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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

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 کالیفرنیاCALPAS در افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران انجام گرفت.

روش: این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است. جامعه‌آماری پژوهش کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۶ بود. دویست نفر به‌روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای ورود به پژوهش به‌عنوان 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 عامل تاییدی از روایی چهار بُعد پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیاCALPAS 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.

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

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

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 تقریبا 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.[٤] به‌طوری که پژوهشگران معتقدند نگرانی اصلی همه درمانگران، پیمان‌درمانی یا همان قدرت رابطه درمانگر با مراجعان، می‌باشد.[٥] 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.[٦] در حالی‌که 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 همکاران۲۰۰۰[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 این‌که فرآیند اصلی تغییر باشد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان است.[٤] 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 این‌که اثبات تاثیرگذار بودن عوامل درمانی که منجر به پیشرفت درمان می‌شوند کار سختی می‌باشد.[۳،۷و۱۱-۹] اما محققین معتقدند، متغیر پیمان‌درمانی پیش‌بینی‌کننده اصلی نتایج درمانی و زیربنای اساسی اثربخشی روان‌درمانی است[۱٤-۱۲] و معمولا 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 فورا آن را تشخیص دهد و در مورد ترمیم آن کار کند

با توجه به این‌که 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 کالیفرنیاCALPAS 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

جامعه‌آماری این پژوهش توصیفی-تحلیلی، شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹٦ 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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

حضـور در مراکز، در خصوص هدف طرح، نحـوه تکمیـل پرسشـنامه، محرمانـه ماندن اطلاعات و ملاحظـات اخلاقی توضیحات لازم داده شـد. در ابتدا عملیـات ترجمه باز مقیاس اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیا به شـرح ذیل انجام شـد. دو نفر از همکاران پژوهش این پرسشنامه را به فارسی ترجمه کردند سپس دو ترجمه با هم مقایسـه شدند. یک نسخه از مقیاس ترجمه شـده فارسـی به مترجم سوم داده شد. نسـخه های به انگلیسی برگردانده شده با نسـخه اصلی تطبیق داده شد و توسط تیم پژوهش مورد بررسـی و تایید قرار گرفت . برای بررسـی مقدماتی مقیاس، پرسشنامه‌ها در اختیار سـی نفر از اعضـا گروه‌های مورد بررسـی قرار گرفت و بعد بررسـی های لازم ، پیش‌نویس نسـخه ایرانی اصلاح شـد. در مرحلـه اعتباریابـی ابتـدا با نظـر خواهی از متخصصین روانشناسـی و اسـتادان دانشگاه متخصص در رشته روانشـناس، روایی محتوا و سپس با نظر شرکت‌کنندگان پژوهش روایی صوری و با تکمیل پرسشـنامه توسـط نمونه مورد بررسـی و تکمیل مجـدد آن در ده روز بعد مورد تایید قرار گرفت.

ملاک‌های ورود و خروج

ورود: حداقـل یـک جلسـه در جلسـات مشاوره و روان‌درمانی شـرکت کرده باشند، دارای مشـکل‌های روانی حاد کـه بر نتیجه پژوهش تاثیر بگذارد نباشـند، از تحصیلات حداقل دیپلم بهره‌مند باشند.

خروج: مشـکل روانـی حاد که بـر نتیجه پژوهـش تاثیـر بگـذارد . تمایل نداشـتن به پاسخگویی به پرسشنامه.

بعد از جمـع‌آوری داده‌ها، جهت بررسـی پایایی ابـزار از روش‌های همسـانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ اسـتفاده شـد و برای محاسـبه روایی از روایی واگرا و روایی سازه با کمـک تحلیـل عاملی به شـیوه چرخش از نـوع واریماکس اسـتفاده شـد. همچنین شـاخص‌های نیکویـی برازش مدل شـامل مجذور خی، درجه آزادی، ریشـه میانگین اسـتاندار شده مجذور باقی مانده‌ها، شـاخص نیکویی برازش، شـاخص نیکویـی برازش اصلاح شده، شـاخص برازش هنجار شده، شاخص برازش نسبی بود. براساس معیارهـای متداول، هر مدلـی با معیار برازش بالاتر از نـه دهم به‌عنوان 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 نشـان دهنده برازش تقریبا خوب، بین هشـت صدم تا یک دهم نشـان دهنده برازش متوسـط و بزرگتر از یک دهـم حاکی از برازش ضعیف مدل است.

