۲۸/۵	۶/۵	۹	۹	۵	۰/۵	۷	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۰	۲/۵	۲	۱۲/۵	۸/۵	۲۳	۵۱/۵	۱۳	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۳۲/۵	۳۴	۱۴/۵	۱۱/۵	۳	۱	۳/۵	۹	توقعات بر سر استراتژی
۱۰۰	۳۳/۵	۲۸	۱۴	۶	۴/۵	۴	۰	۲۴	توقعات بر سر استراتژی

جدول (۱) نتایج توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه مورد بررسی		
متغیر	سطوح	فراوانی
جنسیت	زن	۱۴۵ (۷۲/۵)
	مرد	۵۵ (۲۷/۵)
سن	کمتر از ۲۵	۳۷ (۱۹/۵)
	۲۵-۳۰	۴۰ (۲۰)
	۳۱-۳۵	۸۵ (۴۲/۵)
	بالای ۳۵	۳۸ (۱۹)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۴۳ (۷۱/۵)
	متاهل	۴۸ (۲۴)
	مطلقه	۹ (۴/۵)
وضعیت تحصیلات	دیپلم	۱۰۲ (۱۵)
	فوق دیپلم	۲۴ (۱۲)
	لیسانس	۸۵ (۴۲/۵)
	فوق لیسانس	۵۵ (۲۷/۵)
وضعیت شغلی	دکتری	۱۵ (۷/۵)
	شاغل	۱۶۳ (۸۱/۵)
	بیکار	۳۰ (۱۵)
تعداد جلسات مشاوره	خانهدار	۷ (۳/۵)
	بین ۱ تا ۳	۴۴ (۲۲)
	بین ۴ تا ۶	۸۶ (۴۳)
بیش از ۶		۷۰ (۳۵)

جدول (۵) توضیح گویه‌ها

۱. مواقعی که از درمان خود ناامید شدید، چقدر به این فکر افتادید که درمان را متوقف کنید. // ۲. چقدر توسط درمانگر خود برای انجام تغییراتی که آمادگی آن‌ها را نداشتید تحت فشار قرار گرفتید. // ۳. وقتی که درمانگر شما یک موقعیت خاص را برایتان تحلیل می‌کرد، چقدر در ذهنتان موقعیت‌های مشابهی در زندگی تداعی می‌شود. // ۴. چقدر حس می‌کنید حتی با وجود لحظاتی از شک و تردید سردرگمی، گیجی و بی‌اعتمادی که در طول درمان دچار آن می‌شوید آن درمان روی‌هم‌رفته ارزشمند است. // ۵. چقدر راهکارها و تحلیل‌های درمانگران طوری بوده که شما فکر کنید نیازهای خود را قبل از نیازهای شما در نظر گرفته است. // ۶. چقدر اتفاق می‌افتد مساله‌های مهمی که به ذهنتان خطور می‌کند را نزد خود حفظ کنید و با درمانگران در میان نگذارید. // ۷. چقدر احساس می‌کنید به‌خاطر آنچه هستید از سوی درمانگران پذیرفته شده بودید و به شما احترام گذاشته می‌شد. // ۸. در طول هر جلسه درمان چقدر از احساسات خود را پنهان کردید. // ۹. چقدر احساس می‌کنید راهکارها و تحلیل‌های درمانگران برای شما بی‌فایده بوده است یعنی این‌که گیج کننده و اشتباه بوده و اصلاً بدرد شما نمی‌خورده است. // ۱۰. چقدر احساس کرده‌اید که برای غلبه بر مشکلاتتان، شما و درمانگران با هم وارد یک تلاش هدفمند شده‌اید. // ۱۱. چقدر احساس راحتی می‌کردید تا مساله‌های خصوصیتان را با درمانگر خود مطرح کنید، مساله‌هایی که در حالت عادی از بیان آن‌ها احساس شرم و ناراحتی می‌کنید. // ۱۲. در هر جلسه درمان، باوجود این‌که ممکن بود راه حل فوری برای مشکلاتتان پیدا نشود، چقدر به ادامه صحبت درباره مشکلاتتان مشتاق بودید. // ۱۳. در هر جلسه درمان، درمانگران برای کمک به حل مشکلات شما چقدر متعهد بود. // ۱۴. چقدر در مورد تغییراتی که مایل بودید در فرایند درمان شما انجام شود با درمانگر خود اختلاف نظر داشتید. // ۱۵. چقدر به خاطر زمان، هزینه و یا دیگر موارد مربوط به درمانتان ناراحت شدید. // ۱۶. احساس کردید که درمانگران آن چیزی را که شما از جلسه درمان انتظار داشتید درک کرده است. // ۱۷. در طول جلسه درمان، چقدر برای شما مهم بوده است تا نگاهی به شیوه‌هایی بیابانید که با آن‌ها می‌توانید نقشی در حل مشکلات خود داشته باشید. // ۱۸. چقدر درگیر این مساله‌هایی بودید که این روش درمان، بهترین شیوه برای کمک به حل مشکلاتتان بوده است. // ۱۹. از ابتدا چقدر اعتماد داشتید که از طریق تلاش‌هایتان و تلاش‌های درمانگران می‌توانید از مشکلاتتان رهایی یابید و به آرامش برسید. // ۲۰. چقدر با درمانگران درباره موضوعاتی که مهم هستند و باید در طول هر جلسه بر روی آن‌ها کار شود اختلاف نظر داشتید. // ۲۱. درمانگران چقدر به شما کمک کرده تا به فهم عمیق‌تری از مشکلاتتان دست یابید.