ابزار پژوهش: پرسشـنامه اتحاد روان‌درمانی کالیفرنیاCALPAS آخرین نسـخه، برای ارزیابـی چهار موردی که از دیـدگاه نظری ابعاد اتحاد مشـتق شـده اسـت، طراحی شده اسـت. سـازگار با این نظریه پردازی، تجزیه و تحلیل عاملی اکتشـافی بـا چرخش واریماکس بارها و بارها این ابعاد را شناسـایی کرده اسـت. این پرسشـنامه شامل بیست و چهار سـوال اسـت که هر کدام در مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از «نه اصلا» معادل یک «تاخیلی زیاد» برابر هفت ارزیابی شـده 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 برجسـته و مهم، تجربه احساسـات قوی به شـکل 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 اندازگیری می‌کنند.

تعهـد بیمـار PC: این مقیاس نشـان دهنده طرز تفکر بیمار نسـبت به درمان، و تعهد به وارد شـدن به فرایند کامل درمان است. اطمینانی که نشـان می‌دهد تلاش‌ها منجر به ایجاد تغییر می‌شـود. سوال‌های یک، چهـار، دوازده، پانـزده، هجده و بیسـت و یک این خـرده مقیاس را اندازگیری می‌کنند.

توافقـات بـر سـر اسـتراتژی کاری WSC: نشـان‌دهنده درجه‌ای از توافقات ضمنی و آشـکار بین بیمار و درمانگر است که چگونه درمان بایـد ادامه یابـد. در واقع بیمـار و درمانگر با یکدیگـر در یک تلاش مشترک کار می‌کنند. سـوال‌های ده، چهارده، شانزده، نوزده، بیست و بیست و سه این خرده مقیاس را اندازگیری می‌کنند.

فهـم و مشـارکت درمانگر TUI: ایـن مقیاس نمایانگر شـرح دادن پذیـرش بدون قضاوت بیمار، فهـم رنج و درد و دیـدگاه ذهنی بیمار، مداخله در زمان‌بندی و موقع‌شناسی و تعهد درمانگر به بیمار برای غلبه بر مشـکل‌ها است. سـوال‌های دو، پنج، هفت، نه، سـیزده و بیست و

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

چهار این خرده مقیاس را اندازگیری می‌کند.
سوال‌های یک، دو، پنج، شش، هشت، نه، چهارده، پانزده، هجده، بیست، بیست و دو و بیست و سه به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده‌اند. نمره کل خرده مقیاس‌ها نشان دهنده میزان کیفیت پیمان‌درمانی است. نتایج پژوهش گاستون۱۹۹۱[۱۵] نشان داد ضرایب ثبات درونی از چهل و سه صدم تا هفتاد و سه صدم برای زیر مقیاس‌ها متغیر بوده و برای کل هشتاد و سه صدم است. همبستگی بین مقیاس‌های پرسشنامه از سی و هفت صدم تا شصت و دو صدم است.

یافته‌ها

در این پژوهش دویست 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 پیمان‌درمانی پرداخته شد. برای سنجش پیمان‌درمانی، چهار بعد و بیست و چهار گویه در نظر گرفته شده بود اما از آن‌جا که بارعاملی گویه‌های نوزدهم، بیستم و بیست و دوم به‌ترتیب 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 پیمان‌درمانی به شرح جدول شمارهد سه می‌باشد. همان‌طور که در جدول شماره سه مشاهده می‌شود

جدول(۱) نتایج توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی

	متغیر	سطوح	فراوانی(٪)
ویژگی‌های جمعیت شناختی	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	۱۰۲۱/۵)
		فوق‌دیپلم	۲۴(۱۲)
		لیسانس	۸۵(۴۲/۵)
		فوق‌لیسانس	۵۵(۲۷/۵)
		دکتری	۱۵(۷/۵)
	وضعیت شغلی	شاغل	۱۶۳(۸۱/۵)
		بیکار	۳۰(۱۵)
		خانه‌دار	۷(۳/۵)
	تعداد جلسات مشاوره	بین ۱ تا ۳	۴۴(۲۲)
		بین ۴ تا ۶	۸۶(۴۳)
		بیش از ۶	۷۰(۳۵)

جدول(۲) توزیع نسبی پاسخگویان بر حسب گویه‌های سازنده ابعاد چهارگانه مفهوم پیمان درمانی

بعد	گویه*	طیف نظرات بر حسب درصد						جمع
		نه	کمی	تا حدی	درحد معمول	بیش از حد معمول	کاملا زیاد	خیلی زیاد	
ظرفیت و گنجایش بیمار	۳	۲/۵	۵	۱۰	۹	۱۸/۵	۳۵	۲۰	۱۰۰
	۶	۱۹	۲۸	۱۸/۵	۱۵/۵	۸/۵	۷/۵	۳	۱۰۰
	۸	۱۵	۳۵	۱۰	۱۸	۱۵/۵	۵/۵	۱	۱۰۰
	۱۱	۱/۵	۴/۵	۹/۵	۱۵	۲۲	۲۸	۱۸/۵	۱۰۰
	۱۷	۲/۵	۶	۱۰	۱۵/۵	۱۱/۵	۲۹/۵	۲۵	۱۰۰
تعهد بیمار	۱	۳۵/۵	۲۵/۵	۱۹	۹	۳	۳	۵	۱۰۰
	۴	۲/۵	۴	۹/۵	۵/۵	۲۳	۲۳/۵	۳۲	۱۰۰
	۱۲	۱/۵	۴/۵	۸	۱۴	۱۴	۳۹/۵	۱۸/۵	۱۰۰
	۱۵	۲۹	۲۴	۱۹	۱۲/۵	۶	۵/۵	۴	۱۰۰
	۱۸	۱۸	۳۵/۵	۱۶	۱۰	۹/۵	۴	۷	۱۰۰
	۲۱	۴	۹/۵	۶/۵	۲۱/۵	۱۸	۲۲/۵	۱۸	۱۰۰
توقعات بر سر استراتژی کاری	۱۰	۰	۳	۸/۵	۱۵/۵	۱۵/۵	۳۳/۵	۲۴	۱۰۰
	۱۴	۳۰	۲۰/۵	۱۴	۱۷	۱۱	۳/۵	۴	۱۰۰
	۱۶	۱	۲/۵	۴/۵	۱۵	۱۷	۳۸/۵	۲۱/۵	۱۰۰
	۲۳	۲۲/۵	۳۴	۱۶	۱۳/۵	۶/۵	۴	۳/۵	۱۰۰
فهم و مشارکت درمانگر	۲	۵۳/۵	۱۷/۵	۱۲	۸	۶/۵	۱	۱/۵	۱۰۰
	۵	۵۱/۵	۲۳/۵	۱۰/۵	۷/۵	۳	۳/۵	۰/۵	۱۰۰
	۷	۰/۵	۵	۹	۹	۶/۵	۲۸/۵	۴۱/۵	۱۰۰
	۹	۵۱/۵	۲۳	۸/۵	۱۲/۵	۲	۲/۵	۰	۱۰۰
	۱۳	۳/۵	۱	۳	۱۱/۵	۱۴/۵	۳۴	۳۲/۵	۱۰۰
	۲۴	۰	۴	۴/۵	۶	۱۴	۳۸	۳۳/۵	۱۰۰