که بارعاملی گویه‌های نوزدهم، بیستم و بیست و دوم به ترتیب برابر بیست و پنج صدم، یک صدم و پانزده صدم مطلوب نبود، لذا مدل عاملی این مفهوم با حذف این سه گویه دوباره اجرا گردید که نتایج حاصل از بار عاملی مدل عاملی ابعاد و گویه‌های سازنده پیمان درمانی به شرح جدول شماره سه می‌باشد. همان‌طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌شود

جدول (۶) شاخص‌های برازش مدل سنجش پیمان درمانی				
ردیف	معیارهای برازش مدل	نام اختصاری	مقدار	تفسیر
۱	نسبت کای دو به درجه آزادی	χ^2/df	۲/۸۴۵	مطلوب
۲	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۲۸	مطلوب
۳	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۱۰	مطلوب
۴	شاخص برازش چهار ضلع	NFI	۰/۹۴۸	مطلوب
۵	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۳۴	مطلوب
۶	ریشه میانگین مربعات خطای تقریب	RMSEA	۰/۰۷۶	مطلوب

مقدار بارعاملی همه ابعاد و گویه‌های سازنده پیمان‌درمانی بزرگتر از سی صدم می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت تمامی بارهای عاملی مطلوب می‌باشند. نتایج حاصل از شاخص‌های برازش مدل پیمان‌درمانی به شرح جدول شماره چهار می‌باشد. همان‌طور

که در جدول شماره چهار مشاهده می‌شود برازندگی تحلیل مذکور بررسی شد و همان‌طور که شاخص‌ها نشان می‌دهند برازندگی بسیار مطلوب است. با توجه به این که تمامی شاخص‌های برازش جدول شماره چهار مطلوب می‌باشند می‌توان گفت، ابعاد و گویه‌های انتخاب شده برای سنجش پیمان‌درمانی از روایی لازم برخوردار می‌باشند و به خوبی می‌توانند مفهوم مذکور را بسنجند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا در افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران بود. به این منظور با استفاده از روش‌های آماری تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، ضریب آلفای کرونباخ و روایی و اگر پرسشنامه بررسی شد. نتایج نشان داد تحلیل عامل تاییدی از روایی چهار بعد پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا حمایت می‌کند، همچنین نتایج نشان داد که ابعاد پرسشنامه از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشند. به‌طوری که می‌توان گفت، ابعاد و گویه‌های انتخاب شده برای سنجش پیمان‌درمانی از روایی لازم برخوردار می‌باشند و به خوبی می‌توانند مفهوم مذکور را بسنجند. همچنین میزان ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای سازه پیمان‌درمانی بزرگتر از هفتاد صدم بود و این موضوع نشان دهنده همبستگی درونی مناسب بین متغیرها برای سنجش مفاهیم مورد نظر است و به این ترتیب می‌توان گفت که ابزار سنجش پژوهش حاضر از قابلیت اعتماد و یاپایی لازم برخوردار است. این یافته پژوهش با نتایج آرنو و همکاران [۱۲] همسو است. مارتین و همکاران [۳] معتقدند رابطه درمانگر-مراجع و انتظارات بیماران از درمان و پیمان‌درمانی، پیش‌بین‌های مناسبی برای درجه‌بندی میزان کناره‌گیری یا پیامد درمانی است؛ البته انتظار مثبت به‌جای این که فرآیند اصلی تغییر باشد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان است. [۴] به‌طوری که در تمام مداخلات روان‌درمانی، پیمان‌درمانی به‌عنوان یکی از ضروریات درمانی مطرح شده است و بی‌شک موثرترین سازه در فرآیند درمان و بهترین پیش‌بینی‌کننده پیامد درمان است. چرا که تجربه یک پیمان‌درمانی خوب باعث تغییر نشانه‌ها می‌گردد. تغییر نشانه‌ها بر درک شخص از پیمان تاثیر می‌گذارد، همچنین دو متغیر پیمان‌درمانی و نتیجه درمان تاثیر متقابل بر یکدیگر دارند. [۵، ۸ و ۱۲] گرین ۲۰۰۶ پیمان‌درمانی را اصطلاحی موجز می‌داند، در حالی که به تعدادی از فرآیندهای بین‌فردی درمان‌های روان‌شناختی اطلاق می‌شود که به‌صورت کلی می‌توانند موازی با تکنیک‌های خاص درمانی به گونه‌ای موثر نقش ایفا کنند. به‌طوری که بیشتر تعاریف نظری از پیمان‌درمانی معمولاً سه موضوع را پوشش می‌دهند: - ماهیت مشارکتی ارتباط؛ - پیوند عاطفی بین مراجع و درمانگر؛ - توانایی درمانگر و مراجع در پذیرش تکالیف و اهداف درمان. [۳] از سویی دیگر، اگرچه، پیمان‌درمانی زیربنای اساسی اثر بخشی روان‌درمانی است اما، پیمان‌درمانی پایین، عامل خطر بسیار مهمی در فرآیند ریزش می‌باشد. [۱ و ۱۲]

محدودیت‌ها: با وجود برازش کافی و ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبول، این ابزار با محدودیت‌هایی همراه است. پژوهش‌های داخلی کمی جهت بررسی و سنجش میزان انطباق پیمان‌درمانی با پژوهش‌های خارجی انجام شده است. همچنین محدودیت دسترسی به منابع اصلی از جمله کتب و مقالات پژوهشی، حتی با وجود تلاش‌های فراوان در این زمینه از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. به همین سبب انجام پژوهش‌های دیگری در رابطه با اعتباریابی و تایید یافته‌های این پژوهش ضروری است.