جدول(۳) بارعاملی ابعاد و گویه‌های سازنده پیمان درمانی

ابعاد	بارعاملی	گویه*	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
تعهد بیمار	۰/۹۶۶	۱	۰/۵۸۳
		۴	۰/۴۸۴
		۱۲	۰/۵۰۶
		۱۵	۰/۵۳۲
		۱۸	۰/۳۷۸
		۲۱	۰/۴۳۲
توقعات بر سر استراتژی کاری	۰/۹۸۰	۱۰	۰/۶۲۶
		۱۴	۰/۴۶۸
		۱۶	۰/۶۴۹
		۲۳	۰/۶۳۷
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(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 درمانگرتان طوری بوده که شما فکر کنید نیازهای خودش 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 درمانگرتان در میان نگذارید./// ۷. چقدر احساس می‌کنید به‌خاطر آنچه هستید از سوی درمانگرتان 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 درمانگرتان برای شما بی‌فاید بوده است یعنی این‌که گیج کننده و اشتباه بوده و اصلا بدرد شما نمی‌خورده است./// ۱۰. چقدر احساس کرده‌اید که برای غلبه بر مشکلاتتان، شما و درمانگرتان 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، درمانگرتان 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 درمانگرتان 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 بیاندازید 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./// ۲۱. از ابتدا چقدر اعتماد داشتید که از طریق تلاش‌هایتان و تلاش‌های درمانگرتان می‌توانید از مشکلاتتان رهایی یابید و به آرامش برسید./// ۲۳. چقدر با درمانگرتان درباره موضوعاتی که مهم هستند و باید در طول هر جلسه بر روی آن‌ها کار شود اختلاف نظر داشتید./// ۲۴.درمانگرتان چقدر به شما کمک کرده تا به فهم عمیقتری از مشکلاتتان دست یابید.

جدول(٤) شاخص‌های برازش مدل سنجش پیمان درمانی

ردیف	معیارهای برازش مدل	نام اختصاری	مقدار	حد مطلوب	تفسیر
۱	نسبت کای دو به درجه آزادی	χ^2/df	۲/۸۴۵	<۵	مطلوب
۲	شاخص نیکویی برازش	GFI	۰/۹۲۸	>۰/۹۰	مطلوب
۳	شاخص نیکویی برازش تعدیل شده	AGFI	۰/۹۱۰	>۰/۹۰	مطلوب
۳	شاخص برازش هنجار شده	NFI	۰/۹۴۸	>۰/۹۰	مطلوب
۴	شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۳۴	>۰/۹۰	مطلوب
۶	ریشه میانگین مربعات خطای تقریب	RMSEA	۰/۰۷۶	<۰/۰۸	مطلوب

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

مقـدار بارعاملـی همـه ابعـاد و گویه‌های سـازنده پیمان‌درمانـی بزرگتر از سـی صدم می‌باشد، بنابراین می‌توان گفت تمامی بارهای عاملی مطلوب می‌باشـند. نتایـج حاصل از شـاخص‌های برازش مـدل پیمان‌درمانی به شرح جدول شماره چهار می‌باشد. همان‌طور که در جدول شـماره چهار مشاهده می‌شـود برازندگی تحلیل مذکور بررسی شـد و همان‌طور که شاخص‌ها نشـان می‌دهند برازندگی بسیار مطلوب اسـت. با توجه بـه این‌که تمامی شـاخص‌های برازش جدول شماره چهار مطلوب می‌باشند می‌توان گفت، ابعاد و گویه‌های انتخاب شده برای سـنجش پیمان‌درمانی از روایی لازم برخوردار می‌باشند و به خوبی می‌توانند مفهوم مذکور را بسنجند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسـی 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 واگرا پرسشنامه بررسی شد. نتایج نشان داد تحلیل عامل تاییدی از روایی چهار بعد پرسشنامه پیمان‌درمانی کالیفرنیا حمایت می‌کند، همچنین نتایج نشـان داد که ابعاد پرسشـنامه از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشـند. به‌طوری که می‌تـوان گفت، ابعاد و گویه‌های انتخاب شـده برای سـنجش پیمان‌درمانی از روایی لازم برخوردار می‌باشـند و به خوبی می‌توانند مفهوم مذکور را بسـنجند. همچنین میزان ضریب آلفای کرونباخ به‌دسـت 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 به‌این ترتیب می‌توان گفت که ابزار سنجش پژوهش حاضر از قابلیت اعتماد و یا پایایی لازم برخورد است. این یافته پژوهش با نتایج آرنو و همکاران[۱۲] همسـو است. مارتین و همکاران۲۰۰۰[۳] معتقدند رابطه درمانگر-مراجع و انتظارات بیماران از درمان و پیمان‌درمانـی، پیش‌بین‌های مناسـبی برای درجه‌بندی میزان کناره‌گیری یا پیامد درمانی اسـت؛ البته انتظار مثبت به‌جای این‌که فرآیند اصلی تغییر باشـد، شرط لازم برای ادامه یافتن درمان اسـت.[٤] به‌طوری که در تمام مداخلات روان‌درمانی، پیمان‌درمانی به‌عنوان یکی از ضروریات درمانی مطرح شـده اسـت و بی‌شـک موثرترین سـازه در فرآیند درمان و بهترین پیش‌بینی‌کننده پیامد درمان اسـت. چرا که تجربه یک پیمان‌درمانی خوب باعث تغییر نشـانه‌ها می‌گردد. تغییر نشـانه‌ها بر درک شخص از پیمان تاثیر می‌گذارد، همچنین دو متغیر پیمان‌درمانی و نتیجه درمان تاثیر متقابل بر یکدیگر دارند.[۸،۱و۱۲] گریـن۲۰۰٦ پیمان‌درمانـی را اصطلاحـی موجز می‌داند، در حالـی که به تعـدادی از فرآیندهای بین‌فـردی درمان‌های روان‌شـناختی اطلاق می‌شـود که به‌صورت کلی می‌توانند موازی با تکنیک‌های خاص درمانـی به گونه‌ای موثر نقش ایفا کنند. به‌طوری که بیشـتر تعاریف نظری از پیمان‌درمانی معمولا 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 سـویی دیگر، اگرچه، پیمان‌درمانی زیربنای اساسی اثر بخشی روان‌درمانی است اما، پیمان‌درمانی پایین، عامل خطر بسیار مهمی در فرآیند ریزش می‌باشد.[۱و۱۲]