پیشنهادهای: پیشنهاد می‌شود میزان پیمان‌درمانی در میان مراجع و درمانگر در طول جلسات درمانی به‌صورت متقارن و ترسیم نمودار رشدی پیمان؛ به‌منظور مشخص شدن تفاوت‌ها در ارزیابی‌های انجام شده توسط مراجع و درمانگر و سطوح پیمان میان مراجعانی که در گروه‌های سنی متفاوتی می‌باشند به‌خصوص کودکان و نوجوانان بررسی شود. با توجه به اهمیت پیمان‌درمانی در فرآیند درمان، پیشنهاد می‌شود هر درمانگر متناسب با سبک درمانی مورد استفاده، طول مدت درمان و ویژگی‌های اختصاصی درمانجو در طول فرآیند درمان و به‌صورت متناوب به‌عنوان مثال پس از سه یا پنج جلسه پس از شروع درمان، با ابزار مناسب سطح پیمان‌درمانی را ارزیابی نموده و با توجه به نتایج آن به اصلاح

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله گواهی می‌کنند هیچ نوع تضاد منافی از جمله نویسندگان با یکدیگر، یا با افرادی خارج از تیم نویسندگان و یا با سازمان‌ها و... وجود ندارد.

فرآیند درمانی پردازد. به دلیل کمبود منابع و پژوهش‌های داخلی و اهمیت متغیر پیمان‌درمانی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران و درمانگران با رویکردهای مختلف و گروه‌های سنی متفاوت تحقیقات بیشتری انجام دهند تا بتوان یافته‌های بیشتری درباره این موضوع مهم بدست آورد. **سپاسگزاری:** نویسندگان مقاله از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان محترم که وقت گرانبهایشان را در اختیار این پژوهش گذاشتند تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

منابع

References:

1. Nejati V, Zabihzadeh A, Nikfarjam M. The relationship of mindfulness with sustained and selective attentional performance. *Research in Cognitive and Behavioral Sciences*. 2012;2(2):31-42. [Persian]. https://cbs.ui.ac.ir/article_17294.html?lang=en
2. Bordin E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1979;16(3):252, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>
3. Castonguay L.G, Holtforth M.G. Change in psychotherapy: A plea for no more "nonspecific" and false dichotomies. 2005, <https://psycnet.apa.org/record/2005-05431-013>
4. Babapour Kheiroddin J, Pursarifi H, Soudmand M. The role of therapeutic alliance and attachment styles in treatment drop-out among substance abusers. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2018;12(46):173-88, [Persian]. <http://etiadjpajohi.ir/article-1-1120-en.html>
5. Garfield R. The therapeutic alliance in couples therapy: Clinical considerations. *Family process*. 2004;43(4):457-65, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15605978/>
6. Macneil C.A, Hasty M.K, Berk M, Henry L, Evans M, Redlich C, Daglas R, McGorry P.D, Conus P. Psychological needs of adolescents in the early phase of bipolar disorder: Implications for early intervention. *Early Intervention in Psychiatry*. 2011;5(2):100-7, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21535422/>
7. Kazdin A.E. Treatment outcomes, common factors, and continued neglect of mechanisms of change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 184-188. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi023>
8. Cheng T.C, Lo C.C. A longitudinal analysis of factors associated with therapeutic alliances. *Community Mental Health Journal*. 2018;54:782-92, <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0229-1>
9. Craighead W.E, Sheets E.S, Bjornsson A.S, Arnarson E.O. Specificity and nonspecificity in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 189-193. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi024>
10. DeRubeis R.J, Brotman M.A, Gibbons C.J. A conceptual and methodological analysis of the non-specificity argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005;12(2):174, <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpi022>
11. Wampold B.E. Establishing specificity in psychotherapy scientifically: Design and evidence issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 194-197. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi025>
12. Arnou B.A, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino M.J, Klein D.N, Markowitz J.C, Rothbaum B.O, Thase M.E, Fisher A.J, Kocsis J.H. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2013;81(4):627, <https://doi.org/10.1037/a0031530>
13. Horvath A.O, Del Re A, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;48(1):9, <https://doi.org/10.1037/a0022186>
14. Shattock L, Berry K, Degnan A, Edge D. Therapeutic alliance in psychological therapy for people with schizophrenia and related psychoses: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2018;25(1):e60-e85, <https://doi.org/10.1002/cpp.2135>
15. Gaston L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales—patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991;3(1):68, <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.68>