محدودیت‌ها: با وجود برازش کافی و ویژگی‌های روان‌سـنجی قابل قبول، این ابزار با محدودیت‌هایی همراه اسـت. پژوهش‌های داخلی کمی جهت بررسـی و سـنجش میزان انطباق پیمان‌درمانی با پژوهش‌های خارجی انجام شـده 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.

پیشـنهادها: پیشنهاد می‌شـود میزان پیمان‌درمانی در میان مراجع و درمانگر در طول جلسات درمانی به‌صورت متقارن و ترسـیم نمودار رشـدی پیمان؛ به‌منظور مشخص شـدن تفاوت‌ها در ارزیابی‌های انجام شده توسـط مراجع و درمانگر و سـطوح پیمان میان مراجعانی که در گروه‌های سـنی متفاوتی می‌باشـند به‌خصوص کودکان و نوجوانان بررسـی شـود. با توجه به اهمیت پیمان‌درمانی در فرآیند درمان، پیشـنهاد می‌شـود هر درمانگر متناسـب با سـبک درمانی مورد اسـتفاده، طـول مدت درمان و ویژگی‌های اختصاصـی درمانجو در طول فرآیند درمان و به‌صورت متناوب به‌عنوان مثال پس از سـه یا پنج جلسـه پس از شـروع درمان، با ابزار مناسـب سـطح پیمان‌درمانی را ارزیابی نموده و با توجه به نتایج آن به اصلاح

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]

فرآینـد درمانی پیـردازد. به‌دلیل کمبود منابـع و پژوهش‌های داخلی و اهمیت متغیر پیمان‌درمانی پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران و درمانگران با رویکردهای مختلف و گروهای سـنی متفاوت تحقیقات بیشتری انجام دهند تا بتوان یافته‌های بیشـتری درباره این موضوع مهم بدسـت آورد.

سپاسگزاری: نویسـندگان مقاله از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان محترم که وقت گرانبهایشـان را در اختیار این پژوهش گذاشتند تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آورند.

تعـارض منافع: نویسـندگان ایـن مقاله گواهـی می‌کنند هیـچ نوع تضـاد منافعی از جمله نویسـندگان بـا یکدیگر، یا بـا افرادی خارج از تیم نویسندگان و یا با سازمان‌ها و... وجود ندارد.

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, Pursarifari 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://etiadpajohi.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 nonspecifics 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. Arnow 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

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-17]